



T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ
YAPABİLME DURUMLARI

DİLEK YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SİVAS
2011

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ
YAPABİLME DURUMLARI

DİLEK YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ. NURAN GÜLER

SİVAS
2011

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

Başkan	Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER	_____
Üye	Doç. Dr. Hatice TEL	_____
Üye	Doç. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU	_____
Üye (Danışman)	Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER	_____

ONAY

Bu tez çalışması, 15/09/2011 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ali Altuğ BIÇAKÇI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜRLER.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
I. GİRİŞ.....	1
I.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
I.2. Araştırmanın Amacı.....	4
II. GENEL BİLGİLER.....	
II.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	5
II.2. KOAH Epidemiyolojisi.....	7
II.2.1. Mortalite.....	7
II.2.2. Morbidite.....	9
II.2.3. Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi.....	10
II.3. Etiyolojik Faktörler.....	11
II.4. KOAH’ta Semptomlar.....	14
II.5. KOAH’ta Tedavi.....	17
II.6. KOAH’da Fiziksel Aktivite.....	23
II.7. KOAH’da Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	25
II.8. KOAH’da Evde Bakım.....	26
III.YÖNTEM	
III.1. Araştırmanın Tipi.....	36
III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	36
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	36
III.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
III.5. Veri Toplama Araçları.....	37
III.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	37
III.5.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	37
III.5.3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	38
III.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	38
III.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38

IV. BULGULAR.....	40
V. TARTIŞMA.....	77
VI. SONUÇLAR.....	88
VII. ÖNERİLER.....	93
VIII. KAYNAKÇA.....	94
IX. ÖZGEÇMİŞ.....	111
X. EKLER.....	
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	112
EK 2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	115
EK 3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	116

ÖZET
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ YAPABİLME
DURUMLARI
DİLEK YILDIRIM

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER

2011, 117 sayfa

Araştırma, KOAH'ı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde KOAH tanısıyla yatan 200 hastayla yapılmıştır. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) ölçeği kullanılmıştır. Araştırma da klinikte kişisel bilgi formu doldurulup bir ay sonra KOAH'lı bireylerin evlerine gidilerek GYA ve EGYA ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi ve yüzdellik hesaplamalar kullanılmıştır.

Araştırmada KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinden, banyo (%60.6) ve boşaltım (%59.1) aktivitesinde yarı bağımlı, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden alışveriş yapma (%46.5), yemek hazırlama (%40.9), ev işlerini yapma (%57.1), çamaşır yıkama (%73.7) aktivitelerinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanma (%60.1) ve para idaresinde (%48.5) ise yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir. KOAH'lı bireylerden kadınların GYA'den boşaltım aktivitesinde, EGYA'den de telefon kullanma, alışveriş yapma, ulaşım, para idaresi aktivitesinde erkeklerden daha bağımlı olduğu belirlenirken, çamaşır yıkama aktivitesinde ise erkeklerin, kadınlardan daha bağımlı olduğu bulunmuştur. Bireylerin yaşı arttıkça banyo, giyinme, hareket, beslenme, telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarını ve ilaç kullanma aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça boşaltım, telefon kullanma, alışveriş yapma, ulaşım araçlarını kullanma, para idaresi gibi aktivitelerde bağımlılık düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Hastalık süresi bireylerin GYA ve EGYA'deki bağımlılık-bağımsızlık durumunu etkilemez iken KOAH dışında sağlık probleminin

olması bireylerin giyinme, tuvalet, boşaltım, çamaşır yıkama, aktivitelerini etkilediği belirlenmiştir.

KOAH bireylerin GYA'lerini ve EGYA'lerini sürdürmesinde bağımlılık yaşamasına neden olmaktadır. Bu hastaların GYA ve EGYA'ni sürdürmede daha bağımsız olmalarını destekleyen sağlık bakım politikalarının geliştirilmesi önerisin de bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Hemşirelik

ABSTRACT

STATUS OF THE PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE TO DO ACTIVITIES OF DAILY LIVING

DİLEK YILDIRIM

Master's Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Asst. Assoc. Dr. Nuran GULER

2011, 117 pages

The study was designed as descriptive to determine the status of activities of daily living of individuals with COPD.

Research were made with 200 patients that hospitalized with a diagnosis of COPD in the clinic of Chest Diseases at Sivas Cumhuriyet University Research and Teaching Hospital Sample Hospital. Personal information form, activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs) scale was used for collection of data. In the research, one month after the personal information form filled out in the clinic, ADLs and IADLs scales were applied by going to the homes of individuals with COPD. T test and percentage calculations was used to analyze the data.

It was determined that individuals with COPD were semi-dependent for activities of daily living including activities of bathroom (60.6%) and elimination (59.1%) and were dependent for instrumental activities of daily living including activities of shopping (46.5%), food preparation (40.9%), doing houseworks (57.1%), laundry (73.7%) and were semi-dependent for utilization transportation vehicles (60.1%) and the management of money (48.5%).

It was found that women with COPD were more dependent than men with COPD for elimination of ADL and for IADLS including using the telephone, shopping, transportation, money management, but the men were more dependent than the women for the activity of washing. It was found that when the age of Individuals increased, the level of dependency of the bathroom, dressing, movement, nutrition, telephone use, shopping, food preparation, doing housework, laundry, the use of transportation vehicles, and drug had increased. It was determinated that when the level of education of individuals increased, the level of dependency of activities such as elimination, using the telephone, shopping, using the transportation vehicles and money management had increased. It was identified that while duration of the disease

didn't affect the status of ADL dependence-independence of individuals, having health problems other than COPD affected the activities of dressing, toilet, elimination, laundry activities.

COPD causes to live dependence of individuals for the survival of ADLs and IADLs. It was recommended that the development of health care policies that support these patients become more independent for survival of ADLs and IADLs.

Keywords: COPD, Activities of Daily Living, Nursing

TEŐEKKÖRLER

Araştırmamdaki danışmanlık ve katkıları için Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER'e ve öğrenim hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen aileme teőekkür ederim.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin, 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi.....	8
Şekil 2 Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi.....	9
Şekil 3 Ölüme neden olan ilk 10 hastalığın ölüm sayısı ve toplam içindeki yüzde dağılımı (Türkiye, 2009).....	11
Şekil 4 Hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 10 hastalık (Türkiye, 2004).....	11
Şekil 5 KOAH'da risk faktörleri.....	12
Şekil 6 KOAH evrenmesi	18

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik özellikleri	41
Tablo 2 KOAH'lı bireylerin hastalık özellikleri ile ilgili tanıtıcı bilgileri.....	42
Tablo 3 KOAH'lı bireylerin hastalık hakkında sağlık personelinde eğitim alma durumları, konusu ve eğitimin etkinliğine ilişkin özellikleri	43
Tablo 4 KOAH'lı bireylerin sigara ve alkol kullanma özellikleri.....	44
Tablo 5 KOAH'lı bireylerin ilaç kullanma özellikleri.....	45
Tablo 6 KOAH'lı bireylerin evde cihaz kullanımı, kullandıkları cihazın türü ve cihaz kullanımında yaşadığı sorunlar.....	46
Tablo 7 KOAH'lı bireylerin uzun süreli oksijen tedavisini kullanmama ve kullanmama nedenleri.....	47
Tablo 8 KOAH'lı bireylerin tedavinin yeterliliği, hastalığın evde bakım gerektirmesi hakkındaki düşünceleri ve halk sağlığı hemşiresinden danışmanlık alma durumları.....	48
Tablo 9 KOAH'lı bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerinde değişim yaşama durumları.....	49
Tablo 10 KOAH'lı bireylerin evde enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde değişim yaşama durumu	50
Tablo 11 KOAH'lı bireylerin cinsiyete göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	51
Tablo 12 KOAH'lı bireylerin cinsiyete göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu	52
Tablo 13 KOAH'lı bireylerin yaşa göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	54
Tablo 14 KOAH'lı bireylerin yaşa göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	56
Tablo 15 KOAH'lı bireylerin eğitime göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	58
Tablo 16 KOAH'lı bireylerin eğitime göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu	60
Tablo 17 KOAH'lı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu	62

Tablo 18 KOAH'lı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	64
Tablo 19 KOAH'lı bireylerin hastalık süresine göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu	66
Tablo 20 KOAH'lı bireylerin hastalık süresine göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	67
Tablo 21 KOAH'lı bireylerin KOAH dışı sağlık problemi yaşama durumuna göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	69
Tablo 22 KOAH'lı bireylerin KOAH dışı sağlık problemi yaşama durumuna göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	71
Tablo 23 KOAH'lı bireylerin hastanede yatış sayısına göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	73
Tablo 24 KOAH'lı bireylerin hastanede yatış sayısına göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	75

I. GİRİŞ

I.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); tam olarak geri dönüşümlü olmayan, genellikle ilerleyici, zararlı partiküllere karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili, hava akımı kısıtlanması ile karakterize, ciddi sistemik sonuçları olan önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (4). KOAH tüm dünyada giderek artan bir morbidite ve mortalite nedenidir. ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) 1965–1998 yılları arasında erkeklerde koroner arter hastalığından ölümler %59, inmeden ölümler %64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler %35 azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH’ tan ölümler %163 artmıştır (94). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tahminlerine göre 2002 yılında dünyada beşinci ölüm nedeni olan KOAH, 2030 yılında dördüncü ölüm nedeni haline gelecektir. KOAH’ın en önemli kronik sakatlık nedenleri sıralamasında 2002 yılında 11.sırada iken, 2030 yılında yedinci sıraya çıkması beklenmektedir. Günümüzde 80 milyon orta-ağır şiddette KOAH’lı hastanın bulunduğu, 2005 yılında üç milyondan fazla kişinin KOAH’tan öldüğü ve bu ölümlerin dünyadaki toplam ölümlerin %5’ini oluşturduğu bildirilmiştir. KOAH’a ilişkin ölümlerdeki artışta sigara içme salgınındaki artış ve toplumun, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaş yapısındaki değişimin büyük katkısı bulunmaktadır (93).

Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörünün oldukça yaygın olduğu Türkiye’de, hastalık yüküne yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır (136). Son beş yılda yapılan iki çalışma, ülkemizde KOAH’ın yüküne yönelik önemli verilerin elde edilmesini sağlamıştır. Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yükü (Global Burden Of Study) metodu kullanarak Türkiye’de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen çalışmada, en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH’ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (58). Bu çalışmada KOAH önde gelen hastalık yükü nedenleri içinde sekizinci sırada yer almaktadır. BOLD(Burden of Lung Disease Initiative) metodolojisi kullanılarak Adana ilinde 2004 Ocak ayı içinde yapılan prevalans çalışmalarında, bu ildeki 40

yaş üstü yetişkinlerde sabit oran ölçütü kullanıldığında KOAH prevalansının %19.1 olduğu saptanmıştır (136).

Günümüzde KOAH önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, yeterince bilinmeyen, yeterince tanı konulmayan, yanlış tanı konulan ve yeterince tedavi edilmeyen bir hastalıktır (93). KOAH'a yönelik düzenli bakım ve tedavi alamayan hastalarda hastalık semptomları şiddetlenmekte, yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlar ve önemli fonksiyonel kayıplarla, hastalık solunum ya da kalp yetmezliğine doğru ilerlemektedir (148). KOAH'ın erken dönemde saptanamaması, uygun tedavi ve bakım alamama nedeniyle ABD'de KOAH ataklarından yılda 500.000 yatış ve 110.000 ölüm olduğu tahmin edilmektedir (77). ABD de 2002 verilerine göre KOAH'a ikincil doğrudan (tanı ve tedavi harcamaları) maliyet 18 milyar dolar, dolaylı (kaybedilen iş gücü, hastalık nedeniyle yapılan aile harcamaları) maliyet ise 14,1 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde ise hastalığın neden olduğu doğrudan ve dolaylı ekonomik kayıplar hakkında bilgi verecek maliyet analizi çalışması yapılmamasına rağmen, sistemli bir taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetinin bulunmaması nedeniyle maliyetlerin gelişmiş ülkelerden çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir (138).

Ülkemizde sistemli bir taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetinin olmamasından dolayı hastalar ve aileleri taburcu edildikten sonra evde çözümleyemedikleri birçok sorunla karşılaşmakta hastaların bir kısmı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hastaneye tekrar yatırılmaktadır (3). KOAH'lı birey hastaneden taburcu olduktan sonra evde hastalığı etkin yönetecek bilgi ve beceriye sahip olmama nedeniyle hastalık şiddetinin arttığı dönemlerde artan dispne, öksürük ve balgam çıkarmaya bağlı solunum güçlüğü, yorgunluk hissi ve uyku düzensizliği nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeyecek hale gelebilmektedir. Hastalık şiddeti ile birlikte dispne arttıkça hasta günlük yaşamın en basit aktivitelerini bile yapamaz hale gelerek başkalarına bağımlı yaşamaya başlamaktadır. Bireyde bağımlılığın oluşmasıyla görülen en önemli emosyonel bulgu, depresyon durumudur (5). Depresyon durumu ise bireyin yalnızlığını artırarak sosyal ilişkilerden uzaklaşmasına, sosyal desteklerini kullanmamasına

neden olmaktadır. Hastaların tekrarlı yatış sıklıklarının artması sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını kronik hastalığa sahip olarak geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görerek yalnızlık duygusuyla birlikte sosyal izolasyon yaşamasına da neden olmaktadır (7).

Hastalık tablosu ilerledikçe ve şiddetlendikçe hasta birey ve ailesinde değişen yaşam biçimi, yeni rollerin gerektirdiği düzenlemeler, ekonomik durumun bozulmasıyla tükenmişlik duygusu da yaşanmaya başlamaktadır. Aksayan ve Cimete'nin (1998) çalışmasında kronik hastalıklı bireylere bakım veren, diğer aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğu, aile üyelerinin %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunlarını çözmek için evde sağlık personeli istedikleri belirlenmiştir. Altun'un (1998) çalışmasında ise, bakım veren aile üyelerinin %68.94'ü bakım verdikleri hastası hakkında kaygı yaşadığını, %39.9'u bakım verdikleri bireyler nedeniyle kendilerine zaman ayıramadıklarını ifade etmiştir .

KOAH tüm bu boyutlarıyla yalnızca hastayı değil aile ve arkadaş hayatını da etkileyen bir hastalıktır. Bu hasta grubunda etkili evde bakım programları bireyin maksimum bağımsızlık ve aktif katılımını sağlayarak bireyin yaşamında sorumluluk almasını bireysel bakım gücünü artırmasını daha üretken, doyumlu, mutlu ve kaliteli bir yaşama kavuşmasını sağlayarak hastalık nedeniyle meydana gelen aile süreçlerindeki değişiminde azalmasına katkı sağlayabilir (137). KOAH'lı hastaların hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkili şekilde kontrol etmeyi başarmaları için bazı özel bilgi ve becerileri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkili yolu planlı ve sürekli bir hasta-aile eğitimi ve izlemi olarak görülmektedir (51). Gallefoss ve ark. (1999) tarafından yapılan bir araştırmada standart tedavi dışında eğitim yapılan KOAH'lı hastaların, bir yıllık izlemleri sonucunda ilaç kullanımının azaldığı bulunmuştur. Gadoury ve ark. (2005) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise iki yıl süreyle izlenen KOAH'lı hastaların hastaneye başvuru oranının %26.9, acile başvuru oranının ise %21.1 azaldığı ortaya konulmuştur.

Ülkemizde halk sağlığı hemşireliğinin etkin bir şekilde uygulanmaması, KOAH'lı hastanın kendi olanakları ile hastalıkla baş etmeye çalışmalarına neden olmaktadır. Her hastanın, pulmoner eğitim programlarına ulaşamadığı ülkemiz koşullarında, KOAH'lı hasta öğretiminin taburculuktan önceki bir dönemde hastanede başlatılması, evde toplum sağlığı hemşireleri tarafından sürdürülmesi, ailenin ve hasta için önemli olan kişilerin de bakıma katılması önerilmektedir (112). KOAH'lı hastaların toplum sağlığı hemşireleri tarafından izlemlerinin devam ettirilmesi, planlı ziyaretlerle evde bakım gereksinimlerinin karşılanması hastalar da komplikasyonlar nedeniyle ölümlerin, tekrarlı yatışların azalması ve maliyetin düşmesine katkı sağlayabilir. Bu girişimler için de ilk adım, gerek sağlık hizmetlerinin gerekse sosyal hizmetlerin planlanmasında, hastalığın bireyin günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkilediğinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda da hastaların hayatlarını kendi başlarına sürdürmekte daha yeterli daha bağımsız olmalarını destekleyen sağlık bakım politikasının geliştirilmesine ihtiyaç vardır (154). Bu bağlamda KOAH'lı bireylere yönelik çalışmalar ekip işi olup, bu ekibinin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Hemşireler veri toplama aşamasında bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunu ve hastalığın günlük yaşam aktivitelerine etkisinde değerlendirmelirdirler. Hastalığın bireyin günlük yaşam aktivitelerini ne derecede etkilediğinin bilinmesi, bireye ve ailesine yönelik olarak sunulacak sağlık ve sosyal hizmetlerin planması ve uygulanmasında etkili olarak, klinikte ve sahada çalışan hemşirelerin KOAH'lı hasta bakımını etkin planlamalarına, hastaların bağımsızlık düzeyinin artmasına, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine ve hastaların hastalıklarını daha etkin yöneterek kaliteli bir yaşam sürdürmelerine katkı verileceği düşünülmektedir.

I.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ)

KOAİ, kronik tam olarak geri dönüşümü olmayan hava akım kısıtlamaları ile karakterize inflamatuvar akciğer hastalığı olup kronik bronşit, amfizem ve obsrükatif bronşiyoliti kapsayan ilerleyici bir hastalıktır (87,125,65,6,94,40,12,90,165). KOAİ, Avrupa Solunum Topluluğuna (ERS) göre, düşük maksimum ekspiratuvar akım ve yavaşlamış zorlu akciğer boşalması ile karakterize bir bozukluktur. FEV'in erkeklerde yaşa göre beklenen değerin %88, kadınlarda %89'dan düşük olması KOAİ'la uyumlu kabul edilir. Amerikan Toraks Derneğine göre (ATS) göre KOAİ, kronik bronşit veya amfizeme bağlı hava akımında obstrüksiyon ile karakterize bir hastalık durumudur (41).

KOAİ'ta fizyolojik ve patolojik anormallikler uzun yıllar ilerleme gösterir. Mukus hipersekresyonu ve siliyer disfonksiyonla başlar. Ağır KOAİ'ta kardiyovasküler problemler (pulmoner hipertansiyon, corpulmonale) kognitif bozukluklar, depresyon, güçsüzlük, kilo kaybı ortaya çıkar (12). Ekspiratuvar akım kısıtlaması KOAİ'nın en önemli özelliğidir. KOAİ akciğerlerin bir hastalığı olarak tanımlansa da son yıllarda elde edilen bulgular inflamasyonun sistemik olduğunu göstermektedir. İlerlemiş KOAİ'da iskelet kası zayıflığı, iskelet kası yıkımı ve bozulmuş egzersiz performansının sık ortaya çıkan semptomlar olduğu bilinmektedir. KOAİ içinde kronik bronşit ve amfizem patolojilerini birlikte içermektedir. Kronik bronşit ve amfizemli hastalarda kronik hava akımı kısıtlaması gelişmediği sürece KOAİ varlığından söz edilmez (125,6,121).

II.1.1. Kronik Bronşit

Kronik bronşit; birbirini izleyen iki yıl ya da bir yıl içinde en az üç ay süre ile aşırı mukus artışı sonucu öksürük ve balgam çıkarma hali ile karakterize bir bronş hastalığıdır. Bu öksürük ve balgam çıkarma hali tüberküloz, kanser, akciğer apsesi ve bronşektaziye bağlı olmamalıdır (41,163,125,6,28). Kronik bronşit, mortalitesi ve morbiditesi ülkeden ülkeye, iklim ve çevre koşullarına, sosyoekonomik koşullara göre değişiklik gösteren yaygın bir hastalıktır. Mortalite yaş, cins, kentleşme, sigara içimi, mevsim değişiklikleri ve sosyoekonomik koşullarla ilgilidir. Erkek ve kadın cinsiyetleri arasında 55 yaş altında eşdeğer mortalite oranları görülürken, bu yaştan sonra erkeklerde ölüm oranı anlamlı olarak artmakta, 70 yaş civarında kadınlara göre

2 kat daha fazla olmaktadır. Kronik bronşit etiyolojisinde en önemli etken sigaradır. Ayrıca çevre kirliliği (toz vb), kronik irritasyon nedeniyle etken olabilmektedir (65,28). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bu hastalığın hava kirliliğinin fazla olduğu endüstri bölgelerinde mortalite ve morbitide bakımından fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Mesleki olarak devamlı şekilde endüstriyel gazların, kimyasal dumanların, bitkisel tozların etkisine maruz kalanlarda da kronik bronşit sık görülmektedir (125,121).

Kronik bronşit patolojisinde makroskobik olarak aşırı salgı ile mukoza ödemi meydana gelir. Bu dönemi cerahatli enfeksiyon izler, bronş mukozası kırmızı hipertrofik ve atrofik şekil gösterir. En belirgin değişiklik bronş ve bronşiollelerin yüzey epitelyum örtüsünde mukus salgılayan goblet hücre sayısının, silyalı epitelyum hücrelerin aleyhine ileri derece artmasıdır. Kronik bronşitte görülen bronş içi patolojiler sonucunda solunum yollarında meydana gelen daralma hava akımına karşı direnci artırır. Bu direnç daha çok 2 mm'den küçük hava yollarında olur. Artmış bronş sekresyonu sonucunda inspirasyon havasının dağılımı bozulur. Hastalar genellikle 40-45 yaşlarında piknik tipte, belirgin siyanozludurlar. Bu görünümleri nedeni ile 'mavi şişman (blue bloater) veya B tipi hastalar adını alır (121).

II.1.2. Amfizem

Amfizem vücudun herhangi bir yerinde hava toplanması anlamına gelir. Terminal bronşiallelerin distalindeki hava yollarının ve parankimin birlikte katıldığı, belirgin fibrosizin eşlik etmediği anormal ve kalıcı bronş duvarı, parankim hasarı ve genişlemesidir (52,124,66,164,27). Amfizemin patogenezi açık değildir ancak en yaygın teori tekrarlayıcı ve uzun süreli inflamasyonun ve endojen antiproteazlar tarafından nötralize edebilecek düzeyin üzerinde proteolitik enzimler salgılamasıdır. Bu fenomene proteaz-antiproteaz dengesizliği adı verilir. Proteaz akciğer dokusunda sindirilir ve kalıcı hasara yol açar. Amfizemde risk faktörlerinin başında sigara gelmektedir. Sigara alveolar makrofajların ve nötrofillerin sayısını artırır. İnflamatuar hücrelerden proteaz salgılanmasını artırır ve antiproteazların aktivitesini bozar. Bu durumlar alfa-1 antitripsin normal miktarda olsa bile antiproteazda rölatif bir eksikliğe yol açar. Sigara içiminin yanı sıra hava kirliliği, tahriş edici gazların solunması, olumsuz çevresel etmenlerde amfizeme neden olabilir (125,65,121).

Hastalar çoğunlukla 60 yaş üstünde, ince yapılı, pembe yüzlü (pink puffer) kişilerdir. Amfizemde hiperinflamasyon belirtileri ön plandadır. Enfeksiyon, aşırı

mukus ve bronşiol epitelyumun enflamasyonlu ödemi ile birçok hava yolunun tıkanmasına neden olur. Hava yollarının tıkanması özellikle ekspirasyonu zorlaştırarak alveolar havanın hapsolmesine ve alveolların gerilmesine yol açar. Bu duruma enfeksiyon da eklenince alveol çeperinde %50-80'e varan harabiyet oluşur. Bronşiallerin tıkanması solunum yollarının direncini artırır. Hastanın ekspirasyon sırasında havayı bronşiallere itmesi zorlaşır. Çünkü ekspirasyonda akciğerlerin dışındaki basınç sadece alveolleri değil, aynı zamanda bronşialleri sıkıştırır, dirençleri artırır. Bu nedenle inspirasyon kolay, ekspirasyon özellikle zordur (53,67,121).

II.1.3. Obstrüktif Bronşiyolit

İnflamasyon ve fibrozisin eşlik ettiği küçük hava yolu obstrüksiyonudur (66). Toraksın ön-arka çapı, akciğerler devamlı inspirasyon sonu durumunda olduğundan genişler. Aynı nedenle diyaframda alçalmış ve hareketleri sınırlanmıştır. Hasta solunum sırasında yardımcı solunum kaslarını kullanır.

KOAH'da oluşan patolojik değişiklikler büyük hava yolları, küçük hava yolları, akciğer parankimi ve vasküler yapıları ilgilendirir. Büyük hava yolları; trakea, broşlar ve 2 mm'den büyük bronşları içerir. 2 mm'den küçük hava yolları, küçük hava yolları olarak bilinir ve sürekli inflamasyon ve lümenal darlıklar oluşur (65,121,125).

II.2. KOAH EPİDEMİYOLOJİSİ

KOAH'ın yükü birçok yolla değerlendirilebilir. Bunlar: mortalite, morbidite, prevelans, sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları (DALY), maliyet ve yaşam kalitesidir. Burada daha çok mortalite ve morbiditeye odaklanılacaktır.

II.2.1. Mortalite

Mortalite verileri kolaylıkla elde edilebilir olmalarına karşın, KOAH terminolojisinin farklı kullanımları, genel kabul gören tanısal standartların bulunmayışı nedeniyle bu verilerin güvenilirlikleri sınırlıdır. ICD (International Classification of Diseases) kodlamasının 1970'lerden sonra yapılan 9 ve 10. gözden geçirmelerinden sonra KOAH tanımlaması doğru bir şekilde uluslararası hastalık sınıflandırmasında kullanılmaya başlanmıştır. Buna karşın KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince teşhis edilememesi, hala mortalite verilerinin güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemeyi sürdürmektedir (158). Buna ek olarak birincil ölüm nedeni olmasına karşın ölüm raporlarında KOAH genellikle katkıda bulunan neden olarak belirtilmekte veya hiç belirtilmemektedir ki bu da mortalite hızlarının olduğundan daha az gösterilmesine neden olmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların ölüm kayıtlarının sadece % 57'sinde KOAH'ın

birincil ölüm nedeni veya ek hastalık olarak belirtildiği bildirilmiştir (76). Tüm bu sorunlara karşın, KOAH günümüzün önemli ve giderek artan ölüm nedenlerinden biridir. DSÖ'ye göre 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür ve bu ölümlerin yarısı, çoğu Çin'de olmak üzere Batı Pasifik bölgesinde gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerde KOAH ikincil ölüm sayısının ise yılda yaklaşık 300 bin civarında (tüm ölümlerin yaklaşık % 10'u) olduğu bildirilmiştir (93). DSÖ tahminlerine göre KOAH 2030 yılında en yaygın 4. ölüm nedeni haline gelecektir (Şekil 1).

Şekil 1 Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin, 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi

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

Son 30-40 yılda KOAH'dan ölümler giderek artmaktadır. 1965-1998 yılları arasında ABD'de erkeklerde koroner arter hastalığından ölümler %59, inmeden ölümler % 64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler %35 azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH'dan ölümler % 163 artmıştır (93). Kanada'da da benzer artışlar izlenmektedir. Buna karşın bazı Avrupa ülkelerinde mortalitede azalmalar başlamıştır. KOAH'la ilişkin ölümlerdeki artış da sigara içme salgınındaki artış ve toplumun, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaş yapısındaki değişimin büyük katkısı bulunmaktadır. 2002 yılında dünyada 60 yaş üstü nüfusun oranı %10 iken (629 milyon), bu oranın 2020 yılında %20'ye ulaşacağı (2 milyar) beklenmektedir (94). Dünyada demografik yapıdaki değişim, sigara içme epidemisindeki değişimden daha hızlı seyretmekte ve KOAH'daki artışta daha belirleyici işlev görmektedir.

KOAH genellikle yaşlıların ve sigara içen erkeklerin hastalığı olarak algılanır. Oysa ABD'de 2000 yılında ilk kez KOAH'dan ölen kadın sayısı, erkeklerin sayısını geçmiştir.

Bu durum, ABD'de kadınların sigara içme oranlarındaki artışa, daha uzun yaşamalarına ve sonuçta KOAH gelişme riskine daha fazla sahip olmalarına bağlanmaktadır (105).Gelişmekte olan ülkelerde ise KOAH'dan ölümler hala erkekler arasında daha fazladır. Çünkü KOAH mortalite eğilimi, sigara içme epidemisini 20-30 yıl ara ile izlemektedir.

II.2.2. Morbidite

Morbidite ile ilgili değerlendirmede geleneksel olarak poliklinik sayıları, acil servis başvuruları, hastaneye yatışlar gibi ölçütler kullanılmaktadır. Fakat morbiditeyi değerlendirmede kullanılan ölçütler, hastane yatak sayısı, birinci-ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri vb dış faktörlerden etkilenmeye eğilimli oldukları için, mortalite verilerinden daha az güvenilirlerdir. Buna rağmen, morbidite verileri sağlık hizmetlerine gereksinimi tahmin etmede yararlı olabilir (34). Son yıllarda DSÖ tarafından morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmede YLD ve DALY ölçütü kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve önümüzdeki yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH'a ikincil YLD ve DALY'nin artması beklenmektedir (Şekil 2).

Şekil 2 Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi

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

II.2.3. Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi

Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörlerinin oldukça yaygın olduğu Türkiye'de, KOAH'ın yüküne yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır

(92). Sağlık Bakanlığı hastalık kodlamasında son yıllara kadar kronik bronşit ve amfizemin yer almasına karşın KOAH yer almaması, bakanlık istatistiklerinden KOAH morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili bilgi edinilmesini olanaksız kılmaktadır. 1976'da Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı %13.6 (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) olarak bildirilmiştir (24). Ankara'nın kırsal alanında spirometre kullanılarak yapılan bu çalışmada ömeklem yöntemi ve KOAH tanısı için kullanılan spirometrik ölçüt bilinmemektedir. Bir orta Anadolu ili olan Kayseri'nin kırsal bölgesinde 20 yaş üstü nüfusa ECRHS (European Community Respiratory Health Study) anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada ise kronik bronşit prevalansı % 13.5 olarak (erkeklerde %7.8, kadınlarda %10) bulunmuştur (93). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1995-1997 yılları arasında kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarıyla ülkede bulunan tüm hastanelerden taburcu edilen hastaların sayısında 3.1 kat artış (100 bin nüfusta 65.9'dan 202.9'a) ve bu hastalar arasında ölümlerde 5.1 kat artış (100 binde 0.46'dan 2.33'e) izlenmiştir. 1997 yılı verilerine göre Türkiye'nin tüm hastanelerinden 127 bin hasta kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarıyla taburcu edilmiştir (93).

Son beş yılda yapılan iki çalışma, ülkemizde KOAH'ın yüküne yönelik önemli verilerin elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki Sağlık Bakanlığınca yürütülen Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasıdır, ikincisi ise Adana ilinde yapılan BOLD-Türkiye çalışmasıdır. Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Study) metodu kullanarak Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen çalışmada, en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH'ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Şekil 3), (93,94). Bu çalışmada KOAH önde gelen hastalık yüğü (DALY) nedenleri içinde 8. sırada yer almaktadır (Şekil 4).

Şekil 3 Ölüme neden olan ilk 10 hastalığın ölüm sayısı ve toplam içindeki yüzde dağılımı (Türkiye, 2009)

Ölüm Nedenleri	Toplamdaki yüzdesi
1. Dolaşım sistemi hastalıkları	39.9
2. Habis urlar	20.7
3. Solunum sistemi hastalıkları	8.9
4. Beslenme ve metabolizma Hastalıkları	6.4
5. Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	4.0
6. Diğer	20.2

Şekil 4 Hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 10 hastalık (Türkiye, 2004)

Hastalıklar	Toplam DALY içindeki yüzdesi
1. Perinatal nedenler	8.9
2. İskemik kalp hastalığı	8.0
3. Serebrovasküler hastalık	5.9
4. Unipolar depresif hastalıklar	3.9
5. Alt solunum yolu enfeksiyonları	3.8
6. Konjenital anomaliler	3.0
7. Osteoartrit	2.9
8. KOAH	2.8
9. Trafik kazaları	2.4
10. Demir eksikliği anemisi	2.1

II.3. ETİYOLOJİK FAKTÖRLER

KOAH'ın en önemli risk faktörü sigaradır. Mesleki karşılaşmalar, iç ortam ve dış ortam, hava kirliliği, sosyal ekonomik faktörler, alfa-1 antitripsinin eksikliği, diyetle ilgili faktörler ve enfeksiyonlar diğer önemli faktörlerdir.

Şekil 5 KOAH'da risk faktörleri (39,166,44)

Kesinlik derecesi	Çevresel faktörler	Konak faktörleri
Konak faktörleri	Sigara içimi Mesleki maruziyet	Alfa-1 antitripsin yetmezliği %10
Büyük olasılıkla	Hava kirliliği Sosyoekonomik durum Alkol Çocuklukta pasif sigara içimi Diğer mesleki maruziyet	Düşük doğum ağırlığı Çocukta sık solunum enfeksiyonu Atopi (IgE yüksekliği) Bronş hiperaktivitesi Aile öyküsü
Tahmin edilen	Adenovirus enfeksiyonu C vitamini eksikliği	Genetik Predispozisyon A grubu kan Non-sekretuar IgA Beslenme

II.3.1. Sigara Kullanımı: Sigara içimi ile KOAH'ın doğrudan ilişkisi vardır. Sigara içmek KOAH'ın en yaygın nedenidir. Kronik bronşitin morbidite ve mortalitesi ile tütün kullanımı arasında bir paralellik vardır. İngiltere ve ABD'de yapılan prospektif araştırmalarda sigara içenlerde, içmeyenlere göre 3.5-2.5 kez daha fazla KOAH oluşma riski olduğu ve kronik bronşit mortalitesinin 6 kez daha fazla olduğu görülmüştür. Pipo ve puro içenlerde KOAH mortalite ve morbiditesinin içmeyenlere göre daha yüksek, sigara içenlere göre daha az olduğu belirtilmektedir (18,19,83). Sigaraya erken başlamak mortaliteyi artırır. İçme süresi de önemlidir. Uzun süre içenlerde oluşma şansı ve mortalite oranı fazladır. Bıraktıktan 10 sene sonra risk normale iner. Günde içilen sigara adedi arttıkça kanser riski de artar (141).

Uzun süreli sigara kullanımının siliyer hareketi azalttığı, alveoler makrofajların fonksiyonunu inhibe ettiği, müküs bezlerinde hipertrofi ve hiperplaziye yol açtığı belirtilmektedir. Gelişen hiperplazi solunum yollarının çapının daralmasına, öksürüğün artmasına, sekresyon atımının zorlaşmasına neden olmaktadır (83,131,101,130). Karbonmonoksit, sigaranın içeriğinde bulunan ve hemoglobinde yüksek affinite gösteren bir gazdır. Hemoglobine oksijenden daha hızlı bağlanabildiğinden sigara içenlerde oksijen taşıma kapasitesinin azalmasına neden

olmaktadır. Ayrıca karbonmonoksit psikomotor performansı bozmakta, hastalarda psikolojik strese neden olabilmektedir (130,137). Aktif sigara tüketimi kadar pasif içicilik de pulmoner fonksiyonlarda azalmaya eşlik etmekte, KOAH oluşma riskini artırmaktadır. Sigara içen ebeveynlerin çocuklarında sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarına göre özellikle yaşamın ilk yıllarında daha sık solunum yolu enfeksiyonları görüldüğü bildirilmektedir (138).

II.3.2. Hava Kirliliği: Endüstri devrimiyle birlikte özellikle batı ülkelerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda İstanbul gibi kentlerde, artan hava kirliliği düzeyleri ile alerjik hava yolu hastalıklarının prevalansı arasında bir ilişki olduğu gözlenmiş, rinit insidansının 1994 yılında (doğal gazdan önce), doğal gaz uygulamasının başlamasından iki yıl sonra (1996) değerlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde iç ortam hava kirliliği olarak biomas (tezek) akılda tutulmalıdır. KOAH riski yüksek olan meslekler arasında maden işçiliği (silika, kadmiyum ve kömür işçiliği), metal işçiliği, ulaşım sektörü, odun/kömür üretiminde çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği gelmektedir. Hava kirliliğine bağlı FEV₁ düşüşü 24 ml/yıl, çok sigara içiminde 33 ml/yıl benzer bulunmuştur (41,163,16,25,26).

II.3.3. Mesleki Etmenler: Mesleki çevrede karşılaşılan inhale etkenlerin çeşitli solunum sistemi hastalıkları gelişiminde önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Maden ve metal işçiliği, ulaşım sektörü, odun ve kağıt imalatında çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği KOAH riskinin yüksek olduğu meslekler arasındadır. Stenecu ve arkadaşları, endüstriyel alanda çalışan kişilerin, 15 yıl sonraki profillerinin semptomatik KOAH'lı hasta kliniğine benzer olduğunu saptamışlardır (137,41,1,26).

II.3.4. Sosyoekonomik Durum: Kötü yaşam koşulları, genel hijyenik koşulların iyi olmadığı kalabalık yer ve evlerde oturmaları nedeniyle geliri düşük halk arasında kronik bronşit ve amfizem daha sık görülür (137,41,1,72).

II.3.5. Beslenme: Besin yoluyla alınan antioksidan yönünden zengin C ve E vitamininin, magnezyumun, balık yağının (eikozanoidler) antioksidan etkileri nedeniyle KOAH prevalansın da azalma sağladıklarına ilişkin bilgi vardır. A ve C vitamininin yetersiz alınması, aşırı alkol alımı; savunma mekanizmasını bozmakta, solunum semptomlarında artışa neden olmakta ve KOAH riskini artırmaktadır (41,1,72,13).

II.3.6. Yaş ve cinsiyet: Yaşla birlikte yapısal değişiklikler olmakta, torasik kafes sertleşmekte, solunum kasları zayıflamaktadır. Erkeklerin kadınlardan daha fazla solunum yolu irritanlarına maruz kalması nedeniyle 45 yaş üzerindeki erkeklerde daha sık görülür (137,41,72).

II.3.7. Solunum Sistemi ile İlgili Enfeksiyonlar: Hastalık tablosunun şiddetlenmesi ve ilerlemesine neden olan en önemli komplikasyonu sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonudur. Çocuklukta geçirilen pnömoni, bronkopnömoni ve sık tekrarlayan akut solunum yolu enfeksiyonlarının ileride KOAH'a zemin hazırladığı buna ekstrensek faktörler ve enfeksiyon eklendiği taktirde normal koşullara göre daha sık olarak KOAH'ın oluştuğunu gösteren araştırmalar vardır (138,41,163,1,47).

II.3.8. Kalıtım: Kişisel savunma mekanizmaları, hastalığın ortaya çıkışı ve şiddeti üzerinde rol oynamaktadır. Alfa-1 antitripsin eksikliğine (AAT) ülkemizde çok seyrek rastlanmaktadır. Etiyolojide yer alan proteolitik enzim inhibitörlerinin kan düzeyleri bireysel olarak farklılık gösterir. Alfa-1 antitripsin düzeyi düşük olan kişilerde, proteolitik enzim, alveol ve akciğerlerde harabiyete neden olmakta; olumsuz çevre koşulları bulunmasa bile genç yaşlarda KOAH ortaya çıkmaktadır. Alfa-1 antitripsin eksikliği sonucu ortaya çıkan amfizemde ailesel predispozisyon, KOAH hastalarının %3'ünde bulunmaktadır (137,163,72,47).

II.4. KOAH'TA SEMPTOMLAR

KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için semptomlara dikkat etmek ve spesifik olarak tedavi etmek gerekmektedir. Bu semptomlar; öksürük, balgam, dispne, yorgunluk, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon gibi bazı psikolojik durumlar, göğüs ağrısı, hemoptizi, wheezingdir. Ayrıca beslenme ve genel müsküler durumda, dispne ve yorgunluk gibi semptomlara etki edebileceğinden değerlendirilmelidir (83).

a) Öksürük ve Balgam

Öksürük ve balgam KOAH'lı hastalarda, sigara ve/veya hava kirliliğiyle direkt etkilenecek artan mukus üretimi, azalan mukosiliar temizlikte seyreden kronik inflamatuvar prosese bağlı ortak bir şikayettir. Öksürük genellikle kronik ve produktiftir, sabahları daha şiddetlidir ve aynı zamanda uykunun kalitesine de etki edebilir. Öksürüğün sabah uyanınca artması KOAH'ı astımdan ayıran bir bulgudur.

Astım hastaları genellikle sabaha karşı 3-4 civarında bronkospazma bağlı öksürükle uyanabilirler. KOAH'lı hastalar ise gece boyunca biriken mukusu temizlemeye yönelik sabah öksürüğünden şikayet ederler (19,83,94,95,109). KOAH hastalarında hipersekresyona bağlı olarak beyaz ve mukoid bir balgam vardır. Genellikle kış aylarında balgam miktarı artarak renginin sarı veya yeşile dönmesi endobronşial bir enfeksiyonu akla getirmektedir. Balgamın kanlı olması durumunda her zaman için kanser, infeksiyondan önce düşünmeli ve bronkoskopi gündeme gelmelidir (19,83,95).

b) Dispne (Nefes Darlığı)

KOAH'lı hastaların majör şikayetidir. Hastalığın ilk devrelerinde efor dispnesi şeklinde olan bu semptom, progresif bir seyir göstererek daha sonraları istirahat dispnesi şeklini alır. Eforla ortaya çıkan dispne daha çok 50 yaş üzerinde ortaya çıkar (83,94,95). Dispnenin oluşması için sadece artan efor veya göğüs hareketleri mekanizmadan sorumlu değildir. Aynı zamanda solunum merkezi de uyarılmalıdır. Hava yolu obstrüksiyonu bronkospazma bağlı çok arttığı, akut fazlar boyunca ve aynı zamanda hasta stabil durumdayken egzersiz sırasındaki ventilatuar ihtiyaçtaki artış ile birlikte semptom şiddetlenir (83).

Semptom özellikle kognitif, psikososyal ve davranışsal faktörle değişebilir ve kişinin yaşına, emosyonel durumuna (depresyon veya anksiyete), kişiliğine, semptomla ilgili geçmiş deneyimine, kognitif fonksiyonuna, yorgunluğuna, kendine yetmesine ve ruh durumuna göre etkilenebilir. Dispne ile bağlantılı bazı faktörler aşağıdaki gibidir (83).

Dispneyi Etkileyen Faktörler:

- Sigara ve duman gibi iritanlar
- Yükseklik (rakım) farkı
- Yaşam alanları (merdiven gibi)
- Hava durumu (nem oranı gibi)
- Müzik, televizyon gibi dikkat çekici unsurlar
- İnfeksiyonlar
- Diğer hastalıklar
- Bitkinlik
- Solunum poterni (hızı ve derinliği)
- Egzersiz, aktivite

- Ruh hali (depresyon, anksiyete)
- Sosyal destek (arkadaşlar, toplum, finansal kaynaklar)
- Stres
- Anlayışta eksiklik (akciğer problemini, medikasyonları, tedavisi)

c) Wheezing (Hırıltılı solunum)

KOAH hastalarında sık görülen bir semptomdur. Bu genellikle beta-2 agonisti bronkodilatör tedavi ile gerilemesi hastalığın reversibl komponentinin belirtisidir ve bazen astım ile karıştırabilmesine sebep olur. Sadece zorlu ekspirasyonunda wheezing duyulabilir. Zorlu bir ekspiratuvar manevra wheezing veya öksürük başlatabilir (18,19,83,94,95).

d) Yorgunluk

Psikolojik profile açıklanabilen aynı zamanda uyku kalitesinde azalma ve belki kronik hipoksemi ile de bağlantılı olabilen kompleks bir semptomdur. Sedanter olmadan dolayı azalan muskuler aktivite ve bazı vakalarda kasların spesifik problemleriyle de bağlantılıdır (Özellikle malnütrisyonu olan olgularda ve bağlı myopatisi olanlarda) (20,83).

e) Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi KOAH'lı hastalarda düşüktür. Nokturnal hipokside uykunun kalitesinde azalmaya sebep olabilir. Hastalarda gün boyu uyuklama ve geceleri de horlama şikayeti sık olarak görülür. Genellikle obez hastalarda bu tabloyu uyku apne sendromu eşlik eder. Uyku apne sendromundan şüphelenildiğinde polisamnografi önerilir. Uyku kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi anketleri ile birlikte uykuya spesifik sorgulamalar kullanılmaktadır (83).

f) Göğüs Ağrısı

Öksürük, balgam, ateş olmaksızın ortaya çıkan göğüs ağrısının plevra ve göğüs duvarını tutan infiltratif bir patolojiye bağlı olduğu düşünülmektedir. Hipoksi, hiperkapni ve teofilin kullanımına bağlı olarak gelişen reflü özofajit ve peptik ülser göğüs ağrısına neden olabilir (83).

g) Kilo Kaybı, Beslenme

Beslenme bozukluğu; şiddetli hava yolu ostrüksiyonu, hipoksi ve amfizemi olan ileri derecedeki KOAH hastalarında görülmektedir. Bazı çalışmalarda

malnütrisyonu KOAH'lılardan %63-80 oranında geliştiğini göstermiştir. Malnütrisyonun prognozu kötüdür ve hava yolu obstrüksiyonunun şiddetine bağlıdır. Respitatuar kas fonksiyonunda azalmaya neden olur ve bu azalmada malnütrisyona neden olur. Malnütrisyon düşük yaşam kalitesi ve dispneyle bağlantılıdır (18,83).

h) Psikolojik Bozukluklar

KOAH'lılarda psikolojik profil genel olarak 3 kategoriye ayrılabilir; psikolojik iyi olma durumu (depresyon, anksiyete, yaşamsal tatmin); hastanın fonksiyonel, sosyal ve rekreasyonel aktivitelerine bağlı davranışsal adaptasyon; nörofizyolojik ve kognitif fonksiyonellik (hafıza, problemleri analiz etme kabiliyeti) (83).

Psikolojik iyi olma halinde, depresyon, uyku sıkıntısı, azalan enerji, azalan libido, umutsuzluk hissi, sosyal izolasyon ve bazen intihar eğilimleri KOAH'da en sık görülen duygusal kavramlardır. Tüm bunlar kişinin fiziksel aktivitelerini azaltarak kendisini çevreden soyutlamasına neden olur. Anksiyete de sıklıkla görülen durumdur ve dispne ile bağlantılıdır (83).

Davranışsal değişim, egzersiz limitasyonuna bağlı olarak kişinin işinide içeren yaşamdaki çeşitli alanları ve günlük yaşam aktivitelerini (boya yapmak, giyinmek, yürümek ve seksüel aktiviteleri gibi) etkilenmektedir. Bunlarda direkt olarak yaşam kalitesini ve psikolojik durumu etkiler (83).

Nörofizyolojik ve kognitif fonksiyonlarda, özellikle hipoksemili hastalar, kognitif fonksiyonlarda anormallikler gösterebilirler, (bozulmuş hafıza, problem çözümede güçlük) Akut fazda asidoz ve hiperkapni bu bozukluğun daha ileri bir seviyeye gelmesine neden olabilir (83).

II.5. TEDAVİ

Tedavide amaç kısa ve uzun vadeli dönemde semptomları, iyileştirmek, prognozu önlemek, egzersiz toleransını artırmak, alevlenmeleri ve komplikasyonları önlemek, yaşam kalitesini artırmaktır (19,55,56).

KOAH'lı hastaların tedavisi yapılırken önceden hastalığın evrenmesi faydalı olur. Bu bakımdan Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS)'nin evrendirmeleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir (Şekil 6), (19,55,56,95,131).

Şekil 6 KOAH Evrenmesi

EVRE		FEV ₁ (% beklenen)		TİPİK SEMPTOMLAR VE BULGULAR
ATS I	ERS Hafif	ATS >50	ERS 70>	Hiçbir anormal bulgu yok Öksürük, balgam, dispne yok ya da çok az
II	Orta	35-49	50-69	Nefes kesilmesi Değişken öksürük ve farklı bulgular Hipoksemi bulunabilir
III	Ağır	<35	<50	Her türlü eforda ya da dinlenmede dispne wheezing ve öksürük belirgin, akciğerde hiperinflasyon olağandır. Hipoksemi ve hiperkapni sıktır.

Evrenleme epidemiyolojik ve klinik incelemelerde, sağlık harcamalarının planlamasında, tedavi ve prognoz tayininde gereklidir. Amerikan Toraks Topluluğu (ATS) tarafından bildirilen farmakolojik tedavide göz önünde bulundurulması gereken hususlar şunlardır:

- ▲ Sigaranın bırakılması, hava kirliliğinin önlenmesi
- ▲ Bronkodilatör ilaçlar
- ▲ Anti-enflamatuvar tedavi
- ▲ Mukoaktif ve antioksidan ilaçlar
- ▲ Antibiyotikler
- ▲ Pnömonok ve influenza aşılı
- ▲ Oksijen tedavisi
- ▲ Pulmoner rehabilitasyon ve egzersizler
- ▲ Beslenme ve elektrolit dengesi
- ▲ Hasta eğitimi ve psikolojik kontrol
- ▲ Cerrahi tedavi (büllektomi) (103,111,152,153,125).

II.5.1. Sigaranın Bırakılması

Sigara KOAH'a neden olan temel faktör olduğundan sigaranın bırakılması en önemli girişim olarak kabul edilir. Sigaranın bırakılması ile ilk dört haftada

semptomlar azalmakta ve akciğer fonksiyonları %5 kadar düzelmektedir. KOAH'lı olan sigara tiryakilerinde akciğer işlevlerinde azalma, daha fazla enflamasyon akciğer savunmasının bozulmasına yol açar.

Sigarayı bıraktırmada, davranış eğitimi, farmakolojik ve davranışsal tedavilerin bir arada yürütülmesi gerekir. Sigaranın bırakılması; anksiyete, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, öfke, yorgunluk, uykusuzluk ve depresyona yol açabilir. Bu semptomlar nikotin replasman tedavisi ile azalabilir. Nikotin replasman tedavisinin süresi 6-8 haftadır. Yeni miyokard infarktüsü (MI) geçirenlerde, aritmisi olanlarda, şiddetli koroner iskemisi olanlarda, gebelik ve laktasyonda kontrendikedir. Bu tedaviyle birlikte grup terapisi, bireysel danışmanlık, psikoterapi gibi davranışsal tedavilerin yürütülmesi sigaranın bırakılmasında daha yüksek başarı sağlamaktadır (53,21,33,52,135,14,147,129,95,135,110,128).

II.5.2. Çevre ve Hava Kirliliğinin Kontrolü

Çevresel kirlilik, iritan toz ve gazlara maruziyet semptomları artırdığından, iç ve dış ortamdaki hava kirliliğini azaltıcı önlemlerin alınması hastalarda olumlu sonuçların alınmasını kolaylaştırmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda endüstriyel kirliliğin yoğun olduğu kentlerde kardiyorespiratuar ölüm oranlarının, kirliliğin az olduğu kentlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (151,29).

II.5.3. Medikal Tedavi

KOAH tanısı alan olgularda bronkodilatör tedaviyle semptomların giderilmesi de kişinin günlük yaşam aktiviteleri açısından önemlidir.

* **Antikolinergikler:** Hava yolu düz kaslarındaki muskarinik reseptörleri bloke ederek vagal tonusu azaltmakta, düz kas kontraksiyonunu inhibe etmekte ve muköz sekresyonu azaltmaktadır. Yan etkilerinin az olması, uzun süreli kullanımda hipoksiye neden olmamaları, taşikardi görülmemesi gibi avantajlarının yanı sıra etkinin geç başlaması gibi dezavantajı vardır. Antikolinergiklerin nebulizer ile verilmesine uygun formları vardır (53,21).

* **Beta-2 agonistler:** Genellikle inhalasyonla (ölçülü doz inhaler, kuru toz inhaler, nebulizer) verilmekle beraber oral veya parenteral olarakta kullanılmaktadır. Yan etkileri taşikardi, tremor, kramplar, aritmi, kan glukoz düzeyinde artış ve hipokalemidir (21).

* **Metilksantinler:** Beta-2 agonist ve antikolinergiklere göre bronkodilatör etkisi daha azdır. Teofilin oral, aminofilin oral ya da intravenöz yolla kullanılmaktadır. En

sık yan etkisi bulantı, çarpıntı, uykusuzluk, sinirlilik, kusma, aritmidir. Teofilin toksitesi öldürücü olabileceği için kanda teofilin seviyesi mutlaka izlenmelidir. Terapötik kan seviyesi 10-20 u/ml olmalıdır (53,21,23).

* **Kortikosteroidler:** Özellikle akut ataklarda ve atakların önlenmesinde sistemik kortikosteroid tedavisi en etkin tedavi olarak bilinmektedir. Özellikle balgamda eozinofili olanlarda, semptomların ağır olduğu, hipoksinin belirgin olduğu olgularda yararlı olmaktadır. Steroidler antienflamatuar etkisinin yanı sıra mukus hipersekresyonunu da azaltmaktadır (19,67,26,42,18,49,36,140).

***Mukoaktif tedavi:** Hastaların balgamlarının vizkositesini azaltarak ekspektorasyonu sağlamak çok önemlidir. Sekresyonun kolay atılması için hidrasyon gereklidir. Bu nedenle hastalar corpulmonale yoksa bol su içmelidirler (41).

* **Mukolitikler:** Mukus içerisindeki mukoproteinleri parçalayarak balgamın vizkositesini azaltan ilaçlardır. Başlıcaları N-asetil sistein ve S-karboksimetil sistein (karbosistein)dir (52).

* **Mukokinetikler (ekspektoranlar):** Mukus akımını artırarak balgamın öksürükle dışarı atılmasını kolaylaştırır. Bu grupta iodyürler (inorganik iyot, potasyum iyot solüsyonu), organik iyot (iyodlu gliserol), gliserol gayakolt, bromheksin, ambroxol yer almaktadır (41).

* **Antibiyotik Tedavisi:** Normalde krem-beyaz renkli 50 cc kadar olan balgamın miktarındaki artış, renginin sarı-yeşil renkli olması enfeksiyonu gösterir ve KOAH alevlenmesini düşündürür. Balgam bol pürülan olduğunda, ateş ve lökositöz tespit edildiğinde antibiyotik tedavisine başlanmalıdır (21,152,37,16,29,1).

* **Pnömokok ve Influenza Aşılı:** Influenza başta olmak üzere viral enfeksiyonlar, sekonder bakteriyel enfeksiyonlara neden olabildiklerinden KOAH hastalarına sonbaharda (eylül-kasım ayları arasında) influenza aşısı yapılması önerilmektedir. Aşının başlıca kontrendikasyonu yumurta alerjisidir. ATS tarafından önerilen pnömokok aşısı birçok ülkede kullanılmakta ve 5-10 yılda bir tekrarlanmalıdır (102,154,37,1,71,110,23).

* **Alfa-1 Antitripsin Artırma Tedavisi:** Genç, ağır alfa-1 antitripsin eksikliği ve amfizemi bulunan hastalarda uygulanır. Günümüzde sentetik alfa-1 antitripsin ve rekombinan sekretuar lökosit proteaz inhibitörü geliştirilmiştir. Alfa-1 antitripsin eksikliği ile ilişkisi olmayan KOAH'da önerilmemektedir. Çok pahalı bir tedavi

olduğu için çoğu ülkede yoktur. Alfa-1 Antitripsin eksikliği ile ilişkisi olmayan KOAH'da önerilmemektedir (41,47).

II.5.4. Cerrahi Tedavi

Akciğer volümünün azaltılması ve akciğer transplantasyonu, ileri evrelerde seçilmiş KOAH'lı hastalar için etkin cerrahi yöntemlerdir. Seçilmiş vakalarda büllektomi hastaların akciğer fonksiyonlarının düzelmesine ve egzersiz toleransının artmasına neden olur. Son yıllarda akciğer transplantasyonu da gündemdedir. Yakın zamanlarda cerrahi işlem olarak pnömoplasti ya da akciğer volümünü azaltma operasyonu uygulanmaktadır. İlk defa Brantigan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Cooper ve arkadaşları tarafından optimal düzeyde kapsamlı tıbbi tedaviye karşın hala şiddetli semptomları olan, homojen olmayan amfizemli seçilmiş hastalar için geçerli bir alternatif olarak yeniden gündeme gelmiştir. Ancak akciğer volüm azalma operasyonu ile FEV₁ yaklaşık %10 düzelmekte, egzersiz toleransı, dispne ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi açısından da daha büyük gelişmeler sağlamaktadır (33,37,1).

II.5.5. Oksijen Tedavisi

KOAH akut atak durumunda veya kronik solunum yetmezliğinde oksijen tedavisine ihtiyaç duyulabilir. Amaç oksijen saturasyonunu %90 veya üzerinde tutmaktır. KOAH olgularında pulmoner hipertansiyon, polisitemi ve korpulmonale gibi komplikasyonların en önemli nedeni kronik hipoksemdir. Akut ataklarda oksijen kontrollü kullanılmalıdır. Sürekli oksijen tedavisi ilerlemiş KOAH hastalarında yaşam süresini ve kalitesini, beyin fonksiyonlarını düzeltir. Yapılan çalışmalarda hipoksemik olan KOAH hastalarında algılama performansında düşüş görülmüştür (102). Uzun süreli oksijen tedavisi hematokriti normal seviyeye çeker ve pulmoner hemodinamik anormallikleri düzeltir, hastanede kalış süresini azaltır ve pulmoner arter basıncını düzeltir. Genellikle istirahatte 2-3 lt/dk O₂, egzersizde ve uykuda 3-4 lt/dk yeterlidir. Çok merkezli iki büyük çalışma uzun süreli O₂ tedavisinin uyku dahil günde en az 15-18 saat uygulanmasının yaşam süresini uzattığını, gün boyu O₂ tedavisinin ise gece verilen tedaviye üstün olduğunu göstermiştir.

Genellikle başlangıçta litre akımı 1-3 lt/dk'dır. Bu hastalar yüksek karbondioksit düzeyi ve hipoksik duruma alışkın oldukları için düşük seviyede oksijen uygulanır. Yüksek konsantrasyonda oksijen, kan oksijen seviyesini yükselteceğinden hastanın solunumu uyarılmaz ve solunum depresyonu gelişebilir. Hasta uyumu ve tedavi

başarısını artırmada en etkin yol hasta eğitimidir. Oksijen tüpleri 35 dereceyi geçmeyen oda ısısında ve ısıtıcılardan en az 2 metre uzakta tutulmalı, oksijen inhalasyonu sırasında ocak, ısıtıcılar, elektrik prizleri yanında bulundurulmamalı ve kibrit/sigara yakılmamalıdır (37,1,47,38,23,149,68,45,102).

Sürekli oksijen tedavisinde hedefler

- Hipokseminin düzeltilmesi
- Yaşam süresinin uzatılması
- Hospitalizasyon süre ve sayısının azaltılması
- Egzersiz toleransının artırılması
- Dispnenin azaltılması
- Pulmoner arter basıncının düşürülmesi
- Polisiteminin azaltılması
- Psikomotor fonksiyonların iyileştirilmesi
- Yaşam kalitesinin artırılması
- Uyku kalitesinin artırılması

II.5.6. Pulmoner Rehabilitasyon ve Egzersizler

Pulmoner rehabilitasyonda amaçlanan, hastalığın zararlarını en aza indirerek yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesini ve semptomların algılanmasını olumlu yönde geliştirmeyi sağlamaktır (22,78). KOAH'da nefes darlığı nedeniyle efor kapasitesi sınırlıdır. Hasta, sedanter yaşama başlar. Bu amaçla hastalara yürüme, bisiklet, treadmill egzersizleri yaptırılır. Aşırı balgamı olan hastalarda postural drenaj, toraks perküsyonu ve istemli öksürük yaptırılır. Kontrollü solunum tekniklerinden en sık uygulanan büyük dudaklarla yapılan solunumdur (95).

Dudakları büzerek solunum yaparken ekspirasyon sırasında küçük solunum yolları daha uzun süre açık kalmakta, daha fazla havanın dışarı atılması sağlamakta, ekspirasyon süresi uzarken bronşiyal kollaps ve hava hapsi de önlemektedir. Ayrıca kontrollü diyafragma solunumu egzersizleri yaptırılır. Solunum egzersizleri hastanın kullanması, özellikle egzersiz ve dispne durumunda etkin solunumun kontrolünün sağlanmasına, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken solunum düzeyinin korunmasına yardım etmektedir (95).

II.5.7. Beslenme ve Elektrolit Dengesi

Yüksek karbonhidrat ve yüksek kalori diyet CO₂ üretiminin arttıracığı için bu tür yiyecekler verilmemelidir. Hastalar ideal kilolarında veya bunun biraz altında

tutulmalıdırlar. Mide, yemek sonrası gerilerek diyafragma hareketlerini güçleştirilebilir. Böyle hastalara küçük porsiyonlarla, 4-5 öğün vermek daha faydalıdır. Diürezle elektrolit dengesi bozulabildiğinden kan elektrolitleri denge altında tutulmalıdır (95,107,43).

II.5.8. Hasta Eğitimi ve Psikolojik Destek

KOAH'lı hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyon programlarının içine psikososyal desteğin entegre edilmesi en çok benimsenen yaklaşım olmaktadır. Sağlık ekibinden ve ailesinden yeterli destek alamayan hastaların hastalıkla ilişkili yetersizlikleri, emosyonel sıkıntıları, hastaların güçsüzlük ve bağımlılık düzeyleri artmakta ve yaşam kalitesi önemli şekilde bozulmaktadır (137). Bangal ve Haspul (1987) KOAH'lı hastanın öğretiminin taburculuktan önceki bir dönemde hastanede başlatılmasını ve toplum sağlığı hemşireleri tarafından sürdürülmesini, ailenin ve hasta için önemli olan kişilerin de mümkünse eğitiminin içine katılmasını önermektedir (137,138).

Hasta eğitimi, öğrenme gereksinimlerinin değerlendirmesi temelinde kişiye özel olarak yapılmalıdır. Eğiticiyi, hastayı ve ailesini kapsayan bir plan geliştirilmesi önemlidir. Öğrenme değerlendirmesi ve geri bildirim vermek önemlidir (78). Hastanın sağlık ekibinden yeterince yardım ve destek görmesi, yaşam durumları ile ilgili iyi şeyler hissetmesine, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine, hastanın hastalığı ile ilgili daha uyumlu yaşamasına yardım etmektedir (137).

II.6. OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE

KOAH'lı hastalar solunum mekaniklerinde, pulmoner gaz değişiminde, kardiyak fonksiyonlarda, periferik kas disfonksiyonu gibi diğer sistemik değişkenlerde bozukluğa bağlı fiziksel aktivitede limitlidirler (63). KOAH'ta periferik kassal değişiklikler tip 1 liflerde azalma, tip 1 ve tip 2 tiplerde atrofi, kanlanma (kapillarite) ve metabolik enzim düzeylerinde azalmayı içerir. Bu durumun ana etkisi; egzersiz kapasitesinin azalmasıyla birlikte yaşam süresi ve yaşam kalitesinin etkilenmesidir (64). Üst ve alt ekstremitelerin periferik kas disfonksiyonu arasında nicel bir fark vardır, üst ekstremiteler kas fonksiyonu göreceli olarak daha iyi korunurken, bacak

kasları KOAH'da belkide en çok etkilenen gruptur. Periferik kas disfonksiyonu sadece lokal bir problem değildir, hastanın egzersiz toleransı üzerinde dikkate değer bir etkisi vardır. Ekstremitelerdeki kasların etkileyen mekanik faktör; ventilatuar limitasyon dolayısıyla aktivitelerdeki azalma ve akciğer hastalığıyla ilgili diğer faktörlerdir. Aktivite düzeyinin azalması bir seri lokal değişikliği (kondisyon azlığı) artırır; bu durumda geri dönüşümlü olarak fonksiyonel kapasitede daha fazla gerilemeye yol açar (64). KOAH'lı hastalarda laktik asidozun sağlıklı bireylere göre daha düşük iş yüklerinde olduğu gösterilmiştir (32,104,46) Sonuç olarak iskelet kas disfonksiyonu kontraktil kas yorgunluğu oluşumu ile direkt olarak, egzersiz sırasında artan ventilatuar gereksinim ile indirekt olarak egzersiz toleransını etkiler (40). Pitta ve arkadaşları şiddetli KOAH hastalarında vücut hareketleri, yürüyüş ve ayakta durma süresini kapsayan fiziksel aktivite düzeyinin azaldığını göstermişlerdir (114). Schönhofer ve arkadaşları şiddetli KOAH hastalarında sağlıklı bireylere göre günlük hareket miktarının %43 daha az olduğunu belirtmiştir (123). Nefes darlığında artış ve beraberindeki periferik kas zayıflığı; inaktivite, sosyal izolasyon, dispne korkusu ve depresyon ısrarlı bir döngü ile sonuçlanır. Sadece eforla dispne oluşurken efor olmadan da oluşmaya başladığında KOAH'lı hastalar bilinç altı olarak rahatsız edici semptomun şiddetini azaltmak için fiziksel aktivitelerini azaltırlar. Yorgunluk KOAH'lı hastalarda fiziksel aktivitede azalmaya neden olan bir diğer yaygın ve önemli semptomdur. Daha sedanter yaşam, günlük aktivite düzeyi ve kondüsyon azalmasına neden olur. Bu karşılıklı etkileşim dispne inaktivite spirali veya inatçı döngü olarak tarif edilir (167).

Şiddetli KOAH hastaları daha az mobil hale gelir ve günlük yaşam aktivitelerini azaltırlar (8,114,123,54). Nefes darlığı ve özüre neden olan fiziksel fonksiyondaki limitasyonlar kişinin yaşam tarzını değiştirir ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozukluğa neden olur. Nefes darlığı, depresyon ve anksiyete, egzersiz limitasyonu, mobilite ve günlük yaşam aktivitelerinde azalma, davranış ve beklentiler ve yaşam tarzı kısıtlaması karşılıklı olarak görülür. Schrier ve arkadaşları, Viramontes ve O'brien günlük yaşam aktivitelerinde azalma ile düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin varlığını göstermişlerdir (124,159). Moody ve arkadaşları ise günlük yaşam aktivitelerinde azalma ile yaşam kalitesinde azalma arasında ilişki göstermişlerdir (106).

KOAH'lı hastalarda yapılan semptomatik çalışmalarda hastalar 'aktiviteyi' GYA ve yardımcı GYA'dan daha fazlası olarak hissettiklerini ve tanımladıklarını belirtmiştir. Bu aktiviteler yaşamlarına anlam katan aile, sosyal, iş, yardımlaşma gibi aktiviteleri içerir. Veriler aktiviteler sırasında ortaya çıkan nefes darlığı ve yorgunluk gibi faktörlerin tedavi ile iyileştirilmesi durumunda hastaların aktivite düzeylerini artırdıklarını göstermiştir (100).

II.7. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

Aktivite, yaşamın esas zorunlu parçasıdır. Günlük aktiviteler kişinin kendi için ve çevresi için bakım sağlamlasını, evde ve toplum içinde hareket etmesini ve çeşitli sosyal rolleri yerine getirmesini içerir (100,59,156,99). Günlük yaşam aktiviteleri, gerçekte her insan tarafından otomatik olarak her gün yapılan aktiviteler (kişisel hijyeni sağlama, banyo, giyinme, ayakkabı giyme ve etrafı dolaşma) olan temel GYA ve daha fazla fonksiyonel bağımsızlık gerektiren daha kompleks aktiviteler (yemek yapma, mutfak aletlerini çekmecelere koymak, mutfağı düzenlemek ve çamaşır yıkamak) olan yardımcı GYA (EGYA) olarak ayrılabilir (157,100). Lawton ve Broady ilk kez 1969'da yardımcı günlük yaşam aktivitelerini tanımlamıştır. GYA'nın yaşam sürdürme ve temel kendine bakım aktivitelerini yansıtmaya karşın Lawton ve Broady toplumda bağımsız bir yaşam için gerekli olan ikinci bir görevler topluluğu için EGYA'yı tanımlamıştır. Bu fikrin ana temelinin yansıtmak için sekiz aktivite tanımlamıştır: para idaresi, telefon kullanma, ilaç alımı, alışveriş, yemek hazırlama, çamaşır yıkama ve ev işleri. Günümüzde EGYA'nın yaşam kalitesi ve özürli kişilerde kendini iyi hissetmedeki merkezi yeri genel olarak kabul görmüştür. Ancak, toplum içinde bağımsız yaşam için gerekli olan özel aktivitelere yönelik bir fikir birliği yoktur. Bu nedenle Lawton ve Broady tarafından tanımlanan bu sekiz aktivite temel alınmaktadır. Günümüze kadar geliştirilen EGYA ölçümlerinde farklı sayı ve tipte aktiviteler mevcuttur.

EGYA'nın önemli bir özelliği yapılması karmaşık olan çok adımlı aktiviteleri kapsamasıdır. Performans ev içinde veya ev dışında gerçekleşebilir ve telefon ya da diğer özel aletler gibi kişisel dış objeleri gerektirebilir. Bağımsız performans; muhakeme, başlatma, sıralama ve problem çözme gibi yüksek düzey sosyal, fiziksel ve mental yeteneği gerektirir (98).

Uluslararası Fonksiyon, Yeti Yitimi ve Sağlık Sınıflaması (ICF), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından rehabilitasyon yapı ve tanımlamaları için kapsamlı bir çerçeve oluşturmak amacıyla kurulmuştur. GYA'da ve EGYA'da bozukluk ICF çerçevesinde aktivite limitasyonu olarak dikkate alınır. Rehabilitasyon uygulamaları aktivite limitasyonunun üstesinden gelmeyi amaçlar ve böylece eğitim, iş, boş zaman ve sosyal aktivite kısıtlamalarını önler (59). Obstrüktif akciğer hastalarında genel olarak ilk etkilenen temel GYA'dan çok EGYA'dır. Hastalar kendilerinde dispne ve yorgunluk oluşturan zorunlu olmadıkları EGYA'yı bırakırlar ya da daha yavaş yaparak semptomları azaltırlar. Yaşam için daha zorunlu olan temel EGYA'da ise hastalar aktiviteyi bırakmak yerine daha çok hızını azaltarak kompanse ederler ve oluşabilecek semptom şiddetini azaltırlar (167,116,164).

II.8. KOAH'DA EVDE BAKIM

Günümüz sağlık bakım sisteminde gerek sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi ve gerekse hastalıkların bakım ve rehabilitasyonunda bireyin aktif katılımı, bireyin maksimum bağımsızlığı ve sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakımında sorumluluk almasının üzerinde durulmaktadır. Kronik bir hastalık olan KOAH yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın aile ve arkadaşlarını da etkileyen bir hastalık olduğu için bu hasta grubunda etkili evde bakım programları bireyin maksimum bağımsızlık ve aktif katılımını sağlayarak bireyin yaşamında sorumluluk almasını, bireysel bakım gücünü arttırmasını, daha üretken, doyumlu, mutlu ve kaliteli bir yaşama kavuşmasını sağlayabilir. Son yıllarda yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesi kavramının gündeme gelmesi, birçok kronik hastalığın prevalansı azalmakta iken KOAH prevalansında artış olması ve KOAH'luların topluma getirdiği sosyoekonomik yükün artması bu hastalığa olan ilgiyi arttırmıştır. Hemşire, çağdaş rollerinden biri olan "eğitimci rolü" ile sağlığı sürdürme ve geliştirmede olduğu kadar kronik hastalıkların rehabilitasyonunda önemli rol üstlenmektedir (74,115,143). Başlangıçta hemşirenin; hastanın ev ortamını/çevresini, fiziksel ve psikolojik durumunu, düzenlenen tedavi rejimine uyumunu, yaşam şeklindeki değişikliklerle baş etme yeteneğini, fiziksel durumunu; hasta ve ailesinin KOAH'ın yönetimi, tedavinin komplikasyonları ve yan etkilerini anlama düzeyini belirlemesi önemlidir. Evde bakım ziyaretleri; klinik veya poliklinik bakım ve eğitiminde öğrenilen bilgi ve aktiviteleri güçlendirme fırsatı sağlar (74,126,161,31). Her hastanın pulmoner eğitim

programlarına ulaşamadığı ülkemiz koşullarında hastanın fonksiyonel durumunu iyileştirmek için hemşirenin KOAH'lı hasta eğitimini gerçekleştirmesi son derece önemlidir. Roper ve arkadaşlarının Yaşam Modeli'nde günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilgili sorunların önlenmesi, çözümlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik bilgi verme ve davranış kazandırmayı amaçlayan eğitimci rol kapsamında KOAH' da evde bakım eğitimi yaş dönemine, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine ve bireyselliğe bağlı olarak her birey için farklı şekilde planlanmalı ve her hastanın öğrenme deneyimi, motivasyonu ve gereksinimine göre bireysel olarak gerçekleştirilmelidir (126,161,118,119,85). Hemşire; terapötik rejim ve kronik durumla baş etme yeteneklerini iyileştirmeye yardım edecek, değerlilik, umut ve iyilik duygusunu arttıracak pulmoner rehabilitasyon ve sigarayı kesme programlarına hastayı yönlendirmelidir. Öğrenmede esas amaç kısa ve uzun vadeli gerçekçi hedefleri belirlemektir. Hastalık ileri dönemde ise, tedavinin hedefleri şu anki pulmoner fonksiyonları korumak ve mümkün olduğu kadar semptomları hafifletmektir. Hastalık orta derecede ise, hedefler egzersiz toleransını arttırmak ve pulmoner fonksiyonların daha ileri derecede kaybını önlemektir (126,161).

II.8.1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

KOAH'da evde bakım eğitimi Roper ve arkadaşlarının "Yaşam Modeli" doğrultusunda yaşamak ve diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için önemli olan güvenli çevrenin sağlama ve sürdürülmesi aktivitesi KOAH' da özellikle önemli olup sigarasız bir ortamda bulunma, zarar verici ve tahriş edici maddelerden uzak durma, enfeksiyonları önleme, ilaç ve oksijen kullanımına ilişkin bilgilendirmeyi içerir. KOAH'lı hastalar giderek artan aktif bir yaşam şekli benimsemeli, ideal olarak ısı ve nemliliğinde aşırı değişikliği olmayan bir iklimde yaşamalıdır. Hasta mümkün olduğu kadar öksürük nöbetlerine sebep olacak duygusal rahatsızlık ve stresli durumlardan kaçınmalıdır. KOAH'lı hastaların ilaç rejimi çok karmaşık olabilir (126,161,31,70).

II.8.2. Sigarayı Bırakma

KOAH tanısı konduğunda, hastaya sigarayı bırakma konusunda eğitim verilmelidir. Sigara içmeye ilişkin nedenler; hastanın bireysel özelliklerine, hastayı etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörlere göre değişmekle birlikte nikotin bağımlılığı, sigara içilen ortamda bulunma, stres, depresyon gibi faktörleri de içerebilir. Sigara içme eğitimsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük ve psikososyal sorunları olan bireylerde daha yaygındır. Sigara içmeyle ilgili

birçok faktör bir arada olduğu için, başarılı bir bırakma çok yönlü stratejileri gerektirir. Sağlık ekibi üyeleri sigaranın risklerini açıklamalı ve hastaya "**tehlike**" mesajını vermelidir. Sigaraya yönelik güçlü bir mesaj verilmeli ve kesin bir bırakma tarihi belirlenmelidir. "*Sigara kesme programlarına*" başvurma yararlı olabilir. Gereksinildiği gibi sorunları çözmek ve ilerlemeyi gözden geçirmek için telefon ve klinik ziyaretleriyle devamlı takviye oldukça yararlıdır. Başarısızlıktan ziyade başarıyı vurgulamak önemlidir. Hastanın gereksinimine göre nikotin replasman tedavisi yapılabilir veya diğer tedaviler denenebilir. Sigarayı bırakmaya yönelik girişimler; hastanede, poliklinikte, pulmoner rehabilitasyon ünitesinde, hastanın kendi ortamında başlatılır ve yürütülür (122,87).

II.8.3. Zarar Verici ve Tahriş Edici Maddelerden Uzak Durma

Toz, polen gibi kirliliğe ve tahrişe neden olan maddelere ilişkin kısa bir açıklama yapılarak, hastaya mümkün oldukça trafiğin ve hava kirliliğinin yoğun olduğu saatlerde dışarı çıkmaması, aerosol spreylerden, tozlu ortamlardan uzak durması vb konularda eğitim verilir. Hastanın ev ve iş çevresini, irritasyona sebep olabilecek kirlilik yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirmesi sağlanarak, önlem alması teşvik edilir. Soğuk ve kuru havaya maruz kalmanın bronkospazmı tetikleyeceği ve kuru havanın balgamı daha da yoğunlaştıracağı, bu nedenle mümkün oldukça soğuk rüzgardan sakınması ve soğuk havalarda dışarı çıkarken ağzını ve boynunu bir atkı veya maske ile sarması önerilir. Aynı zamanda sıcak da tehlikeli olabileceği için sıcak havalarda dışarı çıkmaması, pencereleri kapalı tutması, klima yada diğer soğutma tertibatı kullanması için hasta teşvik edilir. Ayrıca hastaya mümkün oldukça %40-50 oranında nemli bir ortamda bulunmasının önemi açıklanır (87,141).

II.8.4. Bronkopulmoner Enfeksiyonları Önleme

Sağlıklı kişilerde çok önemli olmayan üst solunumyolu enfeksiyonları KOAH'lı hastalarda hayatı tehdit edici olabilir. Bu nedenle akciğerlerin enflamatuvar ödemi azaltmak ve normal siliar hareketin iyileşmesine yardım etmek için bronkopulmoner enfeksiyonlar kontrol edilmelidir. Bronşiyal enfeksiyonlarla birlikte olan öksürük, akciğerlerde daha ileri derecede travma ve harabiyet, semptomların ilerlemesi, bronkospazmın artması ve bronşiyal enfeksiyona artan duyarlılık olumsuz

bir şekilde akciğer fonksiyonlarını etkileyerek kısır bir döngü oluşturur. Enfeksiyonların KOAH'lı birey için önemli bir risk olduğu; ateş, balgamın renginde, karakterinde, içeriğinde miktarında değişim, göğüste sıkışma, dispne ve yorgunluk gibi belirtilerin enfeksiyonu gösterdiği ve rapor edilmesi gerektiği özellikle vurgulanmalıdır. Viral ve bakterial enfeksiyonların vakit geçirilmeden tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca, KOAH'lı hastalar solunum sistemi enfeksiyonlarına eğilimli olduğundan, hemşire KOAH'lı hastaların influenza ve pnomoniye karşı aşılmasını teşvik etmelidir (79,141).

II.8.5. İlaç Tedavisi

KOAH'lı hastalarda sıklıkla önerilen farmakolojik tedavi kapsamında bronkospazmı düzeltmek ve obstruksiyonu azaltmak için bronkodilatörler verilir. Bronkodilatasyonu sağlamak için albuterol, pirbuterol, metaproterenol, terbutalin ve isoetherin gibi agonistler sıklıkla tercih edilen tedavi şeklidir. Bu ilaçlar epinefrin, isoproterenol ve efedrinden daha selektif olup doğru kullanıldığında daha az yan etkiye neden olmaktadır. Antikolinergik ajanların kullanımının KOAH'da beta₂-adrenarjik agonistlerden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Xantine ve beta₂ agonist gibi bronkodilatör ajanlar semptomları azaltır ve solunumun hızı, derinliği, ritmi ve akciğer alanının normale dönmesini sağlayarak solunumu düzeltir. Beta₂ agonist alan hastalarda kontrol edilecek yan etkiler; taşikardi, göğüs ağrısı, huzursuzluk, ajitasyon, sinirlilik ve uykusuzluktur. Antikolinergik ajanların yan etkileri ise; ağız kuruluğu, konstipasyon, baş ağrısı, sinirlik, bulantı ve görme bozukluğudur. Xantine derivasyonları palpasyon, taşikardi, göğüs ağrısı, gastrointestinal bozulma, ajitasyon, baş ağrısı, uykusuzluk, ve huzursuzluk yapabilir. Xantine derivasyonlarının yan etkilerini izlemek kadar terapotik kan düzeylerinin kontrol edilmesi de önemlidir. Teophilin 20 mg/ml toksik etkilere neden olarak ölümle sonuçlanabilir. Cromolyn sodium'un yan etkilerinin; hipotansiyon, ağızda acı tat, baş dönmesi, bulantı, kusma, aritmi ve huzursuzluk olduğu hastaya açıklanmalıdır. Antimikrobiyotik tedavi; pürulan balgam, öksürük ve ateş ile ortaya çıkan solunum sistemi enfeksiyonlarının başlangıcında kullanılır. Koruyucu önlem olarak hastalar her 5-10 yılda pnemococcal aşı ve yılda bir influenza aşısı yapılmalıdırlar. Kortikosteroidlerin kullanımının yeri amfizemin tedavisinde açık olmamakla birlikte, KOAH'lı hastaların bir bölümünün oral kortikosteroid tedaviye cevap verdiği izlenmektedir. Kortikosteroid tedavinin yan etkileri fazla olduğundan, her hasta için etkililiğinin belirlenmesi tedaviye başlamadan

önce belirlenmeli ve hekim önerisiyle etkili en düşük doz seçilmelidir. Bazı hastalarda inhale kortikosteroidler yeterli olabilir (126). KOAH'da farmakolojik tedaviye ilişkin evde bakım eğitimi; tedavide yaygın olarak kullanılan ilaçlar, ilaçların doğru dozda, doğru yolla, doğru zamanda kullanımı, ilaçların saklanması, korunması, son kullanma tarihi geçen ilaçların atılmasını içeren kullanım bilgilerinin yanı sıra, sıklıkla görülen yan etkiler ve istenmeyen veya beklenmeyen etki görüldüğünde ne yapılacağına ilişkin bilgilendirmeyi kapsar (87).

KOAH ilaçlarını kullanan hastada hastanın hastalık sürecini, hastalığın belirti ve bulgularını, hastalığa neden olan faktörleri kısaca tanımlaması, önerildiği gibi ilaçları alması, hastalık ve tedavinin yan etkilerine bağlı gelişebilecek kendini yaralama/travma riskini önlemek için alınacak önlemleri ifade etmesi, dinlenmiş olması, çarpıntı, sinirlilik, mizaç değişikliği, uykusuzluk gibi ilaçların beklenen yan etkilerini tanımlaması, ilaçları düzenli olarak alması, dozu artırma ve azaltma yapmaksızın hastalık süreci ve ilaçların yan etkilerine bağlı atak ve komplikasyonları önlemek için tedaviyi bırakmamanın önemini ifade etmesi hedeflenir. Hastalığın belirtilerini önlemek ve kontrol altına almak için bu konular üzerinde önemle durulmalıdır. KOAH'ı önlemek ve tedavi etmek için kullanılan ajanların tedavi edici etkilerinin; normal hız ve karakterde solunum, arterial kan gazlarında (AKG) düzelme, aktivite toleransında artma, semptomların ciddiyeti ve sıklığında azalma ve yaşam kalitesinde artma olduğu hastaya öğretilmelidir (87).

II.8.6. Evde Oksijen Tedavisi

Evde oksijen desteği basınçlı gaz, likit ve konsantratör şeklinde olabilir. Hasta taşınabilir oksijen sistemini; egzersiz, çalışma ve seyahat esnasında yanında taşıyabilir. Oksijen tedavisinin önerildiği gibi uygulanması için, hemşire tedavi süresini, verilmesi gerekli akım hızını, akım hızındaki değişikliklerin tehlikelerini ve oksijenin yanında sigara içilmemesini, ateş yakmamasını hastaya açıklamalıdır. Ayrıca hasta eğitiminde oksijenin bağımlılık yapmayacağı, pulse oksimetri, arterial kan gazı analizleri ve kan oksijen düzeyinin düzenli olarak değerlendirilmesinin önemi belirtilmelidir (126,161,115,143,160). Kontrollü ve düşük akımlı oksijen tedavisinin sonucu olarak; hastanın egzersiz toleransının artması, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale riskinin azalması, kronik hipoksinin düzelmesi, sekonder polistemi gelişme riskinin azalması, hastanın iyilik duygusunun artması ve aktivite seçiminde daha bağımsız olması sağlanarak daha kaliteli bir yaşam sağlanabilmektedir (87,126,141).

II.8.7. İletişim

KOAH'lı hastalar bireysel bakım gücünün azalması, sosyal aktiviteler için enerjinin tükenmesi ve iş kaybına bağlı olarak yaşam şeklinde birçok değişiklik yapmak zorunda kalabilirler. KOAH'lı hastalarda sıklıkla anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, inkar ve bağımlılık görülür. Bu duyguların solunumla ilişkisinden dolayı ifadesi karmaşıktır (126,161). Hareketsizlik KOAH'lı hastalarda egzersiz toleransını azaltarak dispneye, bağımlılıkta artmaya ve sonuç olarak depresyonun daha da ağırlaşmasına neden olur (20). Bu yüzden KOAH ilk defa tanı konup hasta hastaneye yatırıldığında hemşire hastanın inkar, suçluluk ve depresyona kadar değişebilen duygusal durumunu değerlendirmelidir. Suçluluk, hastalığın büyük oranda sigaraya bağlı olarak gelişiminin sonucu olabilir. Hastalığın kronikliğini ve ciddiyetini anlama depresyon nedeni olabilir. Hastalık fiziksel sınırlama yapacak kadar ağır değilse inkar görülebilir.

Hemşirenin bu durumları anlaması ve bakıma dahil etmesi önemlidir. Solunum ve gevşeme tekniklerini kullanarak duyguları ifade etme, dinlenme periyotları, açık ve dürüst iletişim, önemli kişilerin desteği ve anksiyete oluşturan durumlardan sakınma yararlı olabilir. Gerekğinde hasta psikiyatrik konsültasyona yönlendirilebilir (126,161).

II.8.8. Solunum

Havayolu Açıklığını Sağlama ve Gaz Değişimini Arttırma: Balgamin vizkosite ve miktarını azaltma hava yollarını temizler, pulmoner ventilasyonu arttırır ve gaz değişimini düzeltir. Başta sigara olmak üzere bütün pulmoner iritanlar azaltılmalı veya kesilmelidir. Hemşire hastaya direkt ve kontrollü öksürmeyi öğretir. Yönlendirilmiş öksürük birkaç saniye kadar öksürüğün tutulması ile izlenen yavaş iki veya üç öksürükten oluşur. Özellikle "huff" öksürük hava yollarının kollapsını önler ve bronkokonstriksiyon oluşumunu azaltır. Ayrıca; sıvı alımını arttırma, postüral drenaj ve göğüs masajı gibi girişimler KOAH'lı hastalarda önemli yararlar sağlar. Bu girişimler hastanın yanıtına ve toleransına göre bireysel olarak planlanır ve gerçekleştirir (74,126,161,31,70,105).

Solunum Egzersizleri

KOAH hastalarının çoğunda solunum yüzeysel, hızlı ve yetersizdir. Üst göğüs solunumu diyaframatik solunuma değiştirilebilir. Diyaframatik solunum; solunumun hızını azaltır, alveolar ventilasyonu arttırır ve ekspirasyon esnasında mümkün olduğu

kadar çok havayı dışarı atmaya sağlar. Hasta diyafragmatik solunumu öğrendiğinde, inspiratuar kasların eğitimine geçilebilir. Solunum kaslarının kondüsyonu uzun zaman aldığı için, uygulamaya evde devam edilmesi çok önemlidir. Büzük dudak solunum ekspirasyonu yavaşlatmaya yardım eder, küçük hava yollarında kollapsı önler ve hastanın solunum hızını ve derinliğini kontrol etmesini sağlar. Aynı zamanda relaksasyon sağlar. Bu solunum yöntemi hastanın dispne ve panik duygularını kontrol etmesine yardım eder (126,161,143,87).

II.8.9. Yeme ve İçme

KOAH'lı hastalarda amfizeme bağlı olarak kilo kaybı ve malnütrisyon yaygın olarak görülür. Kilo kaybının sebebi bilinmemekle birlikte kilo kaybı nedeninin enerji harcaması olduğu hastaya açıklanmalı ve yeterli kalori alımının önemi öğretilmelidir. Özellikle KOAH'ın ileri dönemlerinde beslenme aktivitesi çaba gerektirir. Yetersiz beslenmenin diğer sebepleri tat ve koku duyusunun azalması ve gastrointesetinal bozukluklar olabilir. Dispneyi azaltmak ve enerji korumak için hastalar yemekten önce en az 30 dakika dinlenmeli ve kolay hazırlanan yiyecekler seçilmelidir. Yemekten 1 saat önce ve 1 saat sonra egzersiz ve tedavi aktivitelerinden sakınılmalıdır. Yemek hazırlama ve yemek yeme yorgunluğa sebep olur. KOAH'lı hastalarda şişkinlik ve erken tokluk hissi vardır. Bunun sebebi yemek yerken hava yutma, özellikle kortikosteroid ve teofilin gibi ilaçların yan etkileri ve hiperventilasyona bağlı olarak diyaframın anormal pozisyonu olabilir. Dolu mide diyaframa baskı yapar ve akciğer ekspansiyonunu azaltır. Sıvı ve iyice parçalanmış yiyeceklerden oluşan bir beslenme biçimi yararlı olabilir. Çiğneme gerektiren yiyeceklerden sakınılmalı ve bu tür yiyecekler püre halinde hazırlanmalıdır. Soğuk yiyecekler sıcak yiyeceklerden daha az tokluk hissi verir. KOAH'lı hastalar normalden daha çok protein ve kalori gereksindiği için yüksek kalorili ve yüksek proteinli bir diyet önerilmeli ve günde 5-6 küçük öğüne bölünmelidir. Karbonhidratlar karbondioksit birikimine neden olduğu için yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden sakınılması gerekir. Gaz oluşturan yiyeceklerden sakınılmalı ve gerekiyorsa yemek esnasında burun kanülü ile oksijen desteği yapılmalıdır. Kalp yetmezliği gibi bir nedenden dolayı sakıncalı değilse günde en az 3 litre sıvı alımı sağlanmalıdır. Sıvı yiyecekler mide distansiyonunu önlemek ve diyafram basıncını azaltmak için öğünler arasında alınmalıdır. Balgam ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak iştah kaybı ve bulantı görülebilir. Bu yüzden yemeklerden yaklaşık 1 saat önce bronşiyal drenaj yararlı olabilir. Özellikle kronik bronşitte görülen

vücut gereksinimlerinden daha fazla beslenme durumu düşük yağlı bir diyetle tedavi edilmelidir (74,126,143,31).

II.8.10. Boşaltım

KOAH hastaları aktivite sınırlamasına, kullanılan özellikle antikolinergikler olmak üzere ilaçların yan etkilerine ve yaşlanma sürecine bağlı olarak boşaltımda sorun yaşayabilirler. Her hastanın boşaltım aktivitesine özgü gereksinimleri değerlendirilerek uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması önemlidir (87).

II.8.11. Kişisel Temizlik ve Giyinme

Hastanın bireysel bakım aktivitelerini üstlenmesi; gaz değişimi, havayolu temizliği ve solunumu rahatlatmak için önemlidir. Özellikle banyo olmak üzere bir çok hijyenik gereksinimin ve giyinme aktivitesinin yerine getirilmesinde; yürüme, eğilme ve merdiven çıkma gibi aktivitelerin gerçekleştirilmesinde diyafram solunumunu koordine etme hastaya öğretilmelidir. Aşırı dispne ve yorgunluktan kaçınmak için hasta gerek duyduğunda dinlenmelidir. Sıvı yanında hazır olmalı ve hatırlatılmaksızın içmeye başlamalıdır. Evde postüral drenaj yapılacaksa, hemşire taburculuktan önce hastaya öğretmeli ve öğrenip öğrenmediğini kontrol etmelidir (87).

II.8.12. Vücut Isısını Sürdürme

Hemşire hastaya aşırı sıcak ve soğuktan kaçınmasının önemini anlatmalıdır. Çünkü ısı vücut ısısını/sıcaklığını artırır ve bunun sonucu olarak da oksijen gereksinimi artar. Soğuk ise bronkospazmı tetiklemektedir. Yüksek rakım hipoksemiye arttırabilir (87).

II.8.13. Hareket

Enerjiyi koruma KOAH hastalarının bakımında oldukça önemlidir. Bu hastalar tipik olarak üst göğüs solunumu yaparlar ve diyaframdan ziyade yardımcı solunum kaslarını kullanırlar. Bu yüzden KOAH hastaları genellikle kolun baş üzerine kaldırılmasını gerektiren üst ekstremitte aktivitelerinde zorlanırlar. Üst ekstremitte kaslarının egzersizi, fonksiyon kapasitesini arttırarak dispneyi azaltabilir (5,6,18). Genellikle hastalar GYA için alternatif enerji-koruma uygulamalarına adapte olmuşlardır. Saç bakımı, tıraş, duş ve ulaşım yöntemlerinin değerlendirilmesi gerekir. Hastalar günlük işleri yaparken bir plan yapma ve yeterli dinlenme periyodu için teşvik edilmelidir. Mümkün oldukça aktiviteleri yaparken oturarak yapmak yararlıdır. KOAH hastaları için en iyi egzersiz yürüyüştür. Yavaş ve büzük dudak solunumu koordine eden yürüyüş zordur ve bilinçli bir çaba ve teşvik gerektirir. Yürüme ve

solunumu koordine etme hastaya öğretilmelidir. Yürüyüş esnasında oksijen kullanmak gerekebilir. Hasta yürüme ve büzük dudak solunumu koordine ettiğinde diyafram solunumu öğretilir. KOAH hastaları günün belli saatlerinde egzersiz gücünde azalma yaşayabilirler. Bronşial sekresyonlar gece boyunca akciğerlerde toplandığı için, egzersiz gücünde azalma özellikle sabah saatlerinde daha belirgindir. Hasta banyo ve giyinme aktivitelerinde zorlanabilir. Omuzların desteklenmesini gerektiren aktiviteler yorgunluk ve dispne oluşturur. Bu sınırlamalardan dolayı, hastaya bireysel bakım aktivitelerini planlamada ve banyo ve giyinme aktiviteleri için en uygun zamanı belirlemede yardımcı olunmalıdır (126,161).

II.8.14. Çalışma ve Eğlence

KOAH'lı hastalarda aktivite sınırlamasına bağlı olarak iş kaybı ve aile içi süreçlerde değişim sıklıkla görülür. Hastaların çoğu erken yaşta sosyoekonomik olarak başkalarına bağımlı olurlar. Yaşlı ve emekli insanlar anlamlı, ilginç bir işe gerek duyduklarından hastanın imkanları ölçüsünde dikiş, boyama gibi çeşitli işler yapması ve arkadaş gruplarına katılması teşvik edilir (161).

II.8.15. Cinselliği İfade Etme

Seksüel aktiviteyi tamamen ertelemek yerine bazı değişiklikler yapmak yararlı olabilir. Seksüel aktiviteden önce bronkodilatör kullanmak ventilasyonu artırabilir. Solunumun en iyi olduğu zamanda seksüel aktiviteyi planlama, aktivite esnasında büzük dudak solunum yapma, yemek ve yorucu bir işten sonra seksüel aktiviteden kaçınma, alışılmış pozisyonun yerine yan yana yatma gibi daha az enerji gerektiren pozisyonu deneme KOAH'lı hastalarda yararlı olabilir. Gerektiğinde hasta üroloji konsültasyonuna yönlendirilebilir (87).

II.8.16. Uyku

KOAH'lı hastaların yeterli süre ve kalitede uyku uyuması oldukça güçtür. İlaçlar huzursuzluk ve uykusuzluğa yol açabilir. Ayrıca KOAH'lı hastalarda gece öksürük ve hışıltıya sebep olan postnazal akıntı ve burun tıkanması vardır. Bu yüzden uykudan önce ve sabahları serum fizyolojik kullanımı yarar sağlayabilir. Bununla birlikte uzun etkili teofilin preparatları bronkospazm ve hava yolu obstrüksiyonunu azaltarak uykuya yardımcı olabilir (161,87).

III. YÖNTEM

III.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yapılmıştır. Üniversite hastanesi şehir merkezinden yedi km uzaklıkta, 1054 yatak kapasiteli olup, klinik ve poliklinik hizmetleri veren bir sağlık kurumudur. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 39 yatak bulunmakta olup, klinikte KOAH, solunum sistemi kanserleri, tüberküloz ve diğer solunum sistemi enfeksiyöz hastalıkları tanısı olan bireylere bakım ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Klinikte bir profesör, bir doçent, dört yardımcı doçent, yedi asistan doktor ve sekiz hemşire çalışmaktadır.

Sivas Numune Hastanesi şehir merkezinde, 900 yatak kapasiteli olup, klinik ve poliklinik hizmetleri veren bir sağlık kurumudur. Bu hastanede 10 yatak tüberküloz servisinde olmak üzere, toplamda 70 yatak bulunmaktadır. Klinikte altı doktor ve on dört hemşire çalışmaktadır. Bu hastanelerde hemşirelik hizmetleri sekizer saatlik vardiya sistemiyle, genellikle hastalara verilen tedavi protokollerinin ve izlemlerinin yerine getirilmesi şeklinde sunulmaktadır. Klinikte yatan, kronik hastalığı olan bireylere yönelik, planlı hasta eğitimi ve öğretimi yapılmamaktadır.

III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmaya 30 Mart-30 Haziran 2010 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde KOAH tanısı ile yatan,

- Bilinci açık,
- İşitme güçlüğü ve görme kaybı olmayan,
- Zihinsel engeli bulunmayan,
- Sivas ili belediyesi sınırları içinde yaşayan,
- Evde görüşmeyi kabul eden hastaların tamamı olan 200 KOAH'lı birey

alınmıştır.

Bir yıllık süre içerisinde (2009-2010) Sivas merkezde oturup, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatan 187 ve Sivas Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde 812 olmak üzere toplamda 999 KOAH'lı birey yatmıştır.

III.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya yalnızca Sivas ili belediyesi sınırlarında yaşayan KOAH tanısı ile yatıp taburcu olan hastalardan yukarıda belirtilen özellikleri taşıyanlar alınmıştır.

III.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, Kişisel Bilgi Formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılmıştır.

III.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Bu form araştırmaya alınan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb. gibi sosyodemografik özelliklerini belirten 9, KOAH tanısına sahip olduğu süre, hastanede yatış sıklığı, acile başvuru vb gibi hastalık süreciyle ilgili 11, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı ile ilgili 7, ilaç ve evde cihaz kullanımına yönelik 13 soru ve tedavi hakkındaki düşüncelerini belirten 6 soruda bulunmaktadır. Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bu form, 46 sorudan oluşmaktadır (3,4,11,27,36,82,89,123).

III.5.2. Katz Activities Of Daily Living (ADL) Scale (Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği) (EK-2)

Katz tarafından 1979 yılında geliştirilen bu ölçek, hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olup, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir ölçektir. Hamrin ve Lindmark'ın (1998) stroklu hastalara yönelik çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0.87, Ciesla ve ark.'nın (1993) 55 yaş ve üzeri popülasyonda yaptıkları çalışmada ise 0.87 olarak bulunmuştur. Altın'nın (2006) alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmasında ise ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.84 olarak saptamıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0.77 bulunmuştur.

GYA indeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Buna göre KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır.

GYA indeksinde;

- 0-6 puan “bağımlı”,
- 7-12 puan “yarı bağımlı”,
- 13-18 puan “bağımsız” olarak değerlendirilmiştir. (17,139,132).

Bu ölçek çalışma kapsamındaki hastalara, hastaneden taburcu olduktan bir ay sonra, hastaların evlerinde araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

III.5.3 Lawton and Brody Instrumental Activities Of Daily Living(IADL) Scale (Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği) (EK-3)

Bu ölçek hem yurt dışında hem de ölkemizde yaygın olarak kullanılmakta olup, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir ölçektir. Angela ve ark.'nın (2002) toplumda ve bakım evlerinde bulunan yaşlı bireylerde yaptıkları geçerlilik güvenilirlik çalışmasında cronbach alpha 0.88, ölçümler arası geçerlilik 0.98, test-retest geçerliliği 0.96 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin cronbach alpha değeri 0.77 bulunmuştur. EGYA indeksi telefon kullanma, yemek hazırlama, alış veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşırları yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA de;

- 0-8 puan “bağımlı”,
- 9-16 puan “yarı bağımlı”,
- 17-24 puan “bağımsız”, olarak değerlendirilmektedir (17,139,132).

Bu ölçek çalışma kapsamındaki hastalara, hastaneden taburcu olduktan bir ay sonra hastaların evlerinde araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

III. 6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın yapılması için gerekli olan izinler Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünden ve Numune hastanesinin başhekimliğinden yazılı hastalardan ise sözel olarak izin alınmıştır.

Araştırmacı tarafından göğüs hastalıkları kliniğinde yatmakta olan hastaların dosyaları incelenerek araştırmaya alınma kriterlerine sahip olan bireyler belirlenmiştir. Örnekleme alınan her bireye araştırmanın amacı ve ev görüşmesi hakkında bilgi verilmiştir. Evde görüşmeyi kabul eden KOAH'lı bireylere hastanede kişisel bilgi formu doldurulmuş, bir ay sonrasında ise evlerinde GYA ve EGYA ölçeği uygulanmıştır. Formlar KOAH'lı bireylerin temel tedavi ve bakım gereksinimleri karşılandıktan sonraki saatlerde boş bir odada yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Görüşme ortalama 20-25 dk sürmüştür. Hastanede kişisel bilgi formu doldurulan her hastanın telefon numaraları ve ev adresleri alınıp, bir ay sonra telefonla randevu

alınarak evde görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Evde KOAH'lı bireylerle yalnız görüşülerek yaşadıkları sorunları rahat ifade etmeleri sağlanmıştır.

III.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS (15.0) programında veri tabanı oluşturularak, yüzdeler ve t testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

Bu bölümde Sivas il merkezinde bulunan 200 KOAH'lı bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden elde edilen bulguları yer almaktadır.

Tablo 1 KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n:200)

Yaş	Sayı	%
49 yaş ve altı	8	4.0
50-59 yaş	27	13.5
60-69 yaş	77	38.5
70-79 yaş	63	31.5
80 yaş ve üzeri	25	12.5
Cinsiyet		
Kadın	83	41.5
Erkek	117	58.5
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	97	48.5
Okur yazar	30	15.0
İlkokul	51	25.5
Ortaokul	10	5.0
Lise	9	4.5
Üniversite	3	1.5
Medeni durumu		
Evli	131	65.5
Bekar	1	0.5
Dul	64	32.0
Boşanmış	4	2.0
Mesleği		
İşçi	1	0.5
Serbest meslek	1	0.5
Emekli	100	50.0
Ev hanımı	83	41.5
İşsiz	15	7.5
Sosyal güvence		
Var	200	100
Yok	0	0.0
Ekonomik geliri		
Var	198	99.0
Yok	2	1.0
Birlikte yaşadığı kişiler		
Aile bireyleri	189	94.5
Yalnız	11	5.5

Tablo 1’de KOAH’lı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan KOAH’lı bireylerin %38,5’inin 60-69 yaş grubunda, %58,5’nin erkek, %65,5’nin evli olduğu, %48,5’nin okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin mesleğine göre dağılımlarına bakıldığında, %50’sinin emekli, %41,5’nin ise ev hanımı ve tamamının bir sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir. Bireylerin gelir durumuna bakıldığında %99.0’unun bir ekonomik gelir kaynağına sahip olduğu, %94,5’nin ise aile bireyleriyle birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2 KOAH'lı Bireylerin Hastalık Özellikleri İle İlgili Tanıtıcı Bilgileri (n:200)

Hastalık süresi	Sayı	%
1-5 yıl	69	34.5
6-10 yıl	55	27.5
11-15 yıl	33	16.5
16-20 yıl	32	16.0
21 yıl ve üzeri	11	5.5
KOAH nedeniyle daha önceden hastanede yatma		
Evet	186	93.0
Hayır	14	7.0
Son bir yılda hastanede yatma		
1 kez	70	35.0
2-5 kez	89	44.5
6-9 kez	23	11.5
10 kez ve üzeri	18	9.0
Son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle acile başvurma		
Evet	187	93.5
Hayır	13	6.5
Kontrollere gitme		
Evet	80	40.0
Hayır	120	60.0
KOAH dışı sağlık problemi		
Var	151	75.5
Yok	49	24.5
KOAH dışı sağlık problemleri (n:151)*		
Osteoporoz	136	90.1
Hipertansiyon	72	47.7
Kroner arter hastalığı	63	41.7
Diabetes mellitus	41	27.2
Corpulmonale	29	19.2
Solunum yetmezliği	17	11.3
Osteoartrit	10	6.6
Prostat	10	6.6
Diğer	7	4.7

*İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2'de KOAH'lı bireylerin hastalık özellikleri ile ilgili tanıtıcı bilgileri gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %34.5'i 1 ile 5 yıl arasında KOAH tanısına sahip olup, %93 'ünün KOAH nedeniyle hastanede yattığı, %44.5'inin ise son bir yılda 2-5 kez hastanede yattığı belirlenmiştir. Bireylerin %93.5'nin bu hastalık nedeniyle acile başvurmuş olduğu, %60'nın ise kontrollere gitmediği bulunmuştur. Tabloya göre bireylerin %75.5'inde KOAH dışı sağlık problemi olduğu belirlenmiştir. KOAH dışı sağlık problemi olanların %90.1'nin osteoporozu olduğu, %4.7'iyi oluşturan 7 bireyden 3'ünde pnömoni, 3'ünde guatr ile romatizma ve 1'inde ise uyku apne sendromu olduğu bulunmuştur.

Tablo 3 KOAH'lı Bireylerin Hastalık Hakkında Sağlık Personelinden Eğitim Alma Durumları, Eğitimin Konusu ve Eğitimin Etkinliğine İlişkin Özellikleri

Eğitim alma (n:200)*	Sayı	%
Evet	14	7.0
Hayır	186	93.0
Eğitimi aldığı sağlık personeli (n:14)*		
Doktor	9	64.3
Hemşire	2	14.3
Öğrenci hemşire	3	21.4
Eğitimin konusu (n:14)*		
KOAH'ın özellikleri	8	57.2
KOAH nedenleri	3	21.4
KOAH tedavisi	3	21.4
Eğitimin etkinliği (n:14)*		
Etkili	9	64.3
Kısmen etkili	4	28.6
Etkisiz	1	7.1

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 3'de KOAH'lı bireylerin hastalık hakkında sağlık personelinden eğitim alma durumları, eğitimin konusu ve eğitimin etkinliğine ilişkin özellikleri gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %7'sinin eğitim aldıkları ve eğitim alan bireylerin ise %64.3'ü doktordan, %21.4'nün öğrenci hemşireden, %14.3'nün ise hemşireden eğitim aldıkları belirlenmiştir. Eğitim alan KOAH'lı bireylerin hangi konularda eğitim aldığı incelendiğinde %57.2'sinin KOAH'ın özellikleri, %21.4'ünün KOAH nedenleri, %21.4'ünün ise KOAH'ın tedavisi hakkında eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu eğitimleri alan hastalardan %64.3'ünün yaşantısında eğitimin etkili olduğunu, %28.6'sı ise kısmen etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4 KOAH'lı Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Özellikleri

Sigara kullanma alışkanlığı (n:200)*	Sayı	%
Var	22	11.0
Yok	103	51.5
Hastalık nedeniyle bırakan	75	37.5
Sigara kullanma süresi (n:22)*		
1-9 yıl	2	9.1
10-19 yıl	1	4.5
20-29 yıl	3	13.6
30 yıl ve üzeri	16	72.7
Sigara adeti (n:22)*		
1 paketten az/gün	7	31.8
1 paket/gün	9	40.9
1 paketten fazla /gün	6	27.3
Sigarayı bırakmayı isteme (n:22)*		
Evet	20	90.9
Hayır	2	9.1
Sigarayı bırakmak için sağlık personeline başvuru (n:22)*		
Evet	3	13.6
Hayır	19	86.4
Alkol kullanma alışkanlığı (n:200)*		
Var	35	17.5
Yok	165	82.5
Alkol kullanım süresi (n:35)*		
1-9 yıl	10	28.6
10-19 yıl	9	25.7
20-29 yıl	6	17.1
30 yıl ve üzeri	10	28.6

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4'de KOAH'lı bireylerin sigara ve alkol kullanma özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %48.5'inin sigara kullandığı, %37.5'nin hastalık sonrası sigarayı bırakmış olduğu tespit edilmiştir. Aktif olarak sigara kullanan KOAH'lı bireylerden %72.7'sinin 30 yıl ve daha fazla süredir sigara kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Sigara içmeye devam eden bireylerin %40.9'unun günde 1 paket sigara tükettiği, %90.9'nun sigarayı bırakmak istediği ve yalnız %13.6'sının sağlık personeline başvurduğu bulunmuştur. Tabloya göre bireylerden %17.5'inin alkol kullanmakta olduğu, %28.6'sının 30 yıl ve üzeri süredir alkol kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 5 KOAH'lı Bireylerin İlaç Kullanma Özellikleri (n:200)

İlaç kullanma süresi	Sayı	%
1-5 yıl	76	38.0
6-10 yıl	62	31.0
11-15 yıl	33	16.5
16 ve üzeri yıl	29	14.5
İlaçların isimlerini bilme durumu		
Tamamını	3	1.5
Bir kısmını	13	6.5
Hiç birini	184	92.0
İlaçların etkisini bilme durumu		
Tamamını	2	1.0
Bir kısmını	23	11.5
Hiç birini	175	87.5
İlaçların yan etkisini bilme durumu		
Bir kısmını	4	2.0
Hiç birini	196	98.0
İlaçları önerilen şekilde kullanma		
Evet	106	53.0
Hayır	94	47.0
İlaçları düzenli olarak kullanmama nedeni (n:94)*		
Unutma	59	62.8
İyi hissettiğinde kullanmama	21	22.3
Hastalığın ciddiyetinin farkında olmama	4	4.3
İhmalkarlık	4	4.3
İlaçların faydasını görmeme	3	3.2
Diğer	3	3.2

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 5'de KOAH'lı bireylerin ilaç kullanma özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %35'inin 1 ile 5 yıl arasında, %31'inin de 6 ile 10 yıl arasında KOAH tedavisi için ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır. Hastaların %92'sinin kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği, %87.5'inin kullandığı ilaçların etkisini bilmediği, %98'inin ise kullandığı ilaçların yan etkisini bilmediği belirlenmiştir. Hastaların %47'sinin ilaçları önerilen şekilde kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların ilaçları düzenli kullanmama nedeni irdelendiğinde %62.8'inin ilaçları içmeyi unuttuğu, %22.3'ünün de iyileşme dönemlerinde ilaçları kullanmadığı belirlenmiştir. %3.2'yi oluşturan 3 kişiden 1'i ilaçlarının ağzında yara yapacağı, 1'i ilaçlarının bağımlılık yapacağı, 1'i ilaç dozlarını ayarlayamadığı için düzenli kullanamadığı belirlenmiştir.

Tablo 6 KOAH'lı Bireylerin Evde Cihaz Kullanımı, Kullandıkları Cihazın Türü ve Cihaz Kullanımında Yaşadığı Sorunlar

Evde cihaz kullanma (n:200)*	Sayı	%
Kullanıyor	146	73.0
Kullanmıyor	54	27.0
Cihaz türü (n:146)**		
Oksijen konsantratörü	98	67.1
Nebülizatör	124	84.9
Bpap	13	8.9
Cihazı kullanmada sorun yaşama durumu(n:146)*		
Evet	18	12.3
Hayır	128	87.7
Cihazı kullanmada yaşadıkları sorunlar (n:18)*		
Ekonomik nedenler	6	33.3
Maskenin daraltması	4	22.2
Oksijen konsantratörünün sesinden rahatsız olma	3	16.7
Baş ağrısı	2	11.1
Kullanmayı bilmeme	1	5.6
Elektrikler kesilince konsantratörün çalışmaması	1	5.6
Yanlış bilgi	1	5.6

**Birden fazla seçenek olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 6'da KOAH'lı bireylerin evde cihaz kullanımına ilişkin bilgileri gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %73'ünün evde bir cihaz kullanmakta olduğu bulunmuştur. Bu bireylerden %84.9'unun nebülizatör, %67.1'inin oksijen konsantratörü, %8.9'ununda bipap kullandığı belirlenmiştir. Evde cihaz kullanmak zorunda olan bireylerden %87.7'si cihaz kullanımında bir sorun yaşamaz iken, %12.3'ü cihaz kullanmada sorun yaşadığını ifade etmiştir. Cihazı kullanmada sorun yaşayan bireylerden %33.3'ü ekonomik nedenlerden dolayı, %22.2'si ise maskenin kendilerini daraltmasından dolayı düzenli kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7 KOAH'lı Bireylerin Uzun Süreli Oksijen Tedavisini Sürdürme Durumları ve Sürdürmeme Nedenleri

Uzun Süreli Oksijen Tedavisini Sürdürme (n:98)*	Sayı	%
Evet	34	34.7
Hayır	64	65.3
Uzun Süreli Oksijen Tedavisini Sürdürememe Nedeni (n:64)*		
Hareketleri kısıtlaması	14	21.9
Gerekli olduğuna inanmama	7	10.9
Hastalığın ciddiyetinin farkında olmama	6	9.4
Yanlış bilgi	6	9.4
Sesinden rahatsız olma	6	9.4
İhmal	5	7.8
Konsantratörü alamama	5	7.8
Bağımlılık yapar korkusu	4	6.3
Baş ağrısı	4	6.3
Bilgi eksikliği	3	4.7
Ekonomik nedenler	2	3.1
Taşıyamama	1	1.6
Makine bozulur korkusu	1	1.6

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 7'de KOAH'lı bireylerin oksijen konsantratörü kullanımına ilişkin bilgileri gösterilmektedir. Tabloya göre evde oksijen konsantratörü kullanan 98 hastadan %65.3'ünün oksijeni düzenli kullanmadığı bulunmuştur. Oksijeni düzenli olarak kullanmama nedenleri incelendiğinde, %21.9'u oksijen kullanmanın hareketlerini kısıtladığını, %10.9'u ise günde 16 saat kullanmasının gerekli olduğuna inanmadığı için kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 8 KOAH'lı Bireylerin Tedavinin Yeterliliği, Hastalığın Evde Bakım Gerektirmesi Hakkındaki Düşünceleri ve Halk Sağlığı Hemşiresinden Danışmanlık Alma Durumları (n:200)

Tedavinin yeterliliği hakkındaki düşünceleri	Sayı	%
Yeterli	72	36.0
Yetersiz	61	30.5
Bilmiyor	67	33.5
Hastalığın evde bakım gerektirmesi ile ilgili düşünceleri		
Evet	165	82.5
Hayır	24	12.0
Bilmiyor	11	5.5
Hastalığınız ile ilgili halk sağlığı hemşiresinden danışmanlık alma durumu		
Evet	9	4.5
Hayır	191	95.5

Tablo 8'de KOAH'lı bireylerin tedavisinin yeterliliği, hastalığın evde bakım gerektirmesi hakkındaki düşünceleri ve halk sağlığı hemşiresinden danışmanlık alma durumlarına ilişkin bilgileri gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin %36'sı kendilerine uygulanan tedavinin yeterli olduğunu, %82.5'i ise hastalıklarının evde bakım gerektirdiğini ifade etmiştir. Hastalıkları hakkında halk sağlığı hemşiresinden danışmanlık alma durumları incelendiğinde %95.5'nin danışmanlık almadığı bulunmuştur.

Tablo 9 KOAH'lı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Değişim Yaşama Durumları (n:198)*

Özellikler	Bağımlı		Yarı bağımlı		Bağımsız	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
GYA						
Banyo	7	3.5	120	60.6	71	35.9
Giyinme	7	3.5	58	29.3	133	67.2
Tuvalet	2	1.0	35	17.7	161	81.3
Hareket	3	1.5	22	11.1	173	87.4
Boşaltım	5	2.5	117	59.1	76	38.4
Beslenme	2	1.0	25	12.6	171	86.4

*Araştırmaya katılan bireylerden iki kişi öldüğü için bir ay sonra evdeki görüşme yapılamamıştır (n:198).

Tablo 9'da KOAH'lı bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerinde değişim yaşama durumu gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin günlük yaşam aktivitelerinden, banyo (%60.6) ve boşaltım (%59.1) aktivitesinde yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. Giyinme (%67.2), tuvalet (% 81.3), hareket (% 87.4), beslenme (%86.4) aktivitelerinde ise bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10 KOAH'lı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerinde Değişim Yaşama Durumu (n:198)*

Özellikler	Bağımlı		Yarı bağımlı		Bağımsız	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
EGYA						
Telefon kullanma	35	17.7	62	31.3	101	51.0
Alışveriş yapma	92	46.5	41	20.7	65	32.8
Yemek hazırlama	81	40.9	44	22.2	73	36.9
Ev işlerini yapma	113	57.1	76	38.4	9	4.5
Çamaşır yıkama	146	73.7	16	8.1	36	18.2
Ulaşım araçlarını kullanma	14	7.1	119	60.1	65	32.8
İlacını kullanma	10	5.1	55	27.8	133	67.2
Parayı idare edebilme	80	40.4	96	48.5	22	11.1

*Araştırmaya katılan bireylerden iki kişi ex olduğundan bir ay sonra evdeki görüşme yapılamamıştır (n:198).

Tablo 10'da KOAH'lı bireylerin evde, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde değişim yaşama durumuna ilişkin bilgileri gösterilmektedir. Tabloya göre bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden alışveriş yapma (%46.5), yemek hazırlama (%40.9), ev işlerini yapma (%57.1), çamaşır yıkama (%73.7) aktivitelerinde bağımlı olduğu bulunmuştur. Bireylerin ulaşım araçlarını kullanma (%60.1) ve para idaresinde (%48.5) yarı bağımlı, telefon kullanma (%51.0) ve ilaç kullanmada (%67.2) ise bağımsız oldukları belirlenmiştir.

Tablo 11 KOAH'lı Bireylerin Cinsiyete Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Cinsiyet				
Banyo	Kadın	Erkek	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	4 (4.9)	3 (2.6)	7 (3.5)	p = 0.128
Yarı Bağımlı	55 (67.1)	65 (56.0)	120 (60.6)	
Bağımsız	23 (28.0)	48 (41.4)	71 (35.9)	
Giyinme				
Bağımlı	4 (4.9)	3 (2.6)	7 (3.5)	p = 0.709
Yarı Bağımlı	24 (29.3)	34 (29.3)	58 (29.3)	
Bağımsız	54 (65.9)	79 (68.1)	133 (67.2)	
Tuvalet				
Bağımlı	2 (2.4)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.271
Yarı Bağımlı	13 (15.9)	22 (19.0)	35 (17.7)	
Bağımsız	67 (81.7)	94 (81.0)	161 (81.3)	
Hareket				
Bağımlı	3 (3.7)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.115
Yarı Bağımlı	10 (12.2)	12 (10.3)	22 (11.1)	
Bağımsız	69 (84.1)	104 (89.7)	173 (87.4)	
Boşaltım				
Bağımlı	4 (4.9)	1 (0.9)	5 (2.5)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	60 (73.2)	57 (49.1)	117 (59.1)	
Bağımsız	18 (22.0)	58 (50.0)	76 (38.4)	
Beslenme				
Bağımlı	2 (2.4)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.300
Yarı Bağımlı	10 (12.2)	15 (12.9)	25 (12.6)	
Bağımsız	70 (85.4)	101 (87.1)	171 (86.4)	
Toplam	82 (100.0)	116 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 11'de KOAH'lı bireylerin cinsiyete göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan bireylerden kadınların banyo ve boşaltım aktivitesinde, erkeklerin ise yalnızca banyo aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir. Her iki cinsiyetinde beslenme, giyinme, tuvalet, hareket aktivitelerinde bağımsız oldukları tespit edilmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinden banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumlarının da cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p>0.05$), boşaltım aktivitesinde erkeklerin kadınlardan daha bağımsız olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 12 KOAH'lı Bireylerin Cinsiyete Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Cinsiyet				
Telefon Kullanma	Kadın	Erkek	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	24 (29.3)	11 (9.5)	35 (17.7)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	39 (47.6)	23 (19.8)	62 (31.3)	
Bağımsız	19 (23.2)	82 (70.7)	101 (51.0)	
Alışveriş Yapma				
Bağımlı	57 (69.5)	35 (30.2)	92 (46.5)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	12 (14.6)	29 (25.0)	41 (20.7)	
Bağımsız	13 (15.9)	52 (44.8)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama				
Bağımlı	33 (40.2)	48 (41.4)	81 (40.9)	p = 0.851
Yarı Bağımlı	17 (20.7)	27 (23.3)	44 (22.2)	
Bağımsız	32 (39.0)	41 (35.3)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma				
Bağımlı	45 (54.9)	68 (58.6)	113 (57.1)	p = 0.851
Yarı Bağımlı	33 (40.2)	43 (37.1)	76 (38.4)	
Bağımsız	4 (4.9)	5 (4.3)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama				
Bağımlı	52 (63.4)	94 (81.0)	146 (73.7)	p = 0.015
Yarı Bağımlı	8 (9.8)	8 (6.9)	16 (8.1)	
Bağımsız	22 (26.8)	14 (12.1)	36 (18.2)	
Ulaşım				
Bağımlı	8 (9.8)	6 (5.2)	14 (7.1)	p = 0.035
Yarı Bağımlı	55 (67.1)	64 (55.2)	119 (60.1)	
Bağımsız	19 (23.2)	46 (39.7)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma				
Bağımlı	4 (4.9)	6 (5.2)	10 (5.1)	p = 0.394
Yarı Bağımlı	27 (32.9)	28 (24.1)	55 (27.8)	
Bağımsız	51 (62.2)	82 (70.7)	133 (67.2)	
Para İdaresi				
Bağımlı	48 (58.5)	32 (27.6)	80 (40.4)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	30 (36.6)	66 (56.9)	96 (48.5)	
Bağımsız	4 (4.9)	18 (15.5)	22 (11.1)	
Toplam	82 (100.0)	116 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 12’de KOAH’lı bireylerin cinsiyete göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden, ev işi yapma ve çamaşır yıkama aktivitelerinde her iki cinsiyetin de bağımlı olduğu, kadınların ise alışveriş yapma ve para idaresi, erkeklerinde yemek hazırlama aktivitesinde bağımlı olduğu belirlenmiştir. Her iki cinsiyetinde ulaşım araçlarını kullanmakta yarı bağımlı olduğu belirlenirken, kadınların telefon kullanmada, erkeklerinde para idaresinde yarı bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız oldukları aktiviteler incelendiğinde her iki cinsiyetinde ilaç kullanmada bağımsız olduğu, kadınların yemek hazırlamada, erkeklerinde telefon kullanma ve alışveriş yapmada bağımsız oldukları belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde bireyler arasında yemek hazırlama, ev işi yapma ve ilaç kullanma aktiviteleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). EGYA’ den telefon kullanma, alışveriş yapma, para idaresi ve ulaşım araçlarını kullanma gibi aktiviteler istatistiksel olarak incelendiğinde erkeklerin bu aktivitelerde kadınlardan daha bağımsız olduğu belirlenirken, çamaşır yıkama aktivitesinde ise kadınların erkeklerden daha bağımsız olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 13 Evdeki KOAH'lı Bireylerin Yaşa Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Yaş							
Banyo	49 ve altı	50-59	60-69	70-79	80 ve üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	3 (3.9)	0 (0)	4 (16)	7 (3.5)	p=0.005
Yarı Bağımlı	4 (50)	14 (51.9)	40 (52.6)	45 (72.6)	17 (68)	120 (60.6)	
Bağımsız	4 (50)	13 (48.1)	33 (43.4)	17 (27.4)	4 (16)	71 (35.9)	
Giyinme							
Bağımlı	0 (0)	1 (3.7)	1 (1.3)	1 (1.6)	4 (16)	7 (3.5)	P=0.011
Yarı Bağımlı	1 (12.5)	5 (18.5)	18 (23.7)	24 (38.7)	10 (40)	58 (29.3)	
Bağımsız	7 (87.5)	21 (77.8)	57 (75.0)	37 (59.7)	11 (44)	133 (67.2)	
Tuvalet							
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	2 (1)	p=0.137
Yarı Bağımlı	1 (12.5)	2 (7.4)	15 (19.7)	11 (17.7)	6 (24)	35 (17.7)	
Bağımsız	7 (87.5)	25 (92.6)	6 (80.3)	51 (82.3)	17 (68)	161 (81.3)	
Hareket							
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	2 (8)	3 (1.5)	p=0.024
Yarı Bağımlı	1 (12.5)	1 (3.7)	4 (5.3)	12 (19.4)	4 (16)	22 (11.1)	
Bağımsız	7 (87.5)	26 (96.3)	71 (93.4)	50 (80.6)	19 (76)	173 (87.4)	
Boşaltım							
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	1 (1.3)	2 (3.2)	2 (8)	5 (2.5)	p=0.246
Yarı Bağımlı	3 (37.5)	13 (48.1)	45 (59.2)	39 (62.9)	17 (68)	117 (59.1)	
Bağımsız	5 (62.5)	14 (51.9)	30 (39.5)	21 (33.9)	6 (24)	76 (38.4)	
Beslenme							
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	2 (1)	p=0.004
Yarı Bağımlı	0 (0)	1 (3.7)	7 (9.2)	9 (14.5)	8 (32)	25 (12.6)	
Bağımsız	8 (100)	26 (96.3)	69 (90.8)	53 (85.5)	15 (60)	171 (86.4)	
Toplam	8 (100)	27 (100)	76 (100)	62 (100)	25 (100)	198 (100)	

Tablo 13’de KOAH’lı bireylerin yaşıa göre günlük yaşıam aktivitesini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araşırmaya katılan her yaşı grubundaki bireylerin banyo aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenirken, beslenme, giyinme, tuvalet, hareket aktivitesinde bağımsız oldukları tespit edilmiştir. Boşıaltım aktivitesinde ise 60 yaşı altı grubun bağımsız,60 ve üzeri yaşı gruplarının ise yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşıam aktivitesinden tuvalet ve boşaltım aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da yaşıa göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Banyo, giyinme, hareket ve beslenme aktivitesinde ise yaşıla bağımlılık-bağımsızlık oranlarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuş olup ($p<0.05$), yaşı artıkça bağımlılık oranlarında da artış olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14 KOAH'lı Bireylerin Yaşa Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Yaş							
Telefon Kullanma	49 ve altı	50-59	60-69	70-79	80 ve üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	1 (12.5)	2 (7.4)	8 (10.5)	12 (19.4)	12 (48)	35 (17.7)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	0 (0)	10 (37)	22 (28.9)	27 (43.5)	3 (12)	62 (31.3)	
Bağımsız	7 (87.5)	15 (55.6)	46 (60.5)	23 (37.1)	10 (40)	101 (51)	
Alışveriş Yapma							
Bağımlı	1 (12.5)	9 (33.3)	31 (40.8)	33 (53.2)	18 (72)	92 (46.5)	p = 0.037
Yarı Bağımlı	2 (25)	8 (29.6)	15 (19.7)	13 (21)	3 (12)	41 (20.7)	
Bağımsız	5 (62.5)	10 (37)	30 (39.5)	16 (25.8)	4 (16)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama							
Bağımlı	1 (12.5)	7 (25.9)	29 (38.2)	28 (45.2)	16 (64)	81 (40.9)	p = 0.024
Yarı Bağımlı	1 (12.5)	7 (25.9)	15 (19.7)	15 (24.2)	6 (24)	44 (22.2)	
Bağımsız	6 (75)	13 (48.1)	32 (42.1)	19 (30.6)	3 (12)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma							
Bağımlı	2 (25)	10 (37)	41 (53.9)	40 (64.5)	20 (80)	113(57.1)	p = 0.003
Yarı Bağımlı	4 (50)	15 (55.6)	30 (39.5)	22 (35.5)	5 (20)	76 (38.4)	
Bağımsız	2 (25)	2 (7.4)	5 (6.6)	0 (0)	0 (0)	9 (4.59)	
Çamaşır Yıkama							
Bağımlı	2 (25)	19 (70.4)	54 (71.1)	48 (77.4)	23 (92)	146(73.7)	p = 0.005
Yarı Bağımlı	1 (12.5)	1 (3.7)	6 (7.9)	8 (12.9)	0 (0)	16 (8.1)	
Bağımsız	5 (62.5)	7 (25.9)	16 (21.1)	6 (9.7)	2 (8)	36 (18.2)	
Ulaşım							
Bağımlı	0 (0)	0 (0)	4 (5.3)	5 (8.1)	5 (20)	14 (7.1)	p = 0.035
Yarı Bağımlı	4 (50)	15 (55.6)	42 (55.3)	41 (66.1)	17 (68)	119(60.1)	
Bağımsız	4 (50)	12 (44.4)	30 (39.5)	16 (25.8)	3 (12)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma							
Bağımlı	0 (0)	1 (3.7)	1 (1.3)	3 (4.8)	5 (20)	10 (5.1)	p = 0.003
Yarı Bağımlı	0 (0)	5 (18.5)	18 (23.7)	22 (35.5)	10 (40)	55 (27.8)	
Bağımsız	8 (100)	21 (77.8)	57 (75)	37 (59.7)	10 (40)	133(67.2)	
Para İdaresi							
Bağımlı	1 (12.5)	11 (40.7)	25 (32.9)	28 (45.2)	15 (60)	80 (40.4)	p = 0.076
Yarı Bağımlı	7 (87.5)	11 (40.7)	39 (51.3)	30 (48.4)	9 (36)	96 (48.5)	
Bağımsız	0 (0)	5 (18.5)	12 (15.8)	4 (6.5)	1 (4)	22 (11.1)	
Toplam	8 (100)	27 (100)	76 (100)	62 (100)	25 (100)	198 (100)	

Tablo 14’de KOAH’lı bireylerin yaşa göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan her yaş grubundaki bireylerin, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden, ulaşım araçlarını kullanma aktivitesinde yarı bağımlı olduğu, ilaç kullanma aktivitesinde ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Telefon kullanma aktivitesinde 70 yaş altı grubun bağımsız, 70 ve 79 yaş grubunun yarı bağımlı olduğu, 80 ve üzeri yaş grubunun ise bağımlı olduğu bulunmuştur. Alışveriş yapma, çamaşır yıkama aktivitesinde ise 40-49 yaş grubunun bağımsız, diğer yaş gruplarının ise bağımlı olduğu belirlenmiştir. Yemek hazırlamada 70 yaş altı grubun bağımsız, 70 ve üzeri yaş grubunun ise bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Ev işi yapma aktivitesinde 60 yaş altı grubun yarı bağımlı, 60 ve üzeri yaş grubunun ise bağımlı olduğu bulunmuştur. Para idaresinde ise 80 yaş altı grubun yarı bağımlı olduğu, 80 ve üzeri yaş grubunun ise bağımlı olduğu belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde para idaresi ile yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). EGYA’dan telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarını kullanma ve ilaç kullanma gibi aktiviteler istatistiksel olarak incelendiğinde yaş ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup ($p<0.05$), yaş ilerledikçe bireylerin bağımlılık oranlarında artış olduğu bulunmuştur.

Tablo 15 Evdeki KOAH'lı Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Eğitimi								
Banyo	OkurYazarDeğil	OkurYazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı(%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	6 (6.3)	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.070
Yarı Bağımlı	64 (67.4)	20 (66.7)	27 (52.9)	6 (60.0)	2 (22.2)	1 (33.3)	120(60.6)	
Bağımsız	25 (26.3)	10 (33.3)	23 (45.1)	4 (40.0)	7 (77.8)	2 (66.7)	71 (35.9)	
Giyinme								
Bağımlı	5 (5.3)	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	7 (3.5)	p = 0.320
Yarı Bağımlı	30 (31.6)	12 (40.0)	12 (23.5)	3 (30.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	58 (29.3)	
Bağımsız	60 (63.2)	18 (60.0)	38 (74.5)	7 (70.0)	8 (88.9)	2 (66.7)	133(67.2)	
Tuvalet								
Bağımlı	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.975
Yarı Bağımlı	19 (20.0)	4 (13.3)	9 (17.6)	2 (20.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	35 (17.7)	
Bağımsız	74 (77.9)	26 (86.7)	42 (82.4)	8 (80.0)	8 (88.9)	3 (100.0)	161(81.3)	
Hareket								
Bağımlı	3 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.768
Yarı Bağımlı	13 (13.7)	3 (10.0)	4 (7.8)	2 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (11.1)	
Bağımsız	79 (83.2)	27 (90.0)	47 (92.2)	8 (80.0)	9(100.0)	3 (100.0)	173(87.4)	
Boşaltım								
Bağımlı	3 (3.2)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)	p = 0.013
Yarı Bağımlı	67 (70.5)	17 (56.7)	25 (49.0)	5 (50.0)	2 (22.2)	1 (33.3)	117(59.1)	
Bağımsız	25 (26.3)	11 (36.7)	26 (51.0)	5 (50.0)	7 (77.8)	2 (66.7)	76 (38.4)	
Beslenme								
Bağımlı	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.889
Yarı Bağımlı	14 (14.7)	4 (13.3)	7 (13.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (12.6)	
Bağımsız	79 (83.2)	26 (86.7)	44 (86.3)	10(100.0)	9 (100.0)	3 (100.0)	171(86.4)	
Toplam	95 (100.0)	30 (100.0)	51(100.0)	10(100.0)	9 (100.0)	3 (100.0)	198(100.0)	

Tablo 15’de KOAH’lı bireylerin eğitim düzeyine göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin giyinme, tuvalet, hareket, beslenme aktivitelerinde bağımsız oldukları tespit edilmiştir. Banyo aktivitesinde lise altı eğitim seviyesindeki bireylerin yarı bağımlı, lise ve üzeri eğitim seviyesindeki bireylerin ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Boşaltım aktivitesinde ise okur yazar olan ve olmayan bireylerin yarı bağımlı, ilkokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da eğitim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 16 Evdeki KOAH'lı Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Telefon Kullanma	Eğitimi							Test
	OkurYazarDeğil Sayı (%)	Okur Yazar Sayı (%)	İlkokul Sayı (%)	Ortaokul Sayı (%)	Lise Sayı(%)	Üniversite Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	
Bağımlı	31 (32.6)	1 (3.3)	3 (5.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	35 (17.7)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	44 (46.3)	9 (30)	6 (11.8)	3 (30)	0 (0)	0 (0)	62 (31.3)	
Bağımsız	20 (21.1)	20 (66.7)	42 (82.4)	7 (70)	9 (100)	3 (100)	101 (51)	
Alışveriş Yapma								
Bağımlı	69 (72.6)	9 (30)	12 (23.5)	1 (10)	1 (11.1)	0 (0)	92 (46.5)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	9 (9.5)	12 (40)	12 (23.5)	6 (60)	1 (11.1)	1 (33.3)	41 (20.7)	
Bağımsız	17 (17.9)	9 (30)	27 (52.9)	3 (30)	7 (77.8)	2 (66.7)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama								
Bağımlı	47 (49.5)	13 (43.3)	17 (33.3)	3 (30)	1 (11.1)	0 (0)	81 (40.9)	p=0.113
Yarı Bağımlı	17 (17.9)	6 (20)	13 (25.5)	5 (50)	2 (22.2)	1 (33.3)	44 (22.2)	
Bağımsız	31 (32.6)	11 (36.7)	21 (41.2)	2 (20)	6 (66.7)	2 (66.7)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma								
Bağımlı	58 (61.1)	19 (63.3)	25 (49)	6 (60)	5 (55.6)	0 (0)	113(57.1)	p=0.099
Yarı Bağımlı	36 (37.9)	9 (30)	21 (41.2)	4 (40)	4 (44.4)	2 (66.7)	76 (38.4)	
Bağımsız	1 (1.1)	2 (6.7)	5 (9.8)	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama								
Bağımlı	70 (73.7)	21 (70)	35 (68.6)	10 (100)	8 (88.9)	2 (66.7)	146(73.7)	p=0.609
Yarı Bağımlı	9 (9.5)	2 (6.7)	4 (7.8)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	16 (8.1)	
Bağımsız	16 (16.8)	7 (23.3)	12 (23.5)	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)	36 (18.2)	
Ulaşım								
Bağımlı	9 (9.5)	1 (3.3)	2 (3.9)	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)	14 (7.1)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	68 (71.6)	21 (70)	20 (39.2)	9 (90)	1 (11.1)	0 (0)	119(60.1)	
Bağımsız	18 (18.9)	8 (26.7)	29 (56.9)	1 (10)	6 (66.7)	3 (100)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma								
Bağımlı	7 (7.4)	1 (3.3)	2 (3.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (5.1)	p=0.432
Yarı Bağımlı	34 (35.8)	7 (23.3)	10 (19.6)	3 (30)	1 (11.1)	0 (0)	55 (27.8)	
Bağımsız	54 (56.8)	22 (73.3)	39 (76.5)	7 (70)	8 (88.9)	3 (100)	133(67.2)	
Para İdaresi								
Bağımlı	56 (58.9)	8 (26.7)	14 (27.5)	2 (20)	0 (0)	0 (0)	80 (40.4)	p = 0.000
Yarı Bağımlı	32 (33.7)	20 (66.7)	29 (56.9)	8 (80)	6 (66.7)	1 (33.3)	96 (48.5)	
Bağımsız	7 (7.4)	2 (6.7)	8 (15.7)	0 (0)	3 (33.3)	2 (66.7)	22 (11.1)	
Toplam	95 (100)	30 (100)	51 (100)	10 (100)	9 (100)	3 (100)	198 (100)	

Tablo 16’da KOAH’lı bireylerin eğitim düzeyine göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan her eğitim seviyesindeki bireylerin, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden, çamaşır yıkama aktivitesinde bağımlı, ilaç kullanma aktivitesinde ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Telefon kullanma aktivitesinde okuryazar olmayan bireylerin yarı bağımlı, diğer grupların ise bağımsız olduğu bulunmuştur. Alışveriş yapma aktivitesinde okuryazar olmayan bireylerin bağımlı, okuryazar ve ortaokul mezunu olan bireylerin yarı bağımlı, ilkokul, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir. Yemek hazırlama aktivitesinde ortaokul eğitim seviyesindeki bireylerin yarı bağımlı, ortaokul altında eğitim seviyesine sahip olan bireylerin bağımlı, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Ev işi yapma aktivitesinde üniversite altı eğitim seviyesindekilerin bağımlı, üniversite mezunlarının ise yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. Ulaşım araçlarını kullanma aktivitesinde okuryazar olan ve olmayanlar ile ortaokul mezunlarının yarı bağımlı, ilkokul lise ve üzeri eğitim seviyesindeki bireylerin ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir. Para idaresinde ise okuryazar olmayan grubun bağımlı olduğu, üniversite mezunlarının bağımsız olduğu, diğer grupta yer alan bireylerin ise yarı bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ilaç kullanma ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). EGYA’ den telefon kullanma, alışveriş yapma, ulaşım araçlarını kullanma ve para idaresi gibi aktiviteler istatistiksel olarak incelendiğinde eğitim durumu ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup ($p<0.05$), eğitim seviyesi ilerledikçe bireylerin bağımsızlık oranlarında artış olduğu bulunmuştur.

Tablo 17 KOAH'lı Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Banyo	Aile	Yalnız	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	6 (3.2)	1 (9.1)	7 (3.5)	p = 0.035
Yarı Bağımlı	117 (62.6)	3 (27.3)	120 (60.6)	
Bağımsız	64 (34.2)	7 (63.6)	71 (35.9)	
Giyinme				
Bağımlı	7 (3.7)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.825
Yarı Bağımlı	54 (28.9)	4 (36.4)	58 (29.3)	
Bağımsız	126 (67.4)	7 (63.6)	133 (67.2)	
Tuvalet				
Bağımlı	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.207
Yarı Bağımlı	31 (16.6)	4 (36.4)	35 (17.7)	
Bağımsız	154 (82.4)	7 (63.6)	161 (81.3)	
Hareket				
Bağımlı	3 (1.6)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.677
Yarı Bağımlı	22 (11.8)	0 (0.0)	22 (11.1)	
Bağımsız	162 (86.6)	11 (100.0)	173 (87.4)	
Boşaltım				
Bağımlı	5 (2.7)	0 (0.0)	5 (2.5)	p = 1
Yarı Bağımlı	110 (58.8)	7 (63.6)	117 (59.1)	
Bağımsız	72 (38.5)	4 (36.4)	76 (38.4)	
Beslenme				
Bağımlı	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.434
Yarı Bağımlı	25 (13.4)	0 (0.0)	25 (12.6)	
Bağımsız	160 (85.6)	11 (100.0)	171 (86.4)	
Toplam	187 (100.0)	11 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 17’de KOAH’lı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan bireylerden her iki grubunda boşaltım aktivitesinde, yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir. Banyo yapma aktivitesinde ise aile bireyleriyle yaşayanların yarı bağımlı, yalnız yaşayanların ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin beslenme, giyinme, tuvalet, hareket aktivitelerinde bağımsız oldukları belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinden giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da, birlikte yaşadığı kişilerin olup olmama durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p>0.05$), banyo aktivitesinde yalnız yaşayan bireylerin ailesiyle yaşayanlardan daha bağımsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 18 KOAH'lı Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Telefon Kullanma	Aile	Yalnız	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	34 (18.2)	1 (9.1)	35 (17.7)	p = 0.406
Yarı Bağımlı	60 (32.1)	2 (18.2)	62 (31.3)	
Bağımsız	93 (49.7)	8 (72.7)	101 (51.0)	
Alışveriş Yapma				
Bağımlı	87 (46.5)	5 (45.5)	92 (46.5)	p = 0.116
Yarı Bağımlı	41 (21.9)	0 (0.0)	41 (20.7)	
Bağımsız	59 (31.6)	6 (54.5)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama				
Bağımlı	79 (42.2)	2 (18.2)	81 (40.9)	p = 0.189
Yarı Bağımlı	42 (22.5)	2 (18.2)	44 (22.2)	
Bağımsız	66 (35.3)	7 (63.6)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma				
Bağımlı	110 (58.8)	3 (27.3)	113 (57.1)	p = 0.079
Yarı Bağımlı	68 (36.4)	8 (72.7)	76 (38.4)	
Bağımsız	9 (4.8)	0 (0.0)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama				
Bağımlı	142 (75.9)	4 (36.4)	146 (73.7)	p = 0.006
Yarı Bağımlı	15 (8.0)	1 (9.1)	16 (8.1)	
Bağımsız	30 (16.0)	6 (54.5)	36 (18.2)	
Ulaşım				
Bağımlı	14 (7.5)	0 (0.0)	14 (7.1)	p = 0.598
Yarı Bağımlı	113 (60.4)	6 (54.5)	119 (60.1)	
Bağımsız	60 (32.1)	5 (45.5)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma				
Bağımlı	9 (10.3)	1 (9.1)	10 (10.2)	p = 0.244
Yarı Bağımlı	54 (62.1)	1 (9.1)	55 (56.1)	
Bağımsız	24 (27.6)	9 (81.8)	33 (33.7)	
Para İdaresi				
Bağımlı	79 (42.2)	1 (9.1)	80 (40.4)	p = 0.053
Yarı Bağımlı	87 (46.5)	9 (81.8)	96 (48.5)	
Bağımsız	21 (11.2)	1 (9.1)	22 (11.1)	
Toplam	187 (100.0)	11 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 18’de KOAH’lı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan ve ailesiyle yaşayan bireylerin, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden, alışveriş yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama, ev işi yapma aktivitesinde bağımlı, ilaç kullanma aktivitesinde ise yarı bağımlı olduğu belirlenirken, yalnız yaşayan bireylerin ise bu aktivitelerden ev işi yapmada yarı bağımlı oldukları, diğer aktiviteleri ise bağımsız yapabildikleri tespit edilmiştir. Her iki grupta da yer alan bireylerin ulaşım araçlarını kullanma ve para idaresinde yarı bağımlı olduğu belirlenirken, telefon kullanmada bağımsız oldukları belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde birlikte yaşama ile telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, ulaşım araçlarını kullanma, ilaç kullanma ve para idaresi aktiviteleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), çamaşır yıkama aktivitesinde yalnız yaşayan bireylerin daha bağımsız olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19 KOAH'lı Bireylerin Hastalık Süresine Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Hastalık Süresi							
Banyo	1-5 Yıl	6-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21 Yıl ve Üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	3 (4.3)	2 (3.6)	1 (3.1)	1 (3.2)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.894
Yarı Bağımlı	40 (58.0)	37 (67.3)	21 (65.6)	16 (51.6)	6 (54.5)	120(60.6)	
Bağımsız	26 (37.7)	16 (29.1)	10 (31.3)	14 (45.2)	5 (45.5)	71 (35.9)	
Giyinme							
Bağımlı	4 (5.8)	1 (1.8)	1 (3.1)	1 (3.2)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.952
Yarı Bağımlı	20 (29.0)	17 (30.9)	7 (21.9)	10 (32.3)	4 (36.4)	58 (29.3)	
Bağımsız	45 (65.2)	37 (67.3)	24 (75.0)	20 (64.5)	7 (63.6)	133(67.2)	
Tuvalet							
Bağımlı	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.924
Yarı Bağımlı	14 (20.3)	10 (18.2)	5 (15.6)	4 (12.9)	2 (18.2)	35 (17.7)	
Bağımsız	54 (78.3)	45 (81.8)	27 (84.4)	26 (83.9)	9 (81.8)	161(81.3)	
Hareket							
Bağımlı	1 (1.4)	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.915
Yarı Bağımlı	7 (10.1)	8 (14.5)	4 (12.5)	3 (9.7)	0 (0.0)	22 (11.1)	
Bağımsız	61 (88.4)	46 (83.6)	28 (87.5)	27 (87.1)	11 (100.0)	173(87.4)	
Boşaltım							
Bağımlı	3 (4.3)	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	5 (2.5)	p = 0.436
Yarı Bağımlı	44 (63.8)	30 (54.5)	18 (56.3)	21 (67.7)	4 (36.4)	117(59.1)	
Bağımsız	22 (31.9)	24 (43.6)	14 (43.8)	9 (29.0)	7 (63.6)	76 (38.4)	
Beslenme							
Bağımlı	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.168
Yarı Bağımlı	5 (7.2)	12 (21.8)	4 (12.5)	2 (6.5)	2 (18.2)	25 (12.6)	
Bağımsız	63 (91.3)	43 (78.2)	28 (87.5)	28 (90.3)	9 (81.8)	171 (86.4)	
Toplam	69 (100.0)	55 (100.0)	32 (100.0)	31 (100.0)	11 (100.0)	198(100.0)	

Tablo 19'da KOAH'lı bireylerin hastalık süresine göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin, hastalık süresine göre banyo ve boşaltım aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin beslenme, giyinme, tuvalet, hareket aktivitelerinde bağımsız oldukları tespit edilmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinden banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da, hastalık süresine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 20 KOAH'lı Bireylerin Hastalık Süresine Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Hastalık Süresi							
Telefon Kullanma	1-5 Yıl	6-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21 Yıl ve Üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	16 (23.2)	11 (20.0)	3 (9.4)	3 (9.7)	2 (18.2)	35 (17.7)	p = 0.405
Yarı Bağımlı	20 (29.0)	20 (36.4)	11 (34.4)	10 (32.3)	1 (9.1)	62 (31.3)	
Bağımsız	33 (47.8)	24 (43.6)	18 (56.3)	18 (58.1)	8 (72.7)	101 (51.0)	
Alışveriş Yapma							
Bağımlı	30 (43.5)	27 (49.1)	14 (43.8)	14 (45.2)	7 (63.6)	92 (46.5)	p = 0.939
Yarı Bağımlı	16 (23.2)	12 (21.8)	5 (15.6)	7 (22.6)	1 (9.1)	41 (20.7)	
Bağımsız	23 (33.3)	16 (29.1)	13 (40.6)	10 (32.3)	3 (27.3)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama							
Bağımlı	28 (40.6)	26 (47.3)	11 (34.4)	14 (45.2)	2 (18.2)	81 (40.9)	p = 0.793
Yarı Bağımlı	16 (23.2)	11 (20.0)	7 (21.9)	6 (19.4)	4 (36.4)	44 (22.2)	
Bağımsız	25 (36.2)	18 (32.7)	14 (43.8)	11 (35.5)	5 (45.5)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma							
Bağımlı	40 (58.0)	34 (61.8)	17 (53.1)	15 (48.4)	7 (63.6)	113 (57.1)	p = 0.638
Yarı Bağımlı	25 (36.2)	18 (32.7)	14 (43.8)	16 (51.6)	3 (27.3)	76 (38.4)	
Bağımsız	4 (5.8)	3 (5.5)	1 (3.1)	0 (0.0)	1 (9.1)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama							
Bağımlı	51 (73.9)	42 (76.4)	23 (71.9)	22 (71.0)	8 (72.7)	146 (73.7)	p = 0.834
Yarı Bağımlı	8 (11.6)	3 (5.5)	3 (9.4)	1 (3.2)	1 (9.1)	16 (8.1)	
Bağımsız	10 (14.5)	10 (18.2)	6 (18.8)	8 (25.8)	2 (18.2)	36 (18.2)	
Ulaşım							
Bağımlı	3 (4.3)	6 (10.9)	3 (9.4)	1 (3.2)	1 (9.1)	14 (7.1)	p = 0.823
Yarı Bağımlı	44 (63.8)	29 (52.7)	20 (62.5)	19 (61.3)	7 (63.6)	119 (60.1)	
Bağımsız	22 (31.9)	20 (36.4)	9 (28.1)	11 (35.5)	3 (27.3)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma							
Bağımlı	3 (4.3)	2 (3.6)	3 (9.4)	1 (3.2)	1 (9.1)	10 (5.1)	p = 0.798
Yarı Bağımlı	17 (24.6)	14 (25.5)	10 (31.3)	10 (32.3)	4 (36.4)	55 (27.8)	
Bağımsız	49 (71.0)	39 (70.9)	19 (59.4)	20 (64.5)	6 (54.5)	133 (67.2)	
Toplam	69 (100.0)	55 (100.0)	32 (100.0)	31 (100.0)	11 (100.0)	198(100.0)	
Para İdaresi							
Bağımlı	30 (43.5)	20 (36.4)	10 (31.3)	15 (48.4)	5 (45.5)	80 (40.4)	p = 0.653
Yarı Bağımlı	30 (43.5)	27 (49.1)	18 (56.3)	15 (48.4)	6 (54.5)	96 (48.5)	
Bağımsız	9 (13.0)	8 (14.5)	4 (12.5)	1 (3.2)	0 (0.0)	22 (11.1)	
Toplam	69 (100.0)	55 (100.0)	32 (100.0)	31 (100.0)	11 (100.0)	198(100.0)	

Tablo 20’de KOAH’lı bireylerin hastalık süresine göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin, EGYA’den alış veriş yapma, çamaşır yıkama aktivitesinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanma ve para idaresinde yarı bağımlı, telefon kullanma ve ilaç kullanma aktivitesinde ise bağımsız oldukları belirlenmiştir. Yemek hazırlama aktivitesinde 11-15 yıl ile 21 yıl ve üzeri KOAH tanısına sahip olan bireylerin, diğer grupta yer alan bireylere oranla bağımsız olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin ev işi yapmada bağımlı olduğu belirlenirken, 16-20 yıldır KOAH tanısına sahip olanların yarı bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde hastalık süresi ile telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarını kullanma, ilaç kullanma ve para idaresi aktiviteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 21 KOAH'lı Bireylerin KOAH Dışı Sağlık Problemi Yaşama Durumuna Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

KOAH Dışı Sağlık Problemi				
Banyo	Var	Yok	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	6 (4.0)	1 (2.0)	7 (3.5)	p = 0.176
Yarı Bağımlı	95 (63.8)	25 (51.0)	120 (60.6)	
Bağımsız	48 (32.2)	23 (46.9)	71 (35.9)	
Giyinme				
Bağımlı	7 (4.7)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.031
Yarı Bağımlı	49 (32.9)	9 (18.4)	58 (29.3)	
Bağımsız	93 (62.4)	40 (81.6)	133 (67.2)	
Tuvalet				
Bağımlı	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.023
Yarı Bağımlı	32 (21.5)	3 (6.1)	35 (17.7)	
Bağımsız	115 (77.2)	46 (93.9)	161 (81.3)	
Hareket				
Bağımlı	3 (2.0)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.115
Yarı Bağımlı	20 (13.4)	2 (4.1)	22 (11.1)	
Bağımsız	126 (84.6)	47 (95.9)	173 (87.4)	
Boşaltım				
Bağımlı	5 (3.4)	0 (0.0)	5 (2.5)	p = 0.001
Yarı Bağımlı	98 (65.8)	19 (38.8)	117 (59.1)	
Bağımsız	46 (30.9)	30 (61.2)	76 (38.4)	
Beslenme				
Bağımlı	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.218
Yarı Bağımlı	22 (14.8)	3 (6.1)	25 (12.6)	
Bağımsız	125 (83.9)	46 (93.9)	171 (86.4)	
Toplam	149 (100.0)	49 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 21’de KOAH’lı bireylerin KOAH dışı sağlık problemi yaşama durumuna göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin banyo aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenirken, beslenme, giyinme, tuvalet, hareket aktivitelerinde bağımsız oldukları tespit edilmiştir. Boşaltım aktivitesinde ise KOAH dışı sağlık problemi olanların yarı bağımlı, olmayanların ise bağımsız olduğu belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinden banyo, hareket, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da, KOAH dışı sağlık probleminin olup olmamasına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Giyinme, tuvalet, boşaltım aktivitelerinde ise KOAH dışı sağlık problemi olmayanların, olanlara oranla daha bağımsız olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 22 KOAH'lı Bireylerin KOAH Dışı Sağlık Problemi Yaşama Durumuna Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

KOAH Dışı Sağlık Problemi				
Telefon Kullanma	Var	Yok	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	27 (18.1)	8 (16.3)	35 (17.7)	p = 0.102
Yarı Bağımlı	52 (34.9)	10 (20.4)	62 (31.3)	
Bağımsız	70 (47.0)	31 (63.3)	101 (51.0)	
Alışveriş Yapma				
Bağımlı	74 (49.7)	18 (36.7)	92 (46.5)	p = 0.272
Yarı Bağımlı	30 (20.1)	11 (22.4)	41 (20.7)	
Bağımsız	45 (30.2)	20 (40.8)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama				
Bağımlı	62 (41.6)	19 (38.8)	81 (40.9)	p = 0.068
Yarı Bağımlı	38 (25.5)	6 (12.2)	44 (22.2)	
Bağımsız	49 (32.9)	24 (49.0)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma				
Bağımlı	88 (59.1)	25 (51.0)	113 (57.1)	p = 0.480
Yarı Bağımlı	55 (36.9)	21 (42.9)	76 (38.49)	
Bağımsız	6 (4.0)	3 (6.1)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama				
Bağımlı	107 (71.8)	39 (79.6)	146 (73.7)	p = 0.037
Yarı Bağımlı	16 (10.7)	0 (0.0)	16 (8.1)	
Bağımsız	26 (17.4)	10 (20.4)	36 (18.2)	
Ulaşım				
Bağımlı	11 (7.4)	3 (6.1)	14 (7.1)	p = 0.417
Yarı Bağımlı	93 (62.4)	26 (53.1)	119 (60.1)	
Bağımsız	45 (30.2)	20 (40.8)	65 (32.8)	
Toplam	149 (100.0)	49 (100.0)	198 (100.0)	
İlaç Kullanma				
Bağımlı	9 (6.0)	1 (2.0)	10 (5.1)	p = 0.676
Yarı Bağımlı	41 (27.5)	14 (28.6)	55 (27.8)	
Bağımsız	99 (66.4)	34 (69.4)	133 (67.2)	
Para İdaresi				
Bağımlı	59 (39.6)	21 (42.9)	80 (40.4)	p = 0.302
Yarı Bağımlı	76 (51.0)	20 (40.8)	96 (48.5)	
Bağımsız	14 (9.4)	8 (16.3)	22 (11.1)	
Toplam	149 (100.0)	49 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 22’de KOAH’lı bireylerin KOAH dışı sağlık problemi yaşama durumuna göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan bireylerden her iki grubunda, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden ev işi yapma ve çamaşır yıkama aktivitesinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanmada yarı bağımlı, telefon kullanma ve ilaç kullanma aktivitesinde ise bağımsız oldukları belirlenmiştir. Alışveriş yapma, yemek hazırlama aktivitelerinde ise KOAH dışı sağlık problemi yaşayanların bağımlı, bu problemi yaşamayanların ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir. KOAH dışı sağlık problemi yaşayan bireylerin para idaresinde yarı bağımlı olduğu, bu problemi yaşamayanların ise bağımlı olduğu belirlenmiştir. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde KOAH dışı sağlık problemi yaşama ile telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, ulaşım araçlarını kullanma, ilaç kullanma ve para idaresi aktiviteleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), çamaşır yıkama aktivitesi ile arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). KOAH dışı sağlık problemi olmayan bireylerin, olan bireylere oranla daha bağımsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 23 KOAH'lı Bireylerin Hastanede Yatış Sayısına Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Hastanede Yatış Sayısı						
Banyo	1 kez	2-5 kez	6-9 kez	10 ve üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	0 (0.0)	7 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.045
Yarı Bağımlı	48 (68.6)	46 (52.9)	12 (52.2)	14 (77.8)	120 (60.6)	
Bağımsız	22 (31.4)	34 (39.1)	11 (47.8)	4 (22.2)	71 (35.9)	
Giyinme						
Bağımlı	1 (1.4)	5 (5.7)	1 (4.3)	0 (0.0)	7 (3.5)	p = 0.300
Yarı Bağımlı	19 (27.1)	22 (25.3)	8 (34.8)	9 (50.0)	58 (29.3)	
Bağımsız	50 (71.4)	60 (69.0)	14 (60.9)	9 (50.0)	133 (67.2)	
Tuvalet						
Bağımlı	0 (0.0)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.581
Yarı Bağımlı	13 (18.6)	18 (20.7)	3 (13.0)	1 (5.6)	35 (17.7)	
Bağımsız	57 (81.4)	67 (77.0)	20 (87.0)	17 (94.4)	161 (81.3)	
Hareket						
Bağımlı	0 (0.0)	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.5)	p = 0.584
Yarı Bağımlı	8 (11.4)	12 (13.8)	1 (4.3)	1 (5.6)	22 (11.1)	
Bağımsız	62 (88.6)	72 (82.8)	22 (95.7)	17 (94.4)	173 (87.4)	
Boşaltım						
Bağımlı	1 (1.4)	4 (4.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.5)	p = 0.414
Yarı Bağımlı	48 (68.6)	47 (54.0)	13 (56.5)	9 (50.0)	117 (59.1)	
Bağımsız	21 (30.0)	36 (41.4)	10 (43.5)	9 (50.0)	76 (38.4)	
Beslenme						
Bağımlı	0 (0.0)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	p = 0.902
Yarı Bağımlı	9 (12.9)	12 (13.8)	2 (8.7)	2 (11.1)	25 (12.6)	
Bağımsız	61 (87.1)	73 (83.9)	21 (91.3)	16 (88.9)	171 (86.4)	
Toplam	70 (100.0)	87 (100.0)	23 (100.0)	18 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 23’de KOAH’lı bireylerin son bir yılda hastanede yatış sayılarına göre, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin banyo aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir. Boşaltım aktivitesinde ise son bir yılda 10 kez in altında hastanede yatan bireylerin bu aktivitede yarı bağımlı, 10 ve üzeri kez hastanede yatan bireylerin ise bağımlı ve yarı bağımlı olan birey sayılarının eşit olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin tuvalet, hareket, beslenme aktivitelerinde bağımsız oldukları belirlenmiştir. Giyinme aktivitesinde ise son bir yıl içerisinde 10 ve üzeri kez hastanede yatan bireylerden yarı bağımlı ve bağımsız olan birey sayılarının birbirine eşit olduğu, diğer gruptaki bireylerin ise bu aktivitede bağımsız olduğu bulunmuştur. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinden giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık-bağımsızlık durumların da, hastanede yatış sayısına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Banyo aktivitesinde ise anlamlı bir fark olduğu ve yatış sayısı artıkça yarı bağımlı olan birey sayısında artış meydana geldiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 24 KOAH'lı Bireylerin Hastanede Yatış Sayısına Göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirmedeki Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu (n:198)

Hastanede Yatış Sayısı						
Telefon Kullanma	1 kez	2-5 kez	6-9 kez	10 ve üzeri	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bağımlı	11 (15.7)	17 (19.5)	3 (13.0)	4 (22.2)	35 (17.7)	p = 0.241
Yarı Bağımlı	19 (27.1)	31 (35.6)	4 (17.4)	8 (44.4)	62 (31.3)	
Bağımsız	40 (57.1)	39 (44.8)	16 (69.6)	6 (33.3)	101 (51.0)	
Alışveriş Yapma						
Bağımlı	33 (47.1)	39 (44.8)	8 (34.8)	12 (66.7)	92 (46.5)	p = 0.280
Yarı Bağımlı	16 (22.9)	15 (17.2)	6 (26.1)	4 (22.2)	41 (20.7)	
Bağımsız	21 (30.0)	33 (37.9)	9 (39.1)	2 (11.1)	65 (32.8)	
Yemek Hazırlama						
Bağımlı	28 (40.0)	35 (40.2)	7 (30.4)	11 (61.1)	81 (40.9)	p = 0.210
Yarı Bağımlı	19 (27.1)	16 (18.4)	8 (34.8)	1 (5.6)	44 (22.2)	
Bağımsız	23 (32.9)	36 (41.4)	8 (34.8)	6 (33.3)	73 (36.9)	
Ev İşi Yapma						
Bağımlı	44 (62.9)	42 (48.3)	12 (52.2)	15 (83.3)	113 (57.1)	p = 0.136
Yarı Bağımlı	24 (34.3)	39 (44.8)	10 (43.5)	3 (16.7)	76 (38.4)	
Bağımsız	2 (2.9)	6 (6.9)	1 (4.3)	0 (0.0)	9 (4.5)	
Çamaşır Yıkama						
Bağımlı	54 (77.1)	60 (69.0)	16 (69.6)	16 (88.9)	146 (73.7)	p = 0.440
Yarı Bağımlı	4 (5.7)	11 (12.6)	1 (4.3)	0 (0.0)	16 (8.1)	
Bağımsız	12 (17.1)	16 (18.4)	6 (26.1)	2 (11.1)	36 (18.2)	
Ulaşım						
Bağımlı	4 (5.7)	6 (6.9)	2 (8.7)	2 (11.1)	14 (7.1)	p = 0.312
Yarı Bağımlı	44 (62.9)	50 (57.5)	11 (47.8)	14 (77.8)	119 (60.1)	
Bağımsız	22 (31.4)	31 (35.6)	10 (43.5)	2 (11.1)	65 (32.8)	
İlaç Kullanma						
Bağımlı	4 (5.7)	5 (5.7)	0 (0.0)	1 (5.6)	10 (5.1)	p = 0.186
Yarı Bağımlı	23 (32.9)	21 (24.1)	3 (13.0)	8 (44.4)	55 (27.8)	
Bağımsız	43 (61.4)	61 (70.1)	20 (87.0)	9 (50.0)	133 (67.2)	
Para İdaresi						
Bağımlı	27 (38.6)	36 (41.4)	5 (21.7)	12 (66.7)	80 (40.4)	p = 0.015
Yarı Bağımlı	39 (55.7)	36 (41.4)	15 (65.2)	6 (33.3)	96 (48.5)	
Bağımsız	4 (5.7)	15 (17.2)	3 (13.0)	0 (0.0)	22 (11.1)	
Toplam	70(100.0)	87 (100.0)	23 (100.0)	18 (100.0)	198 (100.0)	

Tablo 24'de KOAH'lı bireylerin son bir yılda hastanede yatış sayısına göre, enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık-bağımsızlık durumu gösterilmektedir.

Tabloya göre bireylerin, ev işi yapma, çamaşır yıkama aktivitesinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanma da yarı bağımlı, ilaç kullanma aktivitesinde ise bağımsız oldukları belirlenmiştir. Telefon kullanma aktivitesinde, 10 ve daha fazla sayıda hastanede yatanların yarı bağımlı olduğu belirlenirken, diğer grupların bu aktivitede bağımsız olduğu bulunmuştur. Alışveriş yapma aktivitesinde son bir yılda 6-9 kez hastanede yatan bireylerin bağımsız, diğer gruptaki bireylerin ise bu aktivitede bağımlı olduğu bulunmuştur. Yemek hazırlama aktivitesinde son bir yılda 2-5 kez hastanede yatanların bağımsız, 6-9 kez yatanların ise yarı bağımlı ve bağımsız olan birey sayılarının eşit olduğu, diğer gruptaki bireylerin ise bağımlı olduğu bulunmuştur. Para idaresinde ise 10 ve daha fazla sayıda hastanede yatanların bağımlı, 2-5 kez yatanlardan yarı bağımlı ve bağımlı olan birey sayılarının birbirine eşit olduğu, diğer gruptaki bireylerin ise yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. Tablo istatistiksel olarak incelendiğinde hastanede yatış sayısı ile telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarını kullanma, ilaç kullanma aktiviteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Para idaresinde ise hastanede yatış sayısı artıkça bağımlılığın arttığı bulunmuştur ($p<0.05$).

V. TARTIŞMA

Bu bölümde Sivas il merkezinde bulunan KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden elde edilen bulguları tartışılmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin %38.5'i 60-69 yaş grubunda, %58.5'i erkek, %65.5'i evli, %50'si emekli, %41.5'i ev hanımı olup, %94.5'i aile bireyleriyle birlikte yaşamaktadır (Tablo 1).

KOAH, hastalık tablosunu şiddetlendiren olumsuzlukların yaşandığı dönemlerde ilerleme gösteren, hastalık semptomlarının sıklığının ve şiddetinin artmasıyla hastaneye tekrarlı yatışı zorunlu hale getiren bir hastalıktır (137,96). Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin %65'i son bir yılda hastalıklarına bağlı tekrarlı yatışlarının olduğunu ve %44.5'i son bir yılda 2-5 kez hastaneye yattığını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Jones ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylerin, %31'nin yeniden hastaneye yattığı bulunmuştur. Korkmaz'ın (2008) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin %32.5'inin 3-5 kez hastanede yattığı, Aras ve Tel'in (2001) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada ise bireylerin %33.3'ünün yılda iki ve daha fazla sayıda hastanede yattığı bulunmuştur. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin diğer çalışmalara göre tekrarlı hastaneye yatışların daha fazla olduğu görülmektedir.

Hastaneye tekrarlı yatışların sık olmasında hastalığın ileri yaş grubu bireylerde görülmesi, hastalarda KOAH dışı sağlık problemlerinin varlığı, pulmoner rehabilitasyon ve evde bakım hizmetlerinin olmaması, hastalara planlı eğitim-öğretimin yapılmaması, hastaların düzenli kontrolleri yaptırmaması, düzenli ilaç ve oksijen kullanmaması, sigara, alkol ve biomass yakıt kullanımının olması gibi pek çok nedenden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bu çalışmadaki bireylerin tamamına yakını (%96) 50 ve üzeri yaş grubu bireyler olup (Tablo 1), %75.5'inde KOAH dışında sağlık problemleri bulunmaktadır (Tablo 2). Bu verilerde literatürle uyumlu olup, hastanın yaşı ve KOAH dışı sağlık probleminin varlığı tekrarlı yatış üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (138,11,57,96).

Araştırmaya alınan hastalarda hastalık süresi genelde uzun olmasına ve hastaların tekrarlı yatışlarla sık sık hastanede yatarak tedavi görmelerine karşın, hastalık hakkında eğitim alan birey sayısı %7 bulunmuştur (Tablo 3). Tel'in (1998) çalışmasında KOAH'lı bireylerin %25.6'sı, Esen'in (2008) çalışmasında ise bireylerin

%34'ünün hastalık hakkında eğitim aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada hastalık hakkında eğitim alan KOAH'lı bireylerin az olmasının nedeni, araştırma yapılan kurumda sağlık personelinin iş yükünün fazla olması, yetersiz eleman ile çalışılması, sağlık personelinin ağırlıklı olarak ilaçla tedavi yaklaşımından kaynaklanmış olabileceği gibi, hastaların hastalıkları hakkında bilgi alma talebinde bulunmamalarından da kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin yarısından fazlasının (%64.3) KOAH konusundaki eğitimi doktordan aldığı belirlenirken, sadece %14.3'ü hemşireden, %21.4'ü öğrenci hemşireden eğitim almıştır (Tablo 3). Tel'in (1998) çalışmasında ise KOAH'lı bireylerin %91'inin doktordan, %9'unun hemşirelerden eğitim aldığı bulunmuştur. Bu oranların hemşirelerde daha düşük olmasının nedeni hemşirelerin iş yükünün fazla olmasının yanı sıra araştırma yapılan klinikte hemşire sayısının yetersiz olmasından ve hemşirelerin farklı düzeylerde eğitim almış olmalarından da kaynaklandığı düşünülebilir. Tel'in (1998) çalışmasında KOAH hakkında eğitim alan bireylerin hastalığının nedenleri özellikleri ve tedavisi hakkında eğitim aldıkları bulunurken, bu çalışmada da bireylerin aynı konularda eğitim aldıkları belirlenmiştir.

KOAH'lı bireylerin hastalık süreci ve hastalık belirtileri üzerinde kontrol sağlayabilmeleri için sigara kullanımının sonlandırılması gerekmektedir (87). Bu çalışmanın yapıldığı hastanelerde, düzenli olarak hasta eğitim ve öğretiminin yapılmamasından kaynaklı olarak, aktif sigara kullanımı yüksek bulunmuştur. Çalışmada aktif sigara kullanmaya devam eden KOAH'lı birey sayısı %11 iken (Tablo 4), Ünsal ve Yetkin'in (2005) çalışmasında %5.6, Esen'in (2008) çalışmasında ise %6 bulunmuştur. Aktif olarak hiç sigara içmediği halde KOAH'a yakalanmış hastaların hastalığından pasif içicilik, olumsuz çevre koşulları ve diğer birçok etmen sorumlu olabilir. Bu durum toplumun sigaranın sağlığa zararlı etkileri ve özellikle pasif içicilik konusunda bilgilendirilmesinin önemini göstermektedir. Aktif ya da pasif içicilik KOAH'lı bireylerin sağlık durumunun daha fazla bozulmasına, hastalığın daha hızlı ilerlemesine neden olur (87,57). Hastalığın ileri evrelere taşınması hastalıkla baş etmeyi önemli derecede etkileyerek, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın artmasına sebep olmaktadır. Evde hastalıkla baş etmeyi etkileyen diğer faktörlerde kontrollerin ve tedavinin sürdürülmesidir.

KOAH'da bireylerin düzenli kontrollere gitmesi ve tedavilerini sürdürmeleri ile bireyin egzersiz kapasitesi artarak, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı da

azalmaktadır (67). Korkmaz'ın (2008) çalışmasında KOAH'lı bireylerin %70.6'sının düzenli kontrollere gittiği belirlenirken, bu çalışmada ise bireylerin %40'ının düzenli kontrollere gittiği bulunmuştur (Tablo 2). Çalışmada KOAH'lı bireylerin düzenli kontrollere gitme oranının düşük olmasının nedeni, KOAH'da düzenli kontrollerin öneminin kavratılmamış olması ve bireylerin herhangi bir sorun yaşadıklarında tamamına yakınının (%93.5) acile başvurmasıdır. Acile gelen bireyler acilde uygulanan ilaçlar sonrası rahatlamakta ve tekrar polikliniğe kontrole gelmeye ihtiyaç duymadıkları düşünülebilir.

Kronik hastalıklarda fonksiyonel kayıplar ve hastalık semptomları üzerinde kontrol sağlayabilmek, hastalık komplikasyonlarını önleyebilmek ilaç tedavisi ile yakından ilişkilidir. KOAH'lı bireylerin kullandıkları ilaç sayısının fazla olması, ilaç yan etkileri, ilaçlar hakkında öğretim yapılmaması, düzenli ilaç kullanma oranının ve tedavinin başarısının azalmasına neden olmaktadır (137,11). Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin tamamı (%100) hastalıkları nedeniyle ilaç kullanmakta olup, sadece %1'i kullandığı ilaçların etkisini, %2'si de kullandığı ilaçların yan etkisini tamamen bilmektedir (Tablo 5). Teorik olarak ilaç kullanma süresinin artmasıyla, bireylerin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin de artması yönünde beklentiler olmasına karşın, çalışmaya katılan hastaların bu konudaki bilgileri oldukça sınırlı bulunmuştur. Ulaşılan bu sonuçlara göre, çalışmaya katılan hastaların KOAH'da ilaç tedavisinin amaçları, en sık kullanılan ilaçlar, ilaçların beklenen etkileri, yan etkileri, ilaçlara devam etmeme durumunda hastalık sürecinde gelişebilecek olumsuzluklar hakkında planlı bir öğretime gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Literatürde planlı öğretim yapılan hastaların ilaç kullanımına uyumlarının artarak düzenli ilaç kullanmaya başladıkları görülmüştür (137,138,2,119).

KOAH'da ilaçların düzenli kullanılması hastalık semptomlarının kontrolünü arttırmaktadır (101,81,140). Yapılan çalışmalarda tekrarlı hastaneye yatma deneyimi olan KOAH'lı hastalarda düzensiz ilaç kullanma öyküsü olduğu saptanmıştır (140,127,69). Bu çalışmaya katılan hastalarda da KOAH nedeniyle tekrarlı hastaneye yatış oranı yüksek olup (%65), hastalarda düzensiz ilaç kullanma öyküsü %47 bulunmuştur (Tablo 5). Tel'in (1998) çalışmasında bu oran % 44.2, Esen'in (2008) çalışmasında %35 bulunmuştur. Kronik hastalıklarda ilaç tedavisi ile ilgili çalışmalarda düzenli ilaç kullanma oranı akut semptomatik hastalıklarda %20, kronik semptomatik hastalıklarda %50, kronik asemptomatik hastalıklarda %70 oranında

bulunmuştur (137). Bu çalışmada düzensiz ilaç kullanımı ile ilgili olarak saptanan oran %47.0 olup kronik semptomatik hastalığı olan bireylerdeki düzensiz ilaç kullanma değerlerine yakındır (Tablo 5).

Düzensiz ev koşullarında ya da aile ilişkilerinde problem yaşayan, kronik hastalığa sahip bireylerde ilaç tedavisini sürdürmenin zorlaştığı, hastalık durumundaki değişiklikler ya da ilaç yan etkileri nedeniyle de hastaların ilaç tedavisini sürdürmekte başarısızlık yaşayabildikleri belirtilmektedir (137,2,72,127). Kocaman ve ark.'nın (1992) kronik hastalığı olan bireylerin, tedaviye uyumunu inceleyen çalışmalarında, düzensiz ilaç kullanımının %59-70 arasında olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalarda düzenli ilaç kullanmama nedenleri arasında sayılan yaş, cinsiyet, eğitim, hastalığın önemi, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısının yanı sıra aile ve arkadaş desteğinin yetersizliği de nedenler arasında olabilir. Bu çalışmada bireylerin %94.5'nin aile desteğinin olması (Tablo 1), düzensiz ilaç kullanan birey oranının %59'un altında olmasında etkili olduğu düşünülebilir.

KOAH'lı bireylerin evde hastalıkla baş etmede yaşadığı önemli sorunlardan biride tedavinin önemli bir parçası olan cihazların kullanımınıdır. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin %73'ünün evde bir cihaz kullanmak zorunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Hastaların en çok Bipap ve oksijen konsantratörü kullanmada sorun yaşarken, nebulizatör kullanmada sorun yaşamadıkları bulunmuştur. Oksijen konsantratörünü kullanmada sıkıntı yaşayan hastalar uzun süreli oksijen tedavisini de etkin sürdürememektedir.

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), hastanın günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan ve tedavi uyumunu güçleştiren bir durumdur (23). Literatürde hastaların tedaviye uyumu %17-70 arasında değişmektedir (117,157,80). Bu farklılık da çalışma gruplarının özelliklerine ve büyüklüğüne bağlı olabilir (162,25,97). Pepin ve ark'ı USOT uyumunu değerlendirdiği 930 KOAH'lı hastada USOT'un etkin kullanım oranını %45 saptanmıştır (113). Ülkemizde USOT'u etkin kullanan hasta oranları %26.1 ile %42 arasında değişirken, bu çalışmada düzenli olarak oksijen kullanan hasta sayısı %34.7 bulunmuştur (Tablo 7). Bu sonuçta literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin oksijeni düzenli olarak kullanmama nedenleri incelendiğinde; oksijen kullanmanın hareketlerini kısıtladığı, günde 16 saat kullanmasının gerekli olduğuna inanmadığı ve konsantratörü alamadıkları için

kullanmadıklarını ifade ederken, bir kısmının ise hastalığın ciddiyetinin farkında olmadığı, konsantratörün sesinden rahatsız olduğu için kullanmadığı, bağımlılık yapar korkusu, baş ağrısı, bilgi eksikliği, ekonomik nedenler, konsantratörü taşıyamama ve makine bozulur korkusu ile düzenli olarak oksijeni kullanamadıkları belirlenmiştir (Tablo 7). Okumuş ve ark.'nın (2000) çalışmasında, oksijeni düzensiz kullanımının nedenleri sırası ile oksijene gereksinim duymamak, gündüz dışarıya çıkma veya evde iş yapma gereksinimi, gürültü ve sadece nefes darlığında ihtiyaç duyulması olarak saptanmıştır (91). Kurtar ve ark.'nın (2007) çalışmasında oksijeni düzenli olarak kullanmama nedenleri sırası ile konsantratörün bozulması, bakım pahalılığı ve bakımın yapılmaması, oksijenin az gelmesi, gürültü, elektrik kesintisi veya tüketimi, tedavi ile ilgili eğitim verilmemesi olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda düzensiz oksijen kullanım nedeni, büyük oranda bilgilendirme ve eğitim eksikliği ile önerilere yeterince uyulmamasına bağlanmıştır (13,147).

Kronik hastalığı olan bireyler, hastalığın semptomlarına bağlı olarak genellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlikler yaşamaktadırlar. Ortaya çıkan bu yetersizlikler, günlük yaşam aktivitelerinin kendi başına veya yardımla yapılma düzeylerine bakılarak değerlendirilebilir. KOAH'da fonksiyonların azalmasına neden olan en muhtemel fiziksel semptomlar, dispne, yorgunluk ve uyuma güçlüğüdür (89). Semptomlar, genellikle merdiven inip çıkma, yürüme, banyo yapma ve hatta yemek yeme gibi günlük aktivitelerinin yerine getirilmesini güçleştirebilir ve hastaların günlük yaşamdaki bağımsızlıklarını etkileyecek düzeye ulaşabilmektedir (89). Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık düzeylerine bakılmıştır. Çalışmada bireylerin banyo (%60.6) ve boşaltım (%59.1) aktivitesinde yarı bağımlı olduğu, diğer aktivitelerde ise bağımsız oldukları belirlenmiştir (Tablo 9).

Bu çalışmadaki bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde değişim yaşama durumuna bakıldığında ise, alışveriş yapma (%46.5), yemek hazırlama (%40.9), ev işlerini yapma (%57.1), çamaşır yıkama (%73.7) aktivitelerinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanma (%60.1) ve para idaresinde (%48.5) yarı bağımlı, telefon kullanma (%51.0) ve ilaç kullanmada (%67.2) ise bağımsız oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bireylerin daha fazla efor harcamalarını gerektiren (ev işi yapma, alışveriş yapma vb gibi) aktivitelerde bağımlı olduğu belirlenirken, daha az

efor harcamalarını gerektiren aktivitelerde (telefon kullanma ve ilaç kullanma) bağımsız oldukları belirlenmiştir (Tablo 10).

Kaya ve ark.'nın (2010) KOAH'lı bireylerle ilgili yaptığı çalışmada bütün hastaların tüm aktivitelerinde bağımsız oldukları belirlenirken, bu çalışmada ise bireylerin GYA'lerinden banyo ve boşaltım aktivitesinde, EGYA'lerinden ise ulaşım araçlarını kullanma, parayı idare edebilme aktivitelerinde yarı bağımlı, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işlerini yapma, çamaşır yıkama aktivitelerinde ise bağımlı oldukları bulunmuştur. Bu açıdan bu çalışmadan elde edilen veriler arasında paralellik bulunmamaktadır. Bu farklılığın Kaya ve ark.'nın çalışmasını yaptığı hastanenin 2. basamak bir hastane olmasından (2. basamakta genel durumu kötüleşen hastalar 3. basamağa sevk edilmektedir.) kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada ise 2. basamak ve 3. basamak hastanelerde tedavi gören KOAH'lı bireyler alınmıştır.

Ünsal ve Yetkin'nin (2005) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada hastaların en çok etkilenen günlük yaşam aktivitelerinin çalışma ve uğraş aktivitesi (%59.6), hareket etme (%50.0) ve uyku aktivitesi (%48.0) olduğu bulunmuştur. Lahaije ve ark.'nın (2010) 21 KOAH'lı hastayla yaptığı çalışmada 14 hastanın dispne nedeniyle elektrik süpürgesi kullanırken, 11 hastanın ağırlık taşırken, 6 hastanın duş alırken, 5 hastanın üzerini değiştirirken, 5 hastanın merdiven çıkarken, 2 hastanın dişlerini fırçalarken zorlandığı belirlenmiştir. Vaes ve ark.'nın (2011) 100 KOAH'lı, 20 sağlıklı bireyle yapmış oldukları çalışmada da bütün hastaların çorap ayakkabı ve giysi giyinme işlemini, 8 adet havlu katlamayı, yiyecekleri dolaba koyma ve 4 çay bardağı, 4 tabak ve 4 çay tabağı yıkamayı durmaksızın yapabildiği ancak bireylerden 5'nin yeri 4 dk süpürme işlemini efor dispnesi nedeniyle yapamadığı bulunmuştur. KOAH'lı bireylerin diğer aktiviteleri sağlıklı bireylerden daha uzun sürede tamamlayabildikleri ve hastaların GYA sonrasındaki dispne ve yorgunluk skorlarının sağlıklı bireylerinkinden daha fazla olduğuda bulunmuştur.

Troosters ve ark.'nın (2010) 70 KOAH'lı ve 30 sağlıklı bireyle yaptığı çalışmada KOAH'lı olan bireyler sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında adım ve hareket sayılarının %40-60, yürüme zamanlarının ise %55 daha az olduğu bulunmuştur. Çalışmada hafif aktivite yavaş yürüme ve hafif ev işi olarak, orta aktivite tempolu yürüyüş ve yer süpürme olarak, yoğun aktivite ise tempolu ve yavaş koşma, kürek atma, ağır eşya taşıma olarak tanımlanmıştır. KOAH'lı hastaların fiziksel aktivite düzeyleri kontrol grubununkinden önemli derecede daha düşük bulunmuştur. Günlük

adım sayısı KOAH'lı bireylerde 5584±3360 iken sağlıklı kontrol grubunda 9372±3574 adım bulunmuştur. Hastalarda orta yoğunluktaki aktivitelere ayrılan zaman 24±29 dk/gün, kontrol grubunda 65±70 dk/gün, hafif aktiviteler için hasta grubu için 80±69 dk/gün iken kontrol grubunda 160±89 dk/gün olduğu belirlenmiştir. Yüksek yoğunluklu aktiviteler için ayrılan zaman ise hasta grubunda 2±5 dk/gün iken kontrol grubunda 7±9 dk/gün bulunmuştur. Pitta ve ark.'nın (2005) KOAH'ı olan 50 hasta ve 25 sağlıklı yaşlı bireyde fiziksel aktiviteler ve hareket yoğunluğunu değerlendirdikleri çalışmasında, KOAH'ı olan bireylerin kontrol grubuna göre daha az yürüme zamanı (44 ± 26 vs. 81 ± 26 dk/gün), ayakta kalma zamanı (191 ± 99 vs. 295 ± 109 dk/gün) ve daha az yürürken hareket yoğunluğu (1.8 ± 0.3 vs. 2.4 ± 0.5 m/sn²) olduğu bulunmuştur. Annegarn ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada KOAH'lı bireylerin en çok problem yaşadıkları GYA'nin (%68) yürüme, (%35) merdiven çıkma ve (%30) bisiklet sürme olduğu bulunmuştur.

İsrail'de toplum içinde yaşayan yaşlılarda GYA'de bağımlılık oranı %19, EGYA'de bağımlılık oranı %36 olarak belirlenmiştir (76). İspanya'da Graciani ve ark.'nın 60 yaş ve üzeri 4000 kişide yaptıkları bir çalışmada GYA'de bağımlılık oranı %19.1, EGYA'de ise bağımlılık oranı %40.1 olarak belirlenmiştir (69). GYA içerisinde banyo yapabilme ve mobilitenin en sık etkilenen işlev olduğu, EGYA'de yüksek oranda özür bildirilen işlevler de (alışveriş ve ev işi yapmak) literatür bulgularıyla uyumludur. İzmir Çamdibi'nde yapılan kesitsel bir çalışmada yaşlıların EGYA'de en düşük oranda ev işi yapabildikleri belirlenmiştir (91). Diyarbakır il merkezinde yapılan başka bir çalışmada ise, evlerinde yaşayan ve GYA'de bağımlı olan yaşlıların en fazla alışverişte, daha sonra ulaşım nedeniyle bağımlı oldukları belirlenmiştir (146).

Yapılan çalışmalarda bireylerin banyo ve hareket aktivitelerinde bağımlı olan birey sayılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise banyo ve boşaltım aktivitesinde bireylerin yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki KOAH'lı hastaların boşaltım aktivitesinde yardıma ihtiyaç duymalarının nedeni, solunum gücü nedeniyle oksijen ihtiyacı yüksek olan hastaların, tuvalete gidip gelme ve boşaltım esnasında da efor harcaması ile oksijen ihtiyaçları daha da artmaktadır. Bu nedenle de tuvalete başkalarının yardımıyla gidip gelerek kendilerini daha güvende hissettikleri gözlenmiştir. Bir kısım hastanın da geçmişte tuvalet ve banyo sonrası senkop öyküsüyle acile geldikleri belirlenmiştir.

KOAH'lı bireylerin GYA ve EGYA'deki bağımlılık düzeylerinin cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde, boşaltım aktivitesinde erkeklerin kadınlardan daha bağımsız olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 11). EGYA'lerinden telefon kullanma, alışveriş yapma, ulaşım, para idaresi aktivitelerinde erkeklerin kadınlardan daha bağımsız olduğu belirlenirken ($p<0.05$), çamaşır yıkama aktivitesinde kadınların daha bağımsız olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 12). Kadınlar özellikle telefon edebilme, alışveriş, para idaresi, ulaşım araçlarına binme gibi entelektüel yetenek gerektiren ve eğitim düzeyi ile yakından ilişkili olan aktivitelerde, erkeklere göre daha düşük bağımsızlık durumuna sahip iken, erkeklerin toplumsal roller açısından ağırlıklı olarak kadınların yerine getirmesi beklenen çamaşır yıkama aktivitesinde bağımsızlık durumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun bireylerin eğitim düzeyi ve kültürel özellikleri ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Kaya ve ark.'nın (2010) KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyetler açısından bağımlılık durumları değerlendirildiğinde, EGYA'de de kadınların daha bağımlı oldukları görülmesine karşın, banyo yapma her iki cinsiyette de en bağımlı olunan temel günlük yaşam aktivitesidir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kanervisto ve ark.'nın (2010) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada kadınların GYA ve EGYA de erkeklerden daha yetersiz olduğu bulunmuştur. Demir'in (2008) kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmada da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cingil ve Bodur'un (2008) yaşlı hastalarla yaptığı çalışmada, GYA'deki toplam puanlarına göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, Şahbaz ve Tel'in (2006) yaşlı hastalarla olan çalışmada, bu çalışmada olduğu gibi GYA'deki toplam puanlarında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmazken, EGYA ise erkeklerin kadınlardan daha bağımsız olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmadaki bireylerin GYA'lerindeki bağımlılıklarının yaşa göre dağılımlarına bakıldığında, banyo, giyinme, hareket, beslenme aktivitelerinde yaşla birlikte bağımlılık düzeyinin arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 13). EGYA'lerine bakıldığında yaş gruplarıyla bağımlılık-bağımsızlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmada yaşla birlikte EGYA'deki bağımlılık düzeyinin arttığı bulunmuştur (Tablo 14). Demir'in (2008) kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmada da GYA'lerindeki toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken, yaş arttıkça GYA'lerindeki

bağımlılık düzeyinin arttığı bulunmuştur. Şahbaz ve Tel'in (2006) çalışmasında da yaşla birlikte bağımlılık düzeyinin arttığı bulunmuştur. Cingil ve Bodur'un (2008) 65 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada ise, yaşı 75 ve üzeri olanların bağımlılık oranı, 65-74 yaş grubuna göre yüksek çıkmıştır. Bu sonuçların ortaya çıkmasında yaş arttıkça başka kronik hastalıklarında ortaya çıkmasının ve hastalık şiddetinin artmasının etkili olabileceği düşünülebilir.

Eğitim düzeyi ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; GYA'lerinden boşaltım aktivitesinin, EGYA'lerinden de telefon kullanma, alışveriş yapma, ulaşım ve para idaresi aktivitesinin eğitim durumuyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 15,16). Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bağımlılık düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Aydın ve ark.'nın (2009) çalışmasında yüksek eğitim düzeyi hem GYA'de, hem de EGYA'de bağımlık ihtimalinde azalma ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Cingil ve Bodur'un (2008) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada, öğrenim görmemiş yaşlıların, öğrenim görmüş yaşlılara göre bağımlılık oranının fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Jagger ve arkadaşları (2007) eğitimle bağımlılık arasındaki ilişkiyi prospektif olarak incelemişler; 9 yıldan daha az eğitimin daha yüksek bağımlılık ihtimali ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Aynı zamanda düşük eğitim düzeyi olan kişilerin yüksek eğitimli kişilerle karşılaştırıldığında ömür beklentilerinin de azaldığı gösterilmiştir. Blane ve ark. (2003) eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiyi 5 olası sebeple açıklamıştır:

- Eğitim çocukluk dönemi koşullarının bir göstergesi olup, bu koşulların erişkin sağlığı üzerinde uzun dönem etkisini yansıtıyor olabilir;
- Eğitim daha sonraki dönemdeki iş ve gelir durumuna etki eder ve bunlar erişkin sağlığını etkiler;
- Eğitim sayesinde sağlık eğitimine dair mesajlar daha iyi alınabilir ve uygulanabilir;
- Çocukluk dönemindeki bozuk sağlık durumu eğitimi kısıtlayabilir ve daha sonraki sağlık durumuna etki edebilir;
- Geri plandaki diğer başka değişkenler de eğitimi tamamlama ve sağlığı sürdürme kapasitesini etkileyebilir (38).

Bu çalışmada bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre bağımlılık durumundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlılığına bakıldığında GYA'lerinden banyo aktivitesinde, EGYA'lerinden de çamaşır yıkama aktivitesinde yalnız yaşayan

bireylerin daha bağımsız olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 17,18). Aydın ve ark.'nın (2009) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada da yalnız yaşayan bireylerin daha bağımsız olduğu bulunmuştur. Cingil ve Bodur'un (2008) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ise yalnız yaşayan bireylerin, ailesiyle birlikte yaşayan bireylere göre daha bağımlı olduğu bulunmuştur. Cingil ve Bodur'un çalışmasında, yalnız yaşayan bireylerin, bağımlılık oranının yüksek olmasında, genel sağlık durumlarının kötü olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi, yalnızlık nedeniyle ortaya çıkan psikolojik problemler nedeniyle GYA'ni yerine getirmede isteksizlik de olabilir. Bu çalışmada, yalnız yaşayan bireylerin genel sağlık durumunun, ailesiyle birlikte yaşayanlara oranla daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada hastalık süresi ile GYA ($p>0.05$) ve EGYA ($p>0.05$) arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 19,20). Bu çalışma bu açıdan literatür bilgisiyle benzer sonuçlar göstermemektedir. Ünsal ve Yetkin'nin (2005) çalışmasında KOAH'lı bireylerin hastalık şikayetlerini yaşadıkları zaman dilimi ile hastalıklarının GYA'ni etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İnce ve ark.'nın (2005) KOAH'lı bireylerle ilgili yaptığı çalışmada da hastalık süresiyle bağımlılık düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmadaki verilerin literatür bilgisiyle uyumlu olmamasında hastalık süresine ilişkin bilgilerin hastaların hafıza faktörüne dayandığından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Ünsal ve Yetkin'in (2005) araştırmasında, KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi ve yaşadığı yerin GYA üzerine önemli bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Elde edilen sonuçların bu bakımdan Taşçı'nın (1991) ve Gökmen'in (1992) çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. İnce ve ark.'nın (2005) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada da günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun yaş, cinsiyet, eğitim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

KOAH dışı hastalıklarla GYA ve EGYA'indeki bağımlılık-bağımsızlık durumuna bakıldığında; KOAH dışı sağlık problemi olan bireylerin özellikle giyinme, tuvalet, boşaltım ve çamaşır yıkama aktivitelerinde daha bağımlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 21,22). Cingil ve Bodur'un (2008) yaşlı bireylerle yaptığı çalışma da, kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre GYA'de daha bağımlı olduğu bulunmuştur. Uçku ve Ergin (1993) hiçbir kronik hastalığı olmayan yaşlılarda günlük

yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının %9.1 olduğunu, bir ya da daha fazla kronik hastalığı olan yaşlılarda bu oranın %28.8'e kadar arttığını saptamıştır. Sonuçlar bu açıdan paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada hastanede yatış sayısı ile GYA ve EGYA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve hastanede yatış sayısı arttıkça GYA'den banyo aktivitesinde (Tablo 23), EGYA'den de para idaresinde bağımlılığın arttığı bulunmuştur (Tablo 24). Banyo ve para idaresindeki değerlendirme istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

VI. SONUÇLAR

Bu bölümde, Sivas il merkezinde bulunan 200 KOAH'lı bireyin, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine yönelik, bulguların incelenmesi ile elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin %38,5'inin 60-69 yaş grubunda, %58,5'nin erkek, %65,5'nin evli olduğu, %48,5'nin okuryazar olmadığı, %50'sinin emekli, %41,5'nin ise ev hanımı ve tamamının bir sağlık güvencesi olduğu, %99.0'unun bir ekonomik gelir kaynağına sahip olduğu, %94,5'nin ise aile bireyleriyle birlikte yaşadığı (Tablo 1),

KOAH'lı bireylerin %34.5'i 1-5 yıl arasında KOAH tanısına sahip olup, %93'ünün daha öncede KOAH nedeniyle hastanede yattığı, %93.5'nin bu hastalık nedeniyle acile başvurmuş olduğu, %60'nın ise kontrollere gitmediği (Tablo 2),

Bireylerin %75.5'inde KOAH dışında sağlık probleminin olduğu, problemi olanların ise %90.1'nin osteoporozu olduğu, %0.7'sinin uyku apne sendromu yaşadığı (Tablo 2),

Bireylerin %7'sinin hastalık hakkında eğitim aldığı ve eğitim alan bireylerin ise %14.3'nün ise hemşireden eğitim aldıkları (Tablo 3),

Bireylerin %48.5'inin sigara kullandığı, %37.5'nin hastalık sonrası sigarayı bıraktığı, Sigara içmeye devam eden bireylerin %40.9'unun günde 1 paket sigara tükettiği, %90.9'nun sigarayı bırakmak istediği ve yalnız %13.6 sının sağlık personeline başvurduğu (Tablo 4),

Bireylerin %17.5'inin alkol kullandığı, %28.6'sının 30 yıl ve üzeri süredir alkol kullandığı (Tablo 4),

Bireylerin %35'inin 1- 5 yıl arasında, %31'inin de 6 -10 yıl arasında KOAH tedavisi için ilaç kullanmakta olduğu, bireylerin %92'sinin kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği, %87.5'inin kullandığı ilaçların etkisini bilmediği, %98'inin ise kullandığı ilaçların yan etkisini bilmediği, %47'sinin ilaçları önerilen şekilde kullanmadığı (Tablo 5),

Bireylerin %73'ünün evde bir cihaz kullanmakta olduğu, bu bireylerden %84.9'unun nebulizatör, %67.1'inin oksijen konsantratörü, %8.9'ununda bipap kullandığı, evde cihaz kullanmak zorunda olan bireylerden %87.7'si cihaz kullanımında bir sorun yaşamaz iken, %12.3'ü cihaz kullanmada sorun yaşadığını, cihazı kullanmada sorun yaşayan bireylerden %33.3'ü ekonomik nedenlerden dolayı,

%22.2'si ise maskenin kendilerini daraltmasından dolayı düzenli kullanmadığını (Tablo 6),

Evde oksijen konsantratörü kullanan 98 hastadan, %65.3'ünün oksijeni düzenli kullanmadığı, oksijeni düzenli olarak kullanmayanların, %21.9'u oksijen kullanmanın hareketlerini kısıtladığını, %10.9'u ise günde 16 saat kullanmasının gerekli olduğuna inanmadığı için kullanmadığı (Tablo 7),

Bireylerin banyo (%60.6) ve boşaltım (%59.1) aktivitesinde yarı bağımlı olduğu, giyinme (%67.2), tuvalet (% 81.3), hareket (% 87.4), beslenme (%86.4) aktivitelerinde ise bağımsız olduğu, GYA ölçeğinden aldıkları toplam puanlar değerlendirildiğinde ise %90.9' nun bağımsız olduğu (Tablo 9),

Bireylerin alışveriş yapma (%46.5), yemek hazırlama (%40.9), ev işlerini yapma (%57.1), çamaşır yıkama (%73.7) aktivitelerinde bağımlı, ulaşım araçlarını kullanma (%60.1) ve para idaresinde (%48.5) yarı bağımlı, telefon kullanma (%51.0) ve ilaç kullanmada (%67.2) ise bağımsız oldukları, EGYA ölçeğinden aldıkları toplam puanlar değerlendirildiğinde ise, %58.1' nin yarı bağımlı olduğu (Tablo 10),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 11), eğitim düzeyinin (Tablo 15), hastalık süresinin (Tablo 19), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 21), banyo aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenirken ($p>0.05$), yaşın (Tablo 13), aile bireyleriyle birlikte yaşamının (Tablo 17) ve hastanede yatış sayısının (Tablo 23), banyo aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş ve hastanede yatış sayısı arttıkça bireylerin banyo aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 13,23), yalnız yaşayan bireylerin ise banyo aktivitesinde daha bağımsız olduğu (Tablo 17),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 11), eğitim düzeyinin (Tablo 15), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 17), hastalık süresinin (Tablo 19), hastanede yatış sayısının (Tablo 23), giyinme aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 13) ve KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 21), giyinme aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş arttıkça bireylerin giyinme aktivitesindeki bağımlılığının arttığı belirlenirken (Tablo 13), KOAH dışı sağlık problemi olan bireylerin giyinme aktivitesinde daha bağımlı olduğu (Tablo 21),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 11), yaşının (Tablo 13) eğitim düzeyinin (Tablo 15), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 17), hastalık

süresinin (Tablo 19), hastanede yatış sayısının (Tablo 23), tuvalet aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenirken ($p>0.05$), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 21), tuvalet aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$). KOAH dışı sağlık problemi olan bireylerin tuvalet aktivitesinde daha bağımlı olduğu (Tablo 21) ,

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 11), eğitim düzeyinin (Tablo 15), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 17), hastalık süresinin (Tablo 19), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 21), hastanede yatış sayısının (Tablo 23), hareket aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 13) ise hareket aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş artıka bireylerin hareket aktivitesindeki bağımlılığının artığı (Tablo 13),

KOAH'lı bireylerin; yaşının (Tablo 13), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 17), hastalık süresinin (Tablo 19), hastanede yatış sayısının (Tablo 23), boşaltım aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetinin (Tablo 11), eğitim düzeyinin (Tablo 15), KOAH dışı sağlık probleminin varlığının (Tablo 21), boşaltım aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), kadınların boşaltım aktivitesinde erkeklerden daha bağımlı olduğu, eğitim seviyesi artıka bağımlılığın azaldığı, KOAH dışı sağlık problemi olan bireylerin boşaltım aktivitesinde daha bağımlı olduğu (Tablo 11,15,21),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 11), eğitim düzeyinin (Tablo 15), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 17), hastalık süresinin (Tablo 19), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 21), hastanede yatış sayısının (Tablo 23), beslenme aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 13) ise beslenme aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş artıka bireylerin beslenme aktivitesindeki bağımlılığının artığı (Tablo 13),

KOAH'lı bireylerin; aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), telefon kullanma aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetin (Tablo 12), yaşın (Tablo 14), eğitim düzeyinin (Tablo 16) ve hastanede yatış sayısının (Tablo 24) telefon kullanma aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), kadınların daha bağımlı olduğu, eğitim düzeyi azaldıkça, yaş

ve hastanede yatış sayısı artıkça bireylerin telefon kullanma aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 12,16,14,24),

KOAH'lı bireylerin; aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), alışveriş yapma aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetin (Tablo 12), yaşın (Tablo 14), eğitim düzeyinin (Tablo 16), ise alışveriş yapma aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), kadınlar alışveriş yapma aktivitesinde daha bağımlı olduğu, yaş artıkça, eğitim düzeyi azaldıkça bireylerin alışveriş yapma aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 12,14,16),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 12), eğitim düzeyinin (Tablo 16), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), yemek hazırlama aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 14) ise yemek hazırlama aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş artıkça bireylerin yemek hazırlama aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 14),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 12), eğitim düzeyinin (Tablo 16), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), ev işi yapma aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 14) ise ev işi yapma aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş artıkça bireylerin ev işi yapma aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 14),

KOAH'lı bireylerin; eğitim düzeyinin (Tablo 16), hastalık süresinin (Tablo 20), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), çamaşır yıkama aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetin (Tablo 12), yaşın (Tablo 14), aile üyeleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), ise çamaşır yıkama aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), erkekler ile KOAH dışı sağlık problemi olanlar ve aile üyeleriyle birlikte yaşayan bireylerin daha bağımlı olduğu, yaşın artıkça da bireylerin çamaşır yıkama aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 12,22,18,14),

KOAH'lı bireylerin; aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), ulaşım araçlarını kullanma aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetin (Tablo 12), yaşın (Tablo 14), eğitim düzeyinin (Tablo 16), ise ulaşım araçlarını kullanma aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), kadınların daha bağımlı olduğu, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça bireylerin ulaşım araçlarını kullanma aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 12,14,16),

KOAH'lı bireylerin; cinsiyetinin (Tablo 12), eğitim düzeyinin (Tablo 16), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), hastanede yatış sayısının (Tablo 24), ilaç kullanma aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), yaşın (Tablo 14) ise ilaç kullanma aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş artıkça bireylerin ilaç kullanma aktivitesindeki bağımlılığının arttığı (Tablo 14),

KOAH'lı bireylerin; yaşının (Tablo 14), aile bireyleriyle birlikte yaşamasının (Tablo 18), hastalık süresinin (Tablo 20), KOAH dışı sağlık probleminin (Tablo 22), para idaresi aktivitesindeki bağımlılık-bağımsızlık durumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), cinsiyetinin (Tablo 12), eğitim düzeyinin (Tablo 16) ve hastanede yatış sayısının (Tablo 24) para idaresi aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), kadınların para idaresi aktivitesinde daha bağımlı olduğu (Tablo 14), hastanede yatış sayısı arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça bireylerin daha fazla bağımlı olduğu (Tablo 16,24),

VII. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. KOAH'ın bireyin bağımlılık düzeyinde etkili olmasından dolayı, hastanın kendi ortamında bağımsızlığını destekleyen evde bakım programlarının oluşturulması ve bu programının ulusal sağlık politikaları içine entegre edilmesi,
2. Eğitim durumu enstrümental günlük yaşam aktivitelerini etkilediğinden, okuma yazma kurslarının başlatılması, okuma bilincinin artırılması,
3. Kadınların EGYA ve GYA'deki bağımlılık oranlarının daha yüksek olması göz önüne alınarak, özellikle KOAH açısından riskli kadınlara yönelik hizmetlerin üreme çağından başlatılıp, artırılması,
4. KOAH'lı bireylerin hastalık hakkında eğitim alma oranlarının düşük bulunması nedeniyle, hastaların eğitimine hastaneye kabul süreciyle başlanılarak, evde halk sağlığı hemşireliği uygulamaları ile devam ettirilmesi,
5. KOAH'lı bireylerin aktif ve pasif bir şekilde sigara içme oranlarının yüksek olması nedeniyle sigaranın zararları ve sigara içmeyen kişilerin ise pasif içici konumunda kendilerini sakınmaları konusunda toplumun bilgilendirilmesi yönünde hemşirelerin eğitici bir rol oynaması,

Bu araştırma sonucunda aşağıdaki araştırmaların yapılması önerilebilir:

- KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırmalar,
- Vaka-kontrol araştırmaları ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarının karşılaştırılması,
- KOAH'lı bireylerle başka bir kronik hastalığa sahip bireylerin GYA'deki bağımlılık durumlarının karşılaştırılması

VIII. KAYNAKLAR

1. Acar, N. (2002). KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 92s.
2. Acıcan, T. (2002). KOAH Akut Atağında İnfeksiyöz Nedenler ve Antibiyotik Tedavisi, KOAH Akut Atak Tanı ve Tedavi Güncel Akciğer Hastalıkları Serisi, 72-100.
3. Açıksöz, S. ve Uzun, Ş. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 8-16.
4. Akal, Ç. (2005). Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 123s.
5. Aksayan, S. ve Cimete G. (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri, 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi, İstanbul,24-26 Eylül, 79-90.
6. Alkan, H. ve ark. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Ev Rehabilitasyon Programının Etkinliği, Türk Fiz. Tıp Rehab. Der., 52(2), 51-54.
7. Altun, İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Durumlarında Zorlanma Durumları, 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi, İstanbul,24-26 Eylül, 71-78.
8. Ambrosino, N. ve Stambi, S. (2004). New Strategies to Improve Exercise Tolerance in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Eur Respir J, 24, 313-322.
9. Angela Y.C., Tong M.S. (2002). The Validation of the Hong Kong Chinese Version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for Institutionalized Elderly Persons, Occupation Participation and Health, 22(4),132-142.

10. Annegarn J., Meijer K., Passos V.L. ve ark. (2011). Problematic Activities of Daily Life are Weakly Associated With Clinical Characteristics in COPD, J Am Med Dir Assoc., Feb 15.
11. Aras, A. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 112s.
12. Arnold, R., Ranchor, A.D. ve Koeter, G.H. (2006) Changes in Personal Control as a Predictor of Quality of Life After Pulmonary Rehabilitation, Patient Education and Counseling, 61, 99-108.
13. Artış, S. (2004). Mesleki Etkenler Solunum Sisteminde Nasıl Etkili Olurlar? Mesleki Çevrede Karşılaşılan İn hale Edilebilir Etkenlerin Sağlık Sorunu Oluşturabilmelerini Belirleyen Kişisel Faktörler, Solunum, 6(6), 255-261.
14. Atasever, A. ve Erdiñ, E. (2003). KOAH Erken Tanısı, Toraks Dergisi, 4(1), 82-87.
15. Atasever, A. ve Erdiñ, E. (2004). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında İn hale Kortikosteroid Tedavideki Güncel Yaklaşımlar, Solunum, 6(3), 128-133.
16. Atasever, A., Başoğlu, K.Ö. ve Bacakoğlu, F. (2005). Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Toraks Dergisi, 6(1), 25-30.
17. Aydın, Z.D., Ersoy, İ.H., Baştürk, A. ve ark. (2009). Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler, Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri, 2, 9-18.
18. Balcı, K. (1993). Goğus Hastalıkları, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 315-349.
19. Barış, İ. (1998). Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım Kitabı, 3. Baskı, Atlas Kitapçılık, 101-120

20. Basia, B., Steele, B.G, Hunziker, J., Lakshminaryan, S., Holt, L. ve Buncher, D. (2001) Correlates of Physical Activity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nurs Res*, 195-202.
21. Başoğlu, K.Ö. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astım Ataklarının Tanım ve Tedavisi: Benzerlikler ve Farklılıklar Nelerdir? *Dispne*, 2(7), 39-44.
22. Baybek, S. ve Beder, S. (1992). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 1(9), 289-290.
23. Baygören, S. (1997). KOAH Akut Ataklarında Solunum Eğitimi ve Fizyoterapisinin Depresyon ve Anksiyete Skalalarına ve Akciğer Fonksiyonlarına Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 89s.
24. Baykal, Y. (1976). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Üzerinde Epidemiyolojik Bir Araştırma, *Tüberküloz ve Toraks*, 24, 3-18.
25. Bayram, H. (2004). Dış Ortam Hava Kirliliği ve Etkileri, *Solunum*, 6(6), 276-282.
26. Bayram, H. ve Dikensoy, Ö. (2006). Hava Kirliliği ve Solunum Sağlığına Etkileri, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54(1), 80-89.
27. Biçer, S. (1996). 60 + Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 79s.
28. Birol, L. (2003). Bronş ve Akciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: in:Akdemir N., Birol L. (eds) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 368-378.
29. Birol, L., Akdemir, N. ve Bedük, T. (1997). İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara.
30. Blane, D. (2003). Commentary: Explanations of the Difference in Mortality Risk Between Different Educational Groups, *Int J Epidemiol*, 32, 355-356.

31. Canobbia, M. (1996). *Mosby's Handbook of Patient Teaching*. St Louis: Mosby Year Book Co., St Louis, 200-204.
32. Casaburi, R. (2000). Skeletal Muscle Function in COPD, *Chest*, 117, 267-271.
33. Celi, R.B. (2004). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan 62 Yaşında Bir Kadın Hasta, *JAMA*, 17(5), 314-321.
34. Chapman, S., Robinson G. ve Stradling J. (2007). *Solunum Hastalıkları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitapevleri(Çeviri:Çetinkaya, E.,Tuna, A.), İstanbul.
35. Ciesla J.R., Shi L., Stoskopf C.H., Samuels M.H. (1993). Reliability of Katz's Activities of Daily Living Scale When Used in Telephone Interviews, *Eval Health Prof*, 16(2),190-203.
36. Cingil, D. ve Bodur, S. (2008). Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik ve Medikal Özelliklerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 11(3), 33-39.
37. Çil A., Olgun N. (2004). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Hemşirelik Bakımı ve Eğitimi, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2), 1-7.
38. Çil, A. ve Olgun, N. (2005). KOAH'ın Pulmoner Rehabilitasyon ile Yönetimi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1),103-113.
39. Dalkılıç, O. (2006). KOAH'ın Epidemiyolojisi, *Klinik Aktüel Tıp*, 11(9),5-9.
40. Decramer, M., Benedetto, F., Ponte, A. ve Marinari, S. (2005). Systemic Effect of COPD, *Respiratory Medicine*, 99, 3-10.
41. Demir, A.U. (2002). KOAH Epidemiyolojisi. in: Çöplü L.(ed) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Modern Tıp Seminerleri*: 23, 1-9.
42. Demir, M. (2008). *Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 100s.

43. Deveci, F., Tuğ, T. ve Turgut, T. (2005). KOAH Olgularında Beslenme Durumu, Solunum Fonksiyonları ve Egzersiz Performansı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 53(4), 330-339.
44. Deveci, F., Turgu, T. ve Akbulut, H. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan ve Sigara İçen Sağlıklı Olgularda Serum İmmünglobulin Düzeyleri, *Solunum Hastalıkları*, 4(13), 246-255.
45. Eaton, T., Lewis, C., Young, P. Et al. (2004). Long-term Oxygen Therapy Improves Health-Related Quality of Life, *Respiratory Medicine*, 98, 285-293.
46. Eeden, S.F. ve Sin, D.D. (2008). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Chronic Systemic Inflammatory Disease, *Respiration*, 75, 224-238.
47. Elçi, A. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Verilen Sağlık Eğitimi ve Pulmoner Rehabilitasyonun Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 130s.
48. Elkingtona, H., Whitea, P., Addington Hallb, J., Roger, Higgsa ve Catherine, P. (2004). The Last Year of Life of COPD: A Qualitative Study of Symptoms and Services, *Respiratory Medicine*, 98, 439-445.
49. Elkingtona, H., Whitea, P., Addington Hallb, J., Roger, Higgsa ve Catherine, P. (2005). The Healthcare Needs of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in The Last Year of Life, 19, 485-491.
50. Engström, C.P., Persson, L.O., Larsson, S., Ryden, A., Sullivan, M. (1996). Functional Status and Well Being in Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Regard to Clinical Parameters and Smoking: a Descriptive and Comparative Study, *Thorax*, 825-830.
51. Erci, B. (2009). Evde Bakımda Halk Sağlığı Hemşireliği, Erci B.(Ed.),Gökтуğ Yayıncılık, Ankara, 53-63.
52. Erdinç, E. ve ark. (2000). Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi, *Toraks Dergisi*, 1(2), 1-25.

53. Ergan, B. ve öplü, L. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hacettepe Tıp Dergisi, 32(2), 100-105.
54. Ergün, Ö.G., Bozdemir, N., Uğuz, Ş., Güzel, R., Burgut, R. ve Saatçi, E. (2003). Adana Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi, 6(3), 89-94.
55. Erk, M. (2001). Göğüs Hastalıkları Kitabı, Santay Kitabevi, İstanbul, 2. cilt, 663-688.
56. Erk, M. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yapısal Değişikliklerin Akciğer Fonksiyonu ile İlişkisi, Toraks Dergisi, 1(3), 71-76.
57. Esen, H. (2008). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 112s.
58. Ferrer, M., Alonso, J., Morera, J., Marrades, R., Khalaf A. ve Aguar C. (1997). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stage and Health Related Quality of Life, Ann Intern Med, 127, 1072-1079.
59. Fricke, J. ve Unsworth, C. (1998). Occupational Therapists' Conception of Instrumental activities of Daily Living in Relation to Evaluation and intervention with Older Clients, Scand J Occup Ther, 5, 180-191.
60. Fuchs, Z., Blumstein, T., Novikov, I. (1998). Prevalence of Disability Among Community-Dwelling Oldest-Old in İsrail, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 53, 447-455.
61. Gadoury M.A, Schwartzman K., Rouleau M., Maltais F., Julien M., Beaupre A. (2005). Self-Management Reduces Both Short- and Long-Term Hospitalisation in COPD, Eur Respir J, 26, 853-857.
62. Gallefoss F., Bakkeper, S. and PAL, K.J. (1999). Quality of Life Assessment after Patient Education in a Randomized Controlled Study on Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Am. J. Respir. Crit. Care Med., 159(3), 812-817.

63. Garcia-Aymerich J., Felez, M.A, Escarrabill, J., Marrades R.M., Morera J., Elosua R. ve Antö J.M. (2004). Physical Activity and Its Determinants in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Med Sci Sports Exerc*, 36, 1667-1673.
64. Gea, J. ve Barreiro, E. (2008). Update On The Mechanisms Of Muscle Dysfunction in COPD, *Arch Bronconeumol*, 44, 328-37.
65. Gencer, M. ve Ceylan, E. (2006). KOAH'ın tanımı, Fizyopatolojisi, Semptomları ve Bulguları, *Klinik Aktüel Tıp*, 11(9), 16-23.
66. Gezegen, A., Erk, M., Müsellim. B., Demir, T. ve Mutlu, B. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Üst Ekstremitte Egzersizlerinin Yaşam Kalitesine ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi, *Solunum*, 3, 60-65.
67. Gökoğlu, F., Bilgin, G. ve Okumuş, M. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Ayaktan Takip Edilen Hastaların Pulmoner Rehabilitasyon Sonrası Kısa Dönem Sonuçları, *Toraks Dergisi*, 7(3), 173- 177.
68. Görgülü, Ü. (2003). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 108s.
69. Graciani, A., Banegas, J.R., López-García, E. ve ark. (2004). Prevalence of Disability and Associated Social and Health-Related Factors Among the Elderly in Spain: a Population-Based Study, *Maturitas*, 48, 381-92.
70. Green, W. (1998). Patient Education, Springhouse Corporation, 61-68.
71. Güner, A. (2001). KOAH' lı Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 149s.
72. Güner, A. ve Atak, N. (2002). KOAH'lı Hastalarda Sağlık Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 50(4), 451-460.

73. Gürses, N. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Ekim, N. ve Çavdar, T. (Ed.), Toraks Kitapları, İstanbul,213-224.
74. Gwendolyn, J.A. (1981). Home Care Program for Patients with Chronic Lung Disease, Nurs Clin North Am, 16, 259-273.
75. Hamrin E., Lindmark B. (1988). Reliability and Validity of Katz ADL Index, Scand J. Caring Sci., 2(3),113-122.
76. Hansell, A.L., Walk J.A. ve Soriano J.B. (2003). What do Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Die From? A Multiple Case Coding Analysis, Eur. Respir. J., 22, 809-814.
77. Hernandez, M.,Rubio, T.,Ruiz, F. (2000).Result of A Home -Based Training Program For Patients with COPD,Chest 118, 1-6.
- 78.Hilling, L. ve Fahy, B. (2003). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Sendrom Dergisi, 2(11), 1-25.
79. Hogg, J. (1997). Latent Adenoviral İnfections in the Pathogenesis of COPD, Eur Respir Rev, 7, 216-220.
80. Howard, P., Waterhouse, J.C ve Billings, C.G. (1992). Compliance with Long- Term Oxygen Therapy by Concentrator, Eur Respir J, 5,128-129.
81. Ikeda, A., Nishimura, K., Koyama, H. ve ark. (1996). Dose Response Study of Ipratropium Bromide Aerosol on Maximum Exercise Performance in Stable Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Thorax, 51(1), 48-53.
82. İnce, D., Savcı, S. ve Çöplü, L. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Toraks Dergisi, 6(1),31-36.
- 83.İzmiroğulları, G. (2002). Hafif- Orta- Ağır KOAH'lı Olgularda Yaşam Kalitesi, Solunum Fonksiyonu ve Fonksiyonellik Değerlendirme Sonuçları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

84. Jagger, C., Matthews, R., Melzer, D. ve ark. (2007). Educational Differences in the Dynamics of Disability Incidence, Recovery and Mortality: Findings From the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS), *Int J Epidemiol*, 36: 358-65.
85. Jones, I., Kirbiy, A., Ormiston, P. ve ark. (2007). The Needs of Patients Dying of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Community, *Family Practice*, 21, 310-313.
86. Kanervisto M., Saarelainen S., Vasankari T. ve ark. (2010). COPD, Chronic Bronchitis and Capacity for Day-to-Day Activities: Negative Impact of Illness on The Health-Related Quality of Life, *Chronic Respiratory Disease*, 7(4), 207-215.
87. Kara, M. ve Aşti, T. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Evde Bakımı, *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi* 3(4), 75-81.
88. Karahan, A. ve Güven, S.(2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.
89. Kaya, E., Özbek, S., Tekin, A., Ergin, S. ve Yaman, A. (2010). KOAH'lı Yaşlı Hastalarda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 13(2), 111-116.
90. Kayahan, B., Karapolat, H., Atyntoprak, E., Atasever, A. (2006). Psychological Outcomes of an Outpatient Pulmonary Rehabilitation Program in Patients with Choronic Obstructive Pulmonary Disease, *Respiratory Medicine* 100, 1050-1057.
91. Keskinoğlu, P., Bilgiç, N., Pıçakçıefe, M. ve Uçku, R. (2003). İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı, *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1), 27-30.
92. Kocabaş, A. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Epidemiyoloji ve Doğal Gelişim, Umut, S. ve Erdinç, E. (Ed.), *Toraks Derneği Toraks Kitapları Serisi No:2*, Ankara 2000, 8-25.

93. Kocabaş, A. (2008). Günümüzde KOAH Epidemiyolojisi: Giderek Büyüyen, Fakat İhmal Edilen Bir Küresel Salgın, XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara, 21-25 Ekim, s.122-133.
94. Koçyiğit, E. (2002). Akciğer Hastalıkları İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bilimler Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 145-158.
95. Koçyiğit, E. (2007). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisi, Nobel Medicus, 3(1), 4-11.
96. Korkmaz, T. (2008). Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanısı İle Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 76s.
97. Kurtar, N.P. ve ark. (2007). Uzun Süreli Oksijen Tedavisinin Etkinliği ve Hasta Uyumu, Toraks Dergisi, 8(3),163-169.
98. Lahaije, A.J.M.C., Van Helvoort, H.A.C., Dekhuijzen, P.N.R. ve Heijdra, Y.F. (2010). Physiologic Limitations During Daily Life Activities in COPD Patients, Respiratory Medicine, 104, 1152-1159.
99. Larson, J.L. (2006). Functional Performance and Physical Activity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Theoretical Perspectives, COPD, 4, 237-242.
100. Leidy, N.K. (2007). Subjective Measurement of Activity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD, 4, 243-249.
101. Levis, S.M., Colliler, I.C. ve Heitkemper, M.M. (1996). Medical-Surgical Nursing, fourth Edition, Mosby Year Book Inc. St. Louis, 682-721.
102. Liesker, J. Et al. (2004). Cognitive Performance in Patients with COPD, Respiratory Medicine, 98, 351-356.
103. Macnee, W. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 2007 Güncellenmesi, American Journal Of Respiratory and Critical Care Medicine, 177, 820-829.

- 104.Mador, M.J., Bozkanat, E. (2001). Skeletal Muscle Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Respiration* 2, 216-224.
- 105.Mannino, D.M. ve Holguin, F. (2006). Epidemiology and Global Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Respiratory Medicine COPD Update* 1, 114-120.
- 106.Moody, L., McCormick, K. ve Williams, A. (1990). Disease and Symptom Severity, Functional Status, and Quality of Life in Chronic Bronchitis and Emphysema (CBE), *J Behav Med*, 23, 297-306.
- 107.Okubadeje, A.A., O'Shea, L., Jones, P.W. ve Wedzicha, J.A. (1997). Home assessment of Activities of Daily Living in Patients With Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Long-Term Oxygen Therapy, *Eur Respir J*, 10, 1572-1575.
- 108.Okumuş, G. ve ark. (2000). Evde Sürekli Oksijen Tedavisi Verilen Hastalarda Tedaviye Uyum, *Toraks Derneği Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi*, Nisan, 54.
109. Öbek , A. (1990). İç Hastalıkları, 4. Baskı, Güneş Kitabevi, İstanbul, 440-447.
- 110.Örsel O. ve ark. (2005). Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 53(4),354-361.
- 111.Özlü, T. ve Bülbül, Y. (2001). *Temel Göğüs Hastalıkları Tanı ve Tedavi*, Trabzon.
- 112.Öztek, Z. ve Kubilay, G. (1998). *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- 113.Pepin, J.L., Barjhoux, C.E. ve Deschaux C. (1995). ANTADIR Working Group on Oxygen Therapy: Long- Term Oxygen Therapy at Home: Compliance with Medical Prescription and Effective Use Therapy, *Chest*, 109,1144-1150.

- 114.Pitta, F., Troosters, T., Spruit, M.A., Probst, V.S., Decramer, M. ve Gosselink, R. (2005). Characteristics of Physical Activities in Daily life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 171, 972-977.
- 115.Potter, P.A. ve Perry, A.G. (1997). *Fundamentals of nursing*. St Louis: Mosby Year Book Inch.,3-13.
- 116.Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., Sherif, K., Wilt J.T. ve Weinberger, S. (2007). Owens DK for The Clinical Efficacy Assessment of The American College of Physicians. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline From The American College of Physicians, *Ann Intern Med*, 147, 633-638.
- 117.Restrick, L.J., Paul, E.A. ve Braid, G.M. (1993). Assesment and Follow up of Patients Prescribed Long-Term Oxygen Treatment, *Thorax*, 48, 708-713.
- 118.Roper, N., Logan W.W., Tiemey, A.J. (1999). *The Elements of Nursing* 4thed. Edinburg: Churcill Livingstone, 3-60.
- 119.Ross-Plummer B. (2000). Best practice: Preparing Patients with Astma for Discharge. *Respiratuar Care, Nurs Times Plus*, 96, 13-15.
- 120.Samurkaşoğlu, B. (2002). Risk Faktörleri ve Patogenezi. in: Çöplü L.(ed) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Modern Tıp Seminerleri*: 23, 11-23.
- 121.Saraçoğlu, İ. ve Bilgiç, İ. (1999). Kronik Bronşit, *Amfizem İn.: Özyardımcı N. (ed) Nonspesifik Akciğer Hastalığı*, 1, 360-449.
- 122.Savcı, S. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Sigara İçme, Akciğer Fonksiyonları ve Dispne Algılama Arasındaki ilişki, *Genel tıp dergisi* 11(1), 11-13.
- 123.Schonhofer, B., Ardes, P., Geibel, M., Kohler D. ve Jones P.W. (1997). Evaluation of a Movement Detector to Measure Daily Activity in Patients with Chronic Lung Disease, *Eur Respir J*, 10, 2814-2819.

- 124.Schrier, A.C., Dekker F.W., Kaptein A.A., Dijkman J.H. (1990). Ouality of Life in Elderly Patients with Chronic No-Specific Lung Disease Seen in Family Practice, *Chest*, 98, 894-899.
- 125.Sloves, B.S. ve Brigham, K.L. (2002). Obstrüktif Akciğer Hastalığı: in: Andreoli T.E, Carpenter C.C. J., Griggs R.C, Loscalzo J. (eds) *Cecil Essentials of Medicine (5thed)*, Nobel Tıp kitabevleri, 187-189.
- 126.Smeltzer, S.C. ve Bare B.G. (2000). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 9th ed.*, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 446-460.
- 127.Sockrider, M.M., Wolle, J.M. (1996). Helping Patients Better Adhere to Treatment Regimens, *The Strategies for Asthma, COPD, CF and Tuberculosis*, *The Journal Of Respiratory Disease*, 17(4), 299-303.
- 128.Solak, A.Z., Başoğlu, K.Ö. ve Erdinç, E. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olgularında Sigarayı Bırakma Başarısı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54(1), 43-50.
- 129.Solak, A.Z., Göksel, T., Erdinç, E. ve Üstün, H. (2002). Sigara İle İlişkili Ciddi Akciğer Hastalığı Olanların Sigara İçen Yakınlarında Sigara Bırakma Tedavisi, *Toraks Dergisi*, 3(3), 248-252.
- 130.Solak, A.Z., Telli, G.C, Erdinç, E. (2003). Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları, *Toraks Dergisi*, 4(1), 73-77.
131. Stephen, R. (2003). KOAH Nedenlerinin Gözden Geçirilmesi, *Sendrom Dergisi*, 11(7), 20-46.
- 132.Şahbaz, M. ve Tel, H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(2), 85-93.
- 133.Şahbaz, S. ve Kılınç, O. (2005). Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, *Sted*, 14(5), 98-102.

134. Taşcı, S. (1991). Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Olumsuz Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 61s.
135. Tatlıcıoğlu, T. (2002). Tedavi Prensipleri, in: Çöplü L.(ed) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Modern tıp seminerleri, 23, 37-65.
136. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kronik Havayolu Hastalıklarının (Astm-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı, Ankara İnternet adresi:
<http://www.saglik.gov.tr/GARD/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA91171E62F0FF15305DF63DF09F5FDEC>
137. Tel, H. (1998). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yaşam Kalitesinin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 152s.
138. Tel, H. ve Akdemir, N. (1998). KOAH'lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Baş Etme Durumlarına Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2),44-52.
139. Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve Kurumda Yaşayan 60 ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Yalnızlık Yaşama Durumu, Turkish Journal of Geriatrics, 9(1), 34-40.
140. Tattersel, M.J. (1993). Asthma Patients Knowledge in Relation to Compliance with Drug Therapy, J Adv Nursing, 18,103-113.
141. The National Lung Health Education Program (1998) Chest, 113 (Suppl 2), 123-163.
142. Thorn, J., Norhall M. ve Larson, R. (2008). Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde KOAH Takip ve Tedavisi: Batı İsveç'te Anket Çalışması, Primary Care Respiratory Journal, 17, 26-31.
143. Timby, B.K. (2001). Fundamentals Skills and Concepts in Patient Care. 7thed., Philadelphia, Lippincott Williams /Wilkins, 89-95.

144. Troosters T., Sciurba F., Battaglia S. ve ark. (2010). Physical Inactivity in Patients with COPD, a Controlled Multi-Center Pilot-Study, *Respir Med.*, 104(7), 1005-1011.
145. Turay, Ü. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Beslenme, 28. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği Ulusal Kongresi Kitabı, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 20-23 Eylül, s.61.
146. Turhanoğlu, A.D., Saka, G., Karabulut, Z. ve ark. (2000). Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürülük ve Kronik Hastalık Sıklığı, *Geriatrici*, 3, 146-150.
147. Tutluoğlu, B. (2003). Sigara Bırakma Yöntemleri, *Solunum*, 5(5), 230-236.
148. Türk, D. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Hastaların Sık Hastaneye Yatışlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 92s.
149. Türker, H. (2002). Oksijen Tedavisi, KOAH seminer notları -4, 49-51.
150. Uçku, R. ve Engin, S. (1993). Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 14(2), 1-5.
151. Umut, S. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Oksijen Tedavisi Ekim, N. ve Çavdar, T. (Ed.), *Toraks Kitapları*, İstanbul, 128-135.
152. Umut, S. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Atak: Antibiyotik Kullanımı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 31(11), 187-193.
153. Uzaslan, A. (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Genel Tedavi İlkeleri, *Akciğer Arşivi*, 1(1), 103-112.
154. Ünsal, A. ve Yetkin, A. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18(1), 42-53.

- 155.Vaes A.W., Wouters E.F., Franssen F.M. ve ark. (2011). Task-Related Oxygen Uptake During Domestic Activities of Daily Life in Patients With COPD and Healthy Elderly Subjects, *Chest*, 140(4), 970-979.
- 156.Velloso, M. ve Jardim R.J. (2006). Study of Energy Expenditure During Activities of Daily Living Using and Not Using Body Position Recommended by Energy Conservation Techniques in Patients with COPD. *Chest*, 130, 126-132.
- 157.Vergeret, J., Brambilla, C. ve Mounier, L. (1989). Portable Oxygen Therapy: Use and Benefit in Hypoxaemic COPD Patients on Long-term Oxygen Therapy, *Eur Respir J*, 2, 20-25.
- 158.Viegi, G., Scognamiglio, A., Baldacci, S., Pistelli, F. ve Carrozzi, L. (2001). Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), *Respiration*, 68, 4-19.
- 159.Viramontes, J.L., O'Brien, B. (1994). Relationship Between Symptoms and Health Related Quality of Life in Chronic Lung Disease. *J Gen Intern Med*, 9, 46-48.
- 160.Weaver, T.E., Therese, S.C. ve Narsavage, G.L. (1997). An Explanatory Model of Functional Status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Nurs Res*, 46:26-31.
- 161.Weilitz, P.C. ve Sciver T.V. (1996). Nursing Role in Management Obstructive Pulmonary disease. In Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM (eds). *Medical Surgical Nursing 4thed.*, St. Louis: Mosby Year Book, Inc.,701-730.
- 162.Weitzenblum, E. (1996). Observance of Long-Term Oxygen Therapy at Home, *Chest*, 109, 1135-1136.
- 163.Welte, T. ve Gronneberg, D.A. (2006). Asthma and COPD, *Experimental and Toxicologic Pathology*, 57, 35-40.

164. Wijnhoven, H.A.H., Kriegsman, D.M.W., Hesselink A.E., Haan M., Schellevis F.G. (2003). The Influence of Co-Morbidity on Health-Related Quality of Life in Asthma and COPD Patients, *Respir Med*, 97, 468-475.
165. Yıldırım, N. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: in: Dolar E. (ed) İç Hastalıkları, Nobel&Güneş Kitabevleri, İstanbul, 143-146.
166. Yıldırım, N. (2006). KOAH ve Reversibilite, *Dispne*, 2 (7), 49-54.
167. ZuWallack, R. (2007). How Are You Doing? What Are You Doing? Differing Perspectives in the Assessment of Individuals with COPD, 4, 293-297.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Dilek Yıldırım
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 04/06/1987
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Ferhat Bostan mah. 6.sok. Şirin apt. B blok 9/17, Sivas/Merkez
E-posta Adresi	dilek_hemsire2005@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Kongre Lisesi, 2004
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2011

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Servis hemşiresi, 2008-2010
Şarkışla Devlet Hastanesi	Servis hemşiresi, 2010- 2011
Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	Öğretim görevlisi, 2011-

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

THD

HEMAR-G

EK-1:**ANKET FORMU**

Hasta No:

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Hasta Adı-Soyadı:

KOAH evresi:

Adres:

Tel:

Cep Tel:

1. Cinsiyeti

1-Kadın

2-Erkek

2. Yaşı

3. Eğitim durumu

1-Okur yazar değil

4-Ortaokul

2-Okur yazar

5-Lise

3-İlkokul

6-Üniversite

4. Medeni durumu

1-Evli

3-Dul

2-Bekâr

4-Boşanmış

5. Mesleği

1-Memur

4-Emekli

7-Diğer

2-işçi

5-Ev hanımı

3-Serbest Meslek

6-İşsiz

6. Çalışma durumunuz nedir?

1.Tam gün çalışıyorum

2.Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyorum

3.Hiç çalışmıyorum

7. Sosyal güvencesi

1-Var

2-Yok

8. Ekonomik gelir kaynağınız nedir?

1.Yok

4.Çocuklarının geliri

2.Emekli maaşı

5.Eşinin geliri

3.Mal varlığı

6.Diğer

9. Birlikte yaşadığı kişiler

1-Aile bireyleri ile yaşıyor

2-Yalnız yaşıyor

3-Diğer

10. KOAH tanısı ilk olarak ne zaman konuldu?

1-)Bir yıldan az bir süre önce

4-)7-9 yıl önce

2-)1-3 yıl önce

5-)10 yıl+

3-) 4-6 yıl önce

11. KOAH nedeni ile daha önce hastaneye yattınız mı?

1-Evet

2.Hayır

12. Son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız?

1- Yatmadım

2- 1 kez yattım

3- 2 kez yattım

4- 3 kez yattım

5- 4 ve daha fazla yattım

13. Son bir yılda KOAH'a bağlı sıkıntılarınızla acil servise geldiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

3.Hatırlamıyorum

14. KOAH nedeniyle hastanede yatarken hastalığınızla ilgili eğitim aldınız mı?
1-Evet 2-Hayır 3.Hatırlamıyorum
15. Bu eğitimi kimden aldınız?
1-Hemşire 2-Doktor 3-Diğer
16. Size hangi konularda eğitim verildi?
1-KOAH'ın nedenleri hakkında
2-KOAH'ın nasıl bir hastalık olduğu konusunda
3-Hastalığın tedavisi konusunda
4-Hastalığın prognozu hakkında
5-Evde hastalık yöntemi hakkında (Hangi konularda verildiğini açıklayınız?)
6-Diğer
17. Verilen bilgiler yararlı oldu mu?
1.Evet 2.Hayır 3.Kısmen
18. KOAH nedeniyle düzenli bir şekilde kontrollere gidiyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
19. KOAH'ın dışında herhangi bir sağlık probleminiz var mı?
1-Evet 2-Hayır
20. KOAH dışındaki sağlık probleminiz nedir?
1-KAH 2-DM 3-HT 4-Böbrek yetmezliği 5-Pnömoni
6-Solunum yetersizliği 7-Diğer
21. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?
1-Evet 2-Hayır 3-Hastalık nedeniyle bıraktım
22. Ne kadar süredir sigara kullanmaktasınız?
1-) 1-5 yıl 4-) 16-20 yıl
2-) 6-10 yıl 5-) 21-25 yıl
3-) 11-15yıl 6-) 26+yıl
23. Günlük olarak ne kadar sigara içiyorsunuz?
1- 1paketten az/gün
2- 1 paket/gün
3- 1 paketten fazla/gün
24. Sigarayı bırakmak istiyor musunuz?
1-Evet 2-hayır
25. Sigarayı bırakmak için herhangi bir sağlık personeline başvurduunuz mu?
1-Evet 2-Hayır
26. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?
1.Evet 2.Hayır
27. Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz?
1-) 1-5 yıl 2-) 6-10 yıl 3-) 11-15 yıl 4-) 16-20yıl 5)21+yıl
28. Hastalığınız nedeniyle kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı?
1-Evet 2-Hayır
29. Hastalığınız nedeniyle ne kadar süredir ilaç kullanmaktasınız?
1-) 1-5yıl 2-) 6-10yıl 3-) 11-15 4-) 16+
30. Kullanmakta olduğunuz ilaçları isim olarak biliyor musunuz?
1-Tamamını isim olarak biliyor.
2-Bir kısmını isim olarak biliyor
3-Hiç birini isim olarak bilmiyor
31. Kullanmakta olduğunuz ilaçların etkisini biliyor musunuz?
1-Tamamının etkisini biliyor
2-Bir kısmının etkisini biliyor
3-Hiç birinin etkisini bilmiyor

32. Kullandığınız ilaçların yan etkileri nelerdir?
1-Hiç birini bilmiyor
2-Bir kısmını biliyor
3-Tamamını biliyor
33. İlaçlarınızı önerilen şekilde kullanabiliyor musunuz?
1-Evet 2-Hayır
34. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanmama nedenlerini açıklar mısınız?
1. Ağzımda yara yapıyor.
2. Çarpıntı yapıyor.
3. Her zaman kullanmak zorunda kalabilirim.
4. İlaçların faydasını görmüyorum.
5. Diğer
35. Evinizde kullandığınız cihaz var mı?
1.Evet 2.Hayır
36. Cevabınız evet ise kullandığınız cihazı belirtiniz?
1. Oksijen konsantratörü 2. Nebülizatör 3. CBAB/BPAP
37. Cihazını kullanmada sorun yaşıyor musunuz?
1. Evet(hangisi olduğunu belirtiniz?) 2.Hayır
38. Yaşadığınız sorunu belirtiniz?
39. Oksijeni düzenli olarak (15-16 saat) kullanıyor musunuz?
1. Evet 2.Hayır
40. Oksijeni düzenli olarak kullanmama nedeninizi belirtiniz?
1.Bağımlılık yapar.
2.Burnumda yara yapıyor.
3.Hareketlerimi kısıtlıyor.
4.Diğer.....
41. Hastalığınız nedeniyle almakta olduğunuz tedaviyi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1.Yeterli 2.Yetersiz
42. Sizce hastalığınız hastanede tedavi görmenin dışında evde de bakım ve tedavi gerektiriyor mu?
1-Evet 2-Hayır 3-Bilmiyorum
43. Ev koşullarında bakımınıza katkı verebilecek kişi/kişiler var mı?
1-Evet (yakınlığı...)
2-Hayır
44. Evde öksürük, balgam, dispne, halsizlik, yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, ilaç kullanımı ve cihaz kullanımı dışında sorun yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
45. Evde hastalığınız ile ilgili belirtilenler dışında bir sorun yaşadığınız zaman ne yaparsınız? Açıklar mısınız?
46. Sağlık ocağındaki hemşireden hastalığınızla ilgili danışmanlık alıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır

EK -II

GÜNLÜK YASAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1- BANYO

Puan

- a-Dus, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme (3)
b-Hiç yardıma ihtiyacı yok (3)
c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli (2)
d-Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli (2)
e-Hiç banyo yapamıyorum (1)

2- GİYİNME

- a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak (3)
b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor (3)
c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli (2)
d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor (1)

3- TUVALET

- a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor (3)
b-Destek için baston, sandalye kullanıyor (3)
c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor (2)
d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)

4-HAREKET

- a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor (3)
b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir (3)
c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor (2)
d-Yataktan çıkamıyor (1)

5-BOŞALTIM

- a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor (3)
b-Ara sıra kaçırma oluyor (2)
c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor (1)

6-BESLENME

- a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor (3)
b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor (2)
c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor (1)

.....toplam puan

EK-III

Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri

1-Telefon edebiliyor musunuz?

- | | |
|---|-----|
| A. Numaralar a bakıp telefonu çevirebilirim | 3pn |
| B. Numarayı biliyorsam telefonu çevirebilirim | 3pn |
| C. Telefonu çeviremem ama cevap verebilirim | 2pn |
| D. Telefonu hiç kullanmıyorum | 1pn |

2-Tek başınıza alışveriş yapabiliyor musunuz?

- | | |
|---|-----|
| A. Yardımsız her türlü ihtiyacımı alabilirim | 3pn |
| B. Ancak çok küçük alışverişleri yapabiliyorum | 3pn |
| C. Herhangi bir alışveriş için yanımda biri gerekli | 2pn |
| D. Hiç alışveriş yapmam | 1pn |

3-Tek başınıza yemek hazırlayabilir misiniz?

- | | |
|--|-----|
| A. Tek başıma uygun ve yeterli miktarda yemeği planlar, hazırlar ve servis yaparım | 3pn |
| B. Malzeme hazır ise yemeği hazırlarım | 3pn |
| C. Isıtıp servis yapabilirim | 2pn |
| D. Yemeği yardımsız hazırlayıp servis yapamam | 1pn |

4-Ev işlerini yapabiliyor musunuz?

- | | |
|--|-----|
| A. Yardımsız veya ara sıra yardımla evin bütün işlerini yapabilirim | 3pn |
| B. Tabak yıkamak, yatak yapmak, gibi hafif ev işlerini yapabilirim | 2pn |
| C. Hafif ev işlerini yapabilirim ama ancak kabul edilebilir bir temizlik derecesini sağlayamıyorum | 2pn |
| D. Bütün ev işlerini en çok yardımla yapabilirim | 2pn |
| E. Hiç ev işine bakmam | 1pn |

5-Çamaşır yıkayabilir misiniz?

- | | |
|--|-----|
| A. Kendi çamaşırlarımın tamamını yıkayabilirim. | 3pn |
| B. Çorap gibi küçük çamaşırları yıkayabilirim | 2pn |
| C. Bütün çamaşırları başkasının yıkaması gerekiyor | 1pn |

6-Ulaşım araçlarına binebiliyor musunuz?

- A. Tek başıma toplu ulaşım araçlarına binebilirim 3pn
B. Toplu ulaşım araçlarına binemem, taksiye binebilirim 3pn
C. Yanımda birisi olursa toplu ulaşım araçlarına binebilirim 2pn
D. Başka birinin yardımı olursa taksi veya otomobille kısıtlı bir süre gezebilirim 2pn
E. Hiçbir yere gidemem 1pn

7-Kendi ilacınızı içebiliyor musunuz?

- A. Doğru dozda ve zamanda ilaçlarımı alabilirim 3pn
B. Daha önceden dozları ayarlanıp hazırlanırsa alabilirim. 2pn
C. Kendi ilacımı alamam 1pn

8-Paranızı idare edebiliyor musunuz?

- A. Mali işlerimi tek başıma ayarlayabilir, tasarruf yapabilirim (bütçe yapmak, çek yazma, bankaya gitmek gibi). 3pn
B. Günlük küçük alışverişlerin hesaplarını yapabilirim ancak büyük alışverişler banka hesapları için yardıma ihtiyacım var. 2pn
C. Hiç para hesabı yapamıyorum 1pn

.....**toplam puan**