



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER
HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ**

Yüksek Lisans Tezi

Merve Dilek DÖNMEZ

**Samsun
2018**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER
HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ**

Yüksek Lisans Tezi

Merve Dilek DÖNMEZ

Doktor Öğretim Üyesi Birsen ALTAY

**Samsun
2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Merve Dilek DÖNMEZ tarafından Doktor Öğretim Üyesi Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 20 / 04 / 2018 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Huriye Demet CABAR (Sinop Üniversitesi)



Üye : Doktor Öğretim Üyesi Birsen ALTAY (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / / 2018

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım Sayın Doktor Öğretim Üyesi Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, minnetlerimi sunar, teşekkür ederim.

Çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen babam Aziz BAYYURT, annem Hatun BAYYURT, kardeşim Gizem Şura BAYYURT ve yeğenim Oğuzcan BAYYURT'a, saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde beni destekleyen ve hep daha iyisini yapabileceğim konusunda cesaret veren sevgili eşim Nuh Dündar DÖNMEZ'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Bir ışık gibi hayatıma doğan ve yaşamın, nefes almamın değerini artıran, mucizevi anlar yaşatan biricik oğluma sevgilerimi sunar teşekkür ederim.

ÖZET

KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ

Amaç:Bu araştırma Kronik Obstruktif Akciğer hastası olarak tedavi olup hastaneden taburcu edilen hastalara evde bakım verecek olan ailelerin bakım yükünün değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı tiptedir.Araştırmanın çalışma grubu Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında tedavi için hastanede yatan ve taburcu edilen araştırmaya katılmayı kabul eden 147 bakım verici oluşturmuştur.Araştırmada veriler, Kronik Obstruktif Akciğer hastalarına evde bakım hizmeti verecek olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve evde bakım hizmeti ile ilgili özelliklerinin belirlenmesine yönelik hazırlanan “Kişisel Bilgi formu”, ve bakım vericilerin bakım yükünü değerlendiren “Zarit Bakım Verici Yükü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 Programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, KolmogorovSmirnov Testi, Kruskal Wallis H testi ve Mann Whithney U testi kullanılmıştır. Güvenilirlik analizi Cronbach’ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kronik Obstruktif Akciğer hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü puan ortalaması 62,54±12,55 (orta düzeyde bakım yükü yaşadığı) olarak bulunmuştur. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre yaşanan yere ve ev tipine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyo-demografik özellikler olan yaşa, cinsiyete, medeni duruma, çocuk durumuna, eğitim durumuna, çalışma durumuna, sosyal güvence, gelir durumuna ve aile tipine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göreKronik Obstruktif Akciğer hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü algıları yüksektir. Ayrıca araştırmada köyde ve müstakil evde yaşayan aile üyelerinin bakım yükü algıları daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler:Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı; Evde bakım; Bakım yükü

Merve Dilek DÖNMEZ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Nisan-2018

ABSTRACT

CARE BURDEN OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT HOME

Aim:The aim of this study was to evaluate the treatment of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and to evaluate the care burden of the families who will give home care to patients discharged from Hospital.

Materials and methods:research descriptive type. The Study Group established 147 nursing care providers who agreed to participate in the study in the hospital and discharged for treatment between April and August 2017. The data were collected using the “personal data form” prepared to determine the socio-demographic characteristics of individuals who will provide home care services to Chronic Obstructive Pulmonary Patients and the ‘Zarit Care Load Scale’ which evaluates the care burden of care givers. Data obtained from the study were evaluated in SPSS 21.0 program in computer environment. Descriptive statistics, KolmogorovSmirnov test, Kruskal Wallis H test and Mann Whitney U test were used in the analysis of data. Reliability analysis was evaluated by Cronbach's Alpha coefficient.

Results:The mean care load of care givers of Chronic Obstructive Pulmonary Patients was 62.54 ± 12.55 (moderate care givers lived). The high scale score indicates that the problem is high. According to the results of the study, the perception of maintenance load differs statistically depending on the location and type of the house. It was found that the perception of care burden was not statistically different depending on age, gender, marital status, child status, educational status, working status, social security, income status and family type.

Conclusion:According to the results of the study, care burden perceptions of family members who care for Chronic Obstructive Pulmonary Diseases are high. In addition, the study found that the care burden perceptions of family members living in the village and in the detached house were higher.

Key words:Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Home care; Care burden

Merve Dilek DÖNMEZ, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University - Nisan, April-2018

KISALTMALAR SAYFASI

AAT	Alfa 1 Antitripsin
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKG	Arteriyel Kan Gazları
AVAC	Akciğer Volüm Azaltıcı Cerrahi
CVO	CerebroVasküler Olay
FEV1	Forced expiratory volume in one second
FRC	Fonksiyonel reziduel kapasite.
FVC	Forced vital capacity
GST	Glutasyon S-Trensferaz
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mEH	mikrozomalepoxidehidrolaz
SERPINA	alfa 1-antikimotripsin
TDK	Türk Dil Kurumu
USMV	Uzun Süreli Mekanik Ventilasyon
USMV	Uzun süreli mekanik ventilasyon
USOT	Uzun Süreli Oksijen Tedavisi

İÇİNDEKİLER

ÖZET	III
ABSTRACT	IV
KISALTMALAR SAYFASI	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	4
2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'nın Tanımı	4
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Patoloji	6
2.1.4. Patogenez	6
2.1.5. KOAH'da Risk Faktörleri	9
2.1.6. KOAH'da Tanı ve Değerlendirme Süreci	12
2.1.7. KOAH'da Tedavi İle İlgili Yaklaşımlar	17
2.1.8. KOAH'lı Hastalarda Hemşirelik Bakımı	18
2.2. Evde Bakım Hizmetleri	19
2.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı	19
2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yanları	21
2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yanları	23
2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması	24
2.3. Bakım Yükü	25
2.3.1. Bakım Verme	25
2.3.2. Bakım Yükü Kavramı	26
2.3.3. Bakım Yükü ve Kronik Hastalıklar	27
2.3.4. Bakım Yükünün Boyutları	28
2.3.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Etmenler	29
2.3.6. Bakım Verenlerin Özellikleri	30
2.3.7. Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Zorluklar	31
2.3.7.1. Fiziksel Zorluklar	31
2.3.7.2. Emosyonel Zorluklar	32
2.3.7.3. Sosyal Zorluklar	32
2.3.7.4. Ekonomik ve İşle İlgili Zorluklar	33
2.3.8. KOAH'lı Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüküne Hemşirelik Yaklaşımı	33
3. MATERYAL VE METOT	37
3.1. Araştırmanın Şekli	37
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri	37
3.4. Verilerin Toplanması	37
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	38
3.4.2. Zarit Bakım Yükü Ölçeği	38
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	39

3.6. İstatistiksel Değerlendirilme.....	39
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular.....	40
4.2. Bakım Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular	43
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	52
EKLER	58
Ek-1: Anket Formu	58
Ek-2: Etik Kurul Onay Formu	63
Ek-3: Kamu Hastaneler Birliği İzin Formu	64
ÖZGEÇMİŞ	65



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. mMRC Nefes darlığını değerlendiren skala	15
Tablo 2. CAT testi.....	15
Tablo 2. CAT testi (devamı)	16
Tablo 3. KOAH'da yürütülen koruma çalışmaları.....	16
Tablo 3. KOAH'da yürütülen koruma çalışmaları (devamı)	17
Tablo 4. Bakım yükü ölçeği ortalama puanları ve normallik testi.....	38
Tablo 5. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin sosyo - demografik özellikleri	40
Tablo 5. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin sosyo - demografik özellikleri (devamı). 41	
Tablo 6. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin bakımla ilgili bazı özellikleri.....	42
Tablo 7. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü karşılaştırılması.....	43
Tablo 7. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü karşılaştırılması (devamı)	44
Tablo 8. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili bazı özelliklerinin bakım yükü karşılaştırılması.....	45

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), dünyada oldukça yaygın bir sağlık problemi olmakla beraber önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir. Dünyada KOAH hastalığı tüm ölüm vakalarının da %5,5'inin nedeni olarak görülmektedir (Lozano ve ark., 2012). KOAH, sigara kullanımındaki artış ve hava kirliliğine paralel giderek yaygınlaşan bir hastalık durumundadır.

Ülkemizde KOAH'lı hasta sayısı oldukça yüksektir ve yükselmeye devam etmektedir. İstatistiklere göre 3,5 milyon KOAH'lı hasta olduğu bununla beraber hastaların %90'ına yakınının hastalığın farkında olmadığı belirtilmektedir (TORAKS, 2017).

KOAH en önemli akciğer hastalıklarından biri olarak görülmekle beraber hastalığın tedavisi oldukça güç ve yoğun bakım gerektirmektedir (Vestbo ve ark., 2013). Bu süreçte KOAH hastalarıyla yakından ilgili olan ailelerinin ve ailelerine destek vermekte olan hemşirelerin önemli roller üstlendiği bilinmektedir. Hastalığın tedavisinde ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılarak semptomlarının azaltılmasında, bakım verenlere önemli görevler düşmektedir (Fletcher ve Dahl, 2013).

Bakım verme, hastaların tedavi süreçlerinin en sağlıklı şekilde tamamlanmasında önemli bir yere sahiptir. Bununla beraber hastalara bakım veren kişiler en yakınındakilerdir. Aileler, hastaların bakımıyla direkt olarak ilgilenmekte ve tedavi süresinde hastaların yanında olmaktadır. Ailede hastanın varlığı, tüm aile bireylerinin yaşantılarını değiştirmekte ve bu değişikliğe uyum sağlamak kolay olmamaktadır. Ailede, yoğun tedavi sürecinde olan hastanın varlığı, diğer aile bireyleri üzerinde bakım yükü oluşturmaktadır. Bakım yükünün artması, hastanın ve bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Taylan ve Kadioğlu, 2012; Benzeş, 2013). Bu sürecin en sağlıklı şekilde geçirilmesinde ise hemşirelik hizmetleri önem taşımaktadır. Hemşirelerin bakım sürecinde aileyle iletişim halinde olması ve aileye gereksinim duyduğu dış kaynağı sağlaması, bakım yükünü azaltıcı etkilere sahip olabilmektedir (Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014).

Bakım süresinde özellikle evde bakıma yönelik gerekli desteğin ailelere sağlanması önem taşımaktadır. Ailelerin evde yaşadıkları sorunların tespit edilmesi ve bu sorunlara yönelik gerekli hemşirelik bakımının verilmesi gerekmektedir (Akdemir vd., 2015). Evde sağlık hizmetlerinde hastalara yönelik yaklaşımların en iyi şekilde belirlenmesi, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Hastanın tedavi süreci boyunca rahat etmesinin sağlanmasında ve hastanın tedavisinin etkin şekilde yürütülmesinde, evde bakım hizmetleri önem kazanmaktadır (Altıntaş vd., 2010). Evde bakımın uzun süreli olması, hastaya yönelik bakım sürecini daha zor bir hale getirmektedir. Bu durum bakım verenin bakım yükü algısının yükseltmektedir. Evde bakımda gerekli hemşirelik eğitiminin verilmesi, hastanın tedavisinde ve bakım verenin sağlığında önemli olmaktadır (Fadıloğlu 2013).

Kronik hastalığa sahip olan bireyler sürekli bakıma ihtiyaç duyabilmektedirler. Kronik hastalıklar, kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz yönde etkileyebilir ve bu durum bakım yükü algısını daha da yükseltebilir. Kronik hastalıklar, kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bakım aşamasında uzmanlık gerektirebilmektedir (Akdemir ve ark., 2015). Alanında uzman kişiler tarafından verilen evde bakım hizmetleri, hastaların tedavi aşamalarında sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol oynamaktadır (Çağlar, 2014).

Bu araştırmada KOAH hastalarında evde bakım yükünün araştırılması, elde edilen sonuçlar kapsamında hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerde bulunulması açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Obstruktif Akciğer hastası olarak tedavi olup hastaneden taburcu edilen hastaya evde bakım verecek olan bireylerin bakım yükünün değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın soruları

- KOAH'lı hastalara evde bakım verenlerin, bakım verme yükü algıları yüksek midir?

- KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerine göre bakım yükü algıları farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre bakım yükü algısı farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakıma destek veren kişinin varlığına göre bakım yükü algısı farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin hastaya bakım verme süresine göre bakım yükü algısı farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin hasta ve bakıma yönelik bilgi durumuna göre bakım yükü algısı farklılık göstermekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Bu bölümde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının tanımı ve özellikleri ve tedavisi gibi unsurlar üzerinde durulacaktır.

2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'nın Tanımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), zararlı partiküller ve zarara yönelik olarak akciğerin yükseltmiş olduğu inflamatuvar tepkiyle alakalı çoğunlukla artan nitelikteki hava akımı kısıtlanmasıyla değerlendirilen, tedavi edilebilir, yaygın ve mani olunabilir bir hastalıktır. Bu hastalığa eşlik eden bozukluk ile alevlenmeler sürecin şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Gold, 2017). Bu hastalık sırasında en fazla görülen belirtiler nefes darlığı, kronik balgam çıkarma ve kronik öksürüktür. KOAH'ın teşhisinin yapılabilmesi açısından spirometri zorunlu tutulmaktadır. Risk faktörleriyle karşılaşmış olmasıyla birlikte kronik belirtilere sahip orta ve ileri yaştaki bireylerde spirometrik değerlendirmede yerleşik hava akımı obstrüksiyonunun belirlenmiş olması teşhisin doğrulunu ortaya koymaktadır. **FVC**(Forced vital capacity): Derin bir inspirasyondan sonra zorlu ve hızlı bir ekspirasyonla dışarı atılan hava hacmidir. Sağlıklı kişilerde FVC, vital kapasiteye eşittir fakat obstrüktif hastalıklarda daha düşük bulunur. **(FVC):** Forced vital capacity (Zorlu Vital Kapasite) Derin inspirasyon dan sonra zorlu, hızlı ve derin ekspirasyonla atılan hava volümüdür. **FEV1**(Forced expiratory volume in one second): Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan volümdür. FEV1deki azalma, büyük hava yolu obstrüksiyonunu düşündürür.

Yapısal açıdan KOAH değişik tedavi biçimlerine farklı tepkiler veren, ancak tam olarak algılanamamış fenotipleri bulunan bir hastalıktır. Bu sebepten dolayı bir çeşit sendrom olarak da ele alınmaktadır. Bununla birlikte KOAH genel olarak komorbiditelerle beraberdir (Komorbidite: Bir hastalık devam ederken, beraberinde başka hastalıklar görülmesi durumudur).Akciğer kanseri ve metabolik hastalıklar en fazla görüldüğü komorbiditeler içerisinde yer almaktadır. Çoğunlukla kış aylarında ortaya çıkan, akciğer işlevlerinde düşüş ve belirtilerde artışla beraber kendini ortaya koyan

alevlenmeler, komorbiditerler benzeri bir rahatsızlığın sonuçlarında önemli etkilere sahiptir (Gold, 2017).

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı genel olarak yavaş yavaş ilerleme gösteren bir hastalıktır. Bu sebepten dolayı bu hastalığa sahip bireyler başlangıç dönemlerinde hastalığı yaşlanmanın ya da sigara içmenin bir sonucu olarak değerlendirirler. Bu süreçte ise hastalar nefes darlığı yaşamaya başladıklarında bir hekime görünme ihtiyacı hissederler. Ancak bu durumda da hastalık ilerlemiş olmaktadır (Gold, 2017).

2.1.2. Epidemiyoloji

Obezite, tütünlü içecekler, hava kirliliği, fiziksel hareket yetersizliği, kronik hastalıklar ve mesleki riskler gibi öğeler en yüksek morbidite ve mortalite sebepleri konumuna gelmiştir.

Dünyada 2010 senesinde kronik solunum hastalıkları sebebiyle 3,8 milyon insan ölmüştür. Söz konusu ölümlerin 2,9 milyonu ise KOAH hastalığa bağlı gerçekleşmiştir. Bu açıdan solunum hastalıkları içerisinde KOAH en yüksek ölüme sebep veren hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Lozano ve ark., 2012). Bununla birlikte KOAH'da mortalite ve morbidite oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

KOAH'da ortaya çıkan mortalite oranlarıyla alakalı farklı çalışmalar yapılmıştır. Bununla alakalı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmaya göre yaşa uyarlanmış KOAH mortalite hızının 1970 ile 2002 senesi arasında 2 katına çıktığı görülmüştür. Bunun birlikte İspanya ve Avustralya gibi ülkelerde KOAH mortalite hızında düşüşlerin başladığı ifade edilmektedir (Abramson, 2013; Lopez-Campos ve ark., 2014). Söz konusu durumun hava kirliliğindeki azalma ile sigara içme prevalansındaki düşüşten kaynaklı olabileceği ifade edilmiştir. Var olan şartlar içerisinde dünyada 3. ölüm sebebi haline gelen KOAH hastalığı tüm ölüm vakalarının da %5,5'inin nedeni haline gelmiştir (Lozano ve ark., 2012). Bu yönüyle KOAH sağlık sektöründe büyük maliyetlere sebep olmakla beraber genç ölümlerin de ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Morbidite açısından değerlendirildiğinde Küresel Hastalık Yüğü'yle alakalı 2010 senesinde yapılan bir çalışmaya gören dünyada en fazla hastalık yüküne sebep veren hastalıklar içerisinde KOAH 9. Sırada bulunmaktadır (Gold, 2017).

2.1.3. Patoloji

Soluk almaya birlikte alınan zararlı partiküller ve gazlar KOAH'lı akciğerlerde daha yüksek inflamatuvar gelişimine sebep olmaktadır. Ortaya çıkan bu kronik inflamatuvar ise parankimal doku hasarına, savunma sistemlerinde ve olağan doku tamiri sistemlerinde bozulmalara sebep olabilecektir. Söz konusu değişikliklerle birlikte giderek artan hava akımı kısıtlamaları ve hava hapsi ortaya çıkmaktadır (Gold, 2017).

KOAH'la alakalı bu patolojik değişiklikler pulmoner damarlarda, hava yollarında ve akciğer parakiminde görülmektedir. Bahsi geçen patolojik değişikliklerse tekrar tekrar görülen zedelenmeler ve tamirler sonrasında ortaya çıkan değişiklikler ile sayıları giderek artan özel inflamatuvarlardır. Söz konusu bu inflamatuvarlar ile yapısal değişimler hastalığın ilerlemesiyle birlikte artış göstermektedir. Hasta sigara içmeyi bırakmış olsa bile bu durum sürmektedir (Barnes, 2014).

2.1.4. Patogenez

KOAH kapsamında ortaya çıkan ana unsur hava akımındaki kısıtlamalardır. Parankiminamfizematöz yıkımıyla küçük hava yollarının tekrar yapılanması neticesinde elastik çekim gücünün düşmesi FEV1'in giderek azalması ile akciğerlerin soluk verme sürecinde tam olarak boşalamamasına ve neticede dinamik ve statik hiperinflasyon ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Akciğerlerde doku zedelenmesine ve küçük hava yolu duvarlarının kalın hale gelmesine sebep olan sistemler ve yapılar tam olarak belirlenememiştir. Ancak bunlara etki eden öğelerin çevresel uyaranlarla ve akciğer büyümesiyle etkileşim içerisinde olan patobiyolojik etkenler olduğu düşünülmektedir.

KOAH'ın patogenezinin oldukça kompleks olması birbirinden farklı klinik fenotiplerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Barnes, 2014). Bu açıdan aşağıda patogeneze etki ettiği düşünülen sistemler üzerinde durulacaktır.

Kronik inflamasyon

KOAH'ın sigara dumanına yönelik olarak temel özelliği sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı olmayan birine kıyasla oldukça üst düzey bir inflamasyon durumunu ortaya çıkarmasıdır. Bununla birlikte epigenetik değişiklikler benzeri konakçı faktörleri, genetik duyarlılık ile oksidatif stres gibi etmenler inflamasyonun daha da artmasına neden olmaktadır (Decramer, Janssen ve Miravitlis, 2012). KOAH sürecinde görülen inflamasyonun en önem arz eden niteliği kortikosteroidler enötrofil ağırlıklı olarak direncinin fazla olmasıdır. Söz konusu bu nitelik de sağlığının tedavisinde büyük problemlere neden olmaktadır.

Proteaz ve antiproteazlar arasındaki dengesizliklerden dolayı amfizem durumu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte bu dengesizlik akciğer parankiminde yıkımların oluşmasına neden olmaktadır. Bununla alakalı olarak alfa-1 antitripsin eksikliğinin erken yaşlarda proteinaz ile antiproteinaz dengesizliği sebep olması ve bunun neticesinde proteolitik aktiviyenin artmasıyla beraber amfizem gelişiminin söz konusu olması örnek olarak gösterilebilecektir. Biomassmaruziyeti ya da sigara dumanına maruz kalmak akut pulmoner yanıtı tetiklemektedir. Bu durum ise alveolermakrofajları aktif hale getirmekte ve nötrofillerin akciğere girmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte endojen antiproteazları pasif hale getirebilmektedir. Kişinin sigara dumanına maruz kalma haline kronik hale gelirse CD8+T, makrofaj ve nötrofil hücrelerinin akciğerlerde birikimi devam etmektedir. Nötrofiller ve makrofajlar pek çok kathepsin ve proteazların salınmasına sebep olurlar. Söz konusu proteazlar endojen inhibitörleri inhibe ederek ya da birbirlerini aktif hale getirerek birbirlerine destek olmaktadır (Gold, 2017).

KOAH'ı olan bireylerde akciğerde ortaya çıkan oksidan ve antioksidan dengesizlikleri üst düzey oksidatif stres oluşumuna sebep olmaktadır. Sigara içen hastalarda oksidatif stres yalnızca hava yolu inflamasyonunu artırmamakta, bununla birlikte endotel ve alveolerepilyum gibi yapısal hücreleri de uyarmaktadır. Akciğerlerde hücre yenilenme ve ölümleri kapsamındaki dengede bozulmanın ortaya çıkması alveolerseptumun yıkılmasına destek sağlamış olmaktadır. Bunun neticesinde ise amfizem ortaya çıkmaktadır (Gold, 2017).

Hücresel Yaşlanma ile Yaşla Alakalı Değişiklikler

Hücresel yaşlanma ile yaşla alakalı ortaya çıkan değişikliklerle birlikte akciğerlerin yenilenen sigara dumanına maruz kalması neticesinde ortaya çıkan doku hasarı doku tamirinin bozulmasına neden olmaktadır.

Otoimmünite

İleri düzey KOAH'lı olan hastalarda serumlarına farklı oto antikorların gözlemlenmesi ile B-hücre lenfoid folliküllerinin var olması KOAH'ın otoimmün bir rahatsızlık biçiminde algılanmasına sebebiyet vermiştir. Bazı araştırmalarda ise KOAH'lı hastalarda Th1 yanıtı ile antielasyon antikorlarla amfizem şiddeti arasındaki ilişkinin varlığı ortaya konulmuştur.

Enfeksiyonlar ve KOAH

KOAH sürecindeyken solunum sisteminde ortaya çıkan enfeksiyonlar süreci en az iki biçimde etkilemektedir. Bu etkilerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Lozano ve ark., 2012):

- Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar alevlenmelerin mühim sebeplerini oluşturmaktadır. Hava akımı obstrüksiyonu gelişmesiyle birlikte alevlenmelerin görülme sıklığı da oldukça artmaktadır.
- Stabil KOAH'lı bireylerde kronik enfeksiyon ile alt solunum yollarının patojenlerle kolonizasyonu inflamasyonun artmasına ve bu durumun devam etmesine sebep olabilecektir. Hastalığın daha şiddetli hale gelmesiyle birlikte enfeksiyon sıklığı ile kronik bakteriyel kolonizasyon görülme sıklığı artış gösterecektir.

İmmün Düzenlemelerde Bozulmalar

Kontrolsüz inflamasyonların ortaya çıkmasının önlenmesinde ve immün yanıtın hafifletilmesinde düzenleyici T lenfositler (Treg) görev almaktadır. Ancak KOAH hastalığı olan bireylerin akciğerlerinde bu hücrelere daha az rastlandığı ortaya konulmuştur. Bununla birlikte bu bireylerde proinflamatuvar T-helper-17 hücrelerinin arttığı görülmüştür. Söz konusu bu süreç ise KOAH'ta immün düzenlemelerde bozulmaların olduğunun düşünülmesine sebep olmuştur.

Tamir Sistemlerindeki Bozulmalar

Akciğerlerde homeostazın devam ettirilmesi açısından matriks ve apoptozis yıkımı devamlı olarak matriks tamiri ve hücre yenilenmeyle kompanse edilmektedir. Bununla birlikte KOAH'ta ise kompanse edilme süreci dispne tamiri ile hiperinflasyonla yürütülmektedir. Akciğerlerdeki epitel hasarıyla birlikte yerleşik stem hücreler aktif hale gelmektedirler. Ancak sigara dumanı fibrozise sebep olan transforming büyüme faktörü-beta'nın da içinde olduğu tamir sürecinin bozulmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte alveolertamirinin sınırlandırılmasına sebep olmaktadır (Lozano ve ark., 2012).

2.1.5. KOAH'da Risk Faktörleri

KOAH çevresel zararlı etkenlere maruz kalmayla birlikte genetik duyarlılık neticesinde gelişen bir hastalık türüdür (Hooper ve ark., 2012). Bu hastalığın gelişiminde özellikle aktif sigara kullanımı en büyük risk faktörüdür. Fakat hava kirliliği ve mesleki maruziyet de önem arz eden risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Bu risk faktörlerine ek olarak fiziksel hareketsizlik, yoksulluk, yetersiz beslenme gibi faktörlerde bu hastalığın gelişiminde etkili olmaktadır. Hava kirliliği ile pasif olarak sigara dumanına maruz kalmak düşük risk faktörleri olarak ele alınmaktaysalar da bunlar hastalığın ilerlemesine neden olurlar.

KOAH'da etkili olan risk faktörlerinin başlıklar halinde aşağıdaki biçimde ifade edilmesi mümkündür:

Genlere Dayalı Riskler

KOAH'ın ortaya çıkmasında AAT (Alfa 1 Antitripsin) eksikliğinin etkisi olduğu bilinmektedir. Bu eksiklik ise hastaların %1 ile %2'sinde gözlemlenmektedir. AAT eksikliğiyle birlikte sigara içimi de bulunmaktaysa panlobuler amfizem ortaya çıkma riski artmaktadır.

Özellikle bu hastalığın ortaya çıkmasında çevre ve genlerin etkileşimi önem arz etmektedir. Bu sebepten dolayı KOAH'ın ortaya çıkışıyla alakalı olarak etkili olabilecek genlerin büyük bölümü incelenmiştir. Araştırılan genler içerisinde en fazla üzerinde durulanları; MMP-9, TNF-alfa, glutatyon s-trensferaz (GST), alfa 1-antikimotripsin (SERPINA 3), mikrozomalepoxidehidrolaz (mEH), vitamin D bağlayan proteindir. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda birbirleriyle uyuşmayan neticelere ulaşılmıştır

(Foreman, Campos ve Celedon, 2012). Yapılan çalışmalar kapsamında akciğer kanseri ve KOAH gelişimiyle alakalı olarak gen etkileşiminin sürecin yalnızca %5 ile %10'u arasında bir kısmını açıklayabileceği düşünülmektedir. Bunun nedeni ise, genlerin ırksal ve çevresel etmenlere bağlı olarak değişmesidir. Bu bulgulardan KOAH'ın tek yönden ifade edilemeyecek bir hastalık olduğunun söylenmesi mümkün olmaktadır. Bu nedenle KOAH'ın açıklanabilmesi için genetik ve epigenetik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmek yerinde olacaktır (Gold, 2017).

Cinsiyet ve Yaş

KOAH'da yaş risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Bununla birlikte günümüzde yapılan çalışmalar kadın ve erkeklerin sigara dumanına olan duyarlılıklarının hormonal sebeplerden dolayı farklılıklarının olduğu üzerinde durmaktadır. Bu durum kadın ve erkeklerin KOAH sürecindeki hallerine de etki edebilecektir (Kamil, Pinzon ve Foreman, 2013).

Akciğerin Büyüklüğü ve Gelişmişliği

Akciğerin büyüyüp ve gelişim göstermesi gebelik süreciyle başlamakta ve doğumun ardındaki sürede devam etmektedir. Bununla birlikte büyüme dönemlerinde akciğerlerin maruz kaldıkları kötü etkiler gelişmelerini olumsuz etkileyecektir. Bireylerin eriştikleri maksimum akciğer işlevselliğinin düşmesi, KOAH gelişimi olabilecek bireylerin tespit edilmesi açısından bir etken olarak kullanılabilir (Gold, 2017).

Partiküllere Maruz Kalma

KOAH hastalığının ortaya çıkması açısından en büyük risk faktörü sigara dumanıdır. Bu açıdan sigara bireyler içmeyen bireylere kıyasla daha fazla akciğer fonksiyon anormalliklerine, solunum semptom prevalansına, daha fazla KOAH mortalitesine ve daha fazla yıllık FEV1 azalmasına sahip olmaktadır. Düzenli olarak havalandırılmayan evlerde ısınmak için kullanılan sobalarda kömür, tezek, odun ve bitki kökleri öğelerin yakılmasıyla birlikte iç mekan hava kirliliği ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte elde edilen bulgulara göre kömür ve biyomas yakıtlar sebebiyle ortaya çıkan iç mekan hava kirliliğinin KOAH açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Çevredeki hava kirliliğinin etkileri ise tam olarak

belirlenememiştir. Ancak sigara dumanıyla kıyaslandığında söz konusu riskin daha az olduğu ifade edilmektedir (Gold, 2017).

Yoksulluk

Yoksulluk bireylerin kendi bakımlarını yapabilme ihtimalini azaltması sebebiyle pek çok hastalık açısından risk oluşturmakla beraber KOAH hastalığı açısından da bir risk unsuru olmaktadır (Gershon ve ark., 2012).

Astım veya Bronşiyal Hiperaktivite

KOAH gelişimi açısından astım bir risk faktörü olabilecektir. Ancak yapılan incelemeler bunu kesin olarak ortaya koyabilmiş değildir. Söz konusu incelemelerde astımı olan hastaların yaklaşık beşte birinde difüzyon kapasitelerinde azalma ve geri dönüşümsüz hava akımı obstrüksiyonunun ortaya çıktığı gösterilmiştir (Decramer, Janssen ve Miravitlis, 2012). Bronşiyal hiperreaktivite klinik açıdan astım tanısı olmadan da görülebilecektir. Bronşiyal hiperreaktivite KOAH düzeyi hafif olan hastalarda aşırı FEV1 azalması açısından bir risk faktörü olabileceği gibi tek başına KOAH gelişimi açısından da bir risk faktörü olabilecektir (Kamil, Pinzon ve Foreman, 2013).

Kronik Bronşit

Daha evvel yapılan çalışmalarda kronik bronşitin varlığının akciğer fonksiyonlarında bir azalmaya sebep olmadığı ifade edilmiştir. Ancak ilerleyen çalışmalarda kronik bronşit ile FEV1’de azalma ile mukusu hipersekresyonu arasında bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Bu açıdan kronik bronşitin varlığının KOAH gelişimi açısından etkili olduğu ifade edilmiştir (Salvi, 2014).

Enfeksiyonlar

Büyüme ve çocukluk dönemlerinde solunum sistemlerinde görülen enfeksiyonların yetişkin dönemdeki akciğer işlevlerinde düşüğe sebep olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte solunumla alakalı semptomlara da neden olduğu söylenmektedir. Daha evvelden tüberküloz geçirmiş bireylerin hava akımı obstrüksiyonuyla karşılaşma olasılıklarının 2 ile 6 kat arasından arttığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte yine daha evvelden tüberküloz geçiren bireylerin %26 ile

%68'i arasında hava akımı obstrüksiyonunun görüldüğü belirtilmektedir (Brashier ve Kodgule, 2012).

2.1.6. KOAH'da Tanı ve Değerlendirme Süreci

Kronik öksürük ya da balgam çıkarma ve nefes darlığıyla alakalı yakınları olan bireylerde KOAH olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamda tanının spirometre ile doğrulanması gerekmektedir. Bununla birlikte 40 yaşın üzerindeki bireylerde egzersizle beraber artan ve kronik nitelikte nefes darlığı, bazı durumlarda aralıklı balgam çıkarma ya da öksürük yakınmaları bulunmakta ve evde ısınabilmek için biyomas yakıtların dumanlarına maruz kalma veya mesleki kimyasal ile tozlara maruz kalma öyküsü söz konusuysa KOAH olma ihtimali artış göstermektedir (Qaseem ve ark., 2011).

KOAH teşhisi açısından spirometre gerekmektedir. KOAH olarak değerlendirilen bireylerde bronkodilatör sonrasında ilk saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı %70'in altındaysa hastada hava akımının kısıtlaması olduğu kabul edilmektedir. Bu durumda ise hasta KOAH olarak kabul edilmektedir. Hastalığın şiddetinin değerlendirilmesi açısından postbronkodilatörspirometrik ölçüm gerekli olmaktadır. Fakat reverzibilite testi pek tavsiye edilmemektedir (Gold, 2017).

KOAH hastalığıyla alakalı önemli durumlardan bir tanesi bu hastalıkla alakalı olarak yeterli tanı konulamamış olmasıdır. Bu bakımdan KOAH'lı hastaların %60 ile %85'in teşhis konulamamaktadır. Bununla birlikte Türkiye'de yürütülen bazı araştırmalara göre teşhis açısından hala spirometrenin olması gereken düzeyde kullanılmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan spirometrideyse niteliksel problemlerin olduğu söylenmektedir (Roberts ve ark., 2013).

KOAH tanımı kapsamında FEV1/ FVC oranının normal aralığın alt seviyesi gösteren ölçütle kıyaslanması neticesinde 45 yaşın altındaki bireylerde daha az KOAH tanısının yapılması, yaşlılarda ise daha çok KOAH tanısının konulmasına sebep olmaktadır. Normal dağılıma dayalı olarak normalin alt sınır değerleri, sağlık sorunun olmayan nüfusta ölçülen değerlerin alt %5'ini anormal olarak ele almaktadır. FEV1/FVC oranı açısından LLN değerlerinin kullanımı uygunsa havayolu obstrüksiyonunda hatalı tanımlamalar yapılması azaltılabilecektir (Enright ve Brusasco, 2010).

KOAH'ın tanısı açısından önem arz eden semptomlarsa şu şekilde ifade edilebilecektir(Tel, 2012; Gold, 2017):

- Nefes darlığı: İlerleyen ve kronik nefes darlığı KOAH açısından en önemli semptom olarak değerlendirilmektedir.
- Öksürük: Zararlı partiküllere ve gazlara yönelik olarak hava yolu direkt olarak öksürükle cevap vermektedir. Başlarda non-produktif olan öksürük her gün görülmeye başlayabilmekte ve giderek produktif ile kronik özellik kazanabilmektedir.
- Balgam Çıkarma: KOAH sürecinde görülen balgam genel olarak mukoid, yapışkan ve çıkması zor niteliktedir. Hava akımında kısıtlama olmadan birbirini takip eden 2 yıl ile kış aylarında 3 ay veya daha uzun süreyle balgam çıkarma ile öksürük var olan bireylerde “kronik bronşit”in var olduğu ifade edilmektedir. İrinli balgamsa bakteriyel enfeksiyon olduğunu ortaya koyabilmektedir.
- Göğüste sıkıntı hissi ile hışıltılı solunum: göğüste sıkıntı hissiyle hışıltılı solunum farklılık arz eden semptomlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Oskültasyonda hışıltılı solunumla alakalı bulgulara rastlanmayabilmektedir. Bununla birlikte hışıltılı solunum üst solunum yollarından kaynaklı olabilmektedir. Çoğunlukla oskültasyonlarda ekspiratuvar ve inspiratuvarronküsler duyulmaktadır. Göğüste sıkıntı hissiyse çoğunlukla efor sonrası görülmektedir. Bireyler söz konusu hissi ise bölgesel olarak ifade etmekte zorlanabilmektedirler.
- Diğer semptomlar: Hastalığın ilerleyen dönemlerinde kilo kaybı, yorgunluk ve iştahsızlık görülebilecektir. Ortaya çıkan bu semptomlarprognostik önem taşımaktadır. Bununla birlikte bu belirtiler farklı hastalıkların da habercisi olabilirler. Anksiyete ya/ya da depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Bununla birliktebacaklarda şişliğin olması sağ kalp yetersizliğini ortaya koyan bir semptomolarak karşımıza çıkmaktadır (Hanania, Mullerova, 2011).KOAH'lı hastaların değerlendirilmesi açısından fiziksel muayene oldukça önemlidir. Ancak solunum işlevlerinde net bir bozulma oluşuncaya dek, hava akım sınırlamalarıyla alakalı fiziksel muayene semptomları oluşmamaktadır.

Gözlemlerle değerlendirme kapsamında yardımcı solunum kaslarının kullanılması, göğüs ön ile arka çapında büyüme, boyun venöz dolgunluğu, pretibial ödem, siyanoz ve kaşeksi gözlemlenebilmektedir. Elle yapılan muayenede ise ekspiryumda uzama, solunum seslerinin şiddetinde düşme, hışıltılı solunum, hava yolu obstrüksiyonunda sessiz akciğerler, raller ve ronkus duyulumu söz konusu olabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH'lı hastaların değerlendirilmesi kapsamında kullanılan bir değerlendirme yöntemi ise spirometre değerlendirmedir. Bu değerlendirme kapsamında FEV1/FVC oranı hesaplanmaktadır. Yapılan ölçümlerde ise ırk, boy, yaş ve cinsiyet gibi unsurlara bağlı olarak belirlenmiş referans değerler kullanılarak kıyaslama yapılmaktadır (Gold, 2017).

KOAH değerlendirilmesi yapılırken arteriyel kan gazları (AKG), akciğer grafisi ve kompleks akciğer fonksiyon testlerinden de yararlanılmaktadır. Bunun dışında ayırıcı tanıda astım hastalığı ilk olarak değerlendirilmektedir. Obezite, interstisyel akciğer hastalıkları, pulmoner

tromboemboli, nöromusküler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıkları da değerlendirmek yerinde olacaktır.

KOAH'a eşlik eden hastalıklar içerisinde en fazla kardiyovasküler hastalıklar bulunmaktadır. Depresyon, Anksiyete, metabolik sendrom, uyku bozuklukları, diyabet ve akciğer kanseri de eşlik eden diğer hastalık tipleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

KOAH süreciyle alakalı yapılacak değerlendirmede hastalığının bireyin sağlık durumu üzerine etkileri, hastalığın şiddeti, hastaneye yatma, alevlenme ve ölümlerle alakalı ilerleyen zamanlarda ortaya çıkabilecek riskler ele alınmaktadır. Yapılan değerlendirme neticesinde ise sürecin ne biçimde gitmesi gerektiğine karar verilmektedir. Bu değerlendirmeler ise çoğunlukla mMRCskalası ile CAT skorlamasına bağlı olarak yapılmaktadır.

Tablo 1'de nefes darlığının şiddetinin ölçülmesi açısından yararlanılan mMRCskalası yer almaktadır.

Tablo 1.mMRC Nefes darlığını değerlendiren skala

Düzye	Tanımlama
0	Yalnızca ağır egzersiz sonrasında nefes daralması yaşıyorum
1	Yalnızca hafif yokuş çıkarken veya düz yolda hızlı yürüdüğümde nefes daralması yaşıyorum.
2	Nefes darlığı sebebiyle düz yolda yürürken kendi yaşlarıma nazaran daha yavaş yürümek veya arada durup dinlenmek durumunda kalıyorum.
3	Düz yolda birkaç dakika yürüdükten sonra veya 100 metre yürüdükten sonra nefesim daralıyor.
4	Giyinip soyunurken nefesim daralıyor veya nefes darlığı sebebiyle dışarı çıkamıyorum.

Kaynak: Gold 2017.

Tablo 1’de görüldüğü gibi nefes darlığının değerlendirilmesi açısından 5 düzeyden yararlanılmaktadır. İlk düzey olan “0” da yalnızca ağır egzersizlerden sonra yaşanan nefes darlığı ele alınmaktayken, beşinci düzey olan “4” de ise giyinip soyunma gibi son derece kolay bir faaliyette yaşanan nefes darlığından söz edilmektedir.

Tablo 2’de ise KOAH değerlendirme testi olan “CAT” testine yer verilmeye çalışılmıştır.

Tablo 2. CAT testi

Değerlendirilen etkenler	Derecelendirme	Değerlendirilen etkenler
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Durmadan öksürüyorum
Akciğerlerimde balgam yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimde tamamen balgam var
Göğsümde hiç daralma veya tıkanma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var
Bir kat merdiven ya da yokuş çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Bir kat merdiven ya da yokuş çıktığımda nefesim daralıyor
Evde yaptığım hareketlerde hiç zorluk çekmiyorum	0 1 2 3 4 5	Evde yaptığım hareketlerde çok zorluk çekiyorum
Akciğerlerimin mevcut durumuna rağmen evden çıkmaktan çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu sebebiyle evden çıkmaktan çekiniyorum
Rahat uyuyabiliyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin mevcut durumu sebebiyle rahat uyuyamıyorum

Tablo 2. CAT testi (devamı)

Kendimi enerjik ve çok güçlü hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç enerjik ve çok güçlü hissetmiyorum
---	-------------	--

Kaynak: Gold 2017.

Hastaların olağan durumlarında gözlemlenen semptomların ötesinde bir kötüleşmeye ve bu sebepten dolayı ilaç değişikliğine gidilmesine gereken durumlara alevlenme adı verilmektedir. Hastadan hastaya alevlenmeler farklılık göstermektedir. Bununla birlikte hava akım kısıtlanmalarında ortaya çıkan artışlar mortalite ve alevlenme sıklıklarının artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte KOAH alevlenmeleri sebebiyle hastaneye yatış mortalite olasılığının artmasına da sebep olmaktadır (Gold, 2017).

Spirometrik sınıflamaya göre hava akımı kısıtlaması fazlaştıkça alevlenme, hastaneye yatma ve mortalite ihtimali giderek fazlalaşmaktadır (Gold, 2017). KOAH'da2. Evre hastalarının yaklaşık beşte biri sistemik steroid ya/yada antibiyotik tedavisi gerektiren alevlenmeler ortaya koyabilecektir (Hurst ve ark., 2010). Alevlenme sıklığıyla hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyle alakalı bazı tartışmalar bulunmaktadır (Agusti ve ark., 2010)

KOAH hastalığının önlenmesi açısından yürütülen çalışmalar oldukça önem arz etmektedir. Bu açıdan KOAH'da yürütülen koruma çalışmalarına Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3. KOAH'da yürütülen koruma çalışmaları

KOAH Gelişiminin önlenmesi (Birincil Koruma)
Sağlıkta eşitsizliğin ve yoksulluğun azaltılması
Risk faktörlerin azaltılması; <ul style="list-style-type: none">• Tütün kullanımının engellenmesi,• Hava kirliliğinin engellenmesi,• Mesleki mağduriyete engel olunması.
Uygun diyet ve düzenli fiziksel aktivite

Tablo 3. KOAH’da yürütülen koruma çalışmaları (devamı)

KOAH’ın Erken dönemde teşhis edilmesi ve ilerlemesine engel olunması (İkincil Koruma)
Sağlık çalışanların ile kamuoyunda KOAH’la ilgili olarak farkındalık yaratma
Risk faktörlerinin azaltılması
Taramalar
Hasta eğitimleri
Aşılama
KOAH’ın Komplikasyonlarının ortaya çıkmasının engellenmesi (Üçüncül Koruma)
Risk faktörlerinin azaltılması; <ul style="list-style-type: none">• Sağlıktaki toplumsal belirleyicilerin iyileştirilmesi,• Risk faktörlerinden uzak durulması; sigaranın bırakılması, işyeri şartlarının iyileştirilmesi, hava koşullarının iyileştirilmesi,• Fiziksel aktiviteye teşvik,• Aşılama.

Kaynak: Gold 2017

2.1.7. KOAH’da Tedavi İle İlgili Yaklaşımlar

Stabil olarak devam etmekte olan KOAH’da bazı ilaçlardan yararlanılmaktadır. Bu ilaçların kullanım amacı başta hastanın ilerleyen zamanlarda karşılaşılabileceği semptomların azaltılması olmaktadır.

KOAH ilaç tedavisi egzersiz ve yaşam kalitesini artırmak, alevlenme sıklığı, şiddetini azaltmak ve semptomların sayısını düşürmek için kullanılmaktadır. Bu açıdan kullanılmakta olan ilaçların hastalık gelişimini ve akciğerlerdeki işlevsel kayıpları önlediği yapılan araştırmalar kapsamında gösterilmiştir (Vestbo ve ark., 2013). KOAH tedavisi sürecinde kullanılan ilaçlardan bazıları şu şekilde gösterilebilir:

- Bronkodilatörler
- Kortikosteroidler;
- Fosfodiesteraz-4 İnhibitörleri;
- Diğer İlaçlar: Antioksidan ajanlarimmunregülasyon ilaçları, Mukolitik (mukoregülasyon, mukokinetik) ve vazodilatörlerle yürütülen araştırmalarda birbirleriyle uyumsuz neticeler elde edilmesinden dolayı stabil KOAH tedavisinde düzenli bir biçimde kullanılmaları tavsiye edilmemektedir (Gold, 2017).

Stabil KOAH'da ilaç dışındaki tedavi yöntemlerine de başvurulabilmektedir.

Bu yöntemler şu şekildedir:

- Pulmonerrehabilitasyon,
- Uzun süreli mekanik ventilasyon (USMV),
- Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT)
- Cerrahi tedavi;
 - Büllektomi,
 - Akciğer Transplantasyonu,
 - Akciğer Volüm Azaltıcı Cerrahi (AVAC),
 - Bronkoskopik Volüm Azaltıcı Cerrahi Yöntemleri

2.1.8. KOAH'lı Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Dünya genelinde KOAH'lı hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. KOAH günlük hayatta bireylerin sosyal, fiziksel ve ruhsal durumlarını etkilemektedir. Bu bireyler sosyal, fiziksel ve ruhsal durumlarında pozitif etki bırakacak içinde hasta eğitimini de barındıran hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar. Hemşirelik bakımı, bu hastalara KOAH'la ilgili bilgiler verme, gündelik yaşama uyum sağlamaya destek olma, pulmonerrehabilitasyon, farklılaşan yaşam tarzları için motive etme ve sigarayı bırakma gibi rehabilitasyon programlarını kapsamaktadır (Fletcher ve Dahl, 2013). Hemşirelerin bireylerin hasta odaklı eğitim alması açısından görevleri oldukça önemlidir. Bu eğitimler, hastaların tıbbi yardım alma gereksinimlerinin azaltılması ve onların yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça etkili olmaktadır (Zackrisson ve Hagglund, 2010).

KOAH tedavi edilebilir ve önlenabilir bir rahatsızlıktır. Hemşireler, genel olarak hastalarla en fazla iletişim kuran ve onlarla en yakın ilişkiler kuran sağlık çalışanları olmaları nedeniyle KOAH bakımında oldukça önemli rollere sahiptirler. KOAH'lı hastalar hemşire gözetimi ve rehberliğinde hastalık sebebiyle ortaya çıkan semptomları azaltarak hayat kalitelerinde gelişmeler yaşayabilirler. KOAH'la alakalı davranış değişiklikleri yapabilmek ve süreci etkin bir şekilde yönetebilmek için bir tedavi ve eğitim programına gereksinim duyulmaktadır. Sürdürülen çalışmalarda, sağlık çalışanlarınca temin edilen aile ve hasta eğitimleriyle birlikte hastaların kendini idare edebilme seviyeleri ile bilgi düzeylerinin arttığı, tıbbi gereksinimlerinin ise azaldığı

gözlemlenmiştir(Zackrisson ve Hagglund, 2010). Hemşireler, KOAH'lı hastaların evde yaşam alışkanlıklarının düzenlenmesi, sigarayı bırakma süreçlerine destek verilmesi gibi süreçlere katılarak hastalığın yönetiminde önemli görevler üstlenmektedirler. Bu açıdan hastanın ve ailesinin eğitimi ile hastaların düzgün yaşam biçimi tutumları geliştirmeleriyle alakalı olarak KOAH tiplerinin ön planda tutularak hasta odaklı bakım süreçlerinin sağlanması gerektiği unutulmamalıdır. Bu sebeple hemşirelik bakımıyla yaşam kalitesi seviyesi ile hastanın özelliklerinin biraya getirilerek hastaya özel bir sürecin temin edilmesi gerektiğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu açıdan KOAH'lı hastaya sağlanan hemşirelik bakımının kişiselleştirilmesi gerekmektedir (Fletcher ve Dahl, 2013).

2.2. Evde Bakım Hizmetleri

Bazı durumlarda sağlık hizmetleri evde şartlarında temin edilebilmektedir. Bu bölümde evde bakım hizmetinin ne olduğu ile evde bakım hizmetlerinin özellikleri üzerinde durulacaktır.

2.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Evde bakım hizmetleri genel olarak kişilerin sağlıklarını geliştirmek ve koruma, kişilerin sağlığına tekrar kavuşmalarını sağlamak amacıyla sosyal ve sağlık hizmetlerinin uzman kişiler ya da aile fertlerince kişinin yaşadığı şartlarda sağlanmasıdır. Bu hizmetler hem sosyal hem de sağlık hizmetleri kapsayarak kişinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu açıdan evde bakım hizmetleri çoğunlukla, sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin yerine geçen, bu kurumlarda geniş bir zaman dilimi kalmayı azaltan hizmet tipleri olarak ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetleri aile fertlerine bağlı ve ev ziyaretleri üzerinden yürütülen bir hizmet şeklidir. Genel olarak ev ziyaretleri ise sağlık hizmeti isteyen ailelerin tespit edilmesi, hizmetin içeriğinin tespit edilmesi ve gerekli kontrollerin yapılması için yapılmaktadır (Akdemir ve ark., 2015). Evde hizmet, başlı başına yeterli bir destek olmakla birlikte kurumda bakımı gerektirmeyen, verilen destek ile yardımla hayatın sürdürülebileceği ve eve sosyal meslek personelleri tarafından yapılan ev ziyaretleriyle sağlanan hizmetleri ifade etmektedir (Çağlar, 2014).

Ülkeden ülkeye evde bakım hizmetleri farklılaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetleri, ev hemşireliği (homenursing), evde sağlık bakımı (Home healtycare) ve evde bakım (homecare) gibi kavramlarla ifade edilmektedir (Çağlar, 2014).

Evde bakım hizmetleri gelişim sürecinde olan sağlık bakım hizmetlerinin bir alt kolunu oluşturmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde önem arz eden bir etken hasta ile ailenin kişisel gereksinimlerine göre sağlık hizmetinin planlanmasıdır. Yaklaşım olarak bu durum tamamlayıcı bakımı andırmaktadır. Tamamlayıcı bakım, kişilerin tüm ihtiyaçlarını kapsayan, hastanın tüm gereksinimlerine dayalı, sorumlulukların paylaşılmış olmasına dayanan özel ve genel hizmet sağlayıcıların birlikte gerçekleştirdiği bakımı ifade etmektedir (Çevirme ve ark., 2011).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en fazla uygulanmakta olan evde bakım hizmet tipi, hastane destekli evde bakım hizmetleridir. Bu hizmet tipinde kronik bakım gerektiren hastalar ile ayakta tedavisi yapılabilecek kişiler için bakım temin edilmektedir. Bu hizmet türü günümüzde hızla yaygınlaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerin ana hedefi yaşlılık, hastalık gibi özerkliği zayıflatan konularda destek vermektir. Epidemiyolojik, demografik, kültürel ve sosyal gelişmeler geleneksel bakım yöntemlerinde bazı değişikliklere neden olmaktadır. Nüfusun yaşlılık oranının artmasıyla birlikte kronik rahatsızlıkların artması söz konusu olacak ve bu durum evde bakım hizmetlerine daha fazla gereksinim duyulmasına neden olacaktır (Akdemir ve ark., 2015).

Evde bakım, bireylerin sosyal ve sağlık gereksinimlerini evlerinde makul şartlarda ve üst düzey kalitede sosyal servilere dayalı olarak uzun dönemli resmi veya resmi olmayan servi sağlayıcılarıyla temin edilmesi olarak ifade edilmektedir (Çağlar, 2014).

Evde bakım hizmetleri süreçlerinde sosyal hizmet uzmanları önemli görevler üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hizmetlerden yararlanan bireylerin çevresel, sosyal ve psikolojik sorunlarını onarmaya uğraşırlar. Bununla birlikte kişilerin toplumsal faaliyetlere ve hizmetlerini ulaşabilmeleri için bireylere destek verirler. Maddi kaynağı olmayan hastalar için gerekli malzemelerin elde edilmesi açısından onlara destek olmaya çalışırlar (Çevirme ve ark., 2011).

2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yanları

Evde bakım hizmetleri kurumsal olarak, hizmetin sağlanma biçimi ve bu hizmete alternatif hizmetler olması açısından pek çok pozitif ve negatif özelliklere sahiptir. Pozitif ve negatif özelliklerin başta tahmin edilebilmesi, negatif etkileri ortadan kaldırmak, pozitif etkileri ise geliştirmek açısından oldukça önemli olmaktadır.

Evde bakım sağlık hizmetleri sağlık sistemi açısından pek çok avantajı beraberinde getirmektedir. Bu hizmet türünün uygulanabilmesi için eğitime, ek kaynağa ve örgütlenme faaliyetlerine gereksinim duyulmaktadır.

Ancak bu gereksinimlere rağmen evde bakım hizmetleri şu avantajlara sahip olmaktadır (Çevirme ve ark., 2011; Akdemir ve ark., 2015):

- Sağlık kurumlarında verilen hizmete bir alternatif olmakla birlikte hastalara kendi hayat alanlarında ve kendi özgürlükleri içerisinde bir hizmet almak olanağı sağlamaktadır.
- Evde bakım hizmetleri, hastanın çevresi ve ailesiyle birlikte vakit geçirebilmesine imkan tanıdığı için tedavi süreci daha pozitif hale gelmektedir.
- Evde bakım verilen kişilerin aile içinde olmaları iletişim süreçlerinin güçlenmesini sağlamaktadır. Bu bireyler böylelikle daha aktif olmaktadır. Ailenin tedavi sürecinde olması tedaviye ruhsal destek sağlamaktadır.
- Evde bakım hizmetlerinde bireyin kendinin kendi yiyeceklerini hazırlama imkanı olması sebebiyle bireyin yiyeceklerle alakalı şikayetleri ortadan kalkabilmektedir.
- Evde hastanın kendi istekleri ve kuralları kabul olabilmektedir. Bu açıdan hasta evde kendini daha iyi ifade edebilmek imkanına sahip olmaktadır.
- Hastanın hastane ortamında olmaması sebebiyle virüslere ve mikroplara bağlı hastalıklara yakalanma ihtimali daha düşük olmakta ya da hasta bu riskten korunmuş olmaktadır.
- Geniş zaman dilimi içinde evde bakım daha kolay olmaktadır. Bununla birlikte hasta gereksinim duyduğunda ruhsal açıdan destek bulma şansı daha kolay olmaktadır.

- Hastanın kendi evinde katlandığı maliyetler, hastanede kalması durumunda katlandığı maliyetlerden daha az olmaktadır. Bu durum hem aile bütçesine hem de sağlık kurumu bütçesine olumlu bir katkı sağlamaktadır.
- Evde bakım hizmetleri sağlık kurumu hizmetlerine kıyasla daha güvenli bir ortam sağlamaktadır.
- Evde sürdürülen bakım hizmetlerinde hastanın ve aile üyelerinin stres düzeyleri azalmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri kişilerin yaşam kalitesini artırmaktadır.
- Kurumsal bakım hizmetleriyle kıyaslandığında bu hizmetlerde suiistimale ve kötüye kullanıma daha az rastlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri hastanede sunulan hizmetlere göre daha güvenli ve verimli olmaktadır.
- Rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişmek evde bakım hizmetlerinde daha kolay olmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri, sağlık kurumlarının gereksiz kullanımlarını azaltmakta ve böylece yığılımların azaltılması mümkün olmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri kişilerin tükenmişlik yaşama risklerini azaltmaktadır.
- Hastanın aile bireyleri ekip çalışması sürecinin daha kolay olmasını sağlamaktadır.
- Evde sağlık hizmeti alan kişinin ruhsal ve fiziksel dengesinin yeniden kazanılmasını temin edilir.
- Kişiler ve aile üyeleri kendi ortamlarında karşılaştıkları sağlık problemlerini daha kolay ifade edebilirler. Böylece problemlerin tespiti kolaylaşır.
- Kişi ve aile üyeleri belirlenen sağlık problemlerinin çözüm yöntemlerini beraber ön planda tutarak yürüttükleri için süreç daha gerçekçi olmaktadır.

2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yanları

Evde bakım hizmetlerinin sunumuyla ilgili olarak yürütülen çalışmaların tamamında genel olarak negatif yanlara pek rastlanmamıştır. Ancak hizmet sunumu sırasında hizmet veren bireylerin yeterli düzeyde eğitim almamış olmasının, hizmette bazı negatif durumların ortaya çıkarabileceği üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte eğitim yetersizliğinin hastaların taleplerinin tam olarak karşılanamamasına da neden olabileceği ifade edilmektedir (Çağlar, 2014).

Dünyada birçok ülke açısından evde bakım hizmetleri bir sektördür. Ancak bu durum denetleme sorununu ortaya çıkarmaktadır. Evde bakım hizmetleri iyi bir eğitim süreci, özenli ve dikkatli davranılması gerektiren bir sektördür. Bununla birlikte bu sektör sürekli kontrol ve denetimi de gerektirmektedir. Evde bakım hizmetlerinin temini sırasında sağlık gereksinimleri de devreye girmektedir (Akdemir ve ark., 2015).

Evde bakım hizmetleriyle ilgili olarak görülen negatiflikler şu şekildedir (Sarsılmaz, Yıldırım ve Fadıloğlu, 2015; Softa, Uçukoğlu ve Oral, 2015):

- Evde sağlık çalışanlarından hizmet alan bireylerin, kendilerini daha çok hasta ve rahatsız hissetmeleri mümkün olmaktadır.
- Evde bakım hizmeti alan kişilerin, onlara ait özel yaşamlarına müdahalede bulunuluyor gibi hissedebilmeleri mümkün olmaktadır.
- Bilgisizlik ve yetersizlik nedeniyle üst düzey bilgi gerektiren teknolojik cihazların kullanılmasında kişiler sorunlar yaşayabilmektedir. Bununla birlikte acil durumlarda müdahalede bulunacak uzmanların bulunmaması da bir sorun olabilecektir.
- Kişilerin hastane kalmaları onları daha fazla güvende hissettirebilecektir. Bununla birlikte evde bakım süreçlerinde aile üzerine ruhsal, fiziksel, ekonomik açıdan yük ve giderek artabilmekte ve bu durum aile üyelerine giderek ağır gelebilmektedir.
- Sağlık çalışanlarının almış oldukları eğitimler eğitim alanlarının dışında olmaları sebebiyle etkili olmayabilmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının verimli çalışmalarına engel olabilmektedir.
- Hekimlerin evde bakım süreçleriyle alakalı olarak bazı değişiklikler yapması hizmetin bozulmasına neden olabilmektedir.

- Sağlık çalışanlarının, hasta ile hastanın ailesiyle iyi iletişim kuramaması söz konusu olabilecektir. Aile fertlerinin oldukça uzun süreler hastayla birlikte olmaları nedeniyle bazı gerginlikler ortaya çıkabilmesi mümkün olmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının sürekli olarak hastanın yanında olamıyor olması bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.
- Hasta ile hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve baskı uygulaması.
- Evde bakım hizmetlerinde tıbbi atık kontrolünün yapılmasının zor oldukça zor olmasıdır.

2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Türkiye’de evde bakım hizmetleri üç biçimde ele alınmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık hizmetleriyle birlikte sosyal hizmetlerin birlikte yürütülmesidir. Bunlardan ikincisi kısa ve uzun dönemde evde sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin değerlendirilmesidir. Kısa vadede sağlık hizmetleri ön planda tutulmaktadır. Çoğunlukla taburcu olunduktan sonraki 30 günle sınırlanmaktadır. Uzun vadeli evde bakımsa, sosyal ve tıbbi bakım hizmetlerinin birlikte sürdürülmesine rağmen sosyal hizmetlerin ön planda olduğu altı aydan uzun süreli olarak ihtiyaç duyulan hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncüsü; değişik konularda uzmanlaşan sağlık çalışanlarının sağladıkları hizmetlerdir. Bu çalışanlar yarı uzman veya uzman kişiler olmaktadır. Uzman sağlık çalışanları kişilerin ihtiyaçlarına göre sınıflandırılmaktadır (Altuntaş ve ark., 2010).

Uzman sağlık hizmetlerin kişilerin ihtiyaçlarına göre şu şekilde sınıflandırılması mümkündür:

- Hemşirelik Hizmetleri: Evde hemşirelik hizmetleri ile evde ziyaret.
- Destek sağlık hizmetleri: Fizik tedavi ayak bakımı, psikoterapi,
- Gündüz veya Gece bakımı: Bakıma ihtiyaç duyulan bireylerin gereksinimlerine göre tespit edilen hizmetler,

- Öz bakım yönelik hizmetler: İhtiyaç duyan kişinin giydirilmesi, banyo yaptırılması gibi günlük hayati eylemlerin temin edilmesine yardımcı olan hizmetler,
 - Ev düzeninin oluşturulması ve ev işlerine yardım edilmesine yönelik hizmetler: Günlük hayatla, ev temizliği ile ilgili hizmetlerle güvenlikle ilgili hizmetler.
 - Sosyal destek: Kişinin sosyal etkinliklere katılmasının sağlanması, alışveriş ve ödemelerini yapabilmesinin temin edilmesi ile kişinin sosyalleşebilmesine destek verilmesiyle alakalı hizmetlerdir.
- Danışmanlık hizmetleri: Kişinin yasal hakları ile sorumlulukları ile ilgili danışmanlık hizmetleridir.

2.3. Bakım Yüğü

Bakım yüğü kavramının ifade edilebilmesi açısından bakım verme kavramının açıklanması yer yerinde olacaktır. Bu açıdan alt başlıkta bakım verme kavramı ifade edilecektir.

2.3.1. Bakım Verme

Bakım verme kavramı Türk Dil Kurumu sözlüğünde, bakma işinin gerçekleştirilmesi, bir şeyin iyi olarak geliştirilmesi, herhangi bir şeyin iyi olarak kalabilmesi için emek harcanması, birinin giyinme, besleme ve farklı gereksinimlerinin karşılanmasının üstlenilmesi biçiminde tanımlanmıştır (TDK, 2018). Bu açıdan bakım veren ise, bakım verme sorumluluğunu üstlenen kişiye denilmektedir. Genel olarak bakım veren denildiğinde ise, hastalığa yakalanmış bireylere sosyal, duygusal, fiziksel ve ekonomik açıdan destek vermekle sorumlu olan birey ifade edilmektedir. Bakım veren kişi, hasta bireyin bakımını sağlamakdan ya da hasta bireyi takip etmekten sorumlu olmaktadır. Sağlık sistemi kapsamında aile tarafından hasta bireylere verilen bakım hizmeti geçmiş dönemlerden beri varlığını sürdüren bir yöntemdir. Aile üyeleri genel olarak bir maddi çıkar veya ücret olmaksızın hasta bireyin bakımını üstlenmekte ve onun hayat standartlarını yükseltmektedir.

Bakım verme süreçleri genel olarak iki kısımda ele alınmaktadır. Bunlar;

- Formal bakım verme,
- İnfomal bakım verme

Formal bakım, sağlık kurumunda veya evde kişisel bakım ve sağlık hizmeti sağlayan meslek grupları tarafından sağlanan bakımı ifade etmektedir (Özer, 2010). Evlerde formal bakım sağlayan meslek grupları genel olarak terapistler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları ve evde bakım yardımcıları olmaktadır (Fadıloğlu, 2013).

İnfomal bakım ise bakıma gereksinim duyan yakınlarıyla birlikte yaşanması, onlara destek olma rolünün üstlenilmesi, onlarında hastane veya doktor süreçlerinin takip edilmesi ve söz konusu süreçlerde hastalardan bir ücret talep edilmemesi sürecini ifade etmektedir. İnfomal bakım genel olarak yakın arkadaşlar ve aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Yapılan araştırmalara göre ABD’de bakıma gereksinim duyan kişilere 44 milyon akraba, eç veya arkadaşlarının yardımcı olduğu tahmin edilmektedir. Akut ve kronik işlevsel yetersizlikler sebebiyle giderek artış gösteren infomal bakım, İntervenöz ilaç uygulamaları, beslemek, banyo yaptırmak gibi süreçleri kapsayan uygulamalardır. Yürütölen çalışmalar ailede bakım verenlerin işgücü, sağlık ve hayat kalitesi faktörlerinde negatif etkilere sahip oldukları ifade edilmektedir. Bakım verme süreçleri, sevginin fazlalaşması, ilişkilerin gelişmesi, farklı insanlardan sosyal destek sağlanması, bakım vermeyele birlikte bireysel gelişim ve tatmin sağlama gibi pozitif etkilere sahipken bunlarla birlikte birçok güçlüğe de sahiptir (Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014)

2.3.2. Bakım Yüğü Kavramı

Akut veya kronik bir engeli veya hastalığı olan bir kişiyle ilgilenmek, o kişiye destek olmak, onun gereksinimlerini temin etmek, uzmanlık gerektirmeyen bakım sağlayanlar için ruhsal, ekonomik, fiziksel ve sosyal güçlüklere sebep olabilmektedir (Dökmen, 2012).

İnfomal bakım sağlayanlar, sevdikleri ve bağlı oldukları bireylerin hasta olmasının üzüntüsünü yaşamakla beraber yüklenmiş oldukları bakım sorumluluğunun etkilerini yüklenmek durumunda kalmaktadırlar. Bu etkiler hem duygusal hem de fiziksel olarak kendini göstermektedir (Uğur ve Fadıloğlu, 2012). Bakım yüğü,

yetersizliği olan, kronik rahatsızlığı olan, bakıma muhtaç ya da yaşı olan aile ferdine bakım veren bireyin baskı altında olması, zorlanması, gerilmesi, yük altına girmesi olarak ifade edilebilecektir (Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Bakım yükü ruhsal, fiziksel, ekonomik, sosyal sorunlar olarak farklı boyutlarda ele alınmaktadır (Dökmen, 2012).

Bakım yükü genel olarak iki kısımda ele alınmaktadır. Bunlar;

- Objektif bakım yükü,
- Subjektif bakım yükü.

Objektif bakım yükü, bakım verenlerin ve aile üyelerinin karşılaştığı engelleri ve farklılıkları içermektedir. Bu nedenle hastalığın neden olduğu ekonomik zorluklar, bakım verme sebebiyle ortaya çıkan yorgunluk, sosyal etkinliklerin kısıtlanmalar, aile rutinlerin engellenmesi, ev şartlarındaki gerginlik ve fiziksel problemler ve sıkıntılar objektif bakım yükünü ortaya koyan somut kanıtlardır (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013).

Bakım verenlerin, bakım sağlama yükümlülükleriyle ilgili kişisel görüşleri, hastanın istenmeyen tutumları sebebiyle ortaya çıkan ruhsal sıkıntıları ve farklı tutumları ile hisleri subjektif bakım verme yükü olarak ifade edilmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013).

Objektif bakım yükü somut öğelere bağlı olması sebebiyle daha kolay belirlenebilmektedir. Ancak subjektif bakım yükünün tespit edilebilmesi kolay olmamaktadır. Bakım verenlerin tamamının, bakım güçlüğü çekmesi gerekli olmamakla birlikte bakım verenlerin hepsinin de aynı düzeyde bakım yükü çekmesi söz konusu olmamaktadır. Yapılan çalışmalara göre bakım verenlerin büyük bölümü hastaya bakım vermeye başlamadan önceki sağlık durumlarını iyi, bakım vermeye başladıktan sonraki sağlık durumlarını kötü olarak tanımladıklarını ifade etmektedir. Bununla birlikte bakım verenlerin en çok sosyolojik, fizyolojik ve psikolojik problemler yaşadıkları söylenmektedir (Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Bakım veren anne ile babaların bakım öncesi ve sonrası sağlık algılarının kıyaslandığında bu süreçlerde istatistiksel açıdan farkların olduğu ifade edilmektedir.

2.3.3. Bakım Yükü ve Kronik Hastalıklar

Bulaşıcı olmayan, uzun süreli, tamamen iyileşemeyen, sakatlığa ve fonksiyon bozukluklarına sebep olabilen kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kalp damar

hastalıkları, kanser, artrit, demans gibi hastalıklar kronik hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Kronik Hastalıklar Komisyonu kronik hastalıkları, devamlı süren, irreversibl, uzun dönemli denetim, bakım, rehabilitasyon ve gözlem gerektiren hastalıklar olarak ifade etmiştir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Farklı bir tanımlamaya göre kronik hastalıklar, kişinin yaşam kalitesini negatif biçimde etkileyen, devamlı niteliği olan, tedavisi belli bir uzmanlığı gerektiren, sakatlıklara neden olabilen, komplikasyonları ölümcül olabilen, ülke ve aile bütçesinde yüksek maliyetlere sebep olabilen hastalıklardır (ICN, 2010).

Kronik hastalıklar, çoğunlukla orta yaş döneminde başlamakta ve kalan ömür boyunca devam etmektedir. Bu durum sürekli bakımı gerekli kılmaktadır. Bunun neticesinde aile fertleri belli bir bakım yükü üstlenmek durumunda kalmaktadır.

İnsan ömrünün genel olarak uzaması günümüzde nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır. Bu durum kronik hastalıkların artmasına neden olmakla birlikte bakım yükünün de artmasına sebep olmaktadır. Yaş artıka bireylerin kronik hastalığa yakalanma olasılıklarını artırmaktadır. Bu durum ister istemez bakım yükünün de artmasına sebep olmaktadır.

2.3.4. Bakım Yükünün Boyutları

Bakım yükünün sahip olduğu bakımlar Şu Şekildedir (Arslantaş ve Adana, 2011):

- Direk bakımla ilgili işler: Çoğunlukla hastaların bakım gereksinimi hastaların gözlemiyle ölçülmektedir. Bunun nedeni hastanın bakım gereksiniminin hastalığa bağlı olarak farklılık göstermesidir. Ayrıca bakım süreci hastalığın hangi evrede olduğuna göre farklılık gösterecektir.
- Direk bakımla ilgili olmayan işler: Ev halkının bakım vermenin dışındaki işlerini ifade etmektedir. Bu işler daha evvelden hastanın kendi tarafından yapılan, hastalık ardından aile tarafından devre alınan işlerini ifade edilmektedir.

- Hastanın duygusal gereksinimleri ile uğraşmak: aile fertleri kendilerini hastanın sorunlarıyla ve kaygılarıyla uğraşmak zorunda hissedebilmektedirler.
- Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin neticeleri: Bakım verenler açısından hastaya bakım vermek bazı durumlarda hayatlarının merkezinde yer almaktadır. Bu sebepten dolayı bakım verenler kendi gereksinimlerini karşılamayı ertelemek durumunda kalabilmektedir.

2.3.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Etmenler

Bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükler farkı etmenlere bağlı olarak birbirinden farklı olabilmektedir. Bu etmenler şu şekildedir (Dökmen, 2012; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014):

- Bakım sağlayanların bireysel özellikleri (eğitim, çalışma durumu, cinsiyet, dini inancı, bakım vermeye bakışı, sosyoekonomik durumu gibi),
- Bakıma ihtiyaç duyan kişi ile bakım veren kişi arasındaki bakım öncesindeki ve sonrasındaki ilişki,
- Bakıma ihtiyaç duyan kişiye bakım verme süresi ile onunla aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım sağlayanın yaşının ilerlemiş olması veya sağlığının bozuk olması,
- Bakım verenin bakım sorumluluğu dışında farklı sorumluluklarının bulunması,
- Bakım gereksinimi olan kişiye yalnızca tek bir konuda değil, birden fazla konuda bakım sağlanmasının gerekmesi (duygusal, ekonomik, fiziksel, gibi),
- Bakım ihtiyacı olan kişinin, bakım verenin hayatına müdahale etmeye teşebbüs etmesi,
- Bağımlılığı ve hafıza bozukluğu olan kişiye bakım verme,

- Düşük ve orta gelirli ailelerin mali sebeplerle küçük dairelerde kalması ve bakım ihtiyacı olan kişilere ayırabilecekleri mekanların bulunmaması,
- Şehirlerde değişen toplumsal hayat sonucu kırsal kökenli yaşlılar ile aile arasındaki uyumsuzluklar,
- Eğitim düzeyleri veya ekonomik zorunluluklardan dolayı kadınların çalışmasının gerekmesi ve bu sebeple bakım gereksinimi olan kişiyle ilgilenecek kişinin bulunmamasıdır.

Bakım verenlerin sağlık durumlarının iyi olmaması, toplumsal desteğin sağlanamaması ve işlevleri iyi olmayan bir ailede yaşanıyor olması bakım yükünün artmasına neden olmaktadır. Ailenin aylık geliri ile hastayla yaşayan aile üyesi arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte yaşı büyük ve eğitim düzeyi düşük olan annelerde genç yaşta hastaların bakımının yüklenildiği durumlarda bakım yükünün arttığı ifade edilmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

2.3.6. Bakım Verenlerin Özellikleri

Bakım verenlerin niteliklerinin ve özelliklerinin bilinmesiyle birlikte sağlık kurumlarının ve personellerinin verecekleri hizmetlerin planlanması mümkün olacaktır. Bununla birlikte risk grupların tespiti, sağlık politikalarının oluşturulması, destek gruplarının belirlenmesi gibi öğelerin de temin edilmesi mümkün hale gelecektir. Bakıma ihtiyacı olan kişinin bakımının kararlaştırılması süreçlerinde genel olarak geleneksel öğelere dayanılmaktadır. Bu açıdan çoğunlukla kız çocukları, anneler, eşler ilk olarak bakım sürecini yüklenmek durumunda olmaktadır. Bunların ardından ise gelin ve erkek çocukları bakım vermek durumunda kalmaktadır. Yürütülen çalışmaların neticesinde ise bakım verenlerin büyük bölümünün kadın olduğu gözlemlenmiştir (Akgün, Polat ve Ergüney, 2009).

Bakım veren kişiler genel olarak bakıma ihtiyaç duyan bireyin gelini veya kızı olmaktadır. Bununla birlikte bakım verenlerin %64'ünün çalıştığı, %40'ının ise 18 yaşın altında çocuklarının olduğu görülmüştür (Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013). Yürütülen araştırmalarda bakım verenlerin büyük bölümün kadın oldukları belirlenmiştir (Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Kadınların genel olarak bakım verme fonksiyonuna uygun olduklarının düşünülmesinin en mühim sebebi; çoğunlukla toplum tarafından aile ve ev işleri gibi özel konuların kadının görevi olarak algılanmasıdır. Bununla birlikte kadınların bireysel özellikleri sebebiyle, daha duyarlı, daha şefkatli davrandıkları, daha iyi ilişki kurabilme yeteneğine sahip oldukları düşünülmekte ve bu sebepte erkeklerle karşılaştırıldıklarında daha iyi bakım sağlayabilme fonksiyonuna sahip oldukları düşünülmektedir (Işık ve ark., 2016).

2.3.7. Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Zorluklar

Bakım veren kimselerin yük algıları, sundukları bakımın kendi hayatlarını etkileme düzeyi olarak ifade edilmesi mümkündür. Söz konusu bu algı, sağlık çalışanlarının veya diğer aile üyelerinin algıladıkları yükten oldukça farklı olmaktadır. Bakım verme süreci, bireyin iyilik halini veya sağlığını negatif olarak etkileyebilecektir. Bakım verilen bireylerin çoğunlukla ihtiyaçlarının hiç bitmemesi sebebiyle bakım verenler somatik problemler yaşayabilmektedirler (Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Bakım verenin sağlık durumunun kötüye gitmesi, anksiyete ve depresyon gibi sorunlarla karşılaşabilmelerine neden olmaktadır. Bakım veren kişilerin karşılaştıkları zorluklar ve yetebilme duygularının zayıflaması, psikolojik olarak kişiye baskı uygulayabilmektedir. Özyeşil ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmaya göre bakım sürecinin uzun olması ve süreklilik içermesi ile bakım verenlerde sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük ve gelişimsel yük arasında aynı yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bakım süresinin uzaması, bakım verenlerin bakım yükü algılarını arttırmakta bu durum bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak yıkıma uğramasına neden olabilmektedir.

2.3.7.1. Fiziksel Zorluklar

İnformal bakım veren bireylerde bakım verme süreçlerinde düzensiz yemek yeme, hazımsızlık, baş ağrısı, iştahta değişim gibi somatik şikayetler baş göstermeye başlamaktadır. Bununla birlikte beden ağırlığında artış veya azalış, kronik yorgunluk, kas ağrısı, uyku düzensizlikleri, bireyin kendine vakit ayıramaması sebebiyle sağlığında bozulma, konsantrasyon bozukluğu ve giyim ile kuşamda dağınıklık gibi durumlar da gözlemlenebilmektedir (Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013).

Bakım veren kişilerin bakım vermeyen bireylere kıyasla daha çok semptom, hastalık, kardiovasküler problemle yüzleştikleri gözlemlenmiştir. Bu açıdan bakım veren bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullanımından yararlandıkları görülmüştür (Uğur ve Fadıloğlu, 2012).

2.3.7.2. Emosyonel Zorluklar

Bakım veren bireyler emosyonel açıdan, benlik saygısında düşüş, uykusuzluk, depresyon, sosyal izolasyon, ilaç ve alkol kullanımında artış, sorun çözmede güçlük, iğneleyici davranışlar gibi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. En sık karşılaşılan semptomlar anksiyete ile strestir. Bu semptomların ayrıca ilerleme kaydettikleri gözlemlenmektedir (Öztürk, Şentürk ve Macit, 2017). Özellikle anksiyete bireyin tüm yaşamına etki edebilmektedir.

Bakım verenlerin kendi hayatlarıyla ilgili kontrollerini yitirdikleri düşüncesiyle birlikte beklentileri karşılamada başarısızlıkla birlikte güçsüzlük hissiyle yüzleşebilmektedirler (Öztürk, Şentürk ve Macit, 2017). Bununla birlikte hayal kırıklığı, kızgınlık, bakım verilene dürüst olunamadığı için suçluluk, kendini ayıplama, mahremiyetin kaybı, umutsuzluk, keder, zorlanma, umutsuzluk ve yardımsızlık gibi ruhsal zorluklarla da karşılaştığı ifade edilmektedir. İnfomal bakım veren bireylerde emosyonel problemler görülebileceği gibi bu bireylerin iş verimliliklerinde de düşüşler yaşanabilmektedir. Yürütülen çalışmalar infomal bakımın, bakım veren bireylerin hayatlarını negatif etkilediğini ortaya koymakta ve bu bakım veren bireylerinin bir rahatsızlığının olduğunu ve depresyon ile anksiyete ilaçları kullandığını ifade etmektedir (Atagün ve ark., 2011).

2.3.7.3. Sosyal Zorluklar

Bakım verme, bireylerarası ve sosyal sorunlara da sebep olmaktadır. Bakım verenler genel olarak hayatlarını sevdikleri insanların ihtiyaçlarına göre düzenleyebilmektedir. Bununla birlikte sevdiklerinin de benzer biçimde bir düzenleme yapmasını isteyebilmektedir. Yürütülen çalışmalarda bakımın çoğunlukla eşler tarafından sağlandığı ve bakım sürecinin hem kadın eşler hem de erkekler eşler için toplumsal hayatı sınırlandırıcı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bakım verme süreci boyunca eşlerde anksiyete ile depresyon gibi ruhsal problemlerin de artış gösterdiği

gözlemlenmiştir (Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013).Primer bakım veren bireylerin arkadaş ilişkileri, aile ilişkileri ya da sosyal etkinliklerden fedakarlıkta buldukları görülmektedir. Bununla birlikte bu bireylerin dinlendirici ve eğlendirici boş vakitleri sınırlanmaktadır. Bu sebepten dolayı bu bireyler kendilerini bakım verme süreçlerinde yalnız bırakılmış gibi hissetmektedir. Bu bireylere toplumsal destek azalmakla birlikte, bu bireyler sosyal izolasyon yaşayabilmektedir. Bakım verenin hastayla birlikte geçirdiği vaktin de fazla olmasının bakım yükünü artırdığı ifade edilmektedir. Ancak pozitif sosyal desteğin aile yükünü azalttığı söylenmektedir (Atagün ve ark., 2011).

2.3.7.4. Ekonomik ve İşle İlgili Zorluklar

İnformal bakım verenler açısından evde bakım sürdürmenin ekonomik maliyetleri oldukça önemlidir. Bakım sürecinde en fazla rastlanan ekonomik sorunlar ise, iş kayıplarının yaşanması, sağlık güvencesi tarafından temin edilmeyen ek masrafların ortaya çıkması ile iş saatlerinin düşmesi sebebiyle gelirden ortaya çıkan azalışlardır. Bakım verme sebebiyle işleri bir düzene koymak durumunda olan bireyler çoğunlukla çok zorlandıklarını ifade etmektedir. Bununla birlikte bu bireyler emeklilik ile çalışma hayatının sağladığı yararlarından vazgeçmek durumunda kalabilmektedir. Çalışmalar bakım verenlerin iş kaybı yaşamaları sebebiyle ekonomik zorluklar çektiklerini ifade etmektedir (İzgu, 2015).

Gülpak ve Kocaöz (2014) tarafından yapılan bir çalışmada 60 yaşında üzerinde ilkökul mezunu, gelir düzeyi düşük, bakım süreçlerinde sağlık problemi oluşan, sağlık giderlerini temin etmekte zorlanan, tam gün bakım veren bakım verenlerin, bakım yüklerinin oldukça yüksek oldukları görülmüştür.

2.3.8. KOAH'lı Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüküne Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler, tedavi uygulayıcı, bakım verici, araştırmacı, yönetici, eğitici gibi geleneksel sorumlulukları yüklenmekle beraber hasta hakları savunuculuğu, danışmanlık, sorumluluk sahibi olma, özerklik ve psikologluk gibi modern sorumlulukları da yüklenme durumları bulunmaktadır (Taylan ve Kadioğlu, 2012). Bakım verme sorumluluğundaki hemşire, hastalıkla ilgili olarak özel tedavileri sürdürmekte, hastalığın hastada ve hasta yakınlarındaki psiko-sosyal ve fiziksel etkileri

değerlendirmekte ve hastalığın iyileşmesi için gerekli adımları atmaktadır. Hemşirelikte bakım verme, temel görevlerden biridir. Hemşireler bu görevi yerine getirirken, hasta odaklı görev sürdürmekle beraber karar verme yetilerinden de yararlanırlar (Benzeş, 2013). Hemşireler danışmanlık görevi kapsamında hasta ve hasta yakınlarına sağlığın korunması, yaşam kalitesinin artırılması, hastalıklarla mücadele edilmesi gibi konularda onlara destek sağlamak ve onlara danışmanlık yapmaktadırlar. Araştırmacılık sorumluluğunda hemşireler daha iyi hizmet sağlamak ve bakım vermek için yeni bilgiler araştırmakta, öğrenmekte ve bunları uygulamaya koymaktadır. Karar verici sorumluluğunda ise hemşireler, karar verme ve kritik düşünme yetilerini hasta bakım süreçlerine dahil etmektedir (Taylan ve Kadioğlu, 2012).

Hemşireler hasta bireyler dışında sağlık bireyler de farklı zamanlarda bakım hizmeti vermektedirler. Bakım verme, hemşirelerin özerk bir biçimde uyguladıkları, bir rol olmakla birlikte eskiden olduğu kadar günümüzde de bu rol hala ağırlığını korumaktadır. KOAH, kanser, CVO-CerebroVasküler Olay, kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar ile yaşlılık gibi durumlar bakım ihtiyacının en fazla ortaya çıktığı durumlar olmaktadır. Hemşireler, bakım verme süreçlerini devam ettirirken, hastayı ve aileyi bir bütün olarak ele almaktadır. Bu sebepten dolayı hemşireler, bakıma ihtiyaç duyan kişinin sosyal, fiziksel ve ruhsal sağlığıyla alakalı girişimlerde bulunmakla beraber kişinin iyilik durumunu pozitif veya negatif olarak etkileyecek olan bakım verenleri de değerlendirme altına almaktadır (Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014).

Hemşireler bakım veren bireylere makul yaklaşımlar geliştirerek, bu bireylerin bakım sürecini etkili bir şekilde sürdürmelerine destek olabilecektir. Bakım verenlerin problemlerini tespit etmek için, bakım verenleri ile tüm aile üyelerini beraber değerlendirmek, problemlerin tespit edilebilmesi için bilgi toplamak, hemşirelik süreçlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey ile bakım verenlerin güvenlikleri her şeyin önünde tutmak, hastanın ve bakım verenlerin kaygı ile stres düzeylerinin azaltılmasını için onlara destek vermek, hemşireliğin temel sorumlulukları içinde yer bulunmaktadır (Gel ve Kesgin, 2017).

Hemşirelerin bakım veren bireylerin bakım süreçleriyle ilgili davranışlarını, tutumları takip etmesi gerekmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin, bakım verenlerin bakım verdikleri hastanın sağlık durumuyla ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarını da göz önünde bulundurması, bakım verenlerin becerileri üzerinde durarak, onların pozitif

tutum ve davranış sergilemelerine destek olmalıdır. Bakım verenlerin tükenmişlik hissi yaşamamaları, kendi sağlıklarına ve yaşam kalitelerine önem vermeleri ve onların bakım yeteneklerinin artırılması için onlara destek sağlaması gerekmektedir (Hindistan ve Çilingir, 2012).

Hemşirelerin, bakım sağlayanların ihtiyaç duymaları halinde rehberlik ve yardım hizmetlerine nasıl, ne zaman ve nerede ulaşacaklarıyla ilgili danışmanlık yapması gerekmektedir. Bununla birlikte bakım verenin yaşadığı hislerin olağan olduğunu ona ifade etmesi ve bakım verenin en iyi gayreti gösterdiğiyle ilgili onu ikna etmesi oldukça önemli olmaktadır. Hemşirenin bakım verenin yaşadığı sorunları çözüme ulaştırılabilecek biçimde belli bölümlere ayırması, alternatiflerin ve mevcut kaynakların tespit edilmesi açısından önemli olacaktır. Bakım verenlerin süreçlerle ilgili bazı tecrübeler ve bilgilere gereksinimi olabilmektedir. Bunların hemşireler tarafından bakım verilere aktarılması, bakım sürecinin daha etkili yürütülmesi açısından önemli olacaktır (Gel ve Kesgin, 2017).

Bakım verenlerin kendi yaşam kalitelerini ve sağlıklarını korumaları, anksiyete ve stres yaşamamaları, gereksinim duyulan bakımı temin edebilmeleri için aile fertlerinin hepsinin bakım becerilerinin artırılması gerekmektedir. Sadece hastaların değil, bakım verenlerin de gereksinimlerini tespit edilmesi ile bu gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir. Bakım verenlerin fikirlerini ve hislerini rahat biçimde açıklayabilecekleri şartların temin edilmesi sağlanmalıdır. Bu açıdan hemşireler, bakım verenler ile hastaların gereksinim duydukları eğitim süreçleri belirlemeleri ve bu süreçlere uygun eğitimleri vermelidirler. Eğitimlerin belli dönemlerde tekrar edilmesi önemli olacaktır (Akgün, Polat ve Ergüney, 2009).

Hemşireler, yalnızca hastaların değil aynı zamanda bakım verenlerin gereksinimlerini tespit etmeli ve söz konusu gereksinimleri karşılamak adına birtakım faaliyetlerde bulunmak durumundadırlar. Bununla birlikte hemşirelerin hastaların ve bakım verenlerin fikirleri, düşüncelerini ve hislerini ifade edebilecekleri güvenli ortamları sağlamaları gerekmektedir. Ayrıca hastalar ile bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemelerine bu eğitim gereksinimlerine paralel eğitimlerin verilmesini temin etmelidirler. Bu sayede bakım verme açısından ortaya çıkan zorlukların azalması ve bakım kalitesinin artması mümkün olacaktır. Eğitimi vermekle görevli olan hemşirenin ise, bakım veren bireylerin yüklenmiş oldukları rol ve

sorumlulukları bakım verenlere ifade etmesi gerekmektedir. Bu kapsamda üstlenilen rol ve sorumlulukların bakım verenleri ne ölçüde etkileyeceğinin de bakım verenlere aktarılması yerinde olacaktır. Bu sayede bakım verenler de kendi kişisel ihtiyaçlarının farkında olacak ve böylelikle üstlendikleri bakımı en iyi biçimde sürdürebileceklerdir. Bakım veren bireylerin sağlıklarının ve ruhsal durumlarının yerinde olmaması verilen bakım hizmetlerinin aksaması ve bu hizmetlerin kalitesinin düşmesi anlamına gelecektir. Bu durum ise hastanın sağlığının daha da bozulmasına neden olacaktır. Bu nedenden dolayı hemşirelerin, bakım verenlerin kendilerini de gözetmelerini sağlaması bakım yükünün azaltılması ve bakım sürecinin iyileştirilmesi açısından önemli olacaktır.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Obstruktif Akciğer hastası olarak tedavi olup hastaneden taburcu edilen hastaya evde bakım verecek olan bireylerin bakım yükünün değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırma Çorum İli Osmancık Devlet Hastanesi'nde Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini yatan ve tedavi edilip taburcu edilen KOAH'lı hastalara evde bakım verecek olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme gidilmemiş bu tarihler arasında tedavi edilip taburcu edilen hastaların bakım vericilerinin tamamının alınması hedeflenmiştir. Örneklemi Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında tedavi için hastanede yatan ve taburcu edilen hastaların bakım vericilerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 147 bakım vericisi oluşturmuştur. %95 güven aralığında, %5 duyarlılığa sahiptir. Elde edilen sonuçlara göre en az 147 örnek alınması gerektiği belirlenmiştir.

3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Katılımcıların araştırmaya alınma kriterleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- 18 yaş ve üzeri olma,
- İletişim sorunun bulunmayan,
- KOAH hastasına primer bakım veren hasta yakını olma,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılımı kabul eden bireyler oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, KOAH'lı hastalara evde bakım hizmeti verecek olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve evde bakım hizmeti ile ilgili özelliklerinin belirlenmesine yönelik hazırlanan "Kişisel Bilgi formu", Bakım vericilerin bakım yükünü değerlendiren "Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu 15 sorudan oluşmaktadır. Bakım verenin demografik özellikleri ve hastalara verilen bakımın özelliklerini kapsayan sorulardan oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, aile tipi, ev tipi, yakınlık derecesi, destek veren kişi durumu, bakım süreci ve hastalık hakkında bilgiye ilişkin sorular sorulmuştur.

3.4.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğinde 5'li likert tipi bir skala kullanılmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, hissedilen bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir(İnci, 2006).

Tablo 4. Bakım yüğü ölçeği ortalama puanları ve normallik testi

Ölçek	n	Min.	Mak.	\bar{X}	Ss	Alfa	Kolmogorov SmirnovZ	p
Bakımyüğü ölçeği	147	34,00	88,00	62,54	12,55	0,823	1,414	0,037

KOAH'lı hastalara bakım verenlerin bakım yüğü puan ortalaması $62,54 \pm 12,55$ (yüksek düzeyde bakım yüğü yaşadığı) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.

Bakım yüğü ölçeğine ilişkin normallik testi sonuçlarına göre (KolmogorovSmirnov Testi) bakım yüğü ölçeği normal dağılım koşullarını

sağlamamaktadır ($p < 0,05$). Bu durumda non parametrik testler olan Kruskal Wallis H testi ve Mann Whithney U testi kullanılmıştır(Tablo 4).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya başlamadan önce örneklem grubunu oluşturan KOAH'lı hastalarının primer bakım verici aile bireylerine araştırmanın amacı açıklanmış ve daha detaylı bilgi için gönüllü olur formunu okumaları istenmiştir. Gönüllü olduğunu sözlü ve yazılı bildiren hasta yakınları tarafından anket formları yanıtlanmıştır. Tüm bakım vericilere buldukları hastane ortamında (hasta odası veya hemşire odası), kendileri için en uygun zamanlarda (hastanın uyuduğu, dinlendiği, fiziksel ve emosyonel rahatlığı sağlandığı zaman) anket formları uygulanmış olup her bir anket formunun doldurulması yaklaşık 20–25 dakika sürmüştür.

3.6. İstatistiksel Değerlendirilme

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 Programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis H testi ve Mann Whithney U testi kullanılmıştır. Güvenilirlik analizi Cronbach'ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve katsayı 0,712 olarak tespit edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 23.12.2016/sayı;B.30.2.ODM.020.08/412-639 numaralı etik onay (Ek-4) ve Çorum İli Osmancık Devlet Hastanesi'nde uygulamanın yapılabilmesi için 20.07.2016/sayı;/72743589-805.02.05-218 numaralı yazılı izin (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında ilgili Çorum ili Osmancık Devlet Hastanesinde tedavi alan hastaların bakım vericileri ile sınırlıdır, Çorum'a genellenemez.

4. BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde anket formu kapsamında elde edilen tanıtıcı bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 5. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin sosyo - demografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-30	28	19,0
31-43	70	47,6
44-56	34	23,1
57 ve üzeri	15	10,3
Cinsiyet		
Kadın	68	46,3
Erkek	79	53,7
Medeni Durum		
Bekar	25	17,0
Evli	122	83,0
Çocuk varlığı		
Var	122	83,0
Yok	39	17,0
Eğitim Durumu		
Okula gitmemiş	15	10,1
İlkokul	25	17,0
Ortaokul	20	13,6
Lise	47	32,0
Üniversite ve üzeri	40	27,3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	122	83,0
Çalışmıyor	25	17,0

Tablo 5. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin sosyo - demografik özellikleri (devamı)

Sosyal Güvence		
Var	109	74,1
Yok	38	25,9
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	20	13,6
Gelir gidere denk	100	68,0
Gelir giderden çok	27	18,4
Yaşanılan yer		
İl	31	21,1
İlçe	91	61,9
Belde /Köy	25	17,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	100	68,0
Geniş aile	47	32,0
Ev tipi		
Müstakil	45	30,6
Apartman Dairesi	102	69,4

Tablo5’de KOAH’lı hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların, %47,6’sı 31-42 yaş arasında, %23,1’i 43-55 yaş arasındadır. Katılımcıların%46,3’ününkadın, %83’ünün evli ve %83’ünün çocuğunun bulunduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların %32’si lise, %25,9’u üniversite mezunudur. Katılımcıların%83’ünün çalıştığı %74,1’inin sosyal güvencesinin olduğu ve%68’inin gelirinin giderin denk olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların%61,9’unun ilçede yaşadığı, %68’inin çekirdek aileye sahip olduğu, %69,4’ünün apartman dairesinde yaşadığı belirlenmiştir.

Bakım verilen hastaların özellikleri

Hastaların cinsiyete göre dağılımında hastaların %74.4’ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen hastaların yaş ortalaması 53.51±14.91 olup en düşük yaş 18 en yüksek yaş 86’dır. Hastaların %61.0’ı yardımsız yemek yiyebiliyor, %69.2’si tuvalete gidebiliyor, %70.8’i idrarını kontrol edebiliyor, %73.8’i dışkıyı kontrol

edebiliyor olmasına karşın hastaların %56.4'ü yardımsız giyinemiyor, %66.2'si yardımsız banyo yapamıyor durumdadır.

Tablo 6. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin bakımla ilgili bazı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Bakım verilen bireye yakınlık durumu		
Eşi	39	26,5
Kızı	27	18,4
Oğlu	39	26,5
Gelini	16	10,9
Damadı	11	7,5
Torunu	15	10,2
Bakım konusunda yardım alma durumu		
Var	109	74,1
Yok	38	25,9
Hastaya bakım verme süresi		
6-11 ay	36	24,5
1-2 yıl	58	39,5
3-6 yıl	44	29,9
7 yıl ve üzeri	9	6,1
Hastalık ve bakıma yönelik bilgi durumu		
Var	113	76,9
Yok	34	23,1
Toplam	147	100,0

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %26,5'i hastanın eşi, %18,4'ü kızı, %26,5'i oğludur. Bakım verenlerin %74,1'ine bakıma destek veren biri bulunduğu ve %24,5'i 6-11 aydır, %39,5'i 1-2 yıldır, %29,9'u 3-6 yıldır ve %6,1'i 7 yıl ve üzeri zamandır hastaya baktığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %76,9'u hastalık ve bakıma yönelik bilgisi varken, %23,1'inin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6).

4.2. Bakım Yüğü Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 7. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü karşılaştırılması

Özellikler	n	Bakım yükü ölçeği $\bar{X} \pm Sd$	İstatistik
Yaş			
18-30	28	62,53±12,24	X ² : 0,175 p: 0,981
31-43	70	62,34±11,38	
44-56	34	63,23±14,25	
57 ve üzeri	15	57 ve üzeri	15
Cinsiyet			
Kadın	68	61,25±11,52	U:0,972 p:0,331
Erkek	79	63,62±13,44	
Medeni durum			
Bekar	25	65,12±12,45	U:1,161 p:0,246
Evli	122	62,01±11,85	
Çocuk varlığı			
Var	122	62,85±13,54	U:0,320 p:0,749
Yok	39	61,69±10,35	
Eğitim durumu			
Okula gitmemiş	15	65,25±12,25	X ² :8,215 p:0,228
İlkokul	25	63,12±12,38	
Ortaokul	20	61,25±10,36	
Lise	47	64,65±13,25	
Üniversite ve üzeri	40	60,22±11,25	
Çalışma durumu			
Evet	122	62,23±14,31	U:0,696 p:0,486
Hayır	25	64,04±10,25	
Sosyal güvence			
Var	109	63,07±12,32	U:0,792 p:0,428
Yok	38	61,02±11,85	
Gelir durumu			
Gelir giderden az	20	66,40±13,54	X ² :2,550 p:0,279
Gelir gidere denk	100	62,31±14,25	
Gelir giderden çok	27	60,55±10,85	

Tablo 7. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü karşılaştırılması (devamı)

Yaşanılan yer			
İl	31	59,45±14,32	$X^2:7,718$ p:0,021
İlçe	91	62,04±15,28	
Belde /Köy	25	68,20±13,56	
Aile tipi			
Çekirdek aile	100	61,33±12,85	U:1,307 p:0,191
Geniş aile	47	65,12±13,69	
Ev tipi			
Müstakil	45	67,20±14,23	U:2,964 p:0,003
Apartman Dairesi	102	60,43±10,25	

Tablo 7.de KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo–demografik özelliklerinin bakım yükü karşılaştırılmıştır.

Köyde yaşayan bireylerin bakım yükü algısı daha yüksek olup, yaşanılan yere göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla ikili değişkenler arasında Mann Whithney U testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre tüm yaşanılan yer değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre ilde yaşayan bireylerin bakım yükü algıları en düşükken, ilçede yaşayanların bakım yükü algısı daha yüksek ve beldede/köyde yaşayanların bakım yükü algısı en yüksektir.

Ev tipine bağlı olarak bakım yükü algısı incelenmiştir. Buna göre ev tipi değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müstakil evde yaşayanların bakım verme yükü algıları apartman dairesinde yaşayanların bakım verme yükü algılarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşa bağlı olarak bakım yükü algısı Kruskal Wallis H testi ile incelenmiştir. Buna göre yaş değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).Cinsiyete bağlı olarak bakım yükü algısı Mann Whithney U testi ile incelenmiştir. Erkeklerin bakım yükü algı puanı daha yüksek olup,

cinsiyet değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).Bekarların bakım yükü algısı evlilere göre daha yüksek bulunmuş olup, medeni durumu ile bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).Çocuk sahibi olma durumuna, eğitim durumuna, çalışma durumuna, sosyal güvence durumuna ve gelir durumuna göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).Aile tipine bağlı olarak bakım yükü algısı incelenmiştir. Buna göre aile tipi değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. KOAH'lı Hastalara bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili bazı özelliklerinin bakım yükü karşılaştırılması

Özellikler	n	Bakım yükü ölçęi $\bar{X} \pm Sd$	İstatistik
Bakım verilen bireye yakınlık durumu			
Eşi	39	62,87±13,25	$X^2:3,557$ $p:0,615$
Kızı	27	63,77±14,52	
Oğlu	39	63,79±15,74	
Gelini	16	58,87±16,42	
Damadı	11	64,09±12,21	
Torunu	15	59,00±10,28	
Bakım konusunda yardım alma durumu			
Alan	109	61,69±12,35	U:1,591 $p:0,112$
Almayan	38	64,97±11,41	
Hastaya bakım verme süresi			
6-11 ay	36	60,75±10,29	$X^2:0,956$ $p:0,416$
1-2 yıl	58	62,50±13,54	
3-6 yıl	44	64,79±12,38	
7 yıl ve üzeri	9	59,00±11,38	
Hastalık ve bakıma yönelik bilgi durumu			
Var	113	62,57±12,47	$X^2:0,142$ $p:0,887$
Yok	34	62,44±13,85	

Tablo 8'de KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili bazı özelliklerinin bakım yükü karşılaştırılmıştır. Bakım verilen bireye yakınlık durumuna bağlı olarak bakım yükü algısı incelenmiştir. Buna göre bakım verilen bireye yakınlık durumu değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bakımda kendisine destek veren kişinin olmadığını bildirenlerin bakım yükü algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre bakımda destek veren kişinin varlığı değişkenine bağlı olarak bakım yükü algısının

istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaya bakım verme süresi ve hastalık ve bakıma yönelik bilgi durumu ile bakım yükü algısı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada KOAH'lı hastalara aileleri tarafından verilen evde bakım ile, bakım verenin bakım yükü algısı tartışılacaktır.

KOAH'lı hastalara bakım vericilerin bakım yükü puan ortalaması $62,54 \pm 12,55$ (yüksek düzeyde bakım yükü yaşadığı) olarak bulunmuştur (Tablo 7). Araştırmada bakım yükü algısının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bakım verenlerin bakımla ilgili önemli sorunlarının olduğunu göstermektedir. Atagün ve ark. (2011) çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin, hastalığın yoğun tedavi gerektirmesi nedeniyle bakım yükü algılarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Boothet.al. (2003) çalışmalarında KOAH'lı hastalara bakım verenlerin bakım yükü algılarının genel olarak yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Kanervistoet. al. (2007) çalışmalarında KOAH'lı hastalara bakım verme sorumluluğunu üstlenen bireylerin yarısından fazlasının yaşamının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçlarına göre yaşa göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 7). Bu çalışmadan farklı olarak, Papastavrouet.al. (2012) yaptıkları araştırmalarında bakım yükü algısı ile bakım verenin yaşının pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bakım verenlerin yaşı ilerledikçe bakım verme yükü algıları yükselmektedir. Tel ve ark.(2012) çalışmalarında 45 yaş üstü bireylerin 45 yaş altı bireylere göre bakım yükü algılarını daha yüksek olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmada yaşlıya bakım veren bireylerin yaş ortalamasının 50 yaşın altında olması sonucu bu şekilde etkilemiş olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre cinsiyete göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 7). Malak ve Dicle (2008) cinsiyete göre bakım yükü algısının farklılaşmadığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Karaaslan (2013) çalışmasında bakım yükünün cinsiyete göre farklılaşmadığını belirtmiştir. Farklı şekilde Spenceet.al. (2008) çalışmalarında toplumsal olarak kadınlara bakım verme rollünün yüklendiğini ve bu durumun kadınların bakım yükü algılarını yükselttiğini belirtmişlerdir. Yine Pintoet.al. (2007) çalışmalarında KOAH'lı hastalara bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve hastanın eşi veya kızı olduğu belirtilmiş ve bu durumun kadınların bakım yükü algılarını yükselttiği tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre medeni duruma ve çocuk durumuna göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 7). Benzer şekilde Tel ve ark. (2012) çalışmalarında medeni duruma göre bakım yükü algısının farklılaşmadığını tespit etmişlerdir. Farklı şekilde Öner (2012) araştırmasında medeni duruma göre bakım yükü algısının farklılaştığını ve evli bireylerde bakım yükü algısının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çalışmada çocuğu olanların bakım yükü algıları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada eğitim durumuna göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 7). Selen ve Kav (2014) çalışmalarında sadece okur-yazar olanların bakım yükü algılarını düşük bulmuşken, ortaokul ve lise mezunu olanların bakım yükü algılarını en yüksek bulmuşlardır.

Çalışma durumuna göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde birçok çalışmada çalışma durumuna göre bakım yükü algısının farklılaştığı tespit edilmiştir. Çalışma durumu kısıtlı olan veya çalışmayan bireylerin maddi yetersizliklerinin yüksek olmasının bakım yükü algısını yükselttiği ifade edilmiştir (Chiouet.al. 2009; Öner, 2012; Papastavrou, 2012; Karaaslan, 2013).

Gelir durumuna göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 7). Benzer şekilde Akman (2016) çalışmasında gelir durumuna göre bakım verenlerin bakım yükü algılarının farklılaşmadığını tespit etmiştir. Farklı şekilde Selen ve Kav (2014) çalışmalarında gelir durumu düştükçe bakım yükü algısının yükseldiğini tespit etmişlerdir. Tel ve ark.(2012) çalışmalarında gelir durumu kötüleştikçe, bakım yükü algısının yükseldiğini tespit etmişlerdir.

Aile tipine göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8). Farklı olarak Telve ark.(2012) çalışmalarında geniş aile tipine sahip ailelerde, bakım verenin bakım yükü algısı daha yüksek bulunmuştur. Geniş ailelerde kadının hem aile üyelerine karşı sorumluluğu hem de KOAH'lı hastaya karşı sorumluluğu, bakım yükü algısını yükseltmektedir.

Köyde yaşayan bireylerin bakım yükü algısı daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Köyde yaşıyor olmanın verdiği zor şartlar, bakım verenlerin bakım yükü algılarının yükselmesine neden olabilmektedir.

Buna göre köyde ve müstakil evde yaşayanların bakım yükü algıları diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum apartman dairesinde bakım imkanlarının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Benzer şekilde Selen ve Kav (2014) çalışmalarında ilçe-kasabada yaşayanların ilde yaşayanlara göre bakım yükü algılarını daha yüksek bulmuştur. Farklı şekilde Akman (2016) çalışmasında yaşanan yere göre bakım yükü algısının farklılık göstermediğini tespit etmiştir.

Müstakil evde yaşayanların bakım verme yükü algıları apartman dairesinde yaşayanların bakım verme yükü algılarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Müstakil evde yaşam koşullarının apartman dairesine göre daha zor olması, bakım verme yükünü artırıyor olabilir.

KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre bakım yükü algıları incelenmiş ve istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8). Farklı olarak Hauser et.al. (2006) çalışmalarında hastaya olan yakınlık arttıkça bakım yükü algısının azaldığını tespit etmişlerdir. Araştırmada hastaya olan yakınlık arttıkça hastanın daha fazla benimsendiğini ve bu durumun bakım yükü algısını zayıflattığı belirtilmiştir. Çalışmalarda bakım verenin hasta ile iletişimin, yakınlığı ve bakım verici rolüne hazır oluşunun bakım veren yükünü etkilediğini belirtmektedir (Ostwald et.al 2009; Carod-Artal and Egido 2009). Anne babaların kendilerini çocuklarına adamaları, güçlüklerle baş edebilme durumundan daha fazla guru duymaları, çocuğun ihtiyaçlarına çözüm bulma gereksinimleri ve kendilerine bu durumlar karşısında saygı duyma algıları, onların bakım yükü hislerini hafifletmektedir (Yeşil ve ark., 2016).

Bu çalışmada bireye yakınlık durumuna göre bakım yükü algılarının değişmemesini çalışma yapılan bölgede büyüklere, hastalara bakmanın sevap olması inancı ve geleneksel yaklaşımla bağlantılı olması nedeniyle bakım vericinin bunu sorumluluk olarak algılaması, sonucu bu şekilde etkilemiş olabilir.

Çalışmada bakım konusunda yardım alanların bakım verenlerin almayanlara göre bakım yükü puan ortalamaları daha yüksek olup, istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8). Benzer şekilde Akman (2016) çalışmasında KOAH'lı hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe sahip olmalarının bakım yükü algılarını farklılaştırmadığını tespit etmiştir. Yeşil ve ark. (2016) çalışmalarında bakım

konusunda yardım alanların almayanlara göre bakım yükü skoru ortalamaları yüksek bulmuşlardır.

KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin hastaya bakma süresine göre bakım yükü algıları incelenmiş ve istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 10). Bu araştırmadan farklı olarak birçok araştırmada hastaya bakım verilen süreye göre bakım yükü algısının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaya verilen bakım süresi arttıkça bakım yükü algısının yükseldiği tespit edilmiştir (Coraet.al.,2012; Mosheret.al.,2013; Pawlet.al.,2013). Uzun süreli bakım verme durumu yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım veren bireyin yaşadığı yük, fiziksel sağlıkta azalma, tükenmişlik, depresyon, anksiyete ve ekonomik güçlükler gibi sonuçları beraberinde getirmektedir (Yeşil ve ark., 2016).

KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakıma ilişkin bilgi durumuna göre bakım yükü algıları incelenmiş ve istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8). Farklı olarak Selen ve Kav (2014) çalışmalarında oksijen tedavisine yönelik bilgi alanların bakım yükü algılarının daha düşük olduğunu tespit etmişken, hastalık ve tedavi hakkında bilgi alanların bakım yükü algılarını daha yüksek olarak tespit etmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre KOAH'lı hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü algıları yüksek bulunmuştur.

Köyde yaşayan bireylerin bakım verme yükü algısı şehirde yaşayanlara göredaha yüksek olup, yaşanılan yere göre bakım yükü algısının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir

Müstakil evde yaşayanların bakım verme yükü algıları apartman dairesinde yaşayanların bakım verme yükü algılarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonuçları çerçevesinde öneriler şu şekildedir:

- Araştırmada köyde ve müstakil evde, bakım verenlerin bakım yükü algıları daha yüksek bulunmuştur.
- Bakım veren aile üyelerine, bakımla ilgili eğitimler verilebilir. Sağlık hizmetleri bünyesinde verilecek olan bu eğitimlerde KOAH'lı hastaların özel bakımlarına yönelik bilgiler sunulabilir.
- Evde bakım hizmetlerinde hemşirelerinde gerekli eğitimler almaları ve bu alanda uzman hemşirelerin yetiştirilmesi önemlidir.
- Hemşireler ve aile üyeleri arasında kurulacak işbirlikçi bir iletişim süreci, hasta bakım sürecinde algılanan bakım yükü algısını düşürebilir.
- İleride yapılacak olan çalışmalarda evde bakım ve hastanede bakım sürecinde bakım verenlerin bakım yükü algıları karşılaştırılabilir.
- Bu araştırmada anket formu aracılığıyla yalnızca nicel veri analizlerinden faydalanılmıştır. İleride yapılacak olan araştırmalarda bakım verenler ve hastalarla görüşmeler yapılarak nitel veri analizi tekniklerinden de faydalanılabilir.

KAYNAKLAR

- Agusti A., Calverley PMA, Celli B. at all. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort.. *Respiratory Research* 2010;11:122.
- Akdemir N. Bostanoğlu H. Yurtsever S., Kutlutürkan S. Kapucu S., Özer Z. C. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2015; 38(1)
- Akgün şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2): 1-9.
- Akman, N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, 2016;
- Altuntaş M. Yılmazzer TT. Güçlü Y. A. Öngel, K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2010; 20 (3): 153-8.
- Arslantaş H. Adana F.şizofreninin bakım verenlere yükü. *psikiyatride güncelyaklaşımlar*,2011; 3(2): 251-277.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2011; 3(3):513-552.
- Atagün Mİ. Balaban ÖD. Atagün, Z. Elagöz M. Özpolat, A. Y. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2011; 3(3).
- Barnes PJ. Cellular And Molecular Mechanisms Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clin Chest Med* 2014; 35: 71-86.
- Benzeş D.Dünden Bugüne Hemşirelikte hangi roller tanımlandı? *Acıbadem Hemşirelik*,2013;<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/64/docs/makale2-64.pdf> Erişim tarihi: 03.01.2018.
- Booth S, Silvester S, Todd C. Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease: Using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers. *Palliat Support Care* 2003;1:337-44.
- Brashier BB, Kodgule R. Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Assoc Physicians India* 2012; 60:17-21.
- Carod-Artal FJ and Egido JA. Quality Of Life After Stroke: The İmportance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*. 2009; 27(1): 204-14.
- Chıou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009; 48: 419-424.

- Cora A, Partınıco M, Munafo M, Palomba D. Health Risk Factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study; *Cancer Nursing*. 2012; 35 (1): 38-47.
- Çağlar, T. Yaşlılık ve Sosyal Hizmet: Yaşam destek merkezi örneği. *Hacettepe University Journal of Economics & Administrative Sciences/Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2014; 25(2).
- Çetinkaya Duman Z. Bademli K.Şizofreni Hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*2013; 5(4): 461-478.
- Çevirme, AS. Yıldız M. Aygün D. Kavaklı B. Ev ziyaretleri sırasında verilen eğitim ve bakım hizmetlerinin Türkiye'deki hipertansiyonlu yaşlı bireylerin tansiyonlarının kontrolü ve yaşam davranışları üzerine olan etkinliği, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 13(4).
- Decramer M, Janssen W, Miravitlis M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012; 379: 1341-51.
- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*2012; 3(1): 3-38.
- Enright P, Brusasco V: Counterpoint: should we abandon FEV1/ FVC 0.70 to detect airway obstruction? Yes. *Chest* 2010; 138: 1040-4.
- Fadıloğlu Ç. Evde Bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. 1. Baskı, Amasya Göktuğ Basım Yayın ve Dağıtım.2013; 3-12.
- Fletcher MJ. Dahl BH. Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal* 2013; 22
- Foreman MG, Campos M, Celedón JC. Genes and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am* 2012; 96:699-711.
- Gel, KT. Kesgin, MT. İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Journal of Anatolia Nursing and HealthSciences* 2017; 20(4), 266-277.
- Gershon AS. Dolmage TE. Stephenson A. Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD* 2012; 9:216-26.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/> Erişim tarihi: 11.01.2018.

- Gülpak M. Kocaöz S. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin.2014; 13(2): 99-108.
- Hanania NA. Mullerova H. Locantore NW. et al. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 604-11.
- Hauser J, Chang C, Alpert H, Baldwin D, Emanuel E, Emanuel L. Who's caring for whom? Differing perspectives between seriously ill patients and their family caregivers. Am J Hosp Palliat Me 2006; 23 (2): 105-112.
- Hindistan S. Çilingir, D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: telefon kullanımı. Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD) 2012; 9(1), 30-35.
- Hooper R. Burney P. Vollmer WM. et al. Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD Project. Eur Respir J 2012; 39:1343-53.
- Hurst JR. Vestbo J. Anzueto A. et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2010; 363:1128-38.
- ICN- International Council of Nurses. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 2010; 1-64. <http://www.icn.ch/publications/2010-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-chronic-care/>. Erişim tarihi: 08.01.2018
- Işık O. Kandemir A. Erişen MA. Fidan, C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016 19(2).
- İnci FH. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2006.
- İncirkuş K. Nahcivan NÖ. Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2011; 4(1): 102-109. http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkus.pdf, Erişim tarihi: 13.01.2018.
- İzgü N. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1), 61-69.
- Kamil F, Pinzon I, Foreman MG. Sex and race factors in early onset COPD. Curr Opin Pulm Med 2013; 19: 140-4.

- Kanervisto M, Paavilainen E, Heikkilä J. Family dynamics in families of severe COPD patients. *J Clin Nurs* 2007;16:1498-505.
- Karaaslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2095-128.
- Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler, *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2008; 18:118-121.
- Mosher CE, Champion VL, Azzoli CG, Hanna N, Jalal SI, Fakırs AJ, Bırdas TJ, Okereke IC, Kesler KA, Einhorn LH, Monahan O, Ostroff JS. Economic and social changes among distressed family caregivers of lung cancer patients. *Support Care Cancer*, 2013; 21(3): 819-826.
- Ostwald SK, Bernal MP, Cron GS and Godwin KM. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topic in stroke rehabilitation* 2009; 16(2): 93-104.
- Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- Özer S. Kalp yetersizliğinde Aile/Bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010; 1(1): 3-7.
- Öztürk YE, Şentürk Ş, Macit, Y. Evde bakım hizmeti alan engelli bireye sahip ailelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi: Amasya Örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 2017; 1(1): 48-67.
- Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi, *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2014; 15: 39-44.
- Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G. The Burdensome and depressive experience of caring: What cancer, schizophrenia, and alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer Nursing*, 2012; 35(3):187-194.
- Pawl JD, Lee SY, Clark PC, Sherwood PR. Sleep Loss and Its Effects on Health of Family Caregivers of Individuals with Primary Malignant Brain Tumors, *Research in Nursing & Health* 2013,1-14.
- Pinto R, Marcelo H, Medeiros M, Mota R, Pereira E. Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Resp Med* 2007; 101(11): 2402-2408.

- Qaseem A. Wilt TJ. Weinberger SE. et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med* 2011; 155:179-91.
- Roberts CM. Lopez-Campos JL. Pozo-Rodriguez F. Hartl S. on behalf of the European COPD Audit team. European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax* 2013; 68:1169-71
- Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2014; 35: 17-27.
- Sarsılmaz, H. Yıldırım, Y. Fadıloğlu, Ç. Evde bakım hemşirelerinde tükenmişlik, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 6(1).
- Selen, F. ve Kav, S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014; 16(1): 12-22
- Softa HK. Uçukoğlu H. Oral, A. Sağlık Öğrencilerinin Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2015;4(4).
- Soriano, JB. Alfageme I. Almagro P. Casanova C. Esteban C. Soler-Cataluña, JJ. ... Marin JM. Distribution and prognostic validity of the new Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease grading classification. *Chest* 2013; 143(3): 694-702.
- Spence A, Hasson F, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Cochran B, Watson B. Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14 (8): 368-372.
- Taylan S. Alan S. Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *hemşirelikte araştırma Geliştirme Dergisi* 2012; 2: 66-74.
- Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi* 2012, 13(3):87-92.
- Türk Dil Kurumu (TDK), Bakım. 2018; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a871ae508bc43.45826850, Erişim tarihi: 21.01.2018.
- Türk Toraks Derneği. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. *Türk Toraks Dergisi* 2017.

- Türk Toraks Derneği. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. Türk Toraks Dergisi 2010; 11
- Uğur Ö. Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2012; 53-58.
- Vestbo J. Hurd SS. Agustí AG. Jones PW. Vogelmeier C., Anzueto A. Stockley RA. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2013; 187(4): 347-365.
- Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. GÜSBD 2016; 5(4): 54-66
- Yıldırım S. Engin E. Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arsivi 2013; 50(2): 169-174.
- Zackrisson AB. Hagglund D. The asthma-COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary healthcare. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010; 24(1): 147-55
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-55.

EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan hastalara evde bakım verenlerin yüklerini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplaması için Zarit'in Bakım Yükü Ölçeğini içeren bir anket formu hazırladım. Soruları yanıtlamak yaklaşık 20 dakikanızı alacak. Soruları eksiksiz yanıtlamanız, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan hastaların evde bakım vericilerinin bakım yükleri konusunda önemli bilgiler verecektir. Toplanan bu veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Toplanan bu veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gizlilik esas alındığı için isim alınmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Merve Dilek DÖNMEZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Evde Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon:05433769357

Katılımcı İmzası

TANITICI BİLGİLER

- 1) Yaşınız:
 - a) 18-30
 - b)31-43
 - c)44-56
 - d)57 ve üzeri
- 2) Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b)Erkek
- 3) Medeni durumunuz:
 - a) Bekar
 - b)Evli
- 4) Çocuğunuz var mı?
 - a) Var
 - b)Yok
- 5) Eğitim durumunuz:
 - a) Okula Gitmemiş
 - b)İlkokul
 - c)Ortaokul
 - d)Lise
 - e)Üniversite ve üzeri
- 6) Çalışma durumunuz:
 - a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
- 7) Sosyal güvenceniz var mı?
 - a)Var
 - b)Yok
- 8) Gelir durumunuz nasıldır?
 - a)Gelirim giderimden az
 - b)Gelirim giderime denk
 - c)Gelirim giderimden çok
- 9) Yaşadığınız yer hangisidir?
 - a) İl
 - b)İlçe
 - c)Belde/Köy
- 10) Aile Tipiniz hangisidir.
 - a) Çekirdek Aile
 - b)Geniş Aile
- 11) Oturduğunuz ev tipi hangisidir?
 - a)Müstakil
 - b)Apartman dairesi
 - c)Diğer(Belirtinizi):
- 12) Bakım verdiğiniz birey ile yakınlık dereceniz nedir?
 - a) Eşi
 - b)Kızı
 - c)Oğlu
 - d)Gelini
 - e)Damadı
 - f)Torunu
 - g)Diğer (Belirtiniz).....

- 13) Bakımda size destek kişi ya da kişiler var mı?
a) Var b) Yok
- 14) Hastaya ne kadar süredir bakıyorsunuz?
a) 6-11 ay b)1-2 yıl c)3-6 yıl d)7 yıl ve üzeri
- 15) Hastanızın hastalığı ve bakımı hakkında bilginiz var mı?
a) Var b)Yok



ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

	İFADELER	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça Sık	Hemen her zaman
1.	Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Yakınına harcadığınız zamandan dolayı,kendinize yeterince zaman ayırdığınızı düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme esnasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Geleceğin yakınına getireceklerinden korkuyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Yakınına bakmanın sosyal sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp,sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamının	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kontrolünü kaybettiğini düşünüyor musunuz?					
18.	Yakınınızın bakımı bir başkasının üstlenmesini ister misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Yakınınızın bakımın yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Yakınıza bakarken genelde ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Ek-2: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/412-639

23.12.2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü** başlıklı OMÜ KAEK 2016/273 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.08.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

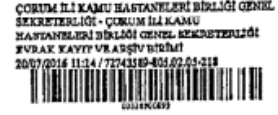

Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-3: Kamu Hastaneler Birliği İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Çorum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 71444544 /
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin
Komisyon Onayı



İL GENEL SEKRETERLİĞİNE

Genel Sekreterliğimize bağlı Osmançık Devlet Hastanesinde görev yapan Hemşire Merve Dilek BAYYURTI'nın sorumlu araştırmacı olarak görev alacağı "KOAH'lı hasta ve aile bakım yükünlüğünün değerlendirilmesi" isimli bilimsel çalışmanın, Genel Sekreterliğimize bağlı Osmançık Devlet Hastanesinde yapılabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkındaki ilgili hastanenin 13.07.2016 tarih, 90775033-641.99-E.45/26442117 sayılı yazısı ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında; yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilip, Hastane Yönetimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınıza uygun görüldüğü takdirde, tasviplerinize arz ederim.

Komisyon Başkanı
Uzm.Dr.A.Fahri ŞAHİN
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Dr. İhsan DEMİRBAŞ
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Nurettin ARSLAN
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Yrd. Doç. Dr. Ümit GÖRKEM
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

OLUR
14.07/2016
Uzm.Dr. Ömer SOBACI
Genel Sekreter

ÇORUM KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - TIBBİ HİZMETLER BAŐKANLIĐI
Adı:Gılabıy Mah. Millet 1.Sokak No:37/ÇORUM Tel:0 364 202 0 666-Faks:0 364 202 06 69 Dahili No:131 Ayrıntılı
Bilgi için: Uzm. Veliç VELEN AKPINAR E-Posta: khib19.tb@saglik.gov.tr www.corumkhhb.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://s.belge.saglik.gov.tr> adresinden 677dc8ad-9b52-4ea5-a404-97dec58e0e41 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Merve Dilek DÖNMEZ
Doğum Yeri: Çarşamba
Doğum Tarihi: 18.09.1990
Medeni Durumu: Evli

Eğitim Durumu:

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 2009-2013
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Evde Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
2014-2018

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Çorum Osmancık Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi 2014-2015
Çorum Osmancık Devlet Hastanesi Eğitim Birimi 2015-2018