



**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOAH'LI HASTALARDA FONKSİYONEL PERFORMANS VE
ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ**

UFUK DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**SİVAS
2014**

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOAH'LI HASTALARDA FONKSİYONEL PERFORMANS VE
ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ**

UFUK DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN**

**SİVAS
2014**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan



Prof.Dr.Mukadder MOLLAOĞLU

Üye



Doç.Dr.Meryem YILMAZ

Üye (Danışman)



Prof.Dr.Hatice TEL AYDIN

ONAY

Bu tez çalışması 06/02/2004 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr.Ali ÇELİKSÖZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı senato toplantısında kabul edilen sağlık bilimleri enstitüsü lisansüstü tez yazım kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Bu Proje Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Tarafından SBF-027 Proje Koduyla Yüksek Lisans Tez Projesi Olarak Desteklenmiştir.

ÖZET

KOAH'LI HASTALARDA FONKSİYONEL PERFORMANS VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

Ufuk DEMİREL

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Hatice TEL AYDIN

2014,107 sayfa

Araştırma, KOAH'lı bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini; Temmuz 2012- Eylül 2013 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde ayaktan tedavi ve izlemi yapılan, 18 yaş ve üzerinde, iletişimi engelleyecek şekilde görme, işitme sorunu olmayan, tanı konulmuş ruhsal sağlık sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 128 KOAH'lı birey oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Fonksiyonel Performans Envanteri ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (14.0) programında t testi, varyans analizi, Tukey testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan; hastaların toplam fonksiyonel performans puan ortalaması 1.33 ± 0.60 , öz-bakım gücü puan ortalaması 92.35 ± 22.59 olarak tespit edilmiştir. Günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyan, KOAH dışında bir kronik hastalığa sahip olan, son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise başvuran ve hastaneye yatan hastaların, evde uzun süreli oksijen tedavisi kullanan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları düşük bulunmuştur. Hastalık şiddeti ve dispne şiddeti arttıkça hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü arasında; fonksiyonel performans ile öz-bakım gücü arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; KOAH'lı hastaların fonksiyonel performansı düşük, öz-bakım güçleri orta düzeydedir. KOAH'lı bireylerde fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün belirlenmesi ve fonksiyonel performans ile öz-bakım gücünün düşmesine neden olan faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Fonksiyonel performans ve

öz-bakım gücünün değerlendirilmesi uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasını sağlayacaktır. KOAH'lı hastalarda fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünü korumak için dispne ve hastalık şiddetinin kontrol edilmesinde etkili olan pulmoner iyileştirme programına önem verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: KOAH, Fonksiyonel Performans, Öz-Bakım Gücü, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINATION OF FUNCTIONAL PERFORMANCE AND SELF-CARE AGENCY IN PATIENTS WITH COPD

Ufuk DEMİREL

Post-Graduate Thesis, Department Of Internal Diseases Nursing

Advisor: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

2014,107 pages

The study was conducted as definitive in order to determine the functional performance and self-care agency in individuals with COPD. The sampling of this research includes 128 COPD individuals who are treated and observed at Cumhuriyet University Health Service Research and Application Hospital Polyclinic of Chest Diseases. All individuals are above the age 18 and have no visual impairment or hearing problems that can damage the communication. Nor are they diagnosed with any mental problems and they were volunteer to participate in the research.

Data was obtained using the criteria of personal information form, functional performance inventory and self-care agency measurement. The data obtained from the research was evaluated using SPSS (14.0) program t test, variance analysis, Tukey test, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test and ve correlation analysis.

Total functional performance of the participating patients were measured as 1.33 ± 0.60 and that of self-care agency was measured as 92.35 ± 22.59 . Functional performance score and self-care agency score were found to be lower with the patients who are in need of assistance in the daily routine, who have a chronic illness except for COPD, and with those who visited the emergency services because of COPD, and patients who long term oxygen therapy. As the severity of the illness and dyspnea increased, the score of functional performance and self-care agency decreased. And this correlation was found to be statistically remarkable. Another statistically remarkable and positive correlation was found between FEV₁ value and functional performance and self-care agency. The same relation was also observed between functional performance and self-care agency.

According to the results of the study; functional performance of COPD patients is low and self-care agency is moderate. It is important to determine the functional performance and self-care agency of COPD patients. Determining the factors causing this decrease is also of high importance. This will enable the planning for nursing intervention. Pulmonary rehabilitation which helps control the severity of the illness and dyspnea should be given a special importance to maintain the functional performance and self-care agency of the individuals with COPD.

Key Words: COPD, Functional Performance, Self-care Agency, Nursing

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde önemli katkılarından, öğretici yönlendirmelerinden ve göstermiş olduğu sabırdan dolayı, emeğini esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN'a;

Tezin istatistiksel analizinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı saygıdeğer hocam Yrd. Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a;

Tezin uygulama aşamasında destek olan Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara;

Süreç boyunca desteğini esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Sık Görülen Bir Kronik Hastalık: KOAH.....	6
2.2. KOAH’ da Tanı ve Tedavi.....	12
2.3. KOAH VE FONKSİYONEL DURUM.....	13
2.3.1 Fonksiyonel Performans.....	14
2.3.2 Fonksiyonel Kapasite.....	15
2.3.3. Fonksiyonel Rezerv.....	16
2.3.4. Fonksiyonel Kapasite Kullanımı.....	17
2.4.KOAH ve ÖZ-BAKIM GÜCÜ.....	17
2.5. KOAH’LI HASTALARDA FONKSİYONEL PERFORMANS VE ÖZ- BAKIMIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ.....	20
3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	23
3.1.Araştırmanın Şekli.....	23
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.3.Araştırmanın Yeri.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1).....	24
3.4.2.Fonksiyonel Performans Envanteri (Functional Performance Inventory) (EK- 2).....	25
3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (Self-Care Agency Scale) (EK-3).....	26
3.5.Ön Uygulama.....	27
3.6. Uygulama.....	27

3.7. Etik Kurul Onayı	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	58
5.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri	58
5.2. KOAH, Fonksiyonel Performans ve Öz-bakım Gücü	60
5.3. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Fonksiyonel Performans	62
5.3. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Öz-bakım Gücü	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. SONUÇLAR	76
6.2. ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR	80
EKLER	91
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	91
EK-2 FONKSİYONEL PERFORMANS ÖLÇEĞİ (FUNCTIONAL PERFORMANCE INVENTORY)	95
EK-3 ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (SELF-CARE AGENCY SCALE)	99
EK-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu	102
EK-5 Etik Kurulu Raporu	103
EK-5 Kurum İzin Formu	106
ÖZGEÇMİŞ	107

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Bireylerin sosyodemografik özellikleri (n:128)	29
Tablo 2: Bireylerin Hastalık Özellikleri (n:128).....	30
Tablo 3 :Bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puan ortalaması (n=128).....	32
Tablo 4: Bireylerin öz-bakım gücü puan düzeyleri (n=128)	32
Tablo 5: Bireylerin fonksiyonel performans ile öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	33
Tablo 6: Bireylerin cinsiyetlerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)	35
Tablo 7: Bireylerin yaşa göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	36
Tablo 8 :Bireylerin yaşı ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	37
Tablo 9: Bireylerin beden kitle indekslerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	38
Tablo 10: Bireylerin eğitim durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)	39
Tablo 11: Bireylerin medeni durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	40
Tablo 12: Bireylerin çalışma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	41
Tablo 13: Bireylerin ekonomik durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	42
Tablo 14: Bireylerin birlikte yaşadığı kişilerin olup olmamasına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	43
Tablo 15: Bireylerin günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	44
Tablo 16: Bireylerin başka bir kronik hastalık olma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	45

Tablo 17: Bireylerin sigara içme durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	46
Tablo 18: Bireylerin son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	47
Tablo 19: Bireylerin son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise başvurma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	48
Tablo 20: Bireylerin hastalık süresine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)	49
Tablo 21: Bireylerin hastalık süresi ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	50
Tablo 22: Bireylerin MRC dispne şiddeti sonucuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	51
Tablo 23: Bireylerin MRC dispne şiddeti sonucu ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	52
Tablo 24: Bireylerin KOAH nedeniyle önerilen ilaçları düzenli kullanma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	53
Tablo 25: Bireylerin evde uzun süreli oksijen kullanma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128).....	54
Tablo 26: Bireylerin hastalık evrelerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)	55
Tablo 27: Bireylerin hastalık evresi ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	56
Tablo 28: Bireylerin FEV ₁ değeri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Fonksiyonel Performans ile Öz-Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişki 34

KISALTMALAR DİZİNİ

- KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
FEV₁ : Bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FVC : Zorlu vital kapasite
MRCS : (Medical Research Council Scale) Medikal Araştırma Kurulu Skalası
GOLD : (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Yaklaşım
ATS : (American Thoracic Society) Amerika Solunum Derneği
ETS : (European Respiratory Society) Avrupa Solunum Derneği
NICE : (National Institute for Clinical Excellence) Ulusal Klinik Uzmanlık Merkezi
BOLD : (Burden of Obstructive Lung Disease) Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü
SFT : Solunum Fonksiyon Testi

1.GİRİŞ

Kronik hastalıklar, genellikle tam iyileşmesi söz konusu olmayan, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan ve yaşam tarzı üzerine ciddi etkileri olan hastalıklardır (Lewis ve ark., 2001; Perry ve Potter, 2001; Bilir, 2001). Toplumda görülme sıklığı fazla olan önemli kronik hastalıklardan birisi de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA)'dır.

KOAHA dispne ve dispnenin neden olduğu egzersiz kapasitesinde azalma ile karakterize bir hastalıktır (Epstein ve Celli, 1993). KOAHA'da, FEV₁ değeri 1 lt'nin altına düştüğünde dispne hastanın günlük yaşamının, aktivitelerinin ve iyilik halinin belirgin olarak bozulmasına neden olur (Halpin ve Rudolf, 2006). KOAHA ilerleyici bir hastalıktır ve hastalığın şiddeti farklılıklar gösterir. Orta şiddette ve şiddetli KOAHA tablosunda hastaların günlük yaşam fonksiyonlarında belirgin kısıtlanmalar ortaya çıkar. Şiddetli obstrüksiyonu olan hastalarda, hafif veya orta derecede obstrüksiyonu olan hastalarla karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinde belirgin bir etkilenme söz konusudur (Monso ve ark., 1998; Curtis ve ark., 1994).

Hastalık ilerledikçe havayolu obstrüksiyonunun şiddetinde artma, dispne, yorgunluk gibi semptomlarda kötüleşme görülür (Atasever ve ark., 2005). Ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler sonunda solunum aktivitesi önemli derecede değişir. Dispne, yorgunluk ve uykusuzluk nedeniyle birey günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sınırlılıklar yaşar (Aras ve Tel, 2009; Şirintaş 2010). Hastalığa bağlı süreçler genellikle yürüme, banyo yapma ve hatta yemek yeme gibi günlük yaşamsal işlevlerin bozulmasına ve hastaların başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olur (Atasever ve ark. 2005). Ağır KOAHA tablosunda, hasta basit günlük yaşam aktivitelerini yaparken veya ev içinde yürürken bile nefes darlığı oluşur (Restrict ve ark., 1993).

KOAHA'lı bireylerde egzersiz kapasitesindeki azalma yavaş ve sinsidir (Belfer ve Reardon, 2009). Egzersiz kapasitesindeki azalma sonucu oluşan hareketsizlik KOAHA'lı hastalarda bağımlılık düzeyinin artmasına neden olur (Basia ve ark., 2001). Bireyin bağımlılık düzeyinin artması, hastaneye tekrarlı yatışların artması ve yaşam süresinin azalması ile ilişkilidir (Garcia ve ark., 2006; Yohannes ve ark., 2002).

KOAHA'lı hastalar çoğu zaman çalışma hayatından uzaklaşmakta, spor ve eğlence aktivitelerine katılımları daha sınırlı hale gelmekte, aile bireyleriyle ilişkileri,

aile eğlencelerine katılımları ve cinsel yaşamları ciddi şekilde bozulmaktadır (Curtis ve ark.,1994;Peruzza ve ark.,2003). Dispne, KOAH'lı hastalarda en sık görülen ve en çok fonksiyon kaybına neden olan semptomdur (Restrict ve ark.,1993). KOAH'lı hastalar ilerleyici, zorlayıcı dispne yaşarlar. Bu durumda hastalar dispne yaşamamak için fiziksel aktivitelerini dereceli olarak azaltma yolunu seçerler. Hastanın sedanter bir yaşam biçimine geçmesiyle; egzersiz toleransında azalma, kas güçsüzlüğü ve fiziksel durumda bozulma gibi önemli değişiklikler ortaya çıkar (Larson ve Leidy,1998;Köseoğlu ve ark., 1996).

Fonksiyonel bozulma akciğer hastalıklarının tümünde görülebilen ve gaz alışverişinin bozulmasından kaynaklanan bir durumdur (Leidy ve Haase,1999). KOAH'lı hastaların yaşadığı dispne şiddeti de fonksiyonel performansın önemli bir belirleyicisidir (Siela, 2003). Fonksiyonel performans, insanların günlük olarak yapmayı seçtiği aktiviteler olarak tanımlanır (Leidy,1995; Leidy ve Traver,1995; Kapella ve ark.,2011). Reishtein'in KOAH'lı hastalarda, fonksiyonel performans ve dispne, uyku güçlüğü ile yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada; dispne ve yorgunluğun fonksiyonel performansla negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Reishtein, 2005). Gülseven (2005), hastaların fonksiyonel performans puanları ve beklenen FEV₁ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğunu, dispne şiddeti ve hastaneye yatma sıklığı arttıkça fonksiyonel performans puanının azaldığını saptamıştır.

Park ve arkadaşlarının (2011) astımlı ve KOAH'lı Koreli göçmenlerle yaptıkları araştırmada; yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu, hastalık semptomları ve hastalık şiddetinin fonksiyonel performans üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Özkan (2006), KOAH'da hastalık şiddeti ile fonksiyonel performans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Kapella ve arkadaşları (2011) FEV₁/ FVC oranı, difüzyon kapasitesi ve kas gücü ile fonksiyonel performans arasında anlamlı negatif ilişki olduğunu, ancak dispne, yorgunluk ve fonksiyonel kapasite ile fonksiyonel performans arasında anlamlı fark olmadığını saptamışlardır. Obesite ve fonksiyonel performans arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise; fonksiyonel performans obesite ile doğrudan ilişkili bulunmamış, ancak dispnenin dolaylı olarak etkilediği bildirilmiştir (Ade-Oshifogun ve ark.,2009). Schlecht ve arkadaşları (2005), dispne şiddetinin fonksiyonel performansı düşürdüğünü ve yaşam kalitesini kötü etkilediğini saptamışlardır.

KOAH'lı hastaların fonksiyonel performanslarındaki sınırlılıklar, sağlık bakım yükünü olumsuz yönde etkiler ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini düşürür (Hill ve Goldstein, 2007). KOAH'lı kişilerin fonksiyonel durumlarında görülen bozulma nedeniyle fonksiyonel durumun iyileştirilmesi tedavide temel amaç olmalıdır. Hemşirelik girişimleri fonksiyonel durumun iyileştirilmesinde, bakımın temelini oluşturur. KOAH'lı hastaların yaşadıkları solunum güçlüğüyle başetmede ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsızlıklarını optimum düzeye çıkarmada etkin ve bireysel hemşirelik bakımı büyük önem taşır (Kohlman ve ark., 2000;Gezgen ve ark., 2001). KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans seviyelerinin, fonksiyonel performansı etkileyen faktörlerin bilinmesi ve uygun hemşirelik girişimleri hastaların bağımsızlıklarını devam ettirmelerine, yaşam memnuniyetlerinin artmasına ve semptomları kontrol etme yeteneği elde etmelerine kolaylık sağlayacaktır (Siela, 2003).

KOAH'lı bireylerin fiziksel gücünün yavaş yavaş azalması, sosyal aktiviteler için enerjinin tükenmesine, iş kaybına ve cinsel gücün azalmasına bağlı olarak yaşam şeklinde bir çok değişiklik oluşmasına neden olabilir (Smeltzer,2000;Weilitz ve Sciver.,1996). Bu değişimler hastanın öz-beğenisini ve güvenini azaltabilir. Ayrıca KOAH emosyonel zorlanmalara ve uyum güçlüklerine neden olarak tedavi ve bakım sürecini güçleştirebilir (Özkan,1993). KOAH semptomlarının şiddetindeki artma ve fonksiyonel performanstaki azalma nedeniyle hastaların fiziksel aktivite düzeyini koruması ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürmesi güçleşmekte, hastalar öz-bakımlarını sürdürmek için diğer kişilerden destek almaya veya yardımcı araçlar kullanmaya ihtiyaç duymaktadır (Larson ve Leidy,1998; Köseoğlu ve ark., 1996; Xiaolian ve ark., 2002;İnce ve ark., 2005).

Kronik hastalıklarda hastanın öz-bakım gücünün geliştirilmesi hastalık yönetiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. KOAH'da da hastalık yönetiminin başarılı olmasında öz-bakım gücünün geliştirilmesi ön plana çıkmaktadır (Annandale ve ark. 2009; Rice ve ark. 2010). Öz- bakım gücü; sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (Orem,1991). KOAH'lı hastaların uygun öz-bakım davranışı geliştirme konusunda daha iyi desteklenmeleri, hastalık nedeniyle ortaya çıkan olumsuz sonuçların azaltılmasına katkı verecektir (Xiaolian ve ark., 2002).

Öz-bakımda hedef; bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesini sağlamaktır (Fadıloğlu,2003). KOAH'lı bireylerin öz-bakım gücüne yönelik yapılan uygulamalar hastaneye yatışları azaltabilmektedir (Effing ve ark., 2007). Hemşire bu aşamada hastanın öz-bakım gereksinimlerini belirlemeli ve hangi düzeyde yerine getirebildiğini saptamalıdır. Hastaların z-bakımını desteklemede ve geliştirmede hemşirenin eğitici, rehberlik edici ve bakım verici rollerine gereksinim vardır (Mousing ve Lomborg, 2012). Bu bağlamda, kronik hastalıklarda, bireyin hastalığa uyumunu sağlayarak, kişilerin öz-bakım becerilerinin desteklenmesinde ve KOAH için kanıta dayalı rehberler ile hastalara yol göstermede hemşireler önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Cicutto ve Brooks,2006).

Hemşire, hasta-hemşire-aile ve hasta-aile arasında işbirliği kurarak bakımın sürekliliğini sağlamalıdır. Hasta gereksinimlerine ve hastanın bütünlüğüne temellendirilen bir hemşirelik bakımı ile hasta kendi ortamında da hastalık ile başedebilecek duruma gelebilecektir (Carlsson 1990, Purvis 1991). z-bakım gücü geliştirilerek hastanın hastalığıyla başedebilir düzeye gelmesi sonucunda; hastaneye tekrarlı yatışların, hastanede kalış süresinin azalması ve ilaç kullanımını azaltma yoluyla maliyetin düşmesi beklenmektedir (Jonsdottir,2008).

Hemşirelik girişimine gereksinim gösteren durumlar; bireylerin sahip oldukları yetenekleri ile gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdüremedikleri durumlardır. Hemşirelikte bakımın amacı ise bireyin kendi bakımında, gereksinimi ile yeteneği arasında dengenin kurulmasına yardımcı olmaktır (Orem,1996). Hemşireler bakım verecekleri kişilerin kendilerine bakma yeteneklerini tanılama becerisine sahip olmalı ve bu yetenekleri anlamaya çaba göstermelidir. z-bakım gücü doğru olarak tanılanamadığında hemşireler; varolan ya da olası öz-bakım yetersizliklerini ve bunların nedenleri konusunda yargıya varma, geçerli ve güvenilir yardım etme yöntemleri ve hemşirelik sistemlerini seçme ve uygulama konularında gerekli bir temel oluşturamazlar (Nahcivan,1993).

Mevcut bakım ve hizmet uygulamaları KOAH'lı hastaların fonksiyonel performansını ve öz-bakım gücünü değerlendirmek için yeterli değerildir. Bunun nedeni KOAH'lı hastaların fonksiyonel performansının ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesine öncelik verilmemesi ve bu değerlendirmeyi yapacak ölçüm araçlarının klinikte kullanılmaması olabilir. Kapsamlı ve hasta merkezli tanılama araçlarının uygulanmaması hastaların yaşadığı sınırlılıkların profilini çizme, spesifik

aktivite alanlarına yönelik girişimleri hedefleme ve sonuçlarını değerlendirme olanağını sınırlamaktadır. Literatürde fonksiyonel performans ile öz-bakım gücünü birlikte ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak literatür incelendiğinde KOAH'ın fonksiyonel performansı ve öz-bakım gücünü azalttığı gözlenmiştir. KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi hastaların hastalıkla birlikte yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayacak girişimlerin planlanmasına rehberlik edecektir. KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü düzeyini etkileyen faktörlerin bilinmesi, uygun hemşirelik girişimleri ve rehberlikle bağımsızlıklarını sürdürmelerine, semptom yönetme yeteneği kazanmalarına ve yaşamdan zevk almalarına yardımcı olacaktır. Bu çalışmanın amacı; KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü düzeylerinin belirlenmesi ve fonksiyonel performans ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sık Görülen Bir Kronik Hastalık: KOAH

KOAH tam olarak geri dönüşümlü olmayan havayolu kısıtlılığı ile karakterize bir hastalıktır. Havayolları kısıtlılığı, gaz değişimi ve zararlı partiküllere tepki olarak akciğer parankiminde ve havayollarında kronik inflamasyonla seyreden ilerleyici bir hastalıktır (Fabbri ve ark.,2011; Devereux,2012). GOLD'a (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) göre KOAH; akciğerlerde de bir dizi patolojik değişikliklerle ve havayollarında kronik sınırlılıkla karakterize, bireylerde hastalığın şiddetini etkileyen ve bazı önemli akciğer dışı etkileri olan bir hastalıktır (GOLD 2011).

ATS (American Thoracic Society) ve ERS' ye (European Respiratory Society) göre KOAH; tam olarak geri dönüşümlü olmayan, hava akımı kısıtlanması ile karakterize, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlılığı genellikle ilerleyicidir ve sigara dumanı başta olmak üzere zararlı partiküller ya da gazlara karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir (ATS,ERS;2004). NICE'ye (National Institute for Clinical Excellence) göre KOAH; ilerleyici havayolu obstrüksiyonu ile karakterize, tam olarak geri dönüşümlü olmayan ve hastalığın ilk aylarında belirgin değişiklik göstermeyen bir hastalıktır (Halpin ve Rudolf,2006).

KOAH tüm dünyada önemli mortalite ve morbidite nedeni olan, ekonomik ve sosyal yükümlü sonuçlanan, sık görülen bir hastalıktır. KOAH'ın yeterince tanılanamaması, hastalıkla ilgili kayıtların eksik kalmasına yol açmıştır. Ancak 2002 yılında uluslararası düzeyde KOAH'ın yükünü araştırmada standart bir yöntem geliştiren Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüklü grubunun (Burden of Obstructive Lung Disease, "BOLD") kurulmuş olması, 2003 yılında KOAH'a karşı Karşı Küresel Girişim Grubu (GOLD) tarafından KOAH'ın tanısını koymaya ve şiddetini belirlemeye yönelik olarak önerilen spirometrik eşik yaygın kabul görmesi ve GOLD'un 70'den fazla ülkede KOAH'ın önemi konusunda bilinç yaratma ve hastalık ile ilgili daha pozitif mesaj verme çabaları bu konuda önemli değişikliklere neden olmuştur (Chapman ve ark.,2006).

KOAH prevalansı yapılmış epidemiyolojik araştırmalar arasında değişkenlik gösterir. Birleřik Krallıkta yapılan bir çalışmada; 16-65 yař arasında dūřuk FEV₁'i olan olguların erkeklerde %10, kadınlarda %11 olduğu bildirilmiştir. İngiltere ve Galler'de KOAH tanılı yaklaşık 900.000 hastanın olduğu bilinmektedir (Devereux,2012). Amerika Birleřik Devletleri'nde neden olduğu tıbbi harcamalar ve iř gūcū kaybı nedeniyle ciddi boyutlarda ekonomik ve sosyal yūk oluşturan bir hastalıktır (Ward ve ark.,2000).

Tūrkiye'de KOAH'ın yūkūne yūnelik yeterli çalıřma bulunmamaktadır (Kocabař,2000). Ankara Etimesgut bōlgesinde 1976'da yapılan bir çalıřmada, 40 yař ūstū yetiřkinlerde KOAH prevelansı %13.6 (erkeklerde %20.1,kadınlarda %8.2) olarak bildirilmiřtir (Baykal,1976). BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) metodolojisi kullanılarak Adana ilinde 2004 Ocak ayı içinde yapılan prevalans çalıřmasında, 40 yař ūstū yetiřkinlerde KOAH prevalansının %19.1 olduęu saptanmıřtır (Kocabař ve ark., 2006).

KOAH'ın dūnyada ūnde gelen ūlūm nedenleri arasında 1990 yılında altıncı sırada, 2000 yılında dōrdūncū sırada olduęu, 2020 yılında ise ūūncū sıraya çıkmasının beklendięi belirtilmektedir (Sin ve ark.,2006). Mortalite verileri kolaylıkla elde edilebilir olmasına karřın, KOAH terminolojisinin farklı kullanımları ve genel kabul gōren tanısal standartların bulunmayıřı, bu verilerin gūvenilirliklerini sınırlamaktadır. KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince teřhis edilememiř olması, halen mortalite verilerinin gūvenilirlięini olumsuz yōnde etkilemeye devam etmektedir (Viegi ve ark.,2001; Annesi-Maesano,2006). Dūnya Saęlık Ūrgūtū' nūn (DSŪ) tahminlerine gōre, 65 milyon kiři KOAH hastasıdır ve 2005 yılında ū milyondan fazla kiři KOAH nedeniyle ūlmūřtūr (<http://www.who.int>). Belirtilen ūlūmlerin yarısı, çoęu in'de olmak ūzere Batı Pasifik bōlgesinde gerçekleřmiřtir (World Health Report, 2004). ABD'de 1965-1998 yılları arasında erkeklerde koroner arter hastalıęından ūlūmler %59, inmeden ūlūmler % 64 ve dięer kardiyovaskūler hastalıklardan ūlūmler %35 oranında azalmasına karřın, aynı dōnemde KOAH'tan ūlūmler %163 oranında artmıřtır (GOLD,2006).

KOAH'la iliřkili ūlūmlerdeki artıřta sigara içme alışkanlıęındaki artıř ve ūzellikle geliřmekte olan ūlkelerde toplumun yař yapısındaki deęiřimin būyuk katkısı bulunmaktadır (KOAH Uzlařı Raporu,2010). Tūrkiye'de, son yıllara kadar Saęlık

Bakanlığı hastalık kodlamasında kronik bronşit ve amfizem yer almasına karşın KOAH'ın bulunmaması, bakanlık istatistiklerinden KOAH morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili bilgi edinilmesini olanaksız kılmaktadır (KOAH Uzlaş Raporu,2010).Sağlık Bakanlığı verilerine göre; 1965-1994 yılları arasında kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarıyla tüm hastanelerden taburcu edilen hastaların sayısında 3.1 kat, bu hastalar arasındaki ölümlerde 5.1 kat artış izlenmiştir (Sağlık İstatistikleri,1995). Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi hastalık yükü final raporunda KOAH'ın, %5.8 oranı ile ölüm nedenleri sıralamasında üçüncü sırada yer aldığı tespit edilmiş (Ulusak Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi, 2004). Ülkemizde her yıl yaklaşık 26 bin kişinin KOAH nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/>).

KOAH genellikle birden çok risk faktörünün etkileşimi ile ortaya çıkar. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bilgilerin çoğu sebep sonuç ilişkisinden çok, etkenlerin birlikteliklerini tanımlar. Bu nedenle birçok risk faktöründen hangisinin ne derece sorumlu olduğu henüz tam olarak net değildir. KOAH gelişiminden sorumlu risk faktörleri kişiye ait faktörleri ve çevresel etkenleri içerir. Kesin olarak kanıtlanmış risk faktörleri α_1 -antitripsin yetmezliğine neden olan genetik anormallik, sigara içme ve mesleki ajanlara maruz kalmadır (Saryal,2003; Samurkaşoğlu,2003; Mannino ve ark.,2002;Umut,2008).

KOAH başta sigara olmak üzere çeşitli zararlı partikül ve gazlara maruziyet sonucu havayolları, akciğer parankimi ve pulmoner vasküler yapıda inflamasyonla karakterize bir durumdur (Yıldırım,2005). KOAH'ın en belirgin fizyopatolojik bulgusu maksimal eforla daha da artan ekspiratuar hava akım kısıtlanmasıdır. Ekspiratuar hava akım kısıtlanması havayolu rezistansında artma ve akciğerin elastik geri çekilme (recoil) gücünde azalmaya bağlı olarak ekspiratuar hava akımı için gerekli olan basınçta azalma sonucunda ortaya çıkar (Celli,1996; Corne 2002;O'Donnell 2006).

KOAH'ta hem santral havayollarında, hem de çapı 2 mm'nin altındaki periferik havayollarında inflamasyon vardır. Büyük havayolları epitel tabakasına ait tanımlanan yapısal değişiklikler; atrofi, goblet hücrelerinde sayıca artış, fokal skuamoz metaplazi, siliar hücre sayısında ve ortalama silar uzunluğunda azalmadır (Sackett ve ark.,1998;Riise,1998). Periferik havayollarında ise, bronşiol epitelinde IL-8 gibi proinflamatuvar sitokinlerde artma ve CD8+ T hücre infiltrasyonu ile havayolu ve

lümende pigmentli makrofajların sayısında artma bulunduğu gösterilmiştir. Bu inflamasyon sonunda havayolu duvarında kalınlaşma, alveoler-bronşiyoller bağlantı noktalarında ve elastik özelliklerde kayıp ve havayolu lümeninde daralma meydana gelir (Jeffery, 1995). Anormal inflamatuvar yanıt, akciğerin normal savunma ve tamir mekanizmalarını bozarak, doku hasarına neden olur (Moon ve ark.,1999). İnflamasyon sonucu gelişen bu bulgular havayollarında yeniden yapılanmaya (remodeling) neden olur (Jeffery,1995). Alveoler duvar harabiyeti sonunda duvarlar zorlu soluk verme sırasında kollabe olarak hava akışının kısıtlanmasına neden olur (Rennard,2002). Patolojik değişimler sırasıyla mukus aşırı sekresyonu, siliyer disfonksiyon, hava akım kısıtlaması, pulmoner hiperinflasyon, gaz alışverişinde bozulma, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonaleye neden olur (Saryal,2003).

Mukus aşırı salgılanması kronik, balgamlı öksürüğe yol açar ve bu belirti kronik bronşitin bir özelliğidir. Mutlaka hava akımı kısıtlamasıyla bağlantılı değildir. KOAH'lı hastalarda aşırı mukus salgılanması; sigara dumanı ve diğer zararlı maddelerle kronik havayolu irritasyonuna yanıt olarak goblet hücre sayısındaki artışa ve submukozal bezlerdeki genişlemeye bağlıdır (GOLD,2011).

Havayolu daralması istirahat sırasında, ekspirasyon yaparken artan şekilde, havanın azalması sonucu akciğerlerin aşırı şişmesine ve egzersiz sırasında da dinamik bir hiperinflasyona neden olur. Bu aşırı şişme inspiratuvar kapasiteyi ve buna bağlı olarak da egzersiz sırasında fonksiyonel rezidüel kapasiteyi azaltır. Bu durum KOAH'ın tipik belirtileri olan nefes darlığına ve egzersiz kapasitesinde düşmeye yol açar (MacNee,2012). Havayolu obstrüksiyonu genellikle geri dönüşümsüzdür. Obstrüksiyonun geri dönüşümlü bölümü; havayolu düz kas kontraksiyonu, aşırı mukus sekresyonu ve enflamasyona bağlıdır (O'Donnel ve ark.,2006).

KOAH hastalarında doku harabiyeti, havayolu rezistans artışı ve akım hızlarında azalmaya bağlı nonhomojen ventilasyon dağılımının neden olduğu ventilasyon/perfüzyon oranındaki bozulma ve solunum kas yorgunluğu gelişmesiyle eklenen alveoler hiperventilasyon, hipoksemi ve bazı olgularda da hiperkapniye neden olur. Bütün bu değişikliklerin sonucunda hipoksemi, dokulara gaz transportunda bozulma ve solunum asidozu gelişir (Saryal,2003).

Hipoksemi gelişiminde en önemli mekanizma ventilasyon/perfüzyon oranındaki dengesizliktir. Orta ve şiddetli KOAH'lı hastalarda ölü boşluk oranı ve

ventilasyon/perfüzyon oranındaki dengezlilik daha fazladır(Peinado,2008). KOAH hastalarında alveoler ventilasyonun, metabolizma sonucu meydana gelen karbondioksit üretimini karşılayamayacak şekilde azaldığı durumlarda ve ventilasyon/perfüzyon oranında bozulmayla hastalarda hiperkapni ve ileri dönemde respiratuvar asidoz gelişmektedir. Kronik hiperkapni ve asidoz hastalığın prognozunu belirgin olarak etkilemektedir (Saryal 2003).

Ağır gaz değişimi bozukluklarının görüldüğü KOAH'ın ileri evrelerinde, pulmoner hipertansiyon görülür (Barnes ve Celli,2009; MacNee,2012). Hastalığın ilerleyici olduğu durumlar sağ ventrikül dilatasyonu ve korpulmonale ile sonuçlanabilir (Barnes ve Celli,2009).

KOAH'ta görülen temel semptomlar öksürük, balgam çıkarma ve dispnedir. Bu semptomlar hava akım kısıtlılığından yıllar önce başlamış olabilir ve genellikle hasta tarafından önemsenmez. Orta şiddette KOAH'ta hava akımı kısıtlılığının belirginleşmesi ile birlikte hastalar günlük aktivitelerini etkileyecek düzeyde nefes darlığı yaşarlar (Toraks Uzlaş Raporu,2010).

KOAH'ta sabahları şiddetli hissedilen öksürük, kronik ve genellikle produktiftir (Halpin ve Rodolf,2006). Öksürük refleksine yol açan değişikliklerin başında, havayollarının terminal bronşiollerine kadar uzanan mukus bezlerinin KOAH'ta sayıca artış göstermeleri ve hipertrofiye uğramaları sonucu aşırı mukus salgılanması bulunur (Shapiro ve ark.,2005).KOAH'ın ileri evrelerinde öksürük senkop ve kosta kırığı gibi komplikasyonlara neden olabilir. Senkop öksürüğün ekspiratuvar fazında intratorasik basınçta ani bir yükselme, venöz dönüş ve kardiyak outputta geçici azalma sonucu ortaya çıkar. KOAH'ın ilerleyen evrelerinde özellikle immobil veya oral kortikosteroid tedavisi almış hastalarda uzun ve şiddetli öksürük atakları intratorasik basınç artışıyla kosta kırıklarına neden olabilir(Saryal,2005).

KOAH'lı kişilerde balgam çıkarma artmıştır. Balgam başlangıçta sadece sabahları söz konusu iken, zamanla günün diğer saatlerinde de görülmeye başlar (Demir ve Acıcan,2003). Balgamın rengi, miktarı, viskozitesi önemlidir. Stabil dönemde balgam mukoid nitelikte ve beyaz renklidir. Balgam ve öksürük miktarında artma, balgam renginin sarı-yeşile dönmesi enfeksiyona bağlı ekzaserbasyonu gösterir (Saryal,2005).

KOAH' da dispne, klinik tam oluşmadan görülmez (Hansel ve Barnes,2004). Dispne görülmeye başlandığında, KOAH'lı hastalar daha yavaş hareket ederek ve yaşam şekillerini değiştirerek farkına varmadan bu duruma adapte olurlar. Dolayısıyla hastalığın ileri evrelerine kadar dispneden şikayetçi olmayabilirler (GOLD,2006). KOAH'da dispne gelişmesi çeşitli mekanizmalara bağlıdır. Bronkokonstrüksiyon sonucu havayolları rezistansının artması inspiratuar kaslar üzerindeki basıncı artırır. Bunun yanı sıra pulmoner hiperinflasyon da solunum mekaniği üzerine olumsuz etkileriyle inspiratuar kaslar üzerine binen yükü artırır. Dinamik havayolu kompresyonu ve kemoreseptör stimülasyonu da bu hastaların nefes darlığı hissetmesine neden olur (Saryal 2005).

Hastalar, FEV₁ değeri beklenenin %50'si olduğunda hafif egzersizlerde nefes darlığı hissetmeye başlarlar (Demir ve Acıcan,2003). Hastalığın ileri aşamalarında hipokseminin sonucu olarak belirgin siyanoz gelişir. Hipokseminin daha da şiddetlenmesi ile birlikte hiperkapni oluşur. Sabahları ortaya çıkan baş ağrısı hiperkapniyi düşündürmelidir. Hipoksemik ve hiperkapnik hastalarda sağ kalp yetmezliği ve ödem gelişmektedir (Demir ve Acıcan,2003).

Kor pulmonale, herhangi bir kronik akciğer hastalığında sağ ventriküler hipertrofi ve pulmoner hipertansiyon gelişmesi sonucunda görülür. Bazı ağır KOAH'lı olgularda kor pulmonalenin bazı belirtileri (artmış juguler ven basıncı, pulmoner hipertansiyona bağlı pulmoner kapak sertleşmesi, triküspit yetmezliği sesi, gode bırakan periferik ödem ve hepatomegali) saptanabilir; bu durum kötü prognaza işaret etmektedir (Currie ve Chaetty,2012).

Hastalığın ileri dönemlerinde anoreksi ve kilo kaybı da önemli yakınmalar arasındadır. Kilo kaybının sebebi kesin değildir. Vücut metabolizmasında artış, metabolik gereksinimler, oksijen tüketimini azaltma veya yetersiz kalori alımı gibi nedenler olabilir. Sebebi ne olursa olsun kilo kaybı kötü prognoz göstergesidir (Saryal,2003). KOAH'lı hastalarda, düşük egzersiz toleransı, yorgunluk ve uyku bozukluğu ortaya çıkabilir(Weilitz ve Sciver 1996, Smeltzer ve Bare 2000). Hipoksi ve nefes darlığı, hafıza kaybı ve dikkatte azalmaya neden olur. Ayrıca hipoksemik hastalarda periferik nöropati bulgularına sıklıkla rastlanır. İleri derecede hiperkapnik olgularda konfüzyon, baş ağrısı ve tremor olabilir (Saryal,2003).

2.2. KOAH' da Tanı ve Tedavi

Dispne, kronik öksürük, balgam çıkarma veya KOAH risk faktörlerine maruz kalma öyküsü bulunan her kişide klinik KOAH tanısı dikkate alınmalıdır. Bu klinik bağlamda tanı koyabilmek için spirometri zorunludur; bronkodilatör sonrası FEV₁/FVC' nin < %70 olması durumunda kalıcı hava akımı kısıtlanması, dolayısıyla KOAH tanısı doğrulanır (GOLD,2011).

SFT (Solunumun Fonksiyon Testi), KOAH'lı hastalarda fonksiyonel performansın belirlenmesinde önemli bir parametresidir (Ulubaş ve ark.,2004).

KOAH tanısında kullanılan diğer tanılama yöntemleri;

- Bronkodilatasyon (reversibilite) testi
- Difüzyon kapasitesi
- Pulse oksimetri (SpO₂) ve arter kan gazları
- Elektrokardiografi (EKG) ve Ekokardiografi
- Egzersiz testleri
- Kan tetkikleri
- Akciğer Grafisi (Güven,2008).

Havayolu obstrüksiyonunun derecesi FEV₁ ile belirlenir. FEV₁ ölçümü hastalık gelişiminin izlenmesini de sağlar. GOLD'a (2011) göre hastalık evrelemesi aşağıdaki gibidir:

Evre I (Hafif KOAH): Hava akımı kısıtlamasıyla karakterizedir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomları olabilir, ama her zaman yoktur. Bu evrede, kişi genellikle akciğer fonksiyonunun normal olmadığını farkında değildir. Solunum fonksiyon testi değerleri; FEV₁/ FVC<0.70 ve FEV₁≥%80 (beklenenin) olan hastalar hafif evrede olarak değerlendirilir.

Evre II (Orta Şiddette KOAH): Hava akımı kısıtlamasındaki artışla karakterizedir. Tipik olarak efora bağlı nefes darlığı vardır ve zaman zaman öksürük ve balgam çıkarma da olabilir. Hastalar genellikle bu evrede, kronik solunum semptomları ya da hastalıklarının alevlenmesi nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar. Solunum fonksiyon testi değerleri; FEV₁/ FVC<0.70 ve %50≤FEV₁<%80 (beklenenin) olan hastalar orta şiddette KOAH olarak değerlendirilir.

Evre III (Ağır KOAH): Hava akımı kısıtlanmasında ağırlaşma, nefes darlığında artış, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik ve hemen her zaman hastanın yaşam kalitesi üzerinde etki yapan tekrarlayan alevlenmelerle karakterizedir. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1/FVC < 0.70$ ve $\%30 \leq FEV_1 < \%50$ (beklenenin) olan hastalar ağır evre KOAH olarak değerlendirilir.

Evre IV (Çok Ağır KOAH): Şiddetli hava akımı kısıtlanmasıyla karakterizedir. Solunum yetmezliği kalpte kor pulmonale gibi etkilere de yol açabilir. Kor pulmonale klinik bulguları arasında juguler venöz basınç artışı ve ayak bileklerinde gode bırakan ödem bulunur. Bu bulguların bulunduğu bütün hastalar, $FEV_1 < \%30$ 'un (beklenenin) üzerinde olsa bile evre IV KOAH sayılabilir. Bu evrede hastaların yaşam kalitesi çok bozulmuştur ve alevlenmeler yaşamı tehdit edici nitelikte olabilir. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1/FVC < 0.70$ ve $FEV_1 < \%30$ ya da $FEV_1 < \%50$ (beklenenin)+kronik solunum yetersizliği olan hastalar çok ağır KOAH olarak değerlendirilir.

KOAH tedavisinde; yaşam kalitesinin yükseltilmesi, egzersiz kapasitesinin en üst düzeye çıkarılması, semptomların iyileştirilmesi, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi, mortaliteyi azaltmak, alevlenmelerinin şiddetinin ve sıklığının azaltılması hedeflenmektedir (Celli,2004).

2.3. KOAH VE FONKSİYONEL DURUM

Fonksiyonel durum; yaşamın ihtiyaçlarını sağlamak için çok boyutlu karakteristik bir yetenek olarak tanımlanır. Yani bu faaliyetler; insanların her zamanki rollerini yerine getirmesi, iyilik ve sağlık durumlarını korumak ve insanların temel ihtiyaçlarını karşılamak için hayatlarının normal akışı içinde yaptıkları aktivitelerdir (Leidy,1994).

KOAH' lı hastaların fonksiyonel durumları ve fiziksel aktivite sınırlılığı mortalite, hastaneye yatış ve alevlenmeler hakkında önceden bilgi veren göstergeler olarak görülmektedir (Fan ve ark., 2007; Pitta ve ark., 2006; Garcia-Aymerich ve ark.,2006). Bu nedenle KOAH'lı hastalarda fonksiyonel durumda iyileşme en önemli tedavi hedeflerinden birisidir. Fonksiyonel durum; fonksiyonel performans, fonksiyonel kapasite, fonksiyonel rezerv ve kapasite kullanımı olarak dört ayrı boyutla ilişkilidir (Leidy,1994).

Literatürde fonksiyonel durum için ortak bir görüşün olmaması nedeniyle fonksiyonel durum, fonksiyonel kapasite, egzersiz kapasitesi ve egzersiz toleransı sık

sık birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat bu kavramların her biri farklı anlamları temsil ederler (Leidy,1995; Kocks ve ark.,2011). Fonksiyonel kapasite; bireyin günlük aktiviteleri yapmak için sahip olduğu maksimum potansiyeldir (Larson ve Leidy,1998). Egzersiz kapasitesi semptomatik koroner arter hastalığı olanlarda iskemik yanıtları yorumlamak için kullan bir belirleyicidir (McNeer,1978). Egzersiz toleransı; belirli bir zamanda verilen işin yapılabilme durumudur. Egzersiz kapasitesi, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde önemli bir prognostik faktördür.(Pate ve ark.,1995; Chang ve Froelicher,1994).

Yaş, pulmoner fonksiyon, dispne, yorgunluk, hastalık şiddeti, egzersiz toleransı, depresyon, anksiyete ve sağlık algısı gibi faktörler, fonksiyonel durumun temel belirleyicilerdir (Yeh ve ark.,2004). Leidy ve Traver (1995) KOAH'lı hastalar için fonksiyonel durumun en önemli belirleyicilerinin dispne ve semptomlar olduğunu belirtmişlerdir. Moody ve arkadaşları (1990) dispne, hastalık şiddeti, kendini kontrol edebilme ve çevresel risk faktörlerinin fonksiyonel durum üzerinde önemli rol oynadığını göstermiştir. Graydon ve arkadaşları (1995), iki yıl boyunca KOAH'lı hastaların izleminden sonra, semptomlar, yaş ve FEV₁'in fonksiyonel durumun belirleyicileri olduğunu; dispne ve yorgunluğun fonksiyonel durumla güçlü bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Fonksiyonel durum için sağlık algısı önemli bir faktördür (Whittle ve Goldberg,1996) ve hastalık şiddeti sağlık algısını doğrudan etkileyebilmektedir (Yeh ve ark.,2004).

2.3.1 Fonksiyonel Performans

Fonksiyonel performans; insanların aslında, her zamanki rollerini yerine getirmek, sağlıklarını korumak ve iyi olmak, temel ihtiyaçlarını karşılamak için hayatlarının normal seyirinde yaptıkları fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki ve ruhsal etkinliklerdir (Leidy,1994). Fonksiyonel performans, insanların günlük olarak yapmayı seçtiği aktiviteler olarak tanımlanır (Leidy,1995; Leidy ve Traver,1995; Kapella ve ark.,2011). Fonksiyonel performans insanların normal hayat süreçlerindeki günlük bedensel aktivitelerini göstermektedir (Larson ve Leidy,1998). Bu bedensel aktiviteleri birey kendisi seçer. Seçilen bu aktiviteler bireyin gereksinim olarak hissettiği ve becerisine bağlı olarak yaptığı aktivitelerdir (Leidy ve Traver,1996). Fonksiyonel performans; günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ve öz-bakım davranışlarını içerir. Ancak fonksiyonel performans sadece bu

aktivitelerle sınırlı kabul edilmez. Bu aktivitelerin yanısıra spiritüel, sosyal ve eğlence alanlarındaki bedensel aktiviteleri de içerir (Leidy,1994;Leidy,1995;Larson ve Leidy,1998; Leidy,1999; Leidy ve Haase,1999). Fonksiyonel performans KOAH' lı hastalarda azalarak, günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır (Lareau ve ark., 1996, Larson ve Leidy 1998; Leidy,1999; Mahler 2000).

Fonksiyonel performansın fiziksel içeriğinde bireyin bedensel gereksinimlerine göre yapılan aktiviteler (giyinme, yemek yeme, duş alma gibi) bulunur. Mental sağlık ve kişisel gelişmeyi içeren aktiviteler; müzik, okuma, bahçe işleri veya hobiler gibi aktivitelerdir. Sosyal bileşenler ise parti veya toplantılar düzenleme, arkadaş ziyaretleri ya da telefon arkadaşlığı gibi toplum ve aile/akraba etkileşimini içermektedir. Çalışma aktiviteleri mesleki iş performansından oluşur. Ruhsal bileşenler ise; manevi duygular, ibadetler, meditasyon, dini toplantılarda bulunma ya da gönüllü işlerde çalışma gibi aktivitelerden oluşur. Buna göre fonksiyonel performans; optimal sağlığı sürdürme ya da yükseltmede uyumu kolaylaştıran gerçek fiziksel aktivitelerdir (Leidy, 1999; Leidy, 1995). Fonksiyonel performans, sosyal yaşam içinde bireyin içinde bulunduğu kültürün bir yansıması olarak değerlendirilmeli ve incelenmelidir. (Leidy, 1995). Hastaların günlük aktiviteleri ne kadar iyi yapabildikleri fonksiyonel performans ile ilgilidir (Fan ve ark.,2007). Fonksiyonel performans, hastalık şiddeti arttıkça düşüş kaydetmektedir(Peruzza ve ark.2003; Yeh ve ark., 2004).

2.3.2 Fonksiyonel Kapasite

Fonksiyonel kapasite; bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, alışılmış rollerini yapmak, sağlık ve iyiliklerini sürdürmek amacıyla günlük hayatındaki aktiviteleri yapmak için sahip olunan maksimum potansiyel olarak tanımlanır (Larson ve Leidy,1998; Leidy,1994; Leidy,1995; Leidy ve Knebel,1999). Fonksiyonel kapasite, kişinin aktiviteleri maksimum düzeyde yapabilme yeteneğidir (Larson ve ark.,1998; Lee ve ark.,1991). Fonksiyonel performans günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım aktiviteleri gibi değişkenleri içerirken fonksiyonel kapasite günlük aktiviteler için maksimum psikolojik potansiyel durumu ve hastalıkla ilgili fiziksel kapasiteyi içerir (Yeh,2004). Kapasite kullanımı, performansa ulaşmak için gösterilen çabadır

(Leidy,1994). Kişinin kapasitesi ne kadar fazla olursa, uzun sürelerle yüksek yoğunluklu işleri o kadar fazla yapabilir (Leidy,1994).

Fonksiyonel kapasite, fonksiyonel performansa doğrudan çevrilemeyebilir. Çünkü bir bireyin egzersiz kapasitesine, problem çözme kapasitesine, sosyal kapasiteye sahip olması fonksiyonel aktiviteleri maksimum düzeyde yapacağı anlamına gelmez. Bireyin performans düzeyi kapasite tarafından sınırlanır, fakat bireylerin genelde kapasiteyi yükseltme kararı birbiriyle etkileşen fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve spiritüel faktörlerden etkilenir (Leidy,1994a; Leidy 1994b).

2.3.3. Fonksiyonel Rezerv

Fonksiyonel performanstaki maksimum artış potansiyelini yansıtır. Gereksinim anında başvuru alan gizil yeteneklere işaret eder (Larson ve Leidy,1998; Leidy,1994). Kişi gösterdiği çabanın karşılığında elde edeceği yararın garanti olacağına inanırsa fonksiyonel rezervi kullanır. Dolayısıyla rezervin büyüklüğü kişiden kişiye değişiklik gösterir. Fonksiyonel kapasitesi aynı olan kişiler farklı performans seviyelerini seçebilirler. Yani benzer kapasiteye sahip kişilerin fonksiyonel rezervleri farklıdır (Leidy,1994).

Yaşlılar gençlere göre daha düşük bilişsel rezerve; atletler normal sağlıklı bireylerden daha yüksek fizyolojik rezerve sahiptirler. Sağlıklı bireyler akut ya da kronik sağlık problemi olan insanlardan daha fazla fonksiyonel rezerve sahiptirler. Aynı fonksiyonel kapasiteye sahip insanlar farklı performans düzeyi gösterebilirler. Bu da benzer kapasiteye sahip insanların fonksiyonel rezervlerinde bir fark olacağı anlamına gelir. Bunların yanı sıra hasta ve sağlıklı bireyler aynı rezerve sahip olabilirler. Bazı hasta bireyler, sağlıklı bireylerden daha yüksek performansa sahip olabilirler. Aynı kapasiteye sahip iki hasta da farklı düzeylerde performansa sahip olabilir (Leidy,1994).

Fonksiyonel durumun unsurları olan fonksiyonel kapasite ve performans, günümüz sağlık bakım sisteminde önemli sonuç göstergeleridir. Kapasiteyi artırma ve stabilize etmede başarılı olan girişimler, acil bakım alma ve hastaneye yatma sıklığını azaltır. Bu da yaşam kalitesinin artması ve doğrudan maliyet azalması anlamına gelir.

Performanstaki artış bakım vericinin yükünü azaltır, KOAH'lı bireyin çalışma ve aileye katkıda bulunma kapasitesini artırır (Larson ve Leidy, 1998).

2.3.4. Fonksiyonel Kapasite Kullanımı

Fonksiyonel kapasite kullanımı, günlük aktiviteler sırasında gerçekten kullanılan fonksiyonel kapasite yüzdesidir (Larson ve ark, 1998; Leidy,1994). Fonksiyonel kapasite kullanımı ve performans birbirleriyle ilişkilidir. Fonksiyonel kapasite kullanımı arttığında çaba artar, performans kapasiteye yaklaşır ve rezerv azalır (Leidy,1994). Fakat performans kesin kelimelerle ifade edilirken, fonksiyonel kapasite kullanımı kapasiteye bağlı olarak ifade edilir. Fonksiyonel kapasite kullanımındaki farklılıklar semptomatik olarak da görülebilir. Örneğin; atlet, sağlıklı ve hasta birey aynı performans düzeyine ulaştıklarında kapasite kullanımındaki farklılıkların sonucu olarak farklı yorgunluk düzeyleri ifade edeceklerdir (Larson ve ark.1998; Leidy,1994).

2.4.KOAH ve ÖZ-BAKIM GÜCÜ

Öz-bakım sağlık bakımında önemli bir yer tutar. Bireyin kendi yaşamı, iyi olma durumu ve fonksiyonların entegrasyonu ile ilgili düzenlemeler için kendine ve çevreye yönelik eylemlerin tümüdür. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımıyla; tedavi edici sağlık hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ile öz-bakım kavramı daha çok önem kazanmıştır (Conn,1991;Perry ve Potter,2001).

Öz-bakım modeli 1956 yılında Dorethe E. Orem tarafından hemşireliğin yapılması amacı ile geliştirilmiştir (Orem,1991). Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır (Orem 1996).

Öz-bakım; kişinin kendi yaşamını, sağlığını ve iyiliğini korumak için kendisi tarafından başlatılan ve yapılan aktiviteleri uygulamasıdır (Orem, 1996) ve bireyin öz-bakım becerisi zamanla iletişim, kültür, yaş, cinsiyet, maddi durum, eğitim ve etkileşim gibi faktörlerle ilişkili olarak gelişebilir (Akyol ve Karadakovan, 2002; Ünsal ve Kızılcı, 2009). Orem'e göre; öz-bakım yaşamın sürekliliği için gereklidir (Nahcivan,1993). Öz-bakım; bir öğrenme süreci olarak kişilerarası etkileşim ve

iletifim yoluyla öğrenilir. Motivasyon, bilgi ve beceri gerektirir. Ayrıca bir bireyin öz-bakım yeteneği ve öz-bakım davranışı, bireyin aile sistemi gibi temel etmenler tarafından etkilenir (Orem 1991). Öz-bakım davranışı, semptomları yönetmede, kendi sağlığıyla ilgili davranış değişikliğini tanımlayan bir terimdir (Effing,2007). Öz-bakım davranışı hastaların kendi bakımına tam olarak katılabilmeleri için hastalık, hastalık yönetimi ve psikolojik güçlenme konusunda eğitimlerini gerektirir. Öz-bakım davranışı sigara bırakma ve düzenli ilaç kullanımı gibi önemli aktiviteleri içerir (Connelly,1987;Shakur,2003).

Orem'e göre, bireylerin öz-bakımlarını karşılama düzeyleri bireyden bireye fark göstermektedir. Bu farkı ortaya çıkararak en önemli faktörlerden biri öz bakım gücüdür (Nahcivan, 1993).Öz-bakım becerisini kullanma durumu sağlık inancı, hastalık, kültürel etkileşim gibi faktörlere bağlı olarak farklılaşır (Silverman ve ark., 1999). Öz-bakım becerilerinin öğretilmesi, davranış değişikliği meydana getirmek için yeterli değildir. Hastanın, günlük yaşamıyla bu becerileri birleştirerek öğrenmesi gerekir (Bandura 1997). Öz- bakım gücü; sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (Orem,1991).

Öz-bakım gücü yüksek olan kişiler daha yüksek benlik saygısı ve benlik kavramına sahiptirler. Ayrıca sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha fazla sergilerler (Nahcivan, 1993). Bireyler öz-bakımlarını sürekli karşılayabilmek için yetenekleri ile öz-bakım gereksinimleri arasında denge kurmaya çalışırlar (Nahcivan,1993; Potter ve Perry,2001). Orem (1996) bu öz-bakım gereksinimlerini evrensel öz-bakım gereksinimleri, gelişimsel öz-bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimler olmak üzere üç grupta toplamıştır.

1)Evrensel öz-bakım gereksinimleri: İnsan hayatında sürekli olarak varolan temel gereksinimlerdir. Bu gereksinimler; yeterli hava, beslenme, sıvı alımı, boşaltım, hareket, dinlenme, kişisel özgürlük ve toplumsal etkileşim, tehlikelerden korunma ve çalışmaların geliştirilmesidir. Bireyin bu gereksinimleri etkili olarak karşılandığında, sağlığı ve iyiliği olumlu yönde desteklenir. Sağlıklı bir birey evrensel öz-bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik yeteneklere sahip olursa yaşamını denge halinde sürdürebilir.

2)Gelişimsel öz-bakım gereksinimi: Bireyin gelişimini etkileyen ve yaşamını destekleyen yaşam koşullarının desteklenmesidir. Gelişimi olumsuz etkileyen olay ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinden bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü evrensel öz-bakım gereksinimleridir. Bu gelişimsel süreçler boyunca insan yapısı; yaşam sürecini destekleyen ve gelişmeyi sağlayan temel yaşam koşullarının sürdürülmesi ile daha ileri düzeye olgunlaşarak ilerler.

3) Sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimleri: Hastalığa bağlı ortaya çıkan yeni gereksinimler ya da hastalığın getirdiği sınırlılıklar nedeniyle karşılanamayan evrensel ve gelişimsel öz-bakım gereksinimleridir.

Orem yetişkinlerin iyi olduklarında kendi öz-bakım ihtiyaçlarının ne olduğunu saptayabilme ve bu ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneklerinin olduğunu savunur. Bir yetenek kaybedildiğinde bu eksiklik öz-bakım yetersizliği olarak adlandırılır ve profesyonel bakıma ihtiyaç duyulur (Rouke,1991).

KOAH' da hastalığın seyri FEV₁ ölçümleri ile değerlendirilir. FEV₁ beklenen değer %50'sinin altına düşerse prognoz kötüleşir. Bir litrenin altına düşerse ciddi dispne gelişir ve hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapamaz hale gelirler (Ergan ve Çöplü,2001; Linton ve ark.,2000). KOAH, öz-bakım yeteneğinin azalmasına neden olan önemli bir hastalıktır (Stoller, 2002;Vermiere, 2002; NICE,2004). KOAH'lı hastaların yaşadığı semptomlarla öz-bakım gücü arasında negatif ilişki vardır (Kang ve ark., 2008).

İlerlemiş KOAH'ı olan hastalar sosyal izolasyon ve psikososyal sorunlar ile karşı karşıya kalabilirler (Ring ve Danielson,1997; Skilbeck ve ark.,1998). KOAH'lı hastalar eğlence ve sosyal etkinliklerinde kısıtlamalar, öz-bakım davranışları üzerinde kontrol eksikliği, bağımsızlık kaybı, erken emeklilik, maddi stres, rol değişiklikleri, aile hayatında bozulma, benlik imajında değişim ve benlik saygısında azalma yaşayabilirler (Kinsman ve ark., 1983, Williams ve Bury 1989).

Yaşanan yetersizlik özellikle hastalık sürecinin ilerlemesiyle KOAH'lı hastalarda öz- bakım yetersizliğine, diğer bireylere bağımlı hale gelmesine, sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına, hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmede zorlanmalara yol açmaktadır. Bu durum KOAH'lı hastalara bakım verenlerin destek almaya ihtiyaç duyma noktasına gelmelerine neden olmaktadır (Carres ve ark.2009). KOAH'lı bireylerin öz-bakım davranışları ile umut düzeyleri arasında olumlu bir ilişki olduğu (Bayram,2001;Alberto ve Joyner, 2008), umut ve

iyimserlik seviyesi yüksek olan KOAH'lı hastalarda öz-bakım düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Alberto ve Joyner, 2008).

Öz-bakım yetersizliği kişinin bakım ihtiyacı olarak tanımlanır. Bu noktada hemşirenin; eğitici, destekleyici bir rol almaya ya da ihtiyacın kısmen veya tamamen karşılanacağına karar vermesi gerekir (Orem,1991). Bu bağlamda, hasta olmayan ya da hasta olan kişilerin gereksinimlerinin karşılanması üç hemşirelik sistemi ile tanımlanmıştır;

1)Eksikliği tümüyle giderici hemşirelik sistemi: Bireyin hiçbir öz-bakım gereksinimini karşılayamadığı durumda seçilir. Hasta kendi bakımında aktif değildir. Bu nedenle kişinin öz-bakım gereksinimlerinin tamamı hemşire tarafından yapılır.

2)Eksikliği kısmen giderici hemşirelik sistemi: Hasta öz-bakım gereksinimlerini kısmen yapabilir. Hemşire ile hasta bakım gereksinimlerini birlikte gerçekleştirir.

3)Destekleyici- eğitsel hemşirelik sistemi: Bireyin tüm öz-bakım gereksinimlerini kendisinin yapabildiği durumlarda, eylemleri gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu ancak bunu yardım almadan yapamadığı durumları ifade eder (Orem,1991).

2.5. KOAH'LI HASTALARDA FONKSİYONEL PERFORMANS VE ÖZ-BAKIMIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

KOAH nedeniyle yaşanan dispne, hastaların aktivitelerini azaltarak fonksiyonel performansın düşmesine yol açar. (Yeh ve ark.,2004). KOAH'lı hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyon ile egzersiz kapasitesi artırılmaktadır. Böylece kişi daha bağımsız bir hayata ulaşmaktadır (Mathers ve Loncar,2006).

Değişen sağlık anlayışıyla birlikte KOAH'lı hastaların tedavisinde temel amaç; fonksiyonel performansı yükselterek bireyin yaşam kalitesini artırmaktır (Smeltzer,2000). Fonksiyonel durumu düzeltme girişimlerini geliştirmek için fonksiyonel durumu etkileyen değişkenleri tanılamak gereklidir. KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans düzeyini etkileyen faktörlerin bilinmesi, uygun hemşirelik girişimleri ve rehberlikle bağımsızlıklarını sürdürmelerine, semptom yönetme yeteneği kazanmalarına ve yaşam memnuniyetlerini artırmaya yardımcı olacaktır (Smeltzer,2000;Weilitz ve ark.,1996). Hastanın fonksiyonel performansındaki artış

bakım vericinin yükünün azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına ve hastalık maliyetinin düşmesine katkı verecektir (Larson ve Leidy,1998). Fonksiyonel durumun iyileştirilmesinde hemşirelik girişimleri bakımın temelini oluşturur. KOAH'lı hastaların yaşadıkları solunum güçlüğüyle başetmede ve günlük işleri sırasında bağımsızlıklarını optimum düzeye çıkarmada etkin ve bireysel hemşirelik bakımı büyük önem taşır (Kohlman ve ark., 2000;Gezgen ve ark., 2001).

İnsanların bozulan sağlıkları nedeni ile kişisel bakımlarını yerine getirme becerilerinde yetersizlikler oluşabilir. Bu yetersizliklerin olduğu noktada sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da hastaya nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik bakımının içinde olmalıdır (Nahcivan,1993). Hastaların öz-bakım gereksinimlerini karşılamaları ve öz-bakım becerilerini edinmeleri konusunda hemşirelik girişimine gereksinim vardır ve bu gereksinim karşılanırken her hastanın diğerinden farklı olduğu unutulmamalıdır (Mousing ve Lomborg,2012). Orem'e göre hemşire, bireyin öz-bakım gereksinimleri ile özel olarak ilgilenmelidir. Hemşire yaşamın sürdürülmesi, sağlığın devamı, hastalıklar, travmalar ve bunların etkisiyle başetmede öz-bakım gereksiniminin karşılanması ve yönetiminden sorumludur (Tomay ve Alligood,2002; Fawcet, 2005).

KOAH'lı kişiler günlük rutin işlerini yönetmeleri için hastalığa uyum stratejilerini geliştirmeli, kısıtlılıklarını dengelemeli ve öz-bakım aktivitelerini entegre etmelidirler (Cicutto,2004). Pulmoner reabilitasyon kapsamında yer alan hasta eğitimi programları ile bireylerin hastalıklarını yönetme becerileri geliştirilebilir (Troosters ve ark.,2005). Bireysel yönetimi gelişen KOAH'lı hastaların hastaneye ve acil servise başvuru sayılarının azaldığı, yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (Bourbeau ve ark.,2003). Hemşirenin eğitici rolü, sağlığı geliştirme ve sürdürmede önemli bir yer tutar (Timby,2001). KOAH'lı bireye verilecek eğitimin içeriği; KOAH hakkında bilgi verilmesi, tedavi ve evde oksijen tedavisi, beslenme, solunum tedavisi, sigaranın bırakılması, cinsel yaşam, hastalıkla baş etme yöntemleri ve sağlık personeli ile iletişim gibi konuları kapsar (Akdemir ve Birol,2005).

Hemşireler, hastaların olumsuz sağlık alışkanlıklarını ve davranışlarını, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüştürmek, hastalıklarına uyumlarını sağlamak, öz-bakım gücünü artırmak için öz-bakımı ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri göz önüne alarak bireyin ihtiyacına yönelik uygun bakımı vermelidirler (Lukkerinen ve

Hentinen,1997). KOAH, hastaların günlük aktivitelerini kısıtladığı için hemşire bu noktada hastanın öz-bakım gereksinimlerini belirlemeli ve hangi düzeyde yerine getirebildiğini saptamalıdır (Phipps, 1991;Smeltzer, 2000). Hemşirelik girişiminde amaç; bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşması için yardım etmektir. Hemşirelerin bu görev ve sorumluluklar doğrultusunda bakım vermeleri gereklidir. Hemşirenin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerinde önemli rol oynayacaktır. Hemşirelerin birincil görevi bireyin bakımına bireyin gereksinimleri doğrultusunda yardım etmek ve bireyleri bütüncül olarak ele almaktır (Karakoç 2001).

3.ARAŞTIRAMANIN YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma KOAH'lı bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği kayıtlarına göre Ocak-Aralık 2011 tarihleri arasında polikliniğe müracaat eden KOAH'lı hasta sayısı 210'dur. Araştırma örneklemini Temmuz 2012- Eylül 2013 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde ayaktan izlemi yapılan 128 hasta oluşturmuştur.

Örnekleme alınma ölçütleri;

- 18 ve üzeri yaş grubunda
- İletişim kurmayı engelleyecek düzeyde görme ve işitme duyularında herhangi bir engeli olmayan,
- Ayaktan tedavi alan,
- Tanı konulmuş ruhsal sağlık sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden KOAH'lı bireylerdir.

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında polikliniğe örneklem özelliğine uygun 136 hasta başvurmuştur. Ancak 8 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırma toplam 128 hasta ile yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Yeri

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır. Poliklinikte bir asistan hekim, bir öğretim üyesi hekim, bir hemşire, bir sekreter ve SFT bölümünde çalışan iki sağlık elemanı görev yapmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Fonksiyonel Performans Envanteri ve Öz-bakım Gücü Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel Bilgi Formu, KOAH'lı bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri ve hastalık durumlarıyla ilgili bilgi toplamak amacıyla literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. KOAH'lı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özellikleri, eşlik eden diğer kronik hastalıklar, hastalık süresi, SFT değeri, dispne şiddeti, oksijen kullanma durumu gibi hastalığa ilişkin, bilgi içeren toplam 28 soru yer almaktadır.

Hastaların dispne şiddetini ölçmek için MRCS dispne skalası, hastalık evresini belirlemek için GOLD evrelemesi kullanılmıştır.

MRCS (Medical Research Council Scale): Dispne skalası ilk kez Fletcher tarafından, akciğer hastalığı olan ile olmayan kişilerin aktivite sırasındaki dispne şiddetlerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır (Fletcher,1952). Daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC), hastalığın doğal seyrinin izlenmesi amacıyla bu ölçeği daha geliştirilmiş şekliyle kullanıma sunmuştur (Holman ve Dawlish,1966). Dispne skalası dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuş, 5 maddeli bir ölçektir. Hastalardan kendilerinde dispne oluşturan maddeyi belirtmeleri istenir (Bestall ve ark.,1999).

GOLD Evrelemesi (2011):

Evre I (Hafif KOAH): Hava akımı kısıtlamasıyla karakterizedir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomları olabilir, ama her zaman yoktur. Bu evrede, kişi genellikle akciğer fonksiyonunun normal olmadığını farkında değildir. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1 / FVC < 0.70$ ve $FEV_1 \geq \%80$ (beklenenin) olan hastalar hafif evrede olarak değerlendirilir.

Evre II (Orta Şiddette KOAH): Hava akımı kısıtlamasındaki artışla karakterizedir. Tipik olarak efora bağlı nefes darlığı vardır ve zaman zaman öksürük ve balgam çıkarma da olabilir. Hastalar genellikle bu evrede, kronik solunum semptomları ya da hastalıklarının alevlenmesi nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1 / FVC < 0.70$ ve

$50 \leq FEV_1 < 80$ (beklenenin) olan hastalar orta şiddette KOAH olarak değerlendirilir.

Evre III (Ağır KOAH): Hava akımı kısıtlanmasında ağırlaşma, nefes darlığında artış, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik ve hemen her zaman hastanın yaşam kalitesi üzerinde etki yapan tekrarlayan alevlenmelerle karakterizedir. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1 / FVC < 0.70$ ve $30 \leq FEV_1 < 50$ (beklenenin) olan hastalar ağır evre KOAH olarak değerlendirilir.

Evre IV (Çok Ağır KOAH): Şiddetli hava akımı kısıtlanmasıyla karakterizedir. Solunum yetmezliği kalpte kor pulmonale gibi etkilere de yol açabilir. Kor pulmonale klinik bulguları arasında juguler venöz basınç artışı ve ayak bileklerinde gode bırakan ödem bulunur. Bu bulguların bulunduğu bütün hastalar, $FEV_1 30$ 'un (beklenenin) üzerinde olsa bile evre IV KOAH sayılabilir. Bu evrede hastaların yaşam kalitesi çok bozulmuştur ve alevlenmeler yaşamı tehdit edici nitelikte olabilir. Solunum fonksiyon testi değerleri; $FEV_1 / FVC < 0.70$ ve $FEV_1 < 30$ ya da $FEV_1 < 50$ (beklenenin)+kronik solunum yetersizliği olan hastalar çok ağır KOAH olarak değerlendirilir.

3.4.2.Fonksiyonel Performans Envanteri (Functional Performance Inventory) (EK-2)

Fonksiyonel performans envanteri Leidy tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (Leidy ve Traver,1995) . Ölçek kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin fonksiyonel performanslarını belirlemek üzere geliştirilmiştir. Fonksiyonel performans ölçeği 65 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; vücut bakımı (9 madde), ev işlerini sürdürme (21 madde), fiziksel egzersiz (7 madde), eğlence ve hobiler (11 madde), manevi aktiviteler (5 madde), sosyal etkileşim (14 madde) şeklindedir. Ölçekte bu sorulara ek olarak, fonksiyonel performans puanının hesaplanmasında kullanılmayan ancak fonksiyonel performansa ilişkin verilerin değerlendirmesinde önemli olduğu için kalması önerilen iki madde (66. madde: Okula gitme; tam gün ya da yarım gün ve 67. madde: İşe gitme; tam ya da yarım gün) daha yer almaktadır (Leidy ve Traver,1995; Leidy ve Knebel,1999). Ölçekte her bir madde 4'lü likert şeklinde puanlanır. Ayrıca “tercih etmediğim için yapmıyorum” şeklinde seçilen beşinci bir alternatif yanıt vardır.

Envanterin puanlanmasında; “hastalık nedeniyle ya da tercih etmediğim için yapamam” ifadesi 0 puan, “çok zorlanarak yaparım” ifadesi 1 puan, “biraz

zorlanarak yaparım” ifadesi 2 puan, “çok kolaylıkla yaparım” ifadesi 3 puan verilerek değerlendirilir. Alt boyut puanları o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Toplam fonksiyonel performans puanı tüm maddelerin puanlarının toplamının toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Fonksiyonel Performans Ölçeği’nde alınabilecek maksimum puan 3, minimum puan 0’dır. Alınan puanın 3’e yakın olması yüksek fonksiyonel performansı gösterir (Leidy,1999;Leidy ve Knebel,1999).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2006 yılında Özkan tarafından KOAH’lı ve astımlı hastalar üzerinde yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında korelasyon değeri 0.30 un altında bulunan 7 madde (ev işlerini sürdürme alt boyutunun 11.,17. ve 18. maddeleri, fiziksel egzersiz alt boyutunun 6. maddesi, eğlence ve hobiler alt boyutunun 2.,6. ve 8. maddeleri) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması sonucunda kullanılan envanter 60 maddeyi içermektedir. Özkan’ın (2006) çalışmasında Cronbach’s Alfa değeri 0.87 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alfa değeri 0.93 bulunmuştur.

3.4.3. Öz -Bakım Gücü Ölçeği (Self-Care Agency Scale) (EK-3)

Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş (Kearney ve Fleischer 1979). Bireylerin öz-bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanan ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0’dan 4’e kadar puanlanan 5’ li likert özelliktedir. Ölçekte her bir madde için ifadeler 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak ve tersine puanlama ile değerlendirilir. Ölçeğin toplam puanı 140’dır. Ölçek puanının 82’nin altında olması düşük öz-bakım gücü, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek öz-bakım gücü olarak değerlendirilmektedir. Puan değeri arttıkça hastaların öz-bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır (Kearney ve ark., 1979; Nahcivan 1993;Pinar,1993). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Nahcivan tarafından yapılmıştır (Nahcivan 1993). Nahcivan (1993) ölçeğin Cronbach’s Alfa değerini 0.92 olarak bulmuştur. Pinar’ın (1995) diyabetli hastalar üzerinde yaptığı geçerlilik

güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığı 0.88 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0.77 bulunmuştur.

3.5.Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulama 1-30 Haziran 2012 tarihinde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde ayaktan tedavi ve izlemi yapılan KOAH tanılı 8 birey üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonunda anket formlarının anlaşılabilirliği ile ilgili bir sorun olmadığına karar verilerek uygulamaya başlanmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6. Uygulama

Veri toplama araçları, Temmuz 2012- Eylül 2013 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve örneklem kriterlerine uyan KOAH'lı bireylere uygulanmıştır. Veri toplama araçları poliklinik ortamında araştırmacının görüşmelerini yapması için düzenlenen bir odada, tek oturumda yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanmasında önce hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onam alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.7. Etik Kurul Onayı

Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan araştırma için etik kurul onayı alınmıştır. (Onay Tarihi: 27.03.2012, Karar No: 2012-03/33)

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 14.00 programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde iki bağımsız grup karşılaştırılırken parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik analizi student-t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılırken parametrik test varsayımları yerine getirilemiyorsa varyans analizi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla değişken için Kruskal-Wallis testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanları ile yaş, MRC dispne skalası, SFT değeri, FEV₁ değeri, hastalık süresi ve şiddeti arasındaki ilişki korelasyon analizi yapılarak değerlendirilmiş, yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan KOAH tanılı 128 hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler, hastalık özellikleri, fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Bireylerin sosyodemografik özellikleri (n:128)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Min-Max:50-88 X±SD: 65.04±9.29)		
50-59	41	32.0
60-69	47	36.7
70 ve üzeri	40	31.3
Cinsiyet		
Kadın	55	43.0
Erkek	73	57.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	26	20.4
Okur-yazar	20	15.6
İlköğretim	67	52.3
Ortaöğretim	15	11.7
Medeni durum		
Evli	99	77.3
Bekar	4	3.2
Dul/boşanmış	25	19.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	8	6.3
Çalışmıyor	120	93.7
Sosyal güvence		
Var	122	95.3
Yok	6	4.7
Gelir düzeyi		
İyi	6	4.7
Orta	112	87.5
Kötü	10	7.8
Birlikte yaşadığı kişiler		
Var	118	92.2
Yok	10	7.8
Günlük bakımda yardım gereksinimi		
Var	55	43.0
Yok	73	57.0
KOAH hakkında bilgi alma		
Eğitim alan	6	4.7
Eğitim almayan	122	95.3

Tablo 1’de çalışmaya katılan bireylere ait sosyo-demografik özellikler verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 65.04±9.29’dir. Katılımcıların %57.0’si erkek, %77.3’ü evli, %52.3’ü ilköğretim eğitim düzeyindedir. Hastaların %95.3’ünün sosyal güvencesi vardır ve %87.5’i ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %43.0’ü günlük bakımlarını yaparken yardıma ihtiyaç duyduklarını, %95.3’ü KOAH hakkında eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 2: Bireylerin Hastalık Özellikleri (n:128)

Özellikler	Sayı	Yüzde
GOLD'a göre Hastalık Evresi		
Hafif	19	14.8
Orta	64	50.0
Ağır	32	25.0
Çok ağır	13	10.2
Hastalık Süresi		
0-4 yıl	63	49.2
5-8 yıl	24	18.8
9-12 yıl	22	17.2
13 yıl ve üzeri	19	14.8
MRC Dispne Şiddeti		
Dispne yok	3	2.3
Hafif dispne	42	32.8
Orta şiddette dispne	29	22.7
Şiddetli dispne	34	26.6
Çok şiddetli dispne	20	15.6
Evde Uzun Süreli Oksijen Tedavisi		
Kullanan	47	36.7
Kullanmayan	81	63.3
İlaç Tedavisini Sürdürme Durumu		
Düzenli	74	57.8
Düzensiz	54	42.9
KOAH nedeniyle son 6 ayda hastaneye yatış		
Yatan	44	34.4
Yatmayan	84	65.6
KOAH nedeniyle son 6 ayda acile başvurma		
Başvuran	59	46.1
Başvurmayan	69	53.9
Şişirici içme durumu		
İçen	10	7.8
İçmeyen	118	92.2
Vücut Kitle İndeksi		
Normal (18.5-24.9)	38	29.7
Fazla kilolu (25-29.9)	56	43.8
Obez (30-39.9)	26	20.3
Morbid obez (40 ve üzeri)	8	6.2
Başka Bir Kronik Hastalık		
Var	100	78.1
Yok	28	21.9

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin hastalık özellikleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %50.0’ı orta şiddetli KOAH tablosuna sahip ve %49.2’si 0-4 yıldır KOAH tanısı almış olan hastalardır. MRC dispne skalasına göre hastaların %32.8’si hafif düzeyde dispne yaşamaktadır. Örneklemin %36.7’si evde uzun süreli

oksijen tedavisi almakta,%57.8'i ilaçlarını evde düzenli olarak kullandığını ifade etmektedir. Hastaların %34.4'  son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yatmış, %46.1'i KOAH nedeniyle acil servise başvurmuştur. Katılımcıların %43.8' i fazla kiloludur, %78.1'inin KOAH dışında ek bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 3 :Bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puan ortalaması (n=128)

Ölçekler	Min-max	X±SD
Fonksiyonel performans		
Vücut bakımı	1.00-3.00	2.32±0.65
Ev işlerini sürdürme	0.05-2.83	1.08±0.72
Fiziksel egzersiz	0.00-2.00	0.88±0.55
Eğlence ve hobi	0.00-2.25	0.61±0.55
Manevi aktiviteler	0.00-3.00	1.49±0.95
Sosyal etkileşim	0.25-3.00	1.55±0.70
Toplam fonksiyonel performans	0.31-2.86	1.33±0.60
Öz-bakım gücü	44-133	92.35±22.59

Tablo 3’de bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının ortalaması verilmiştir. Hastaların fonksiyonel performans envanterinden aldıkları puanlar incelendiğinde; hastaların toplam fonksiyonel performans puan ortalaması 1.33±0.60 olarak bulunmuştur. Bireylerin en yüksek puanı vücut bakımı alt boyutundan (2.32±0.65), en düşük puanı eğlence ve hobiler alt boyutundan (0.61±0.55) aldıkları tespit edilmiştir.

Hastalar öz-bakım gücü ölçeğinden ortalama 92.35±22.59 puan almışlardır.

Tablo 4: Bireylerin öz-bakım gücü puan düzeyleri (n=128)

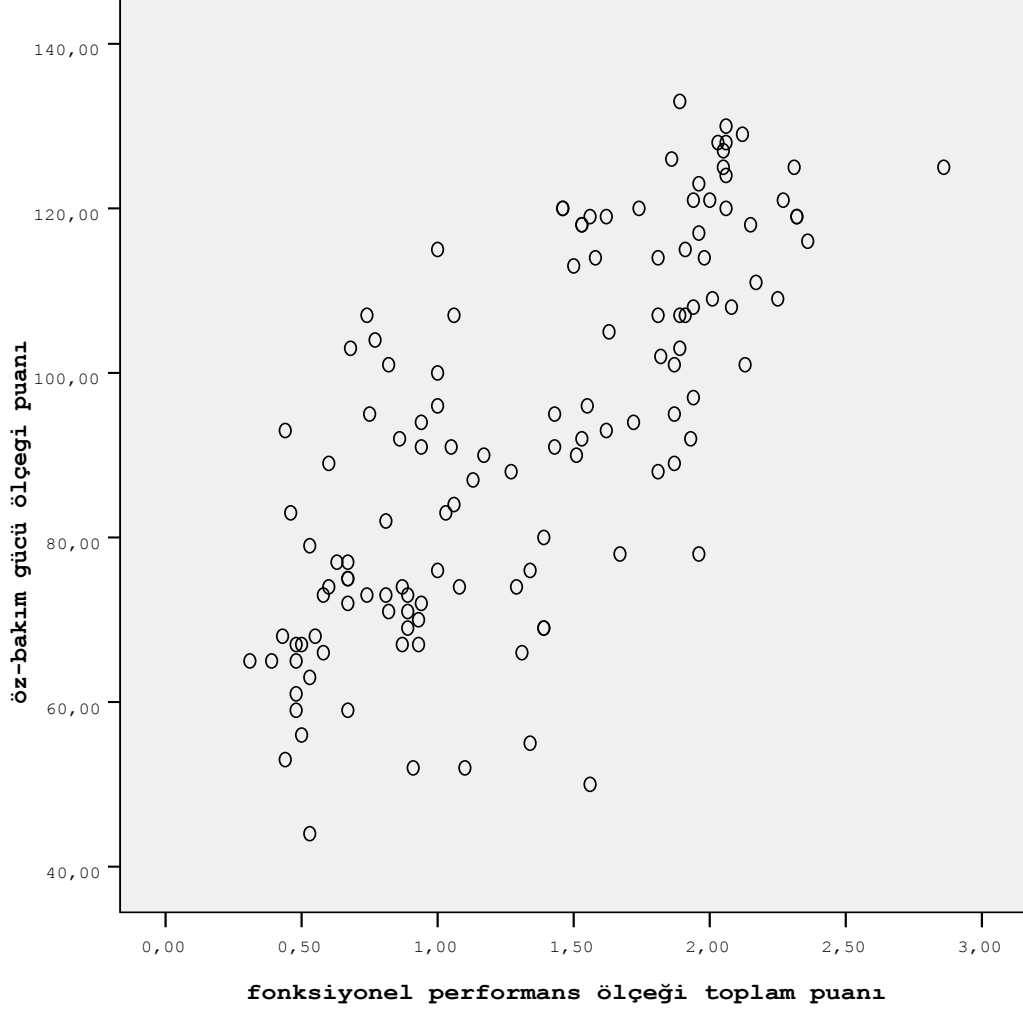
Öz-bakım gücü puanı	Sayı	%
Düşük puan (82 puan altı)	45	35.2
Orta puan (82-120)	64	50.0
Yüksek puan (120 puan üstü)	19	14.8

Tablo 4’ de bireylerin öz-bakım gücü puan düzeyleri yer almaktadır. Bireylerin %50.0’ sinin orta düzeyde öz-bakım gücüne, %35.2’sinin düşük öz-bakım gücüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Bireylerin fonksiyonel performans ile öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	Öz-bakım Gücü	
	r	p
Vücut bakımı	0.676	0.000
Ev işlerini sürdürme	0.694	0.000
Fiziksel egzersiz	0.645	0.000
Eğlence ve hobiler	0.582	0.000
Manevi aktiviteler	0.656	0.000
Sosyal etkileşim	0.595	0.000
Toplam fonksiyonel performans	0.749	0.000

Şekil 1: Fonksiyonel Performans ile Öz-Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişki



Tablo 5’de ve Şekil 1’de bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki korelasyon görülmektedir. Fonksiyonel performans ve alt boyutları ile öz-bakım gücü arasında aynı yönlü güçlü bir korelasyon vardır. Toplam fonksiyonel performans puanı ve fonksiyonel performans ölçeğinin alt boyut puanları arttığında öz-bakım gücü puanı da artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.05$).

Tablo 6: Bireylerin cinsiyetlerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Cinsiyet				
	Kadın X±SD	Erkek X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	2.30±0.67	2.33±0.63	0.24	0.693
Ev işlerini sürdürme	1.20±0.81	0.99±0.64	1.65	0.807
Fiziksel egzersiz	0.91±0.58	0.85±0.52	0.59	0.554
Eğlence ve hobi	0.58±0.61	0.64±0.50	0.60	0.545
Manevi aktiviteler	1.54±1.00	1.45±0.92	0.53	0.591
Sosyal etkileşim	1.51±0.70	1.59±0.71	0.60	0.546
Toplam fonksiyonel performans	1.35±0.62	1.31±0.59	0.40	0.688
Öz-bakım gücü	91.43±24.16	93.04±21.49	0.39	0.693

Tablo 6’da cinsiyete göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya alınan bireylerin cinsiyete göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında cinsiyetler arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte; erkek hastaların vücut bakımı, eğlence-hobiler, sosyal etkileşim alt boyutlarından ve öz-bakım gücü ölçeğinden kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 7: Bireylerin yaşa göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Yaş					
	50-59 X±SD	60-69 X±SD	70 ve üstü X±SD	f	p
Fonksiyonel performans					
Vücut bakımı	2.30±0.62	2.38±0.67	2.25±0.65	0.46	0.628
Ev işlerini sürdürme	1.23±0.74	1.10±0.73	0.89±0.66	2.30	0.100
Fiziksel egzersiz	0.99±0.66	0.89±0.48	0.74±0.46	2.12	0.124
Eğlence ve hobi	0.66±0.52	0.66±0.57	0.51±0.55	1.03	0.360
Manevi aktiviteler	1.43±0.93	1.63±1.01	1.39±0.89	0.79	0.456
Sosyal etkileşim	1.61±0.77	1.65±0.64	1.38±0.69	1.74	0.179
Toplam fonksiyonel performans	1.39±0.61	1.38±0.59	1.21±0.61	1.11	0.315
Öz-bakım gücü	93.39±23.45	96.42±21.81	86.50±21.95	2.18	0.116

Tablo 7’ de bireylerin yaşa göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları yer almaktadır. Çalışmaya alınan bireylerin yaş gruplarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında yaş grupları arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Toplam fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanının en düşük olduğu yaş grubunun 70 ve üzeri yaşta hastalar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8 :Bireylerin yaşı ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	Yaş	
	r	p
Vücut bakımı	-0.019	0.828
Ev işlerini sürdürme	-0.190	0.032
Fiziksel egzersiz	-0.122	0.169
Eğlence-hobiler	-0.108	0.226
Manevi aktiviteler	0.058	0.513
Sosyal etkileşim	-0.109	0.222
Toplam fonksiyonel performans	-0.091	0.307
Öz-bakım gücü	-0.137	0.122

Tablo 8’de yaş ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü arasındaki korelasyon yer almaktadır. Tabloya göre; yaş ile ev işlerini sürdürme alt boyutu arasında negatif yönlü ($r = -0.19$) ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak önemlidir. Yaş ile diğer alt boyut puanları, toplam fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasında bulunan korelasyonlar istatistiksel olarak önemsizdir.

Tablo 9: Bireylerin beden kitle indekslerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Beden Kitle İndeksi						
	Normal X±SD	Fazla kilolu X±SD	Obez X±SD	Morbit obez X±SD	f	p
Fonksiyonel performans						
Vücut bakımı	2.21±0.67	2.50±0.52	2.25±0.71	1.77±0.75	3.09	0.054
Ev işlerini sürdürme	0.93±0.68	1.20±0.72	1.11±0.69	0.86±0.95	1.29	0.280
Fiziksel egzersiz	0.92±0.48	0.89±0.59	0.84±0.53	0.67±0.61	0.49	0.683
Eğlence ve hobi	0.49±0.49	0.75±0.58	0.54±0.48	0.46±0.65	2.24	0.087
Manevi aktiviteler	1.39±0.90	1.61±0.97	1.49±0.91	1.12±1.19	0.83	0.477
Sosyal etkileşim	1.41±0.70	1.66±0.68	1.64±0.66	1.18±0.87	1.86	0.138
Toplam fonksiyonel performans	1.21±0.56	1.43±0.57	1.37±0.64	1.01±0.82	1.77	0.156
Öz-bakım gücü	88.26±22.94	94.67±20.77	94.00±24.11	90.12±27.88	0.67	0.566

Tablo 9’da araştırmaya katılan bireylerin beden kitle indekslerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı yer almaktadır. Beden kitle indeksine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Tablo incelendiğinde; morbit obez hastaların fonksiyonel performans envanterinden, normal kilolu hastaların öz-bakım gücü ölçeğinden en düşük puanı aldığı görülmektedir.

Tablo 10: Bireylerin eğitim durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Eğitim Düzeyi						
	Okur-yazar değil	Okur-yazar	İlköğretim	Ortaöğretim	f	p
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD		
Fonksiyonel performans						
Vücut bakımı	2.12±0.78	2.25±0.58	2.40±0.59	2.36±0.71	119	0.314
Ev işlerini sürdürme	0.73±0.57	1.02±0.79	1.22±0.74	1.10±0.58	3.10	0.029
Fiziksel egzersiz	0.88±0.70	0.85±0.55	0.87±0.47	0.93±0.61	0.07	0.975
Eğlence ve hobi	0.38±0.45	0.37±0.51	0.71±0.53	0.88±0.59	5.18	0.002
Manevi aktiviteler	1.18±0.82	1.55±1.05	1.60±1.00	1.45±0.71	1.26	0.289
Sosyal etkileşim	1.36±0.70	1.52±0.78	1.60±0.67	1.71±0.74	1.03	0.381
Toplam fonksiyonel performans	1.14±0.64	1.25±0.64	1.41±0.57	1.40±0.59	1.40	0.245
Öz-bakım gücü	83.53±21.40	91.45±21.45	94.85±22.85	97.66±22.83	1.91	0.130

Tablo 10’da bireylerin eğitim düzeyine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Eğitim düzeyine göre hastaların toplam fonksiyonel performans puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Fonksiyonel performans envanterinin alt boyut puanları incelendiğinde; ev işlerini sürdürme alt boyut puanı, okur-yazar olmayan hastalarda diğer hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Tabloda ortaöğretim mezunu olan hastaların eğlence ve hobiler alt boyutundan daha fazla puan aldıkları tespit edilmiştir. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü puanı doğru orantılı olarak artmasına rağmen aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Bireylerin medeni durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Medeni Durum					
	Evli X±SD	Bekar X±SD	Dul X±SD	KW	p
Fonksiyonel performans					
Vücut bakımı	2.29±0.66	2.19±0.69	2.44±0.58	1.05	0.590
Ev işlerini sürdürme	1.11±0.71	0.76±0.82	0.99±0.75	2.39	0.302
Fiziksel egzersiz	0.90±0.57	0.66±0.65	0.82±0.43	1.70	0.426
Eğlence ve hobi	0.66±0.54	0.42±0.61	0.46±0.53	4.32	0.115
Manevi aktiviteler	1.45±0.96	1.32±0.90	1.70±0.90	1.84	0.398
Sosyal etkileşim	1.62±0.70	1.04±0.90	1.39±0.62	4.59	0.101
Toplam fonksiyonel performans	1.36±0.61	1.03±0.72	1.27±0.53	1.97	0.372
Öz-bakım gücü	93.80±23.63	78.60±21.43	89.08±17.25	2.70	0.259

Tablo 11’de hastaların medeni durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı verilmiştir. Fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, bekar hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu belirlenmiştir

Tablo 12: Bireylerin çalışma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Çalışma Durumu			
	Çalışıyor X±SD	Çalışmıyor X±SD	p
Fonksiyonel performans			
Vücut bakımı	2.62±0.49	2.30±0.65	0.150
Ev işlerini sürdürme	1.13±0.66	1.07±0.73	0.813
Fiziksel egzersiz	0.99±0.60	0.85±0.50	0.503
Eğlence ve hobi	0.85±0.52	0.60±0.55	0.145
Manevi aktiviteler	1.42±1.01	1.49±0.95	0.917
Sosyal etkileşim	1.81±0.82	1.54±0.69	0.339
Toplam fonksiyonel performans	1.49±0.53	1.31±0.60	0.386
Öz-bakım gücü	95.50±11.60	92.14±23.16	0.690

Tablo 12’de bireylerin çalışma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları yer almaktadır. Hastaların çalışma durumu fonksiyonel performans ve öz-bakım puanını anlamlı düzeyde etkilememiştir ($p>0.05$). Çalışan hastalar manevi aktiviteler alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlardan ve öz-bakım gücü ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 13: Bireylerin ekonomik durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Ekonomik Durum					
	İyi X±SD	Orta X±SD	Kötü X±SD	KW	p
Fonksiyonel performans					
Vücut bakımı	2.03±0.63	2.33±0.65	2.36±0.67	1.27	0.529
Ev işlerini sürdürme	0.64±0.54	1.11±0.73	0.98±0.61	2.35	0.307
Fiziksel egzersiz	0.63±0.44	0.90±0.56	0.72±0.44	2.12	0.346
Eğlence ve hobi	0.44±0.43	0.63±0.56	0.49±0.48	0.91	0.634
Manevi aktiviteler	1.10±0.74	1.53±0.96	1.28±0.98	1.85	0.396
Sosyal etkileşim	1.30±0.60	1.58±0.72	1.40±0.50	1.50	0.471
Toplam fonksiyonel performans	1.00±0.50	1.35±0.61	1.23±0.49	2.02	0.363
Öz-bakım gücü	90.33±17.40	93.28±23.23	83.10±16.47	1.90	0.386

Tablo 13’de ekonomik duruma göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı verilmiştir. Ekonomik durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 14: Bireylerin birlikte yaşadığı kişilerin olup olmamasına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Birlikte Yaşadığı Kişi			
	Var X±SD	Yok X±SD	p
Fonksiyonel performans			
Vücut bakımı	2.31±0.65	2.42±0.65	0.575
Ev işlerini sürdürme	1.06±0.71	1.26±0.87	0.561
Fiziksel egzersiz	0.88±0.55	0.83±0.50	0.869
Eğlence ve hobi	0.62±0.55	0.56±0.43	0.939
Manevi aktiviteler	1.47±0.96	1.68±0.90	0.481
Sosyal etkileşim	1.57±0.70	1.35±0.67	0.381
Toplam fonksiyonel performans	1.32±0.60	1.36±0.61	0.922
Öz-bakım gücü	93.02±22.40	84.40±23.94	0.938

Tablo 14’de hastaların birlikte yaşadığı kişilerin olup olmamasına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları yer almaktadır. Tabloya göre; yalnız yaşayan hastaların vücut bakımı, ev işlerini sürdürme, manevi aktiviteler alt boyutu ve toplam fonksiyonel performans puanı daha yüksek iken öz-bakım gücü puanı ailesiyle yaşayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 15: Bireylerin günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Günlük Bakımda Yardım Gereksinimi				
	Var X±SD	Yok X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	1.87±0.58	2.65±0.47	8.05	0.001
Ev işlerini sürdürme	0.57±0.51	1.46±0.62	8.86	0.001
Fiziksel egzersiz	0.52±0.32	1.14±0.53	8.14	0.001
Eğlence ve hobi	0.31±0.42	0.84±0.52	6.32	0.001
Manevi aktiviteler	0.89±0.63	1.94±0.90	7.68	0.001
Sosyal etkileşim	1.09±0.59	1.90±0.90	7.70	0.001
Toplam fonksiyonel performans	0.87±0.43	1.67±0.48	9.71	0.001
Öz-bakım gücü	78.69±18.20	102.64±20.05	7.05	0.001

Tablo 15’de bireylerin günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı yer almaktadır. Günlük bakımda yardıma ihtiyaç duymayan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 16: Bireylerin başka bir kronik hastalık olma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Başka Kronik Hastalığı				
	Var X±SD	Yok X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	2.23±0.67	2.61±0.49	3.25	0.002
Ev işlerini sürdürme	0.99±0.71	1.40±0.67	2.81	0.007
Fiziksel egzersiz	0.82±0.55	1.07±0.49	2.17	0.032
Eğlence ve hobi	0.51±0.51	0.97±0.51	4.17	0.001
Manevi aktiviteler	1.38±0.92	1.89±0.97	2.57	0.011
Sosyal etkileşim	1.46±0.70	1.90±0.62	3.04	0.003
Toplam fonksiyonel performans	1.24±0.59	1.63±0.54	3.24	0.002
Öz-bakım gücü	89.27±22.55	103.35±19.38	3.27	0.002

Tablo 16’da KOAH dışında başka bir kronik hastalık olmasına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları görülmektedir. KOAH’la birlikte başka bir kronik hastalığa sahip olan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 17: Bireylerin sigara içme durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Sigara İçme Durumu			
	Sigara İçen X±SD	Sigara İçmeyen X±SD	p
Fonksiyonel performans			
Vücut bakımı	2.01±0.63	2.34±0.64	0.078
Ev işlerini sürdürme	0.66±0.57	1.11±0.72	0.057
Fiziksel egzersiz	0.52±0.35	0.91±0.55	0.091
Eğlence ve hobi	0.38±0.40	0.63±0.55	0.019
Manevi aktiviteler	1.08±0.57	1.52±0.97	0.205
Sosyal etkileşim	1.19±0.82	1.58±0.69	0.071
Toplam fonksiyonel performans	0.98±0.47	1.36±0.60	0.055
Öz-bakım gücü	84.80±18.79	92.99±22.84	0.164

Tablo 17’de sigara içen ve içmeyen hastalara ait fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları yer almaktadır. Bireylerin sigara içme durumlarına göre fonksiyonel performans puanları karşılaştırıldığında aradaki fark eğlence ve hobiler alt boyutu için önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara kullanan hastaların vücut bakımı, ev işlerini sürdürme, fiziksel egzersiz, manevi aktiviteler, sosyal etkileşim alt boyut puanları ve toplam fonksiyonel performans puanı kullanmayanlardan daha düşüktür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sigara içme durumlarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında sigara içmeyen hastaların öz-bakım gücü puanınının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 18: Bireylerin son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Hastaneye Yatma Durumu				
	Hastaneye Yatan X±SD	Hastaneye Yatmayan X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	1.99±0.63	2.49±0.59	4.31	0.001
Ev işlerini sürdürme	0.58±0.51	1.34±0.68	7.08	0.001
Fiziksel egzersiz	0.60±0.38	1.02±0.57	4.99	0.001
Eğlence ve hobi	0.28±0.32	0.79±0.56	6.50	0.001
Manevi aktiviteler	0.98±0.80	1.76±0.91	4.96	0.001
Sosyal etkileşim	1.19±0.59	1.74±0.68	4.72	0.001
Toplam fonksiyonel performans	0.91±0.42	1.54±0.57	7.00	0.001
Öz-bakım gücü	79.36±17.79	99.15±21.93	5.50	0.001

Tablo 18’de hastaların son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları verilmiştir. Hastaneye yatmayan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları daha yüksektir ve aradaki fark önemlidir ($p<0.05$).

Tablo 19: Bireylerin son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise başvurma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Acil Servise Başvurma				
	Acile Başvuran X±SD	Acile Başvurmayan X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	2.00±0.70	2.59±0.46	5.49	0.001
Ev işlerini sürdürme	0.66±0.57	1.43±0.64	7.07	0.001
Fiziksel egzersiz	0.66±0.52	1.06±0.51	4.28	0.001
Eğlence ve hobi	0.37±0.42	0.82±0.55	5.23	0.001
Manevi aktiviteler	1.13±0.89	1.80±0.89	4.22	0.001
Sosyal etkileşim	1.27±0.66	1.80±0.65	4.55	0.001
Toplam fonksiyonel performans	0.99±0.52	1.61±0.52	6.61	0.001
Öz-bakım gücü	81.49±21.84	101.63±18.89	5.53	0.001

Tablo 19’da hastaların son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise başvurma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının dağılımı verilmiştir. Son 6 ayda acil servise başvurmayan bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$).

Tablo 20: Bireylerin hastalık süresine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Hastalık Süresi						
	0-4 yıl X±SD	5-8 yıl X±SD	9-12 yıl X±SD	13 ve üzeri X±SD	f	p
Fonksiyonel performans						
Vücut bakımı	2.32±0.70	2.43±0.55	2.13±0.57	2.36±0.67	0.88	0.449
Ev işlerini sürdürme	1.06±0.71	1.18±0.78	1.05±0.80	1.02±0.62	0.22	0.881
Fiziksel egzersiz	0.91±0.53	0.82±0.40	0.73±0.54	0.90±0.51	0.74	0.529
Eğlence ve hobi	0.64±0.55	0.76±0.64	0.46±0.51	0.52±0.42	1.35	0.259
Manevi aktiviteler	1.54±0.97	1.49±1.00	1.32±0.91	1.53±0.92	0.30	0.823
Sosyal etkileşim	1.64±0.76	1.57±0.53	1.34±0.67	1.50±0.72	1.01	0.390
Toplam fonksiyonel performans	1.37±0.64	1.37±0.57	1.19±0.57	1.28±0.56	0.58	0.627
Öz-bakım gücü	93.84±23.21	94.04±20.97	85.45±23.58	93.26±21.59	0.82	0.482

Tablo 20’de hastaların hastalık süresine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları yer almaktadır. Hastalık süresine göre ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanı değerlendirildiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 21: Bireylerin hastalık süresi ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	Hastalık süresi	
	r	p
Vücut bakımı	-0.039	0.658
Ev işlerini sürdürme	-0.006	0.948
Fiziksel egzersiz	-0.070	0.433
Eğlence ve hobiler	-0.086	0.332
Manevi aktiviteler	-0.037	0.680
Sosyal etkileşim	-0.130	0.143
Toplam fonksiyonel performans	-0.069	0.437
Öz-bakım gücü	-0.062	0.488

Tablo 21’de bireylerin hastalık süreleri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Hastalık süresi ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasında bulunan korelasyon istatistiksel olarak önemsizdir.

Tablo 22: Bireylerin MRC dispne şiddeti sonucuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

MRC Dispne Şiddeti							
	Dispne yok X±SD	Hafif dispne X±SD	Orta şiddette dispne X±SD	Şiddetli dispne X±SD	Çok şiddetli dispne X±SD	KW	p
Fonksiyonel performans							
Vücut bakımı	2.77±0.38	2.80±0.38	2.48±0.53	1.95±0.50	1.61±0.55	62.24	0.001
Ev işlerini sürdürme	1.42±0.99	1.68±0.55	1.16±0.59	0.67±0.52	0.34±0.19	56.92	0.001
Fiziksel egzersiz	1.44±0.82	1.37±0.47	0.85±0.38	0.55±0.25	0.36±0.26	75.25	0.001
Eğlence ve hobi	0.62±0.57	1.05±0.55	0.57±0.49	0.37±0.30	0.15±0.19	44.35	0.001
Manevi aktiviteler	1.60±0.34	2.07±0.95	1.66±0.85	1.10±0.73	0.67±0.56	38.16	0.001
Sosyal etkileşim	1.38±1.18	2.07±0.59	1.71±0.54	1.22±0.48	0.83±0.43	52.99	0.001
Toplam fonksiyonel performans	1.95±1.08	1.85±0.38	1.41±0.46	0.95±0.36	0.65±0.25	72.66	0.001
Öz-bakım gücü	109.66±15.01	110.35±15.21	91.55±2.43	82.32±17.29	70.15±12.87	54.58	0.001

Tablo 22’de bireylerin yaşadıkları dispne şiddetine göre fonksiyonel performans envanterinden ve öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar yer almaktadır. MRC dispne skalasına göre; çok şiddetli dispne yaşadığını ifade eden hastaların fonksiyonel performans puanları düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Şiddetli ve çok şiddetli dispne yaşadığını belirten hastaların öz-bakım gücü puanı diğer gruplara göre düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 23: Bireylerin MRC dispne şiddeti sonucu ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	MRC Dispne Şiddeti	
	r	p
Vücut bakımı	-0.693	0.000
Ev işlerini sürdürme	-0.659	0.000
Fiziksel egzersiz	-0.765	0.000
Eğlence ve hobiler	-0.566	0.000
Manevi aktiviteler	-0.529	0.000
Sosyal etkileşim	-0.608	0.000
Toplam fonksiyonel performans	-0.751	0.000
Öz-bakım gücü	-0.649	0.000

Tablo 23’de bireylerin MRC dispne şiddetine göre yaşadıkları solunum sıkıntısı ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki korelasyon yer almaktadır. Tabloya göre; dispne şiddeti ile; vücut bakımı alt boyutu arasında negatif yönlü ($r = -0.69$), ev işlerini sürdürme arasında negatif yönlü ($r = -0.65$), fiziksel egzersiz alt boyutu arasında negatif yönlü ($r = -0.76$), eğlence hobiler alt boyutu arasında negatif yönlü ($r = -0.56$), sosyal etkileşim alt boyutu arasında negatif yönlü ($r = -0.60$), toplam fonksiyonel performans puanı arasında negatif yönlü ($r = -0.75$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dispne şiddeti ile öz-bakım gücü arasında negatif yönlü $r = -0.65$ ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu katsayılar istatistiksel olarak önemli, ilişki ölçütü olarak kuvvetlidir.

Tablo 24: Bireylerin KOAH nedeniyle önerilen ilaçları düzenli kullanma durumuna göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

KOAH'ta İlaç Tedavisi				
	Düzenli Kullanan X±SD	Düzensiz Kullanan X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	2.33±0.61	2.25±0.72	0.99	0.321
Ev işlerini sürdürme	1.09±0.75	0.97±0.75	0.89	0.374
Fiziksel egzersiz	0.91±0.61	0.77±0.47	1.32	0.187
Eğlence ve hobi	0.59±0.48	0.60±0.54	0.16	0.872
Manevi aktiviteler	1.50±0.91	1.42±1.01	0.43	0.667
Sosyal etkileşim	1.54±0.75	1.53±0.66	0.12	0.899
Toplam fonksiyonel performans	1.35±0.63	1.23±0.58	0.99	0.321
Öz-bakım gücü	93.50±21.31	87.90±23.80	1.30	0.195

İlaçlarını düzenli kullanan ve düzenli kullanmayan katılımcıların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları tablo 24'de verilmiştir. KOAH nedeniyle önerilen ilacını düzenli olarak kullanan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 25: Bireylerin evde uzun süreli oksijen kullanma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Uzun Süreli Oksijen Tedavisi				
	Oksijen Kullanıyor X±SD	Oksijen Kullanmıyor X±SD	t	p
Fonksiyonel performans				
Vücut bakımı	1.81±0.53	2.61±0.52	8.31	0.001
Ev işlerini sürdürme	0.46±0.36	1.44±0.63	11.17	0.001
Fiziksel egzersiz	0.48±0.29	1.10±0.53	8.42	0.001
Eğlence ve hobi	0.31±0.32	0.79±0.57	6.08	0.001
Manevi aktiviteler	0.88±0.56	1.84±0.96	7.10	0.001
Sosyal etkileşim	1.02±0.50	1.86±0.62	8.27	0.001
Toplam fonksiyonel performans	0.81±0.36	1.63±0.51	10.47	0.001
Öz-bakım gücü	76.08±16.31	101.79±20.30	7.84	0.001

Tablo 25’de evde uzun süreli oksijen tedavisi kullanma durumlarına göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları karşılaştırılmıştır. Uzun süreli oksijen tedavisi alan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 26: Bireylerin hastalık evrelerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları (n=128)

Hastalık Evresi						
	Hafif X±SD	Orta X±SD	Ağır X±SD	Çok ağır X±SD	f	p
Fonksiyonel performans						
Vücut bakımı	2.63±0.59	2.52±0.55	1.97±0.61	1.73±0.55	12.76	0.001
Ev işlerini sürdürme	1.61±0.63	1.25±0.68	0.65±0.49	0.49±0.62	14.91	0.001
Fiziksel egzersiz	1.20±0.48	1.04±0.54	0.53±0.40	0.46±0.28	13.53	0.001
Eğlence ve hobi	0.86±0.65	0.72±0.56	0.38±0.37	0.27±0.28	6.41	0.001
Manevi aktiviteler	1.82±0.88	1.79±0.94	0.99±0.79	0.78±0.54	9.79	0.001
Sosyal etkileşim	1.82±0.67	1.77±0.66	1.22±0.57	0.92±0.57	10.80	0.001
Toplam fonksiyonel performans	1.75±0.54	1.50±0.55	0.96±0.44	0.77±0.42	17.23	0.001
Öz-bakım gücü	112.42±13.74	97.90±20.63	78.90±17.92	68.76±13.04	22.16	0.001

Tablo 26’da bireylerin hastalık evrelerine göre fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda hastalık evreleri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, hastalık şiddeti artan hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 27: Bireylerin hastalık evresi ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	Hastalığın Evresi	
	r	p
Vücut bakımı	-0.487	0.000
Ev işlerini sürdürme	-0.508	0.000
Fiziksel egzersiz	-0.548	0.000
Eğlence ve hobiler	-0.331	0.000
Manevi aktiviteler	-0.412	0.000
Sosyal etkileşim	-0.436	0.000
Toplam fonksiyonel performans puanı	-0.530	0.000
Öz-bakım gücü	-0.597	0.000

Tablo 27’de bireylerin hastalıklarının evresi ile fonksiyonel performans öz-bakım gücü puanları arasındaki korelasyon yer almaktadır. Fonksiyonel performans envanterinin alt boyutları, toplam fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları ile hastalık evresi arasında negatif yönlü, güçlü bir korelasyon vardır. Hastalık evresi ilerledikçe bireylerin fonksiyonel performans envanterinden ve öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar azalmaktadır.

Tablo 28: Bireylerin FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki ilişki

Fonksiyonel Performans Envanteri Alt Boyutları	FEV ₁ değeri	
	r	p
Vücut bakımı	0.422	0.000
Ev işlerini sürdürme	0.507	0.000
Fiziksel egzersiz	0.508	0.000
Eğlence hobiler	0.438	0.000
Manevi aktiviteler	0.354	0.000
Sosyal etkileşim	0.436	0.000
Toplam fonksiyonel performans	0.538	0.000
Öz-bakım gücü	0.562	0.000

Tablo 28’de hastaların FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Korelasyon analizi sonucunda hastaların FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları arasında aynı yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin FEV₁ değeri arttıkça fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü puanları da artmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmaya katılan hastalara ait sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

KOAH dünyada giderek artan önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve 2020 yılında ölüm nedenleri arasında üçüncü sıraya yükselmesi beklenmektedir (Sin ve ark.,2006). Yaşla birlikte KOAH görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (Deveruex, 2012). Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65.04 ± 9.29 olarak belirlenmiştir. KOAH görülme sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu bilinmesine karşın, son yıllarda KOAH görülme oranı kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde kadınlar arasında sigara içenlerin oranının artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğine maruziyette daha büyük risk altında olmaları, hastalığın kadını ve erkekleri benzer oranlarda etkilemesinden sorumlu bulunmaktadır (Kocabaş, 2010). Çalışmaya katılan bireylerin yarıdan fazlasını erkekler oluşturmaktadır. Bireylerin yarıdan fazlası ilköğretim mezunudur. Katılımcıların çoğunluğu evlidir, tamama yakınının aktif çalışma hayatı yoktur. Sosyoekonomik durumun KOAH etiyojisinde yer aldığı, KOAH'ın ekonomik düzeyi iyi olan insanlar arasında daha ender görüldüğü belirtilmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda akciğer fonksiyonlarının daha düşük olduğu gözlenmekte, hastalığın mortalitesi ve morbiditesi artmaktadır (GOLD,2006; Toraks Çalışma Grubu,2004). Hastaların büyük çoğunluğu ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmiştir.

KOAH'lı hastalar, hastalığın günlük yaşam aktivitelerine getirdiği yetersizlikler, emosyonel, bilişsel, fiziksel aktivitelerdeki değişiklikler ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Hoeman,1996). KOAH'lı hastalar hayatlarının çeşitli alanlarında (alışveriş yapma, giyinme, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri gibi) farklı düzeylerde bağımlılık yaşamaktadırlar (Kaya ve ark.,2010). Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakını günlük bakımda yardıma ihtiyaç duymakta ve neredeyse tamamı aile bireyleriyle yaşamaktadır. Bu durum Türk aile yapısı ile uyumlu bir sonuçtur ve aile bireyleri hastaların en önemli sosyal destek kaynaklarıdır.

FEV₁ ile vücut kitle indeksi arasında pozitif korelasyon olduğu bilinmektedir. Bu nedenle KOAH'lı hastalarda vücut kitle indeksinin değerlendirilmesi önemlidir. (Soler ve ark.,2004). Çoğunluğunu hafif ve orta şiddetli KOAH'lı hastaların oluşturduğu örneklem grubunun yaklaşık dörtte üçü fazla kiloludur. Kronik hastalıklar yaşlılıkta daha fazla görülmektedir. Çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının KOAH dışında başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların yaş ortalamasının 65.04±9.29 olduğu göz önünde bulundurulduğunda birçoğunun ek bir kronik hastalığa sahip olması beklendik bir durumdur.

Hastalık ilerledikçe havayolu obstrüksiyonunda giderek artmakta ve dispne kötüleşmektedir (Belza ve ark.,2001; Falter ve ark.,2003). Çalışmaya katılan hastaların %32.8'inin hafif düzeyde dispne yaşadığı ve GOLD'un KOAH evrelemesine göre hastaların yaklaşık dörtte üçünün hafif ve orta şiddetli KOAH evresinde olduğu belirlenmiştir. İlk başta sadece efor anında karşılaşılan dispne zamanla hastanın herhangi bir efor gerektiren aktivite yapma cesaretini azaltarak, aktivitelerden korkmasına ve kaçınmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda, çoğunluğu hafif ve orta şiddetli KOAH olgusu olan hastaların hafif düzeyde dispne yaşamaları hastalık evresi ile dispne şiddeti arasındaki ilişkiyle ilgili olabilir.

Çalışmaya katılan hastalar, hastalık süresine göre incelendiğinde; hastaların yaklaşık yarısının 0-4 yıldır KOAH hastası olduğu görülmektedir. Hastaların hastalık süreleri 20 yıla kadar çıkabilmektedir. Gülseven (2005) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yarıdan fazlasının 1-5 yıldır KOAH hastası olduğunu belirlemiştir.

KOAH'da uzun süreli oksijen tedavisi hipoksemiye sekonder olarak gelişen polisitemiyi düzeltir, pulmoner hipertansiyonu düşürür, sağ kalp yetmezliğini düzeltir ve kalp fonksiyonlarını güçlendirir. Ayrıca efor kapasitesini ve yaşam kalitesini artırır, yaşam süresini uzatır (Buckley ve ark.,2007; Eaton ve ark.,2004). Uzun süreli oksijen tedavisi uygulanan hastalardaki yıllık ortalama FEV₁ kaybı oksijen kullanmayanlara göre daha azdır (Tutluoğlu ve ark.,2000). KOAH ve solunum yetmezliği olan hastalarda oksijen tedavisi ile dispne azaltılabilir (Çetinkaya ve ark.2014). Bu çalışmada hastaların dörtte birinden fazlası evde uzun süreli oksijen tedavisi almaktadır.

Tekrarlı hastaneye yatma deneyimi olan KOAH'lı bireylerde genellikle düzensiz ilaç kullanma öyküsü vardır (Tetterseel,1993). Yapılan bir çalışmada hastaların evlerinde düzenli ilaç kullanmadıkları, %43'ünün evde tedaviyi sürdürmediği saptanmıştır. Aynı araştırmada hastaların sık atak geçirme nedeninin; tedaviye uyumsuzluk, sigara içme,

trakeobronşial enfeksiyonlar gibi modifiye edilebilecek risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir (Eren ve ark.,2003). KOAH nedeniyle önerilen ilaç tedavisine uyum gösteren ve evde düzenli olarak ilaç kullandığını belirten hastalar örneklemimizin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Hastaların yarıdan azının son 6 ay içinde KOAH nedeniyle hastaneye yattığı, %46.1'inin acil servise başvurduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların KOAH nedeniyle acile başvurma ve hastaneye yatma oranlarının yarıdan az olması düzenli ilaç kullanmaları ile ilişkili olabilir. Çalışmaya katılan hastaların tamamına yakınının (%92.2) KOAH için en önemli risk faktörlerinden biri olan sigarayı kullanmadıklarını/bıraktıklarını ifade etmeleri de hastaneye tekrarlı yatış ve acil servise başvuru sayısı ile ilişkilendirilebilir.

5.2.KOAH, Fonksiyonel Performans ve Öz-bakım Gücü

Hastaların fonksiyonel performans envanterinden aldıkları toplam puan ortalamasının 1.33 ± 0.60 , FEV₁ değerleri ortalamasının 55.81 ± 19.31 olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans değeri düşüktür. FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans puanı arasında aynı yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastaların FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Guo ve ark.,2011; Leidy ve Knebel,2010;Gülseven,2005).

Bireyler fonksiyonel performans envanterinden en yüksek puanı vücut bakımı alt boyutundan, en düşük puanı eğlence ve hobiler alt boyutundan almışlardır. Eğitim düzeyi düştükçe eğlence ve hobiler alt boyut puanının düştüğü belirlenmiştir. Bu nedenle katılımcılar en düşük puanı eğlence ve hobiler alt boyutundan almışlardır (Tablo 10). Gülseven'in (2005) çalışmasındaki KOAH'lı hastaların fonksiyonel performans toplam puan ortalaması 1.74 ± 0.41 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar en yüksek puanı vücut bakımı alt boyutundan, en düşük puanı fiziksel egzersiz alt boyutundan almışlardır. Guo ve arkadaşlarının (2011) KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalar en yüksek puanı vücut bakımı alt boyutundan, en düşük puanı ise manevi aktiviteler alt boyutundan almışlardır. Larson ve arkadaşlarının (1998) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada, hastalar en yüksek puanı vücut bakımı alt boyutundan en düşük puanı fiziksel egzersiz alt boyutundan almışlardır. Leidy ve Knebel'in (1999) çalışmalarında KOAH'lı hastalar en yüksek puanı vücut bakımı; en düşük puanı sosyal aktiviteler alt boyutundan almışlardır. Park ve arkadaşları (2012) Koreli KOAH'lı hastaların en yüksek fonksiyonel performans alt boyut puanının vücut bakımı, ikinci en

yüksek puanın eğlence ve hobiler, en düşük puanın ise sosyal aktiviteler olduğunu tespit etmişlerdir. Toplumların sosyo-kültürel farklılıkları nedeniyle sosyal etkileşim puanlarının farklı olduğu düşünülebilir. Türk aile yapısı nedeniyle, bireylerin birçoğunun aile bireyleriyle birlikte yaşaması, çocuklarıyla ve torunlarıyla daha samimi ilişkiler içerisinde olmaları, katılımcılarımızın sosyal etkileşim alt boyutunun en yüksek puan alınan ikinci alt boyut olmasının nedeni olabilir.

Weldam ve arkadaşları (2013), %60'ını hafif ve orta şiddetli KOAH hastalarının oluşturduğu çalışmalarında toplam fonksiyonel performans ortalamasını 1.80 ± 0.40 olarak belirlemişlerdir. Leidy (1999) toplam fonksiyonel performans ortalamasını 1.50 ± 0.53 , Yeh ve arkadaşları (2004) 1.66 ± 0.44 bulmuştur. Wall'in (2011) araştırmasında KOAH'lı katılımcıların ortalama fonksiyonel performans puanı 1.87 ± 0.62 olarak tespit edilmiştir. Guo ve arkadaşları (2011) KOAH'lı hastaların toplam fonksiyonel performans puan ortalamasını 2.06 ± 0.41 bulmuşlardır. Bu çalışmalara kıyasla bizim örneklemimizi oluşturan hastaların fonksiyonel performans puanı düşük bulunmuştur. Bunun nedenlerinden biri aile yapısındaki farklılık olabilir. Çocuklarıyla yaşayan bireylerin ev içinde ve ev dışında yapılan (fatura ödeme, bankaya gitme gibi) işleri çocuklarının üstlenmesi bireylerin fonksiyonel performans ölçeğinin ilgili maddelerinden "tercih etmediğim için yapmıyorum" seçeneğini seçerek, sıfır puan almalarına neden olmuş ve ölçek puanını düşürmüştür. Fonksiyonel performanstaki düşüş iki nedenden dolayı klinik olarak önemli kabul edilmektedir. Fonksiyonel performansın azalmasıyla giderek artan sedanter yaşam tarzı başlamakta, bu durum diğer sağlık problemleri (özellikle kardiyovasküler hastalıklar) için riski artırmaktadır (Kapella ve ark.,2011). Diğer yandan KOAH'lı hastaların fonksiyonel performanslarında meydana gelen sınırlılıklar sağlık bakım yükünü olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Hill ve Goldstein, 2007). Bu nedenlerle, KOAH'lı hastalarda fonksiyonel performansta iyileşme sağlanması en önemli tedavi hedeflerinden birisidir. Fonksiyonel performansta iyileşmenin sağlanması için öncelikle fonksiyonel performansla ilişkili bireysel faktörlerin bilinmesi gerekmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların öz-bakım gücü puanı ortalamaları 92.35 ± 22.59 'dur ve öz-bakım gücü orta düzeydedir. Kaşıkçı ve Alberto (2007) 200 KOAH'lı hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında öz-bakım gücü puan ortalamasını 97.77 ± 13.61 olarak bulmuşlardır. Wang ve arkadaşları (2012) KOAH'lı hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasını 90.70 ± 11.90 olarak tespit etmişlerdir. Bayram'ın (2001) çalışmasında

KOAH'lı hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması 102.12 ± 15.96 olarak belirlenmiştir. Alberto ve Joyner (2008) KOAH'lı hastaların öz-bakım gücünü yüksek bulmuşlardır (Alberto ve Joyner, 2008). Tüm bu araştırma sonuçları bir arada değerlendirildiğinde KOAH'lı hastaların orta düzeyde öz-bakım gücüne sahip oldukları söylenebilir. Fiziksel psikolojik ve sosyal sorunlara neden olan KOAH semptomlarının, bireylerin öz-bakım gücünü etkilediği görülmektedir. KOAH'lı hastaların yaşadığı semptomlarla öz-bakım gücü arasında negatif ilişki vardır (Kang ve ark., 2008). Bu nedenle, kronik ve ilerleyici bir hastalık olan KOAH'da öz-bakımla ilişkili faktörlerin saptanması, hastaların öz-bakım gücünü geliştirmeye yönelik girişimlerin geliştirilmesi önemlidir.

Literatür incelendiğinde; fonksiyonel performans ile öz-bakım gücünü birlikte ele alan araştırmaya rastlanamamıştır. Fonksiyonel performans bireylerin normal hayatlarında günlük olarak yapmayı tercih ettikleri aktivitelerdir (Larson ve Leidy,1998). Fonksiyonel performans bireyin öz-bakım davranışlarını içermesine rağmen sadece, öz-bakım ile sınırlı değildir. Fonksiyonel performans; bireyin sosyal, eğlence ve spiritüel alanlardaki bedensel aktivitelerini de içerir (Leidy,1994; Leidy 1995;Larson ve Leidy 1998; Leidy,1999). Çalışmada fonksiyonel performans ile öz-bakım gücü arasında aynı yönlü güçlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bireylerin fonksiyonel performansı arttıkça öz-bakım gücünün arttığı görülmektedir.

5.3. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Fonksiyonel Performans

KOAH'lı hastalarda cinsiyet ile fonksiyonel performans arasındaki ilişki konusunda ortak bir uzlaşma söz konusu değildir. Wall (2011) KOAH'lı hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında cinsiyetin biyolojik bir fonksiyonel performans belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Leidy ve Traver (1995) cinsiyetin fonksiyonel performans ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kadın ve erkeklerin farklı deneyimlere sahip olmalarından dolayı fonksiyonel performans modelinde cinsiyetler arası farklılık olabilmektedir (Leidy ve Traver,1995). Larson ve arkadaşları (1998) KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmalarında, cinsiyet ile fonksiyonel performans envanterinin alt boyutlarında ve toplam puanında fark olmadığını tespit etmiştir. Gülseven (2005) ve Siela (2003) cinsiyet ve fonksiyonel performans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir. Çalışmada, cinsiyet ile fonksiyonel performans puanı karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmalar arası farklılıklar, kültürel farklılıkların kadın ve erkeğin toplum içindeki rollerini etkilemesiyle açıklanabilir. Bu çalışmada kadınların genellikle ev içindeki,

erkeklerin ev dışındaki aktivitelerle ilgilenmesi fonksiyonel performans envanterinden aldıkları puanların birbirine yakın olmasına neden olmuş olabilir.

Yaşın önemli bir fonksiyonel performans belirleyicisi olduğu vurgulanmaktadır (Yeh ve ark.,2004; Wall 2011). Graydon ve arkadaşları (1995), KOAH'lı hastaları iki yıl boyunca izledikleri çalışmada, yaşın fonksiyonel durumun belirleyicisi olduğunu saptamışlardır. Wall (2011) KOAH'lı hastaların fonksiyonel performansının değerlendirilmesinde yaş faktörünün sadece kadınlarda önemli olduğunu belirtmiştir. Weldam ve arkadaşları (2013) yaş ile fonksiyonel performans arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Buna rağmen Reishtein (2005) ve Siela'nın (2003) KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmalarda yaş ile fonksiyonel performans arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmada yaş ile fonksiyonel performans puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş ile ev işlerini sürdürme alt boyutu arasında negatif yönlü korelasyon vardır (Tablo 8). Bu durum; yaşlılığın getirdiği fiziksel kayıplar nedeniyle ev işlerini çocukların üstlenmesiyle açıklanabilir.

Vücut kitle indeksi ile fonksiyonel performans puanı karşılaştırıldığında aradaki fark önemsiz bulunmuştur. Tablo 9 incelendiğinde; fazla kilolu hastaların fiziksel egzersiz alt boyutu hariç, tüm alt boyutlardan ve toplam fonksiyonel performans puanından en yüksek puanı aldıkları görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, fiziksel egzersiz alt boyutundan en yüksek puanı normal kilolu hastalar almıştır. Sağlam ve arkadaşları (2013) obez KOAH'lı hastaların fiziksel aktivite düzeylerini normal kilolu hastaların değerlerinden anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Sağlam ve arkadaşları (2013) aşırı kilolu/obez KOAH'lı hastaların fiziksel aktivite düzeylerini normal kilolu hastaların değerlerinden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Obez olmanın solunum kas kuvvetini koruduğu (Sabino ve ark.,2010) ve daha iyi klinik durum yarattığı düşünülmektedir (Sağlam ve ark.,2013). Kilonun kaybedilmesi, havayolu obstrüksiyonundan bağımsız olarak solunum kas fonksiyonu ve fiziksel performansı azaltmaktadır. Bunun nedeni diyafram kas kitlesinin kişinin vücut ağırlığıyla orantılı değişmesidir (Gönlügür ve ark.,2004). Özkan (2006) KOAH'lı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada vücut kitle indeksinin fonksiyonel performans envanteri toplam puanını etkilemediğini, ancak fazla kilolu hastaların obezlere göre ev işlerini sürdürme alt boyutundan daha fazla puan aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada vücut kitle indeksine göre hastaların aldıkları fonksiyonel performans

envanteri toplam puanı arasında önemli farklılık bulunmamakla birlikte, bel-kalça oranı ile fonksiyonel performans negatif korelasyon göstermiş ve farklılık önemli bulunmuştur (Ade-Oshifogun ve ark.,2009).

Çalışmada eğitim durumu ile toplam fonksiyonel performans puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Fonksiyonel performans envanteri ev işlerini sürdürme ve eğlence-hobiler alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır. İlköğretim mezunu olan hastalar okur-yazar olmayanlara göre ev işlerini sürdürme alt boyutundan daha fazla puan almışlardır. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin eğlence ve hobiler alt boyutundan aldıkları puan artmaktadır. Gülseven (2005) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmasında fonksiyonel performans envanteri puanı ile eğitim durumu arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamsız bulmuştur. Park ve arkadaşları (2012) eğitim düzeyi ile fonksiyonel performans arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır.

Fonksiyonel performans puanı medeni durum ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Evli olan hastaların fonksiyonel performansı daha yüksektir. Bu durum, evli olan hastaların eşlerinin desteğiyle hastalığa daha kolay uyum sağlamaları ve sorumlulukları eşleriyle paylaşabilmeleri ile ilişkili olabilir. Gülseven'in (2005) araştırmasında da medeni durum ile fonksiyonel performans arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Hastaların çalışma durumuna göre fonksiyonel performans puanı karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Gülseven (2005) emekli hastaların ev hanımlarına göre vücut bakımı alt boyutundan daha yüksek puan aldığını ve bu puan farklılığının anlamlı olduğunu tespit etmiştir. Gülseven bu durumu emekli bireylerin kendilerine bakmak için daha fazla zamana sahip olmaları şeklinde açıklamıştır. Park ve arkadaşları (2012) çalışma durumunun KOAH'lı hastaların fonksiyonel performansının belirlenmesinde önemli olduğunu belirlemişlerdir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışan hastalar fonksiyonel performans envanterinin manevi aktiviteler alt boyutundan çalışmayanlara göre daha düşük puan almışlardır. Bunun nedeni bireylerin iş yerlerinde manevi aktiviteler için uygun yer bulamamaları ve çalıştıkları için zaman ayıramamaları olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin gelir düzeylerine göre fonksiyonel performans puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Mali durum hastalığın tedavi edilmesinde gerekli olanaklardan yararlanılması konusunda bir kaynak olarak

kullanılabilir. Yapılan bir çalışmada hastaların gelir düzeyi arttıkça fiziksel egzersiz alt boyutundan aldıkları puanın anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (Gülseven, 2005).

Aile bireylerinden bir kişinin varlığı, bireyin hastaneye yatışını önleyen ya da geciktiren önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (Bergs,2004). Ev içinde herhangi bir kişiyle ya da yalnız yaşamak çalışmaya katılan hastaların fonksiyonel performans puanları açısından anlamlı farka neden olmamıştır (Tablo 14). Yalnız yaşayan hastaların vücut bakımı, ev işlerini sürdürme, manevi aktiviteler alt boyut puanı ve fonksiyonel performans toplam puanı daha yüksektir. Birisiyle birlikte yaşama görev ve faaliyetlerde geri çekilmeyi kolaylaştırabilir. Bu da kişilerin fonksiyonel performans envanterinin ilgili maddesinden düşük puan alınmasına ya da hiç puan almamasına neden olabilir (Leidy ve Traver,1995). Çalışmada yalnız yaşayan hastalar fiziksel egzersiz, eğlence-hobiler ve sosyal etkileşim alt boyutlarından düşük puan almışlardır. KOAH'ın aktivitelerde kısıtlılık yaratması hastanın diğer kişilerle ilişkisini engelleyerek hastayı çevresinden uzaklaştırmaktadır (Ek ve Ternstedt, 2008). Bu bağlamda yalnız yaşayan hastaların ilgili alt boyutlardan düşük puan almaları beklendiktir. Gülseven'in (2005) çalışmasında bireylerin evde yaşadıkları kişi sayısı ile fonksiyonel performans puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yalnızca fiziksel egzersiz alt boyut puanı yalnız yaşayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

KOAH'da zamanla FEV₁ düzeyinin azalması, bireylerde havayolu obstrüksiyonu şiddetinin ve yaşanan dispnenin artmasına neden olmaktadır. Bilinmektedir ki KOAH'da günlük aktivitelerle dispne ilişkilidir (Pitta ve ark.,2008;Weldam ve ark,2013). Yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylerin yarısının hafif ve orta düzeyde, % 22.7'sinin şiddetli düzeyde bağımlılık yaşadığı, fonksiyonel sınırlılıkların kötü solunum durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Lee ve ark.,2006). Eisner ve arkadaşları (2008) FEV₁'deki bozukluk derecesi arttıkça fiziksel fonksiyonlarda sınırlılık yaşama riskinin arttığını bildirmişlerdir. Bu çalışmaya katılan ve günlük bakımda yardıma ihtiyacı olan hastalar fonksiyonel performans envanterinden, yardıma ihtiyaç duymayan hastalara göre daha düşük puan almışlardır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, solunum fonksiyonlarındaki kötüleşme ile fonksiyonel performans arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada hastaların günlük bakımda yardıma ihtiyaç duymaları bağımlılık düzeylerini artırarak, fonksiyonel performans envanterinden daha düşük puan almalarına neden olmuştur.

KOAH dışında ek bir kronik hastalığa sahip olan hastaların fonksiyonel performans envanterinden aldıkları puan daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bireyde varolan her bir kronik hastalık fonksiyonel kayıp yaşanmasına neden olabilir. Bu durum da fonksiyonel performansı etkileyebilir. Wall (2007) ve arkadaşlarının çalışmasında fonksiyonel performans ile ikincil kronik hastalıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Sigara KOAH etiyolojisinde yer alan faktörler arasındadır. Katılımcıların sigara içme durumu ile fonksiyonel performans puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, sigara içmeyen hastaların ölçekten daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. Aradaki farkın eğlence ve hobiler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durum; hastaların kapalı alanlarda sigara içmemeleri gerekçesiyle sinemaya, müzelere, alışverişe gitme gibi iç mekan aktivitelerini tercih etmemeleri ile ilgili olabilir. Bu iç mekan aktiviteleri eğlence ve hobiler alt boyutunun maddelerindedir. Hastalar ulaşım, alışveriş gibi aktiviteleri yaparken daha fazla zorlanmakta ve daha fazla oksijene ihtiyaç duymaktadırlar (Isoaho ve ark.,1995). Dolayısıyla hastalar bu aktivitelerde kısıtlamaya gitmektedirler. Kapella ve arkadaşları (2011) sigara içme durumu ile fonksiyonel performanstaki azalmanın ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir. Özkan (2006) sigara içme ile fonksiyonel performans arasında ilişki bulamamıştır. Gülseven (2005) çalışmasında; hiç sigara içmeyen hastaların daha önce sigara kullanmış olan ve halen kullanan hastalara göre fonksiyonel performans envanteri toplamından ve alt boyutlarından daha düşük puan aldıklarını, fakat bu farkın yalnızca vücut bakımı ve fiziksel egzersiz alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır.

KOAH'lı hastalarda fonksiyonel durum hastaneye yatma ve akut alevlenmeler hakkında bilgi vermektedir (Fan ve ark., 2007; Pitta ve ark., 2006; Garcia-Aymerich ve ark.,2006). Çalışmaya katılan hastaların son 6 ay içinde KOAH nedeniyle hastaneye yatma ve acil servise başvurma durumları sorgulanmıştır. Son 6 ayda hastaneye yatan ve acil servise başvuran hastaların fonksiyonel performans puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 18-Tablo 19). Alevlenmeler solunum fonksiyonlarının hızla düşüşüne neden olmaktadır. Akut alevlenme döneminde kronik ve progresif seyir stabil döneme göre kötüleşmektedir (Erk,2003). Hastaneye yatma, hastaların başta fiziksel ve sosyal hayatları olmak üzere yaşamlarının birçok alanını etkileyerek bağımlı ya da yarı bağımlı olmalarına neden olarak fonksiyonel performansı olumsuz etkileyebilir. Gülseven (2005) hastaların hastaneye yatma sıklığının arttıkça fonksiyonel performans

toplam puanının ve vücut bakımı alt boyutundan aldıkları puanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını, dispne şiddetinin ise arttığını saptamıştır. Pitta ve arkadaşları (2006) yaptıkları araştırmada son 1 yılda akut alevlenmeler nedeniyle hastaneye yatan hastaların daha düşük düzeyde aktivite düzeyine sahip olduğunu belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada yürüme ve ayakta durma egzersizleri için harcanan zamanın hastaneye yatışın 2.-7. günü arasında ve taburculuktan 1 ay sonrasına kadar belirgin olarak düştüğü saptanmıştır. Leidy (1994) fonksiyonel durum modelinde atak döneminden sonra fonksiyonel performansın azaldığını belirtmiştir.

Çalışmamızda hastalık süresi ile fonksiyonel performans arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fonksiyonel performans envanterinden en düşük puanı hastalık süresi 9-12 yıl olan hastalar almışlardır. Hastalık süresi 13 yıl ve üzeri olanların, 9-12 yıldır KOAH tanısı olanlara göre daha yüksek fonksiyonel performans puanı almış olmaları hastalık süresinin fonksiyonel performans ile ilişkili olmadığını göstermektedir. KOAH ilerleyici bir hastalıktır (Leidy,1995) ve her hastada aynı hızla ilerlememektedir. Tedaviye uyum sağlayan hastalarda, hastalık daha yavaş ilerleyebilir. Bu nedenle hastalık süresinin fonksiyonel performansla ilişkili olmadığı söylenebilir. Gülseven (2005) 1-5 yıldır KOAH'ı olan hastaların vücut bakımı, ev işlerini sürdürme ve fiziksel egzersiz alt boyutlarından daha uzun süredir KOAH'ı olanlara göre daha yüksek puan aldıklarını ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir. Özkan'ın (2006) çalışmasında hastalık süresi ile fonksiyonel performans ilişkili bulunmamıştır.

Dispne KOAH'lı hastalar tarafından yaşanan yaygın, rahatsız edici ve subjektif bir semptomdur. Hastalar dispnenin yarattığı sıkıntıyı azaltmak için hareketlerini azaltırlar. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini ne kadar iyi yaptıkları fonksiyonel durum ile ilgilidir (Reardon ve ark.,2006;Fan ve ark.,2007). Fonksiyonel performans ve dispne arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmada, KOAH'lı hastalar için dispnenin önemli bir fonksiyonel performans belirleyicisi olduğu bulunmuştur (Moody, 1990; Graydon,1995; Leidy ve Traver,1995; Yeh ve ark.,2004; Park ve ark.,2012). Reishtein (2005) KOAH'lı hastalar arasında dispne, yorgunluk ve fonksiyonel kapasite arasında zayıf bir negatif korelasyon tespit etmiştir. Bu araştırmaya katılan hastaların MRC dispne skalasına göre belirlenen dispne şiddeti ve fonksiyonel performans puanları arasında negatif yönlü korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo23). Guo ve arkadaşları (2011) KOAH'lı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada dispne ve toplam fonksiyonel

performans puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit etmişlerdir. Çalışmada hastaların dispne şiddetinin arttıkça fonksiyonel performans envanterinden aldıkları puanın azaldığı belirlenmiştir (Tablo 22). Araştırma kapsamındaki dispnesi olmayan hastaların hafif dispnesi olan hastalara göre vücut bakımı, ev işlerini sürdürme, eğlence-hobiler, manevi aktiviteler ve sosyal etkileşim alt boyutlarından daha düşük puan almaları dikkat çekicidir. Gruplar temel sosyodemografik ve hastalık özellikleri açısından incelendiğinde; dispnesi olmayan hastaların tamamının KOAH dışında başka bir kronik hastalığa sahip oldukları, üçte ikisinin 70 ve üzeri yaş grubunda oldukları, üçte birinin ise günlük bakımda yardıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bu nedenle hastalar dispne yaşamasalar bile fonksiyonel performans envanterinin ilgili alt boyutlarından düşük puan almışlardır.

KOAH'lı hastalarda dispne majör bir semptomdur. Dispne eforla ilişkili ya da ilişkili olmadan ortaya çıkabilir. Özellikle eforla ilişkili dispne hastanın efor yapma cesaretini azaltarak, aktivitelerden korkmasına ve kaçınmasına neden olur (ATS,1999). Barnet'in (2005) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada hastalar; dispne nedeni ile hissettikleri engelleme ve yorgunluğu sosyal aktivitelerini azaltan bir durum olarak ifade etmişlerdir. Çalışmada çok şiddetli dispne yaşayan hastalar sosyal etkileşim alt boyutundan en düşük puanı alan gruptur. Bir çalışmada dispne fonksiyonel performans kısıtlamasında önemli bir faktör olarak bulunmamıştır (Kapella ve ark.,2011). KOAH'ta FEV₁ havayolu obstrüksiyonunun önemli bir göstergesidir (Siafaks ve ark.,1995). Kapella ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama FEV₁ değeri ile bizim çalışmamızı oluşturan hastaların ortalama FEV₁ değeri benzerlik göstermektedir. Buna rağmen dispne ve fonksiyonel performans arasındaki ilişki iki çalışmada farklıdır. Bunun nedeni dispnenin subjektif bir semptom olmasından kaynaklanabilir.

KOAH'da oksijen tedavisi solunum yetmezliği olan hastalarda yaşamın devamı için uygulanmaktadır (GOLD,2006). Oksijen tedavisi ile KOAH hastalarında depresyon ve hospitalizasyon sıklığında azalma, bilişsel fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesinde düzelme bildirilmiştir (Heaton ve ark.,1983). Uzun süreli oksijen tedavisi günlük yaşamı sınırlayan, sıkıntı veren bir tedavidir (Weitzenblum,1996). Oksijen tedavisi nedeniyle günlük yaşantısı sınırlanan birey eve bağımlı olarak, fiziksel egzersiz, eğlence hayatı ve sosyal etkileşim gibi aktivitelerde bağımlılık yaşar. Bu bağlamda, evde uzun süreli oksijen alan hastaların fonksiyonel performans envanterinden düşük puan almaları olasıdır. Çalışmamızda, uzun süreli oksijen tedavisi alan hastaların,

oksijen tedavisi almayanlara göre daha düşük fonksiyonel performansa sahip oldukları tespit edilmiştir.

KOAH'ta hastalığın şiddeti FEV₁ seviyesindeki azalma ile bağlantılıdır. FEV₁ düzeyi azaldıkça hastalık şiddeti artmaktadır (Peruzza ve ark.,2003). Hastalık şiddeti ilerlemiş olan hastalar gün içinde yaptıkları aktivitelerde zorluk yaşarlar ve fonksiyonel performans, hastalık şiddeti arttıkça düşüş kaydeder (Peruzza ve ark., 2003; Yeh ve ark., 2004). Fonksiyonel durum modelinde hastalık şiddeti sağlık algısını doğrudan etkileyebilir (Yeh ve ark.,2004). Katılımcıların hastalık evrelerine göre fonksiyonel performans puanları karşılaştırıldığında aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu beklendiği bir sonuçtur. Hastalık şiddeti ile fonksiyonel performans arasında negatif korelasyon vardır. Hastalık şiddetinin belirlenmesinde önemli olan FEV₁ değeri ile fonksiyonel performans arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır. Guo ve arkadaşları (2011) FEV₁ ile toplam fonksiyonel performans puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir. Gülseven (2005) FEV₁'i 1 lt'nin altında olan hastaların, fonksiyonel performans envanteri toplamından ve manevi aktiviteler alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlardan aldıkları puanların, FEV₁ değeri 1 lt'nin üstünde olanlardan daha düşük olduğunu belirlemiştir. Kapella ve arkadaşları (2011) hastalık şiddeti ile fonksiyonel performans arasında güçlü bir ilişki bulamamışlardır. Literatürde hastalık şiddeti fonksiyonel performans belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Moody ve ark.,1990; Yeh ve ark.,2004; Özkan, 2006). Wall (2011) çalışmasında hastalık şiddetinin özellikle kadın hastalarda önemli bir fonksiyonel performans belirleyicisi olduğunu tespit etmiştir. Guo ve arkadaşları (2011) hastalık şiddeti ile fonksiyonel performans toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Hastalık şiddetinin önemli bir fonksiyonel performans belirleyicisi olması nedeniyle; akciğer fonksiyonlarını koruyan ve pulmoner fonksiyon kayıplarını azaltan müdahaleleri desteklemek KOAH tedavisinde önemlidir.

5.3. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Öz-bakım Gücü

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri öz-bakım gücü puanlarıyla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkek hastaların öz-bakım gücü daha yüksektir. Bu durum erkek olan hastaların eğitim düzeyinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Bayram (2001) KOAH'lı hastaların öz-bakım gücü ve umutsuzluk durumunu değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışmada, cinsiyet ile öz-bakım

gücü arasında ilişki bulunmamıştır. Wang ve arkadaşlarının (2012) KOAH'lılarla yaptığı çalışmada da cinsiyet ve öz-bakım arasında ilişki saptanmamıştır, az bir farkla kadın hastaların öz-bakım gücü daha yüksek bulunmuştur. Alberto ve Joyner (2008) KOAH'lı erkek ve kadın hastaların öz-bakım gücü puanları arasında fark saptamamıştır. Yıldırım ve arkadaşları (2013) KOAH'lı bireylerde cinsiyet farklılığının öz-bakım gücünü etkilemediğini bulmuşlardır.

Yaş ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki değişkendir. Özkan ve Durna (2006) diyabetli hastaların yaşı ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmiştir. Bayram'ın (2001) çalışmasında yaş ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada yaş grupları ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Fakat 70 yaş ve üzeri hastalar en düşük öz-bakım gücüne sahip olan hastalardır. Yaşlanma ile bireylerin fiziksel kapasiteleri düşer ve bu durum yaşlı bireyin fonksiyonel bağımsızlığını kısıtlar (Telatar ve Özcebe,2004). Bu durumda yaşlı bireylerin daha düşük öz-bakım gücüne sahip olmaları beklendiktir. Yaş grubu 70 ve üzerinde olan hastaların fonksiyonel performansları da düşüktür. Yıldırım ve arkadaşları (2013) KOAH'lı hastalarda yaşlanma ile öz-bakım gücünde önemli düşüşler meydana geldiğini bulmuşlardır.

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanları artmaktadır. Bu durum, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlık bilgilerinin, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi ve becerilerinin artması, hastalıkla daha bilinçli baş etme davranışları geliştirmeleri ile ilişkili olabilir. Wang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da KOAH'lı bireylerin öz-bakım gücü ile eğitim düzeyi arasındaki anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bayram (2001) araştırmasında KOAH'lı bireylerin eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Yıldırım ve arkadaşları (2013) KOAH'lı hastalarda eğitim seviyesinin arttıkça öz-bakım gücünün de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını tespit etmişlerdir. Hemodiyaliz tedavisi alan hasta grubu üzerinde yapılan bir çalışmada; ilköğrenim ve üzerinde eğitim görenlerin okur yazar olan ve olmayan gruba göre öz-bakım gücü puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ünsar ve ark.,2006). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi öz-bakım gücünü etkilememesine karşın, hastalara verilen grup eğitimlerinin öz-bakım davranışlarını geliştirdiği görülmektedir (Mousing ve Lomborg,2012). Wang ve arkadaşları (2012) hastaların daha önce

KOAH'la ilgili eğitim almış olmaları ile öz-bakım gücü puanları arasında ilişki bulamamışlardır.

Çalışmamızda hastaların medeni durumları ile öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Öz-bakım gücü ölçeğinden en düşük puanı bekar hastalar almıştır. Evli olmak bireye sosyal destek yönünden avantaj sağlayarak öz-bakım gücünü etkileyebilir. Wang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında bekar hastalar öz-bakım gücü ölçeğinden düşük puan almışlardır. Yıldırım ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında evli KOAH'lı bireyler öz-bakım gücü ölçeğinden, bekar ve dul/boşanmış olanlara göre daha yüksek puan almışlardır. Bayram'ın (2001) çalışmasında ise bekar olan hastalar öz-bakım gücü ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır. Kronik hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmada medeni durum öz-bakım gücünü etkilemiştir. Evli olan hastalar bekar/dul olanlara göre daha yüksek öz-bakım gücü puanı almışlardır ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Aksel,2010).

Hastaların çalışma durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte çalışan hastaların öz-bakım gücü daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; çalışmanın getirdiği aktif bir sosyal yaşam biçimi, çalışma ile elde edilen maddi destek ve alım gücünün artması olabilir. Wang (2012) ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmayan hastaların öz-bakım gücü puanları az bir farkla daha yüksek bulunmuştur. Aksel (2010) kronik hastalığı olan hastaların çalışma durumlarıyla öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Fakat hastaları meslek gruplarına göre incelediğinde, öğrencilerin öz-bakım gücü puanını anlamlı olarak daha düşük bulmuştur.

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre öz-bakım gücü puanları değerlendirildiğinde en yüksek öz-bakım gücü puanını ekonomik düzeyi orta derecede olan hastaların aldığı belirlenmiştir. Geliri iyi olan hastaların çoğunluğunun 70 yaş ve üzeri grupta olması ve bu yaş grubundakilerin fonksiyonel performans puanının düşük olması öz-bakım gücü puanlarının, gelir düzeyi orta olanlara göre daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Bu sonuç; gelir düzeyi orta olan hastaların gelirlerinden memnun oldukları anlamına da gelebilir. Wang ve arkadaşları (2012) hastaların gelir düzeyine göre öz-bakım gücü puanını incelediklerinde en yüksek puanı, geliri orta düzeyde olan hastaların aldığını belirlemişlerdir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da geliri giderine eşit olan hastaların öz-bakım gücü puanlarını anlamı olarak daha yüksek

bulmuşlardır. Bayram (2001) en yüksek öz-bakım gücü puanını ekonomik düzeyi iyi olan hasta grubunda bulmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bağ (2007) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit etmiştir. Gelir düzeyinin iyi olması bireyin tedaviyi devam ettirme, sağlık kurumlarına ulaşma gibi durumlarını kolaylaştırarak öz-bakım gücünü olumlu etkileyebilir.

Bireyin öz-bakım yeteneği ve öz-bakım davranışı, bireyin aile sistemi gibi temel etmenler tarafından etkilenir. Çalışmaya katılan hastaların %7.8'i yalnız yaşamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; aile bireylerinden biriyle yaşayan kişilerin öz-bakım gücü puanı daha yüksek bulunmuştur. Aile ortamı içinde yaşamak bireylerin psikolojik ve sosyal desteklerini artırarak öz-bakım gücünün daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Bayram (2001) çalışmasında eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastaların öz-bakım gücü puanlarını anne-babasıyla ve yalnız yaşayan hastalara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. KOAH'lı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada aile bireyleri ile yaşayan hastaların öz-bakım gücü yalnız yaşayan hastalarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Yıldırım,2013). Aksel (2010) kronik hastalığı olan ve yalnız yaşayan hastaların öz-bakım gücü puanını aile bireyleriyle yaşayanlara göre daha düşük bulmuştur.

Çalışmada günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyan hastaların öz-bakım puanları istatistiksel olarak daha düşüktür. Örneklem grubunun yardımı kimden aldığı ile öz-bakım puanları karşılaştırılmıştır. Günlük bakımlar sırasında eşinden yardım alan hastaların öz-bakım gücü puanı çocuklarından, akrabalarından yardım alan ve hiç yardım alamayan hastalara göre yüksek bulunmuş fakat istatistiksel anlamda bir farklılık tespit edilmemiştir. Wang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; bakıcısı eşi olanların öz-bakım gücü puanı daha yüksek bulunmuştur. KOAH'lı hastalar üzerinde, aile desteği ve öz-bakım davranışlarını incelemek amaçlı yapılan bir çalışmada aile desteği ve öz-bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Kaşıkçı ve Alberto,2007). Xiaolian ve arkadaşları (2002) KOAH tanılı 98 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada öz-bakım davranışları ile aile desteği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Wang ve arkadaşları (2012) ise ailede bakım veren kişilerin şefkatli davranışlarının hastaların öz-bakım davranışları ile negatif korelasyon gösterdiğini saptamışlar ve bu konuyla ilgili daha çok kanıt dayalı çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Hasta bireye

yardım ederken, kişinin hangi konularda bakıma gereksinimi olduğu doğru tespit edilmelidir. Hastanın yapabileceği bakımları aile bireylerinin iyi niyet göstererek yapmaları kişinin kendini bağımlı hissetmelerine dolayısıyla öz-bakım gücünün azalmasına neden olabilir.

Çalışmada KOAH dışında ek kronik hastalığı olan hastaların öz-bakım gücü puanı daha düşük olduğu bulunmuştur. KOAH'lı hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda; hastalarda KOAH dışında başka bir hastalığın olması öz-bakım gücünü olumsuz etkilemiştir (Wang ve ark.,2012; Yıldırım ve ark.,2013). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; kronik böbrek yetmezliği dışında ek kronik hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Muz ve Eğlence,2013). Bu çalışmalardan farklı olarak Bayram (2001), başka bir kronik hastalık varlığı ile KOAH'lı hastaların öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlememiştir. Karakurt ve arkadaşlarının (2013) diyabetli hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, diyabet dışında başka hastalık varlığı ile öz-bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçları değişken olmakla birlikte; kişide var olan kronik hastalıkların sayısının artması kişinin baş etmesini olumsuz etkileyerek öz-bakım gücünü etkileyebilir.

Sigara KOAH etiolojisinde yer alan ve hastalık prognozunu olumsuz yönde etkileyen bir etkidir. Buna rağmen hastaların sigara içme durumları ile öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde KOAH'lı hastalarda sigara içme ya da içmeme durumu ile öz-bakım gücü arasında ilişki olmadığı görülmektedir (Wang ve ark.,2012; Yıldırım ve ark.,2013).

Kronik hastalığı olanlarda hastaneye yatma sıklığı arttıkça öz-bakım gücü azalmaktadır (Aksel,2010). Örneklem grubunun son 6 ayda hastaneye yatma ve acil servise başvurma durumları ile öz-bakım davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Öz-bakım kişinin kendi sağlığını ve iyiliğini korumak için kendisi tarafından yapılan davranışlardır (Orem,1996). KOAH gibi kronik hastalığı olan bireylerde bu davranışların yapılmaması ya da yetersiz düzeyde olması bireyin hastalığı ile baş etmesindeki yetersizliğin bir göstergesi olabilir. Hastalık ile baş edememe hastaların hastaneye yatma ve acil servise başvurma nedeni olarak öz-bakım gücünü düşürebilir. Wang ve arkadaşları (2012) acil servise başvurmeyen hastaların öz-bakım gücü puanınının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada hastalık süresi ile öz-bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. KOAH ilerleyici bir hastalıktır. Hastalıktaki ilerleme, hastalık süresiyle değil, bireyin hastalığa gösterdiği uyumla ilişkilidir. Hastalığa uyum sağlamak bireyin baş etme mekanizmasını geliştirerek hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir. Bu nedenle hastalık süresi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olabilir. Tuncay (2010) koroner kalp hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmasında 8 yıldan daha fazla süredir hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü puanını istatistiksel olarak daha yüksek bulmuştur. Bağ (2007) hemodiyaliz hastalarında, hastalık süresi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Karakurt ve arkadaşları (2013) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada tanı süresi ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Hastalık süresi ilerlerken hastanın edinmiş olduğu olumlu/olumsuz deneyimlerin öz-bakım gücü üzerine etkili olduğu düşünülebilir.

MRC dispne skalasına göre hastaların dispne şiddeti arttıkça öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan azalmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Dispne ile öz-bakım gücü arasında negatif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Dispne ilerledikçe hastaların öz-bakım gücünün azalması beklendiktir (Wang,2012). Hastalar dispneyi, anksiyete, panik ve korkuya neden olan bir durum olarak ve kendilerine en çok sıkıntı yaratan semptom olarak tanımlamaktadırlar (Barnet,2005). KOAH'lı hastaların yaşamış oldukları anksiyete öz-bakım gücü üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Yıldırım ve ark.,2013). Bu bağlamda dispne ile öz-bakım gücü arasında negatif korelasyon olması beklendik bir durumdur.

Uzun süreli oksijen tedavisi kullanan hastaların öz-bakım gücü puanları oksijen kullanmayanlara göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak önemlidir. Oksijen gereksinimi Orem'in öz-bakım gücü modeline göre yeterli hava başlığında değerlendirilerek evrensel gereksinimler kapsamına alınabilir. Bu gereksinimin karşılanamaması bireyin sağlığını ve iyiliğini olumsuz yönde etkileyerek öz-bakım gücünü düşürebilir.

İstatistiksel olarak fark olmamakla birlikte ilaçlarını düzenli kullanan hastaların öz-bakım gücü puanı daha yüksektir. Düzenli ilaç kullanımı öz-bakım becerileri arasında yer almaktadır (Shakur,2003). Bu nedenle düzenli ilaç kullanan hastaların öz-bakım gücü puanlarının yüksek olması beklendiktir. Yıldırım ve arkadaşları (2013) ilaçlarını düzenli kullanan hastaların öz-bakım gücünü düzenli ilaç kullanmayan

hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Wang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında düzenli ilaç kullanan hastalar öz-bakım gücü ölçeğinden daha düşük puan almışlardır. Düzenli ilaç kullanan hastaların bakımının aile bireyleri tarafından sağlanıyor olması öz-bakım gücü puanının düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir (Wang ve ark.,2012).

Çalışmada hastalık evresi ilerledikçe öz-bakım gücü puanının düştüğü saptanmıştır. FEV₁ değeri arttıkça öz-bakım gücünün de arttığı tespit edilmiştir (Tablo 28). FEV₁ değerinin azalması hastanede yatış süresini (Kırkıl ve ark.,2013) ve tekrarlı hastaneye yatışları artırmaktadır (Fan ve ark.,2008). Havayolu obstrüksiyonundaki artma FEV₁ değerinde azalmaya neden olur. FEV₁ değerindeki azalma yani hastalık şiddetindeki artma, bireyin hastaneye yatma sıklığını artırarak bireyi günlük aktivitelerde bağımlı/yarı bağımlı hale getirdiği için bireylerin öz-bakım gücünü etkileyebilir. Wang ve arkadaşları (2012) hastalık şiddeti ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Bu bölümde, KOAH'lı bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi sonucu elde edilen araştırma sonuçları, sosyo-demografik özellikler ve bireylerin hastalık özellikleri ile ilgili araştırma sonuçları yer almaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 65.04 ± 9.29 'dir. Katılımcıların %57.0'si erkek, %52.3'ü ilköğretim eğitim düzeyindedir. Hastaların %77.3'ü evlidir ve tamama yakını aktif olarak bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %95.3'ünün sosyal güvencesi vardır ve birçoğu ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcıların %92.2'si aile bireyleriyle birlikte yaşarken %43.0'ü günlük bakımlarını yaparken yardıma ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %95.3'ünün KOAH hakkında eğitim almadığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hastaların %50.0'ı orta şiddetli KOAH tablosuna sahip, %49.2'si 0-4 yıldır KOAH tanısı almış olan hastalardır. MRC dispne skalasına göre hastaların %32.8'si hafif düzeyde dispne yaşamaktadır. Örneklemin %36.7'si evde uzun süreli oksijen tedavisi almakta, %57.8'i ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade etmektedir. Son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yatan hasta oranı %34.4, acil servise müracaat edenlerin oranı %46.1'dir. Katılımcıların sadece %7.8'i sigara kullanmaktadır, %43.8'i fazla kiloludur, %78.1'inin KOAH dışında ek bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 2).

Hastaların toplam fonksiyonel performans puan ortalaması 1.33 ± 0.60 olarak bulunmuştur. Hastaların fonksiyonel performans envanterinden aldıkları en yüksek puan vücut bakımı alt boyutu (2.32 ± 0.65), en düşük puan eğlence ve hobiler alt boyutu (0.61 ± 0.55) puanıdır (Tablo 3).

Hastalar öz-bakım gücü ölçeğinden ortalama 92.35 ± 22.59 puan almışlardır (Tablo 3). Hastaların %50.0'si orta düzeyde, %35.2'si düşük düzeyde öz-bakım gücüne sahiptir (Tablo 4).

Hastaların fonksiyonel performans toplam puanı ve alt boyut puanları arttıkça öz-bakım gücü puanları da artmıştır (Tablo 5).

Hastaların yaşı arttıkça fonksiyonel performans envanteri ev işlerini sürdürme alt boyutundan aldıkları puan azalmıştır (Tablo 8).

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fonksiyonel performans envanteri ev işlerini sürdürme ve eğlence -hobiler alt boyutunun puanı daha yüksektir (Tablo 10).

Günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyan ve KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olan hastaların fonksiyonel performans ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 15-Tablo 16).

Fonksiyonel performans eğlence ve hobiler alt boyutunun puanı sigara içen hastalarda daha düşük bulunmuştur (Tablo 17).

Son 6 ayda KOAH nedeniyle acile başvuran ve hastaneye yatan hastaların fonksiyonel performans puanı daha düşüktür (Tablo 18- Tablo 19).

Hastaların dispne şiddeti ve KOAH şiddeti arttıkça fonksiyonel performans puanı azalmaktadır (Tablo 22-Tablo 26).

Uzun süreli oksijen tedavisi almayan hastaların fonksiyonel performans puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Hastaların FEV₁ değeri arttıkça fonksiyonel performans envanteri alt boyut puanları ve toplam puanı artmaktadır (Tablo 28).

Günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyan ve ek bir kronik hastalığı olan hastaların öz-bakım gücü puanları daha düşüktür (Tablo 15-Tablo 16).

KOAH nedeniyle son 6 ayda hastaneye yatan ve acil servise başvuran hastaların öz-bakım gücü puanı daha düşüktür (Tablo 18- Tablo 19).

Hastaların dispne yaşama şiddeti ve KOAH şiddeti arttıkça öz-bakım gücü puanının azaldığı belirlenmiştir(Tablo 22-Tablo 26).

Uzun süreli oksijen kullanmayan hastaların öz-bakım gücü puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Hastaların FEV₁ değeri arttıkça öz-bakım gücü puanları artmaktadır (Tablo 28).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- KOAH'lı bireylerin düşük fonksiyonel performans düzeyine ve orta-düşük düzeylerde öz-bakım seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir. KOAH'lı hastaların bireysel bakımlarının planlanmasında fonksiyonel performans envanteri ve öz-bakım gücü ölçeği uygulanarak elde edilen verilerin kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Bu bağlamda KOAH'lı hastaların değerlendirilmesinde fonksiyonel performans envanteri ve öz-bakım gücü ölçeğinin rutin tanılama formları arasına katılması.
- KOAH'lı hastaların bakımında bağımlı oldukları fonksiyonel performans alt boyutları desteklenerek hastaların öz-bakım gücü becerilerinin geliştirilmesi.
- Hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım düzeylerinde kayıpların önlenmesi için hastaların hastalık sürecine uyumlarını sağlayacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi.
- Hastaların fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün artırılması için hastalığın ilerlemesini yavaşlatma, dispne şiddetini azaltma, hastaların günlük bakımında maksimum bağımsızlıklarını ve uzun süreli oksijen tedavisine uyumu sağlama konularında hastaların desteklenmesi.
- KOAH'lı hastalarda fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünü inceleyen daha ileri araştırmalara öncelik verilmesi.
- KOAH'lı hastaların bakım ve izleminde fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesiyle elde edilen veriler önemli olduğundan hemşirelik lisans eğitiminde ve hizmet içi eğitim programlarında fonksiyonel performans ve öz-bakım gücü kavramlarının ele alınması ve bu yolla bu kavramlara ilişkin farkındalığın artırılması.

KAYNAKLAR

- Ade-Oshifogun, J.B., Covey, M.K., Larson, J.L., Patel, M. (2009). Functional performance in obese, elderly people with COPD, *Am J Respir Crit Care Med* 179:A1039.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, 2. Baskı, 368-373.
- Aksel, Ş. (2010). Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz-Bakım Gücü Ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kıbrıs, 93s.
- Akyol, D.A. ve Karadakovan D. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi, *Ege Tıp Dergisi* 41(2): 97-102.
- Alberto, J. ve Juyner, B. (2008). Hope, optimism, and self-care among better breathers support group members with chronic obstructive pulmonary disease, *Applied Nursing Research*, 21(4):212-217.
- American Thoracic Society (1999). Dyspnea mechanisms, assessment, and management a consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 159: 321-340.
- Annandale, J., Hurlin, C., Lewis K. (2009). Reducing COPD admissions with a specialist chronic disease management team. *Nurs Times*. Sep 29-Oct 5;105(38):25.
- Annesi-Maesano, I. (2006). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease, *Eur Respir Mon* ; 38: 41-70.
- Aras, A. ve Tel, H. (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, *Türk Toraks Dergisi*, 10(2):63-68.
- Atasever, A., Kaçmaz, Ö. ve Bacakoğlu, F. (2005). Stabil kronik obstrüktif akciğer olgularında yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Toraks Dergisi*, 6(1):25-30.
- ATS, ERS (2004). Standart for the Diagnosis and Management of Patients with COPD <http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/resources/copddoc.pdf>
- Bağ, E. (2007). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü Ve Öz-Yeterliliğin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 138s.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*, Worth Publishers, New York.
- Basia B, Steele BG, Hunziker J, Lakshminaryan S, Holt L, Buncher D. (2001) Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res*, 195-202.
- Barnes, P.J., Celli, B., R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J*, 33(5):1165-85.
- Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs*, 14(7): 805-12.
- Baykal, Y. (1976). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı üzerinde epidemiyolojik bir araştırma, *Tüberküloz ve Toraks*; 24:3-18.
- Bayram, M. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Umutsuzluk Ve Umutsuzluğun Öz-Bakım Gücüne Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 72s.

- Belza, B., Steele, B.G., Hunziker, J., Lakshminaryan, S., Holt, L., Buncher, D. (2001). Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease, *Nurs Res*, 50(4):195-202.
- Belfer, M., H. veReardon J.,Z. (2009). Improving exercise tolerance and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *J Am Osteopath Assoc.*, 109(5) :268-278.
- Bergs, D.(2002). The Hidden Client - women caring for husbands with COPD:their experience of quality of life, *Journal of Clinical Nursing*; 11(5):613–621.
- Bestall, J.,C, Paul, E.,A, Garrod, R.(1999). Usefulness Of The Medical Research Council (MRC) Dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*; 54: 581-586.
- Bilir, N. (2001). Gelecek Yüzyılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt:39
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupre, A., Begin, R., Renzi, P., Nault, D., Borycki, E., Schwartzman, K., Singh, R., Collet, J.,P. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med.*, 163(Mar 10):585-591.
- Buckley, T., Dudley, J., Ebehart, M., Goldstein, M., Kalistrom, T., Kohorst, J., Lewarski, J. (2007). Oxygen therapy in the home or alternate site Health Care Facility, *Respiratory Care*;52(1): 1063-1068.
- Caress, A.L., Luker, K.A., Chalmers, K.I., Salmon, M.P. (2009). A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *J Clin Nurs*,18(4):479-491.
- Carlsson, L., Ahlmen, J .(1990). Selection Of Mode Of Treatment In End-Stage Renal Disease-By The Patient, *EDTNA-ERCA Journal* 15.
- Celli, B.R., MacNee ,W. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD. A summary oh the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J*, 23(6): 932-46.
- Celli, B.R. (1996). Current thoughts regarding treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am*, 80(3): 589-609.
- Chapman, K.R, Mannino, D.M., Soriano, J.B., et al (2006). Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease,*Eur Respir J*, 27(1): 188-207.
- Chang JA, Froelicher VF. (1994). Clinical and exercise test markers of prognosis in patients with stable coronary artery disease. *Curr Probl Cardiol*;19:533-87.
- Cicutto, L., Brooks, D., Henderson, K. (2004). Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease, *Patient Educ Couns.*, Nov;55(2):168-76.
- Cicutto, C.L., Brooks, D. (2006). Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease, *Respiratory Medicine*, 100(9):1540-1546.
- Conn, V. (1991). Self-Care Actions Taken by Older Adults for Influenza and Colds, *Nursing Research*, May/June 40(3).
- Connelly, C.E. (1987). Self-care and the chronically ill patient, *Nurs Clin North Am*;22(3):621-629.
- Corne, S., Anthonisen, N.R. (2002). Lung Function Testing in Chronic Obstructive Pulmoanry Disease. In: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Voelkel NF, MacNee W.,BC Decker, (Ed.), London,257-269.

Currie ,G.P. ve Chetty, M. (2012). ABC Serisi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları, Currie,G.P. (Ed), Tanı, (Çeviri Ed.:Keleşoğlu A.), Atlas Kitapçılık,Ankara,12-16.

Curtis, J.R., Deyo, R.,A., Hudson, L.D. (1994). Pulmonary rehabilitation in chronic respiratory insufficiency, Health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease, Thorax;49: 162-70.

Çetinkaya, P.D., Özkan, S.A., Erer, O.F.,Halil, H., Yalnız, E. (2014). KOAH'da uzun süreli oksijen tedavisinin etkinliği, Türk Toraks Dergisi, 15:9-17.

Demir, G. ve Acıcan, T. (2003). Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Saryal, S.B., Acıcan, T., (Ed), KOAH'ta Klinik Yaklaşım ve Dispnenin Değerlendirilmesi, Bilimsel Tıp Yayınevi,Ankara,35-48.

Devereux GS. (2012). ABC Serisi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları, Currie,G.P. (Ed), Tanım Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri (Çeviri Ed.:Keleşoğlu A.), Atlas Kitapçılık,Ankara,1-6.

Dünya KOAH Günü, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14429/16-kasim-2011-dunya-koah-gunu.html>

Eaton, T., Lewis, C., Young, P., Kennedy, Y., Garrett, J.E., Kolbe, J. (2004).Long-term oxygen therapy improves health-related quality of life, Respiratory Medicine;98(4):285-293.

Effing, T., Monninkhof, E.E.M., Van Der Valk, P.P., Zielhuis, G.G.A., Walters, E.H., Van Der Palen, J.J., Zwerink, M. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease, Cochrane Database of Systematic Reviews, 17(4):CD002990

Eisner, M., Iribarren, C., Yelin, E.H., Sidney, S., Katz, P.P., Ackerson, L., Lathon, P., Tolstykh, I., Omachi, T., Byl, N., and Blanc, P.D., (2008). Pulmonary function and the risk of functional limitation in chronic obstructive pulmonary disease, American Journal of Epidemiology, 167 (9):1090-1101.

Epstein, S.K., Celli, B.R. (1993). Cardiopulmonary exercise testing in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Cleve Clin J Med, 60(2):119-28.

Eren,A.,Yurdakul,A.S.,Atıkcın,S.(2003).Akut atak ile başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan 370 olgunun analizi, Solunum Hastalıkları, 14(4);254-265.

Ergan, B.,Çöplü, L. (2001). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Hacettepe Tıp Dergisi, 32(2):100-105.

Erk, M.(2003). KOAH Alevlenmesi, Solunum, 5(6):285-290

Fabbri, L.M., Luppi, F., Beghe, B.,Rabe, K.F.,(2011). COPD: A Guide to Diagnosis and Clinical Management, 1. Baskı, 1-21

Fadıloğlu, Ç. (2003). Kronik Hastalıklar. Fadıloğlu, Ç., (Ed.), Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 1-34.

Falter, L.B., Gignac, M.A., Cott, C. (2003). Adaptation to disability in chronic obstructive pulmonary disease: neglected relationship to older adults' perceptions of independence, Disabil Rehabil,25(14):795-806.

Fan, V.S., Ramsey, S.D, Make, B.J, Martinez, F.J. (2007). Physiologic variables and functional status independently predict COPD hospitalizations and emergency department visits in patients with severe COPD, COPD;4(1):29-39.

Fawcett, J.(2005). Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Their Theories, 2. Baskı :364-385

Fletcher, C.(1952). The clinical diagnosis of pulmonary emphysema: an experimental study. Proceedings of the Royal Society of Medicine; 45 (9): 577-584.

Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., Anto, J.M. (2006). Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease:a population based cohort stud, *Thorax*;61(9):772-778.

Gezgen, A.,Erk, M., Müsellim, B.,Demir, T.,Mutlu, B. (2001). KOAH' da üst ekstremite egzersizlerinin yaşam kalitesine ve solunum fonksiyonlarına etkisi, *Solunum Dergisi*, 3(2):60-65.

GOLD, Global Strategy for the Diagnosis, Management,and Prevention of Chrnic Obstructive Pulmonary Disease, (2011), http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf

GOLD, Global Strategy for the Diagnosis, Management,and Prevention of Chrnic Obstructive Pulmonary Disease, 2006, http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/goldreport2006_0122.pdf

Gönlüğü, U.,Akkurt, İ.,Gönlüğü, T.E., Çınar, Z.(2004). KOAH olgularında bady mass indeksi <http://www.akcigerarsivi.com/konular.asp>

Graydon, J.E., Ross, E., Webster, P.M., Goldstein, R.G., Avendano, M. (1995). Predictors of functioning of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Heart and Lung* 24(5), 369–375.

Guo,A-M.,Han,J-N.,Leidy,N.,K.,Wu,Z-L.,Wang,P. and Lin Y-X.(2011). Validation of the chinese version of the functional performance inventory short form in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1613–1622.

Gülseven, B. (2005).Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,176s.

Güven,H.(2008). Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Bilgiç H.,Karadağ M. (Ed.),Toraks Kitapları, Ankara, Sayı:6:83-92.

Halpin, D., Rudolf, M. (2006). Current COPD,Yıldırım,N., Demir, T. (Ed.), (Çeviri: Turgut Y.),Tenedoks Yayıncılık,İstanbul,112s.

Hansel, T.T., Barnes, P.J. (2004). Clinical Aspects of COPD,Hansel, T.T., Barnes, P.J.(Ed.), The Parthenon Publishing Group, London, 77-115.

Heaton, R.K., Grant, I., McSweeny, A.J., et al. (1983).Psychological effects of continuous and nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease, *Arch Intern Med* 143(10):1941-1947.

Hill, K., Goldstein, R.S. (2007) Limited functional performance in chronic obstructive pulmonary disease: Nature, causes and measurement,*COPD*, 4(3):257 61.9

Hoeman, S.,P. (1996). Rehabilitation Nursing Process and Application. Mosby–Year Book,Philadelphia, 10-42.

Holman, W.,J. (ed.), Dawlish, Devon. (ed) (1966). Medical Research Coincil Committee On Research İnto Bronchitis. Instructions For Use Of The Questionnaire On Respiratory Symptoms, London, Medical Research Council

Isoaho, R., Puolijoki, H., Huhti, E., Laippala, P. and Kivela, S.L., (1995). Chronic obstructive pulmonary disease and self-maintaining functions in the elderly-a population- based study, *Scandinavian Journal of Primary Healt Care*,13(2):122-127.

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

Jeffery, P.K., (1995). Structural and inflammatory changes in COPD: a comparison with asthma, *Thorax*, 53(2):129-136.

Jonsdottir, H., (2008), Nursing care in the chronic phase of Copd: a call for innovative disciplinary research, *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 17, 7b: 272–290.

Kang, G.J., Kim, M.,H., Hwang, S.,K. (2008). Self-Care, symptom experience, and health-related quality of life by COPD severity, *J Korean Acad Adult Nurs*, 20(1):163-175.

Kapella, M.C., Larson, J.L., Covey, M.K., Alex, C.G. (2011). Functional performance in chronic obstructive pulmonary disease declines with time, *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 43(2):218-224.

Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşilar R., Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; 14(1) :1-9.

Karakoç, A. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 85s.

Kaşıkcı, Kara, M., Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal Of Clinical Nursing*, 16(8):1468-1478.

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.

Kearney, B., Y., Fleischer, B., J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self care agency, *Res. Nurs. Health*, 22:25-34

Kırkıl, G., Deveci, F., Turgut, T., Muz, M., H., Türkoğlu, S. (2013). KOAH'lı olguların hastanede yatış süresini etkileyen faktörler, *Fırac Tıp Dergisi*, 18(3):171-175.

Kinsman, R., A., Fernande, E., Schocket, M., Dirks, J. ve Covino, N., A. (1983). Multidimensional analysis of the symptoms of chronic bronchitis and emphysema, *Journal of Behavioural Medicine*, 6(4):339–357.

Kocabaş, A. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Umut S, Erdinç E (Ed), *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Epidemiyoloji Ve Doğal Gelişim Derneği Toraks Kitapları Serisi*, Ankara, No: 2:8-25.

Kocks, J.W.H., Asijee, G.M., Tsiligianni G.L., Kerstjens, H.A.M., Molen, T. (2011). Functional status measurement in COPD: a review of available methods and their feasibility in primary care, *Primary Care Respiratory Journal*, 20(3): 269-275.

Kohlman, V.C., Gormley, J.M., Eiser, S., Deviren, S.D., Nguyen, H., Paul, S.M., Stulbarg, M.S. (2000). Dyspnea and the affective response during exercise training in obstructive pulmonary disease, *Nursing Research*, 50(3):136-146.

Köseoğlu, F., Saryal, S., Ertürk, Ç., Karabıyıköğlu, G., Yorgancıoğlu, R. (1996). Kronik obstrüktif akciğer rehabilitasyonu, *Tüberküloz ve Toraks*, 44(4):223-229.

Kuyurtan, F. (1998). Harran üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde yatan kronik hastaların hastalığına ve tedaviye uyumlarının incelenmesi, *Hemşire*, 48 (1):25-27.

Lareau, S., C., Breslin, E., H. ve Meek, P., M. (1996). Functional status instruments: outcome measure in the evaluation of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Heart and Lung*, 25(3):212–224.

- Larson, J.,L., Kapella, M.,C., Wirtz, S., Covey, M.,K., Berry, J. (1998). Reliability and Validty of the functional performance inventory in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease, *J. Nurs. Meas.*, 6(1):55-73.
- Larson, J.L.,Leidy, N.K. (1998). Chronic obstructive pulmonary disease: strategies to improve functional status, *Annual Review of Nursing Research*,16:253-286.
- Lee, I.F.K., Lee, D.T.F., and MacKenzie, A.E., (2006). Correlates of functional limitations in older chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease in hong kong, *Heart &Lung*, 35(5):324-333.
- Lee, R.,N., Grandon, J.,E., Ross, E. (1991). Effect of psychological well being, physical status and social support on oxygen-deperdent COPD patient's level of functioning, *Research in Nursing and Health*,14(5):323-328.
- Leidy, N.,K. (1995). Functional performance in people chronic obstructive pulmonary disease, *Image Journal of Nursing Scholarship*, 27(1):23-34.
- Leidy, N.,K. ve Knebel, A.,R .(1999). Clinical validation of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Respiratory Care*, 44(8):932-939.
- Leidy, N.,K. ve Traver, G.,A. (1995). Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD: are there gender differences?, *Research in Nursing Health* 18(6): 535–546.
- Leidy, N.,K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Nurs Res*,43(4):196-202.
- Leidy, N.,K. (1999).Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Nurs Res*, 48(1):20–28.
- Leidy, N.,K. Haase, J.,E.,(1999). functional status from the patient's perspective: The challenge of preserving personel integrity. *Res.Nurs. Health.*,22(1);67-77.
- Leidy, N.,K.(1994). Using functional status to assess treatment outcomes, *Chest* 106(6):1645-1646.
- Leidy,N.,K. And Knebel,A.,R. (2010). In search of parsimony: reliability and validity of the Functional Performance Inventory-Short Form, *International Journal of COPD*,5 415–423.
- Lewis, M.S., Collier, C.L.,Heitkemper, M.M. (2001). *Medical- Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*, Mostby Years Book.
- Linton, A.D., Matteson M.A.,Maebius N.K. (2000). *Introductory Nursing Care of Adults*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 496-507.
- Lukkarinen, H.,Hentinen, M. (1997). Self care agency and factors related to this agency among patients with coroner heart disease, *International Journal Nursing Study*, 34(4);295–304.
- MacNee,M. (2012). ABC Serisi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları, Currie,G.P.(Ed.), Patoloji ve Patogenez, (Çeviri Ed. Keleşoğlu A.), Atlas Kitapçılık,Ankara,6-11.
- Mahler ,D.,A. (2000). How should health-related quality of life be assessed in patients with COPD, *Chest* 117(2):55–57.
- Mannino, D.M., Homa, D.M., Akinbami, L.J. et.al. (2002). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Surveillance, 1971-2000 *MMWR Surveill Summ*, United States, 51: 1-16.

- Mathers, C.,D., Loncar, D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, PLoS Med., 3: 442.
- McNeer,J.,F.,Margolis,J.,R.,Lee.,K.,L.et.al.(1978).The role of exercise test in the evaluation of patients for ischemic heart disease,Circulation,57:64-70.
- Monso, E., Fiz, J.M., Izquierdo, J et al. (1998). Quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease: Correlation with lung and muscle function, Respir Med, 92(2):221-227.
- Moody, L., McCormick, K.,Williams, A. (1990). Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysema (CBE), Journal of Behavioral Medicine 13(3):297–305.
- Moon, J., Bois, du R.,M, Colby, T.,V. et al. (1999). Clinical significance of respiratory bronchiolitis on open lung biopsy and its relationship to smoking related interstitial lung disease, Thorax; 54(11):1009-1114.
- Mousing, C.A.,Lomborg, K. (2012). Self-care 3 months after attending chronic obstructive pulmonary disease patient education: a qualitative descriptive analysis, Patient Preference and Adherence ,6 :19–25.
- Muz, G.,Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz -bakım gücü ve öz-yeterliliğin değerlendirilmesi, Balıkesir Sağlık Bil.Dergisi, 2(1):15-22.
- NaHCivan, N.Ö. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul,113.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Clinical Guideline 12:1–53.
- O'Donnell, D.,E. (2006). Hyperinflation, dyspnea and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease,Proc Am Thorac Soc.,3(2): 180-184.
- Orem, D.E. (1991). Nursing: Concept of Practice Self-Care Agency and Dependent-care Agency, Mosby Year Book, St. Louis:145-175
- Orem, D.E.(1996) .Nursing Concept Of Practice, Mosby Year Book Inc,4 th ed.
- Özkan S, Durna Z. (2006). İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 22(2):121-35.
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon,Kongre Kitabı,83-117.
- Özkan, S. (2006). KOAH ve Astımlı Hastalarda Fonksiyonel Performans Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,118s.
- Park, S.K.,Stotts, A.N.,Douglas, K.M.,Donesky-Cuenco, D.,Carrieri-Kohlman, V. (2012). Symptoms and functional performance in korean immigrants with asthma or chronic obstructive pulmonary disease, Heart and Lung, 41(3):226-237.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., et al.(1995) Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA;273:402-7.
- Peinado, V.I., Pizarro, S., Barbera, J.A.(2008). Pulmonary vascular involvement in COPD, Chest; 134(4): 808-14.
- Perry,G.A.,Potter,A.P. (2001). Basic Nursing Theory and Practice, Mobby years book,St Louis.
- Peruzza, S., Sergi, G., Vianello, A. et.al.,(2003). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Elderly Subjects: Impact on Functional Status and Quality of Life, Respir Med.,97(6):612-617.

Phipps, W., Long, B., Woods, N., Cassmeyer, V. (1991). Medical Surgical Nursing, Mosby Company, America.

Pınar, R.,(1995). Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,158s.

Pitta, F, Troosters, T, Probst, VS, Spruit, MA, Decramer, M, Gosselink, R. (2006). Physical activity and hospitalization for exacerbation of COPD,Chest.;129(3):536-44.

Purvis, P.,J. (1991). A support group for patients in end stage renal failure on maintenance dialysis, EDTNA-ERCA Journal 8(3):18–19.

Reardon, J.Z.,Lareau, S.C., Jane, ZWallack,R. (2006). Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease ,The American Journal of Medicine, 119(10):32-37.

Reishtein, J.L. (2005). Relationship between symptoms and functional performance in COPD, Research in Nursing and Health, 28(1): 39-47.

Rennard, S.I.,(2002). KOAH nedenlerinin gözden geçirilmesi, Postgraduate Medicine,111(6):20-28.

Restrick, L.,J., Paul, E.,A., Braid, G.,M., Cullinan, P., Moore- Gillon J., Wedzicha, J.,A. (1993). Assessment and Follow up of Patients Prescribed Long Term Oxygen Treatment, Thorax,48(7):708–713.

Riise, G.C. (1998). Bronchial brush biopsies; a broncoscopic method fort he study of bronchial epithelial cells and airway inflammation, Eur Respir. Rev., 8: 1086-1088.

Ring, L., Danielson, E. (1997).Patients' experiences of longterm oxygen therapy. J Adv Nurs, 26(2):337-344.

Rouke, A.M. (1991). Self-care: Chore or Challenge, J Adv Nursing,16(2):233-241.

Sabino, P.G., Silva, B.M. and Brunetto, A.F. (2010). Nutritional status is related to fat-free mass, exercise capacity and inspiratory strength in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, Clinics (Sao Paulo);65(6):599-605.

Saettea M., Timens W, Jeffery PK.(1998). Management of Chronic Obstruktive Pulmonary Disease, Postma, D.S., Siafakas, N.M. (Ed.), Pathology, European respiratory Monograph; 92-101

Sağlam, M., Savcı, S., Vardar Yağlı ,N. ve arkadaşları (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında obezitenin solunum kas kuvveti, fonksiyonel kapasite ve fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkisi, Türk Fizyoterapive Rehabilitasyon Dergisi, 24(3):157-162.

Sağlık İstatistikleri 1964-1994. Sağlık Bakanlığı APK Dairesi yayınları, Ankara, 1995.

Samurkaşoğlu,B. (2003).Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Saryal, SB.,Acıcan,T.(Ed)., Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri, Bilimsel Tıp Yayınevi,Ankara,9-20.

Saryal, S.B.,(2003). İç Hastalıkları, İliçin G.,Biberoğlu K.,Süleymanlar G.,Ünal S.(Ed.),Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara,754-778.

Saryal, S.B. (2005). Güncel Akciğer Hastalıkları Serisi:2, Saryal, S.B., Acıcan, T.(Ed.),Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara,24-54.

Schlecht, N. F., Schwartzman, K.ve Bourbeau, J. (2005). Dyspnea as clinical indicator in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Chronic Respiratory disease, 2(4),183-191.

Shapiro, S.D., Snider, G.L., Rennard, S.I.(2005). Obstructive Diseases, Mason, R.J., Broaddus, V.C., Murray, J.F., Nadel, J.A. (Ed.), Philadelphia: Elsevier Saunders,1115-1167.

Shakur, H. (2003). A COPD self management programme reduced hospital use and improved health status, *Evid Based Nurs*;6(4): 111.

Siafakas, N.M., Vermeire, P., Pride, N.B. et al. (1995).ERS-consensus statement: optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J*;8:1398-420.

Siela,D. (2003). Use of Self-Efficacy and dyspnea perceptions to predict functional performance in people with COPD, *Rehabilitation Nursing*, 28(6):197-204.

Silverman, M., Musa, D., Kirsch, B., Siminoff, A.,L.(1999). Self-care for chronic illness: Older African Americans and whites, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*,14(2):169-189.

Sin, D.D., Anthonisen, N.,R., Soriano, J.,B., Agusti, A.,G. (2006). Mortality in COPD : Role of comorbidities, *Eur Respir J*, 28(6):1245-1257.

Skilbeck. J., Mott, L., Page, H., Smith, D., Hjelmeland-Ahmedzai, S., Clark, D. (1998). Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment, *Pall Med*, 12(4):245-254.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (2000). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins,446-460.

Soler, J.J., Sanchez, L., Roman, P. et al. (2004). Prevalence of malnutrition in outpatients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*; 40(6):250-258.

Stoller, J.,K. (2002). Clinical practice. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, *New England Journal of Medicine* 346(13):988–994.

Şirintaş, E. H. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Solunum Egzersizlerinin Etkinliği, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli*,90s.

Telatar, T.G., Özcebe, H.(2004). Increasing quality of life of elderly, *Turkish Journal of Geriatrics*; 7: 162–165.

Tetersel, M.,J. (1993). Asthma patients' knowledge in relation to compliance with drug therapy, *J Adv Nursing*, 18(1):103-113.

Timby, B.,K. (2001). Fundamentals Skills and Concepts in Patient Care. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams /Wilkins, 89-95

Tomey, A.,M., Alligood, M.,R. (2002). Nursing Theorists and Their Work, Mosby Year Book Inc, 269-287

Troosters, T., Casabur, R., Gosselink, R., Decramer, M. (2005). Pulmonary rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Am J Respir Crit Care Med.*, 172: 19-38.

Tuncay,P.(2010).Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Bakım Gücü, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kıbrıs,119s.

Tutluoğlu,B.,Atış,S.,Özge,C. ve ark. (2000). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında evde uzun süreli oksijen tedavisi, *Solunum Hastalıkları*, 11:338-342.

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaşısı Raporu http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754_koah2010_tum-rehhber.pdf

- Ulubaş, B., Çimen, Ö.B., Kanık, A., Erdoğan, C.(2004). Evaluation of Functional Performance Score, Respiratory Muscle Strength and Respiratory Function Test in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma, *Akciğer Arşivi*: 1: 6-9.
- Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, (2004). Hastalık Yüğü Final Raporu <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>
- Umut, S. (2008).Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Bilgiç,H., Karadağ,M. (Ed.), Ankara,Toraks Kitapları:6: 177-84.
- Ünsal, E., Kızılcı, S. (2009). Diyabetli bireylerin bilgi düzeyi öz bakım gücü ve aile düzeyi arasındaki ilişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(2):16-26.
- Ünsar, S., Dindar, İ., Zafer, R., Kumaşoğlu, Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler,*Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,3(1): 70-80.
- Vermiere, P. (2002). The burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 96:3-10.
- Viegi, G., Scognamiglio, A., Baldacci,S., Pistelli, F., Carrozzi, L. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), *Respiration*; 68(1):4-19.
- Wall,M.P.(2011). Gender Differences in Predictors of Functional Performance in COPD Patients, <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/149622?mode=full>
- Wang, K.Y., Sung, P.Y., Yang, S.T., Chiang, C.H., Perng W.C.(2012). Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in taiwan, *Respir Care*.,57(2):263-72.
- Ward, M.,M.,Javitz, H.,S., Simith, W.,M. ve Bakst, A.(2000). Medical cost of chronic obstructive pulmonary disease in the USA, *Resp.Med.*,94(11): 1123-1129.
- Weilitz, P.C., Sciver, T.V. (1996). Nursing Role in Management Obstructive Pulmonary Disease, Lewis, S.M., Collier, I.C., Heitkemper, M.M.(Ed.), *Medical Surgical Nursing*,St. Louis: Mosby Year Book, Inc., 701-730.
- Weitzenblum, E., (1996). Observance of long-term oxygen therapy at home. *Chest*, 109, 1135-1136.
- Weldam, W.M.S., Lammers, J.J-W, Decates, L.R. and Schuurmans, J.M. (2013.) Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:190.
- Whittle, H. ve Goldenberg, D. (1996). Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people, *Journal of Advanced Nursing* 23(2):220–227.
- Williams, S.J. ve Bury, M.R.(1989). Impairment disability and handicap in chronic respiratory illness, *Social Sciences Medicine* 29(5):609– 616.
- World Heart Organization, Burden of COPD, <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html>
- World Health Organization. World Health Report (2004); Changing History. Geneva, World Health Organization
- Xiaolian, J., Chaiwan, S., Panuthai, S., Yijuan, C., Lei, Y., Jiping, L. (2002). Family Support And Self-Care Behavior Of Chinese Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients.*Nursing and Health Sciences*, 4(1-2):41-49.

Yeh, M. L., Chen, H. H., Liao, Y.C, and Liao, W.Y. (2004). Testing the functional status model in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Advanced Nursing*, 48(A): 342-350.

Yıldırım,A., Aşılar,H.,R.,Bakar,N.,Demir,N. (2013). Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey *International Journal of Nursing Practice*; 19: 14–22.

Yohannes, A.,M., Baldwin, R.,C. (2002). Connolly M. mortality predictors in disabling chronic obstructive pulmonary disease in old age, *Age Ageing*; 31(2):137–140.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş :.....
2. Cinsiyet: a) Erkek b)Kadın
3. Boy :.....
4. Kilo:.....
5. VKİ:.....
6. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
 - g) Lisansüstü
7. Medeni durumunuz: a)Evlı b) Bekar c)Dul/Boşanmış
8. Mesleğiniz:
 - a)Serbest meslek d) Emekli
 - b) Memur e) İşsiz
 - c) İşçi f) Ev hanımı
9. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız ?
 - a) İyi b) Orta c)Kötü
10. Birlikte yaşadığınız kişiler kimler?
 - a) Eş
 - b) Çocuklar
 - c) Akrabalar (Amca, hala, yiğen vs..)
 - d) Huzurevinde
 - e) Yalnız
 - f) Kardeş
11. Günlük bakımınızda yardıma ihtiyacınız oluyor mu?
 - a) Evet b)Hayır

12. Yardıma ihtiyacınız oluyor ise yardımcı olan kişiler var mı?
- a) Var ise kimler:.....
- b) Yok
13. Daha önce KOAH ile ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?
- a) Evet
- b) Hayır
14. Aldınız ise kimden?
- a) Hemşire
- b) Doktor
- c) Aynı hastalığı olanlardan
- d) Diğer
15. Ne şekilde eğitim/bilgi aldınız?
- a) Bireysel eğitim
- b) Grup eğitimi
- c) Bilgilendirme broşürleri ile
- d) Diğer
16. Hangi konularda eğitim aldınız? (Birden fazla seçenek belirtilebilir)
- a) Hastalığın ne olduğu
- b) Hastalığın belirtileri
- c) Hastalık semptomları ile baş etme
- d) İlaçlar
- e) Kontroller
- f) Beslenme
- g) Diğer konular
17. Sosyal güvenceniz var mı?
- a) Evet
- b) Hayır
18. Başka bir kronik hastalığınız var mı ?
- a) Var ise hastalık adı:..... Hastalık yılı:.....
- b) Yok
19. Sigara kullanıyor musunuz?
- a) Evet
- b) Hayır
20. Sigara kullanıyorsanız ne kadar süre ile ve ne miktarda(günde tane/paket) kullanıyorsunuz?.....

21.Son 6 ayda KOAH nedeniyle hastaneye yattınız mı ?

- a) Evet ise ;.....kez
- b) Hayır

22.Son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise kaç kez gittiniz ?

- a) Evet ise ;.....kez
- b) Hayır

23.Hastalığınızın süresi:..... Ay/Yıl

24.Solunum sıkıntınızın şiddeti nedir ?

MRC Dispne Skalası
I. Dispne yok. Düz yerde hızla hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok
II. Hafif dispne. Düz yerde hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var.
III. Orta şiddette dispne. Düz yerde yürürken yaşitlarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar
IV. Şiddetli dispne. 100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes için durur.
V. Çok şiddetli dispne. Evden ayrılırken veya elbiselerini giyerken ya da çıkarırken nefessiz kalır.

25.KOAH nedeniyle önerilen ilaç tedavisi;

- a) Düzenli
- b) Düzensiz

26.KOAH nedeniyle önerilen uzun süreli oksijen tedavisi;

- a) Evet ise kaç st/gün.....
- b) Hayır

27.Hastanın SFT değeri

	Hastanın değeri	Beklenen değer
FVC		
FEV₁		
FEV₁/FVC:		

28.Hastalığın evresi:.....

Evre I: Hafif	FEV ₁ / FVC<0.70 FEV ₁ ≥% 80 (beklenenin)
Evre II: Orta şiddette	FEV ₁ / FVC<0.70 % 50≤FEV ₁ <% 80(beklenenin)
Evre III: Ağır	FEV ₁ / FVC<0.70 % 30≤FEV ₁ <% 50(beklenenin)
Evre IV: Çok ağır	FEV ₁ / FVC<0.70 FEV ₁ <% 30 (beklenenin) ya da FEV ₁ <% 50(beklenenin) + kronik solunum yetersizliği

EK-2 FONKSİYONEL PERFORMANS ÖLÇEĞİ (FUNCTIONAL PERFORMANCE INVENTORY)

Aşağıdaki ifadeler özellikle günlük aktivitelerinizin sağlığını nasıl etkilediği ile ilgilidir. Lütfen sizin aktivite gücünüzü en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. 1 puan kolaylıkla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 2 puan biraz zorlukla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 3 puan çok zorlukla yapabildiğiniz aktivite anlamındadır. 4 puan “hastalığımın dolayı bu aktiviteyi hiç yapamam” anlamındadır. Eğer sağlık dışı nedenden dolayı bir aktiviteyi hiç yapmadıysanız veya yapmak istemediyseniz lütfen (u/d) (uygun değil) işaretleyiniz.

.....yaparım		yapamam		
	Çok kolay- lıkla	Biraz zorlukla	Çok zorlukla	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediğim için
Vücut bakımı					
Yemek yeme	1	2	3	4	u/d
Giyinme soyunma	1	2	3	4	u/d
Duş alma ya da banyo yapma	1	2	3	4	u/d
Ayak bakımı yapma	1	2	3	4	u/d
Saçları yıkama	1	2	3	4	u/d
Saçları tarama					
Tıraş olma ya da makyaj	1	2	3	4	u/d
Dişleri ya da takma dişleri fırçalama	1	2	3	4	u/d
Tuvaletini yapma	1	2	3	4	u/d
Ev işlerini sürdürme					
Yiyecek alışverişi ve yemekler					
Yemek hazırlama/pişirme	1	2	3	4	u/d
Market alışverişi	1	2	3	4	u/d
Marketten alınanları taşıma	1	2	3	4	u/d
Marketten alınanları yerleştirme	1	2	3	4	u/d

.....yaparım		yapmam		
	Çok kolaylık a	Biraz zorluk-la	Çok zorlana rak	Sağlık nedenlerim- den dolayı	Tercih etmediği m için
Bulaşıkları yıkama	1	2	3	4	u/d
Apartman ya da evin çevresindeki aktiviteler					
Evi toplama ya da toz alma	1	2	3	4	u/d
Küçük tamirler	1	2	3	4	u/d
Bitkileri ya da çiçekleri sulama	1	2	3	4	u/d
Çamaşır yıkama	1	2	3	4	u/d
Evi süpürme ya da silme	1	2	3	4	u/d
Mobilya taşıma. Çarşafı değiştirme ya da pencereleri silme	1	2	3	4	u/d
Banyo temizleme ya da yerleri silme	1	2	3	4	u/d
Çim biçme. Karları küreme.tırmıklama ya da ağır bahçe işleri	1	2	3	4	u/d
Günlük ev işleri					
Faturaları ödeme	1	2	3	4	u/d
Ev ya da apartmandaki işleri başkasına yaptırma	1	2	3	4	u/d
Şehir içindeki gezintiler					
Toplu taşıma araçlarına binme	1	2	3	4	u/d
Mağaza ya da bankaya gitme	1	2	3	4	u/d
Randevulara gitme (doktor ya da dişçi gibi)	1	2	3	4	u/d
Fiziksel egzesiz					
Düzenli germe, taşıma ya da hafif ağırlık kaldırma	1	2	3	4	u/d
Merdiven inip çıkma	1	2	3	4	u/d

.....yaparım			yapamam	
	Çok kolaylıkl a	Biraz zorluk-la	Çok zorlukl a	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediği m için
Mahalle ya da alışveriş merkezlerine kısa yürüyüşler	1	2	3	4	u/d
Hızlı uzun yürüyüşler (20dk dan fazla)	1	2	3	4	u/d
Yüzme ya da bisiklete binme gibi aktiviteler	1	2	3	4	u/d
Tempolu koşma.basketbol ya da tenis gibi aktiviteler	1	2	3	4	u/d
Eğlence Hobiler					
Tatile çıkma	1	2	3	4	u/d
Ev ya da apartman dışındaki aktiviteler					
Alışveriş yapma ya da müzelere gitme gibi içe mekan aktiviteleri	1	2	3	4	u/d
Sinemaya gitme	1	2	3	4	u/d
Spor karşılaşmalarına ya da sinemaya gitme	1	2	3	4	u/d
Ev/apartman içindeki ya da çevresindeki aktiviteler					
Okuma	1	2	3	4	u/d
Dikiş nakış ya da ahşap gibi el işleriyle uğraşma	1	2	3	4	u/d
Bahçe düzenleme	1	2	3	4	u/d
Özel aktivite ya da hobi:					
Lütfen belirtiniz.....	1	2	3	4	u/d
Manevi aktiviteler					
Dini ibadetleri yerine getirme	1	2	3	4	u/d
Dini merasimlere gitme	1	2	3	4	u/d

.....yaparım				...yapamam	
	Çok kolaylıkla	Biraz zorlukla	Çok zorlukla	Sağlık nedenleriyle	Tercih etmediğim için
Dini kitap okuma ve dua etme	1	2	3	4	u/d
Dini sohbet gruplarına katılma	1	2	3	4	u/d
Din arkadaşları ya da nocaları eve davet etme	1	2	3	4	u/d
Sosyal etkileşim-aile ve arkadaşlar					
Telefonla sohbet etme	1	2	3	4	u/d
Bir Araya Toplanma					
Kendi evinizde	1	2	3	4	u/d
Evinizin dışında	1	2	3	4	u/d
Akşam yemeği,tombala iskambil ya da benzeri aktiviteler					
Kendi evinizde	1	2	3	4	u/d
Evinizin dışında	1	2	3	4	u/d
Çocuklar ya da torunlarla oynama	1	2	3	4	u/d
Aile ve arkadaşlara yardım					
Onlar için alışveriş yapma.arabayla bir yere bırakma	1	2	3	4	u/d
Tamiratlarını yapma.başkalarına yardımda bulunma					
Çocukların bakımına yardım	1	2	3	4	u/d
Toplantı ya da derneklere katılma	1	2	3	4	u/d
Gönüllü işler yapma	1	2	3	4	u/d
Başkalarını ziyaret etmek amacıyla uzun seyahatler etmek	1	2	3	4	u/d
Cinsel ilişkide bulunma	1	2	3	4	u/d
Okula gitme...tamgün...yarım gün	1	2	3	4	u/d
İşe gitme ...tam gün ...yarım gün	1	2	3	4	u/d

EK-3 ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (SELF-CARE AGENCY SCALE)

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni tanımlamıyor	hiç Beni tanımlamıyor	pek Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırıyorum.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()

Beni hiç Beni pek Fikrim Beni biraz Beni çok
tanımlamıyorum tanımlamıyorum yok tanımlıyor tanımlıyor

-
- 26.Aile içindeki görevimi yeterince yerine getiriyorum () () () () ()
- 27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerimim. () () () () ()
- 28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. () () () () ()
- 29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. () () () () ()
- 30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum. () () () () ()
- 31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim. () () () () ()
- 32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım. () () () () ()
- 33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. () () () () ()
- 34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. () () () () ()
- 35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. () () () () ()



EK-4 C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Katılacağınız “ KOAH’ lı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Öz-bakım Gücünün Belirlenmesi” konulu araştırma bilimsel bir çalışmadır.

Çalışmanın amacı, KOAH hastalığı olan bireylerin fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünü belirlemektir. Bu çalışmada günlük aktivitelerinizi yapabilme ve kendi bakımınızı gerçekleştirme durumunuzda hastalığınızla ilişkili olarak nasıl bir değişiklik olduğu belirlenecektir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler KOAH’ lı hastalara nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma bir anket çalışması olup katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Anketlerin uygulaması yaklaşık 25-30 dakika sürecektir. Gönüllü araştırmadan istediği zaman çekilebilir. Araştırmadan çekilme kararınız alacağınız tedavi ve hizmetleri etkilemeyecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı: Gönüllüden bu kısmı kendi el yazısıyla yazması istenecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	KOAH'lı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Öz-bakım Gücünün Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hatice Tel/Ufuk Demirel YL öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL FEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
Yüksek Doz Araştırması		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Handwritten signatures and initials are present below the form, including a large signature at the top and several smaller ones below it.


CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012-03/33	Tarih: 27.03.2012		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul Üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erol Kisli	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziynet Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Gorevli
Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimliği	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : B.30.2.CUM.0.1H.00.00/1466

REKTÖRLÜK MAKAMINA

11.05/2012

Konu :

İlgi;09.05.2012 tarih ve904 sayılı yazınız,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ufuk DEMİREL'in KOAH'lı hastalarda Fonksiyonel Performansın ve öz-Bakım Gücünü Belirlenmesi başlıklı yüksek lisans tez çalışması hastanemiz Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı tarafınca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Suphi MÜDERRİS
Başhekim V.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Ufuk DEMİREL
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 23.05.1984
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Algoloji Kliniği
E-posta Adresi	uudemirel@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Hacı Mehmet Sabancı Lisesi, 2001
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2005
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2014

İş Tecrübesi

İzmir Özel Kent Hastanesi	Servis Hemşiresi,2005-2006
Sivas Özel Anadolu Hastanesi	Süpervisör-2007-2008
Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Yoğun Bakım Hemşiresi, Servis Hemşiresi-2008-Devam ediyor