



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ
(KOAH) YAŞADIKLARI PSİKOSOSYAL SORUNLARIN
BELİRLENMESİ**

NEVİN ŞEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi AYSEL KARACA

Düzce 2019



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ
(KOAİ) YAŞADIKLARI PSİKOSOSYAL SORUNLARIN
BELİRLENMESİ**

NEVİN ŞEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi AYSEL KARACA

Düzce 2019

Form:6

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının (KOA) Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Belirlenmesi"
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 05/08/2019

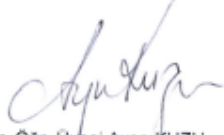
TEZ SINAV JÜRİSİ



Doç. Dr. Fatma EKER
Düzce Üniversitesi
Başkan



Dr. Öğr. Üyesi Aysel KARACA
Düzce Üniversitesi
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 28/08/2019 tarih ve 2019/280 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

Tarih

(İmza)

Nevin ŞEN



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, bana sürekli rehberlik eden ve çalışmamı destekleyen çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Aysel KARACA'ya,

Tüm yaşamım boyunca varlıklarını yanımda hissettiren, sevgi ve sabırlarını hiç esirgemeyen destek ve sevgisiyle her zaman yanımda olan çok değerli ailelerim ve en büyük destekçim olan biricik eşim Mutlu ŞEN'e beni bekleyen biricik oğlum Muhammed Ali'me sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İçindekiler

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ.....	4
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Koah Tanımı ve Özellikleri	7
2.2. Epidemiyoloji	8
2.3. Risk Faktörleri	10
2.3.1. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı	10
2.3.2. Genetik faktörler	11
2.3.3. Mesleki maruziyet.....	12
2.3.4. İç ve dış ortam hava kirliliği	12
2.3.5. Akciğer gelişimine etkili faktörler	12
2.3.6. Hava yolu hiperreaktivitesi ve astım.....	13
2.4. Hastalığın Patogenezi	13
2.5. Hastalığın Fizyopatolojisi.....	14
2.5.1. Hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi	14
2.5.2. Gaz değişimi anomalileri	14
2.5.3. Mukus hipersekresyonu	14
2.6. Klinik Belirtiler ve Bulgular	15
2.6.1. Dispne:	15
2.6.2. Öksürük:	15
2.6.3. Balgam çıkarma:	15
2.6.4. Wheezing ve göğüste sıkışma:	16
2.7. Standart Tanı Yöntemleri	16
2.7.1. Spirometre:.....	16
2.7.2. Oksimetre ve arteriyel kan gazı:	17
2.7.3. Görüntüleme akciğer grafisi:	17
2.7.4. Egzersiz testleri ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi:.....	18
2.8. KOAH Evrelemesi	18
2.9. Koah Şiddetinin Değerlendirilmesi	20
2.10. Ayırıcı Tanı	23

2.10.1. Prognoz	24
2.11. Tedavi	25
2.12. Hastalık Gelişimi ve İlerlemesinin Önlenmesi	25
2.12.1. Tütün kullanımının bırakılması	25
2.12.2. Nikotin yerine koyma ürünleri	26
2.12.3. Sigarayı bırakma programları	26
2.12.4. İç ve dış ortam hava kirliliği	26
2.12.5. Mesleki maruziyet	26
2.12.6. Aşılamalar (influenza ve pnömokok aşılı)	26
2.13. Stabil KOAH Tedavisi	27
2.13.1. Bronkodilatatörler	27
2.13.2. Antikolinergikler	27
2.13.3. Metilksantinler	28
2.13.4. Kortikosteroidler sistemik kortikosteroidler	28
2.13.5. Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri	28
2.14. Non Farmakolojik Tedavi	29
2.14.1. Fiziksel aktivite	29
2.14.2. Pulmoner rehabilitasyon programları	29
2.14.3. Yaşam sonu ve palyatif bakım	30
2.14.4. Beslenme desteği	30
2.14.5. Uzun süreli oksijen tedavisi	30
2.15. KOAH'ta Psikososyal Sorunlar	31
2.15.1. Aile yaşantısındaki değişimler:	35
2.15.2. Psikososyal uyum	35
2.15.3. KOAH'lı hastalarda psikososyal uyum	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	38
3.3. Örnekleme Kabul Edilme Kriterleri	38
3.4. Örnekleme Kabul Edilmeme Kriterleri	38
3.5. Veri Toplama Araçları	39
3.5.1. Kişisel bilgi formu	39
3.5.2. KOAH değerlendirme formu (COPD Assessment Test-CAT)	39
3.5.3. Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR)	40
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	41
3.6.1. Araştırmanın ön uygulaması	41
3.6.2. Araştırmanın Uygulanması	41
3.6.3. Verilerin değerlendirilmesi	42
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	42
4. BULGULAR	43
4.1. Demografik Bulguların Dağılımı	43
5. TARTIŞMA	51

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	60
KAYNAKLAR.....	62

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. GOLD 2011’de KOAH evrelemesi.....	21
Şekil 2.2. GOLD 2017’de KOAH evrelemesi.....	22
Şekil 2.3. GOLD 2018’de güncellenen KOAH evrelemesi.....	22
Şekil 2.4. Stabil KOAH’ta gruplara göre GOLD 2018 tedavi şeması.....	29



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. KOAH İçin Risk Faktörleri.....	10
Tablo 2.2 Bronkodilatör sonrası FEV1 değerlerine göre KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırması	19
Tablo 2.3. KOAH Değerlendirme Testi (CAT) (1).....	20
Tablo 2.4. Modifiye British Medical Research Council (mMRC) dispne skalası (1)....	21
Tablo 2.5. Astım-KOAH ayrımı	23
Tablo 2.6. KOAH ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer hastalıklar	24
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:150)	43
Tablo 4.2. Hastalık Özellikleri	45
Tablo 4.3. Sigara Kullanımı ve Psikolojik Yardım ile İlgili Özellikler	46
Tablo 4.4. PAIS SR ve FEV1/FVC İçin Tanımlayıcı İstatistikler	47
Tablo 4.5. PAIS SR Gruplarına Göre Dağılımlar	47
Tablo 4.6. Demografik Özelliklere Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları	48
Tablo 4.7. Hastalık Özelliklerine Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları	49
Tablo 4.8. Sigara Kullanımı ve Psikolojik Yardım ile İlgili Özelliklere Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları	50

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
GOLD	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim
TTD	Türk Toraks Derneği
ATS	Amerikan Toraks Derneği
ERS	Avrupa Toraks Derneği
DALY	İşlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı
FEV1	Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FVC	Zorlu vital kapasite
PAIS-SR	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği
CAT	KOAH Değerlendirme Testi
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
NIMV	Noninvaziv mekanik ventilasyon
CPAP	Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı
OUAS	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PaCO₂	Arterial parsial karbondioksit basıncı
PaO₂	Arterial parsial oksijen basıncı
SpO₂	Oksijen saturasyonu
HCO₃	Bikarbonat
AKG	Arterial kan gazları
AAT	Alfa-1 Antitripsin
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
P	Anlamlılık Değeri
n	Frekans
r	Korelasyon Katsayısı
\bar{x}	Aritmetik Ortalama
ss	Standart Sapma

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ (KOAİ) YAŞADIKLARI PSİKOSOSYAL SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Nevin ŞEN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Aysel KARACA
Ağustos 2019 100 sayfa

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ); genel olarak zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin yarattığı havayolları ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımının kısıtlanması ve solunum semptomlarıyla karakterize olan yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAİ'a yol açan genetik faktör alfa-1 antitripsin eksikliğidir. KOAİ tanısı spirometri ile konur. Tanı kriteri postbronkodilatör FEV1/FVC %70'in altında olmasıdır. Araştırma, KOAİ'lı hastalarda görülen psikososyal sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma evrenini, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve polikliniğine Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında KOAİ tanılı, araştırma kriterlerine uyan, araştırmayı kabul eden 150 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "KOAİ Değerlendirme Formu" ve "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler SPSS Statistics 23 paket programında değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolomogorov Smirnov testi ile incelenmiş, iki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişki Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile yorumlanmış, iki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Mann Whitney U Testi ile incelenmiş ve ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklara ise Kruskal Wallis Analizi ile bakılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 66,22±10,49'dur. Hastaların %87,3'ü ise erkek, %61,3'ü ilköğretim mezunu, %80,7'si evlidir. Hastaların %30,7'sinin hastalık süresi 1-5 yıl, %94'ü yardımcı cihaz kullanmakta, %51,3'ünde KOAİ'tan başka kronik hastalığı bulunmaktadır. Yeni KOAİ tanısı alan hastaların daha uzun süredir hastalık ile yaşayanlara göre ve evli olan hastaların evli olmayanlara göre PAİS SR skorları diğerlerine göre anlamlı derecede düşüktür ve psikososyal uyumları iyidir (p<0,05). Cihaz kullanan hastaların kullanmayanlara göre ve gelir düzeyi düşük olan hastaların yüksek olan hastalara göre PAİS SR skorları anlamlı derecede yüksektir ve psikososyal uyumları kötüdür (p<0,05). Ayrıca geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların psikososyal uyumları yatmayanlara göre daha iyi iken bakımı ile ilgilenen birine ihtiyacı olan hastaların bakmayanlara göre psikososyal uyumları daha kötüdür. Bu çalışmanın sonucundan yola çıkarak hastaların psikososyal uyumunu artırmak için hastalara tanı aldığı andan itibaren hastalığıyla ilgili eğitim ve psikososyal danışmanlık hizmetinin verilmesi, KOAİ semptomlarının kontrol altına alınması eşlik eden hastalıkların tedavisinin sağlanmasında multidisipliner bakım anlayışının gözetilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAİ), psikososyal uyum, psikiyatri hemşireliği, konsültasyon liyezon hemşireliği, psikososyal bakım

ABSTRACT

DETERMINATION OF PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY PATIENTS (COPD)

Nevin ŞEN

Master Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor Dr. Faculty Member Aysel KARACA

August 2019 100 Pages

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); It is a common, preventable and curable disease characterized by limitation of airflow and respiratory symptoms due to airways and / or alveolar abnormalities caused by serious exposure to harmful particles or gases in general. The genetic factor causing COPD is the deficiency of alpha-1 antitrypsin. The diagnosis of COPD is made by spirometry. The diagnostic criterion is that the postbronchodilator FEV1/FVC is below 70%. The research was conducted in a descriptive type to identify psychosocial problems in patients with COPD. The research universe consisted of 150 patients, who accepted the research and meeting the research criteria, diagnosed with COPD from April to June 2017 in the Chest Diseases Clinic and Outpatient Clinic of Düzce University Health Application and Research Center. 'Personal Information Form', 'COPD Evaluation Form' and 'Psychosocial Adaptation to Disease — Self Notification Scale' were used to collect data. The data was evaluated in the SPSS Statistics 23 package program. Normality assumptions of numerical variables were analyzed by Kolomogorov Smirnov test, the relationship between two independent numerical variables was interpreted by Spearman's Rho correlation coefficient, differences between two independent groups were examined by Mann Whitney U Test and differences between more than two independent groups were examined by Kruskal Wallis Analysis. According to the results of statistical analysis; the mean age of the patients participating in the study was 66.22 ± 10.49 years. 87.3% of the patients were male, 61.3% were primary school graduates and 80.7% were married. 30.7% of the patients had a disease duration of 1-5 years, 94% of them were using assistive devices and 51.3% had chronic diseases other than COPD. PAIS SR scores were significantly lower and psychosocial adjustment was better in patients with newly diagnosed COPD compared to those who had been living with the disease for a long time and married patients compared to the unmarried patients ($p < 0.05$). PAIS SR scores are significantly higher than those who use the device and patients with low income levels compared to patients with high levels, and their psychosocial compatibility is poor ($p < 0.05$). In addition, patients who have never been hospitalized in the last year have better

psychosocial compliance, while those who need someone who cares for it are worse. In order to increase the psychosocial compliance of the patients, it is recommended to provide training and psychosocial counseling services to the patients from the moment they are diagnosed, to take control of the symptoms of COPD and to treat the diseases accompanying it with a multidisciplinary care.

Key words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), psychosocial adjustment, psychiatric nursing, congression liaison nursing, psychosocial care



1.GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); hava akımı kısıtlaması ile kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Hastalık zararlı gaz ve parçacıklara karşı akciğer parankimi ve hava yollarının kronik inflamatuvar yanıtı ile oluşur. Sonuçta ilerleyici ve kalıcı hava akımı kısıtlaması olur. Enfeksiyona bağlı ataklar ve eşlik eden diğer hastalıklar KOAH şiddetini ve morbiditesini artırır.¹ Günümüzde sıklıkla hastaneye başvurma nedenleri arasında önemli bir yer tutan KOAH'ta, prevelans, morbidite ve mortalitenin de giderek arttığı belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 verileri incelendiğinde 2002 yılında 5. en sık ölüm nedeni olduğu ve 2030'da 3. en sık ölüm nedeni olacağı beklenmektedir.²

KOAH hastalığı ilerledikçe yaşam aktivitesinde kısıtlanma sonucu emosyonel, sosyal ve ekonomik problemler ortaya çıkmaktadır³. KOAH'ta oksijene ihtiyaç duyulması, diyet, ilaç kullanımları, hastaneye sık yatış olması, geleceğe dair belirsizlik, sosyal yaşamdan kısıtlanma, bağımsızlığın kaybedileceğini düşünme ve rol değişiklikleri gibi ortaya çıkan birçok kısıtlama; KOAH hastalarda yalnızlık duygusu ve stres gibi bir takım psikososyal soruna neden olmaktadır⁴. İlerleyici nefes darlığı nedeniyle diğer birçok kronik hastalıktan daha çok yalnızlık hissi ve depresif duygulara yol açmaktadır^{5,6}. KOAH hastalarında anksiyete ve depresyon en sık karşılaşılan psikolojik sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve genellikle tespit ve tedavi edilmediği bilinmektedir^{7,8}.

KOAH hastalarında ayrıca ümitsizlik, endişe, çaresizlik, öz güvende azalma, bağımlı olma endişesi, içe kapanma, öfke, aile ve iş yaşantısına ilişkin sıkıntılar, ölüm korkusu, giyim kuşam değişikliği ve hayat tarzında bozulma ve sosyal yaşamdan izolasyon gibi birtakım psikososyal sorunlar da görülebilmektedir⁶. Bu yüzden hastalığın tedavisi, fizyolojik sorunların tedavisi kadar psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de içermektedir. Psikososyal tedavide hemşirenin rolü ise, hasta ve beraber yaşayanların hayat tarzı değişikliklerine uyumunu kolaylaştırmak, uyumsuz durumların önüne geçmek ve hasta ve çevresindekilerin bu durumla mücadele etme becerilerini geliştirmesini sağlayıp böylelikle hastalığa uyumlarının artmasını sağlamaktır⁹.

KOAH kronik bir hastalık olduğu için KOAH'lı hastanın hemşirelik bakımında; hasta ve ailenin hastalık hakkında yeterli bilgilendirilmesinin sağlanması ve rehabilitasyonu önem teşkil etmektedir. Ayrıca KOAH'lı hastada hastalığın doğası gereği yaşam

süresini uzatmaktan çok yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin daha önemli olduğu bilinmektedir¹⁰. Hemşirelik bakımı arasında; KOAH hakkında bilgi, tedavi ve evde oksijen tedavisinin yönetimi, beslenme, etkili solunum egzersizleri, sigaranın bırakılması, KOAH ve cinsel yaşam, kronik hastalıkla baş etme yöntemleri yer almaktadır^{11,12}. KOAH'lı hastalara bakım veren hemşireler hastaların psikososyal durumlarını değerlendirip hasta bakımını sosyo-demografik özellikleri dikkate alarak planlamalı, hastanın çevresindekilerin desteğinin artırılması için hastayı ailesi ve yakın çevresi ile birlikte değerlendirip bakım sunmalıdırlar. Sağlık çalışanlarının KOAH hastalarına tıbbi yardım yanında sosyal destek sağlayacak nitelikte bakım hizmetleri sunabilmeleri için gerekli bilgi ve beceri kazandırılmalıdır¹³.

KOAH hastalarının içine düştükleri psikososyal tablo doğru bir şekilde tanımlamanın ancak dikkatli bir değerlendirme yoluyla ve hasta ile etkili bir iletişim kurulması ile mümkün olmaktadır. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (KLP) hemşireliği; psikiyatri hemşireliğinin bir üst dalı olup hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlamaktadır. Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını iyileştirmek için, primer korunmadan tedaviye kadar her aşamada psikolojik, bilişsel ve davranışsal durumlarını, psikososyal sorunlarını irdeleyen ve bakımı buna göre planlayan ve uygulayan hemşiredir. Hastalara ve aileye danışmanlık yapar, eğitim verir ve psikososyal bakımın kurumsallaşması için çaba harcar ve bu alanda araştırmalar yapar. KLP hemşiresi doğrudan veya kendisi danışmanlık yaparak hastaların ve ailelerin psikososyal bakımına katılabilir¹⁴. Hemşire hastayla daha etkin terapötik ilişki kurmak için hastaların psikolojik durumunu ve iyilik hallerini düzenli bir şekilde sorgulamalı, gerekli ölçümleri yapmalı, temel iletişim becerilerini etkin bir şekilde kullanmalıdır^{15,16}. Hemşire sorun çözme ve anksiyete ile mücadele etme teknikleri gibi özelleşmiş becerilerde de kendini geliştirmeli ve bu sayede hastalara gereken desteği sağlayabilmelidir. Ayrıca çözümlenmesinde zorlandığı klinik problemlerin analizi, korku, anksiyete, intihar ve şiddete eğilim gibi konularda tedavi ekibinin tüm üyeleri ve KLP hemşiresi işbirliğinde olmalıdır¹⁷.

KOAH hastalarına teşhis konulduktan sonra hastanın tedaviye etkin olarak katılması sağlanması için hasta ve yakınlarına hastalık hakkında bilgi verilmeli ve aktif bir yaşam sürmesi için yönlendirilmelidir. Hastanın eğitimi hastalık şiddetine göre değerlendirilmeli ve hastalığın seyrine ve ortaya çıkan gereksinimlere göre bir program dâhilinde sürdürülmesi sağlanmalıdır. Ayrıca yaşam kalitesini iyileştirmek ve sosyal hayata katılımı arttırmak için grup aktiviteleri yapmalı, hobi uğraşlarına yönlendirilmeli

ve olası diğer sosyal destek programlarının oluşturulması ve katılımın sağlanması için çaba harcanmalıdır¹⁸. KOAH hastalarının tedavi ve bakımında fiziksel durum yanında anksiyete ve depresyon durumlarının da değerlendirilmesi sağlanmalı, risk taşıyan bireyler erken dönemde belirlenmeli ve en uygun şekilde destek almaları sağlanmalıdır. Psikolojik dayanıklılığı artırmak için psikoterapiler normal KOAH tedavisine eklenmeli ve sağlık çalışanlarının fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlar konusunda duyarlılığının artırılması sađlanmalıdır¹⁹.

Türkiye’de KOAH’lı hastalarla yapılan literatür incelendiğinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete, sosyal destek, öz bakım gücü gibi konularda yapılan çalışmalar olmasına karşın, psikososyal sorunları ve etkileyen faktörleri ele alan bir çalışmanın görece az sayıda olması çalışmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Bu alışma KOAH’lı hastalarda ortaya çıkan psikososyal sorunları ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bunların işığında yapılacak olan bu çalışma psikososyal müdahaleleri belirlemek için önemli bir veri tabanı olacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Koah Tanımı ve Özellikleri

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); genellikle zararlı parçacık ve gazlara yoğun maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya akciğer parankimi hasarına bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunum semptomlarıyla kendini gösteren, yaygın ancak önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır²⁰. KOAH, 1995 yılında ilk kez Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Toraks Derneği (ERS) rehberlerinde yayımlanan “Kronik bronşit ve amfizeme bağlı hava akımı kısıtlanması ile karakterize olan bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlanması genellikle ilerleyicidir, hava yolu hiperaktivitesi ile birlikte bulunabilir ve kısmen geri dönüşümlü olabilir” şeklinde tanımlanmış ve zamanla yapılan çalışmalarla hastalık hakkında bilgi birikimi sonucunda KOAH tanımı son 20 yılda sürekli değişmiştir²¹. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, (GOLD) 2017 raporunda ise, hastalığının tarifinde solunumsal semptomları daha fazla ön plana çıkaran, hastalık değerlendirmesi ve tedavi kararında da semptomları esas alan bir yaklaşım sergilenmektedir. 2010’dan sonra ise “Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points (ECLIPSE)” çalışması ile birlikte ilerleyen zaman sürecinde KOAH’ın karmaşık ve çok bileşenli bir hastalık olduğu daha iyi anlaşılmıştır²².

Hava akımı kısıtlanması KOAH’ın karakteristik özelliğidir. Küçük hava yolu hastalığı (obstrüktif bronşiyolit) ve parankim yıkımı (amfizem) bulguları kişiden kişiye değişebilen oranlarda ve birlikte olabilir. Bu patolojiler her zaman birlikte olmayabilir ancak zaman içerisinde gelişerek kendini gösterir. Zararlı dış etmenlere bağlı gelişen kronik inflamasyon küçük hava yollarını ve akciğer parankimini zamanla harap ederek yapısal kalıcı değişikliklere sebep olmaktadır. Küçük hava yollarındaki etkilenme hava akımı kısıtlanmasına ve muko-silyer fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır. Ortaya çıkan hava akımının kısıtlanması, spirometri ile ölçülmekte ve akciğer fonksiyonunun tekrarlanabilir ve en yaygın testi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hava akımı kısıtlanması oluşmadan önce kronik solunumsal semptomlar başlayabilmekte ve akut solunumsal olayların gelişimiyle de ilişkili olabilmektedir. Kronik solunumsal semptomlar solunum fonksiyon testleri bozulmadan da ortaya çıkabilir. Spirometrik ölçümler normal olan önemli sayıda sigara kullanıcısı değişik derecelerde havayolu duvar kalınlaşması ve

amfizem ile kendini gösteren KOAH hastalığına özgü yapısal değişikliklere sahiptir²⁰. Yapılan farklı çalışmalar sonucunda KOAH'ın kompleks ve heterojen bir hastalık olduğu anlaşılmıştır²³. Kompleks ve heterojenite kavramları KOAH'ın kendi içinde etkileşimi olan genetik, biyolojik, klinik, sosyal, çevresel vb. gibi birçok farklı bileşene sahip olduğunu, birbirinden farklı işlevleri ve özellikleri olan bu bileşenlerin hastadan hastaya ve aynı hastada zaman içinde değişkenlik göstermesi nedeniyle KOAH'ın çok çeşitlilik gösteren kompleks ve karmaşık bir hastalık olduğu vurgulanmaktadır²⁴.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD) ilk olarak 1998'de organize edilmiştir. Girişimin hedefleri ise KOAH'ın meydana getirdiği sorunlara farklı çözüm yolları geliştirmek, dünya çapında tüm boyutlarıyla sağlık bakımı ile uğraşan ve sağlık sisteminin iyileştirilmesiyle ilgilenen tüm tarafların ortak gayretiyle bu hastalığın önlenmesinde ve tedavi edilmesinde ileri düzeyde adımlar atılmasını sağlamaktır²⁵. GOLD 2018 raporunda ise, KOAH tanısının spirometri ile doğrulanmasını önermekte ayrıca hastalığın tanımı, değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının semptom temelli yapılması gerektiğini belirtmektedir.

2.2. Epidemiyoloji

Prevalans, mortalite, morbidite ve ekonomik yükü

Tüm dünyada ve ülkemizde KOAH en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Artan prevalansı nedeni ile ciddi bir ekonomik ve sosyal yüke sebep olmaktadır. KOAH'ta hastalığın şiddeti ile hasta yakınmaları ve fizik muayene bulguları arasında zayıf bir korelasyon vardır. Hastalığın yavaş seyirli oluşu, solunum fonksiyonlarında ciddi kayıplar geliştikten sonra hastalığın klinik semptomlarının ortaya çıkması, hastaların semptomlarını yaşlılık ya da sigara içmenin doğal bir sonucu olarak görmeleri, doktorların hastalığın erken bulgularını yeterli sorgulamamaları ve maalesef birçok sağlık kuruluşunda solunum fonksiyon cihazı bulunmaması neticesinde hastalığa teşhis konmakta yetersiz kalınmaktadır²⁶. Hastalık klinik olarak belirgin hale geldikten sonra hastaların bir sağlık kurum ya da kuruluşuna başvurmaları nedeniyle elde edilen prevalans ve morbidite verilerinin gerçeği yansıtmadığı görülmüştür²⁷.

KOAH, toplumda önemli bir sosyoekonomik yük oluşturmakla birlikte ciddi bir morbidite ve mortaliteye de sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tüm dünyada 600 milyon civarı KOAH hastası bulunmaktadır. Her yıl 2-3 milyon kişinin

KOAH nedeniyle hayatı son bulmaktadır. Dünyada ölüme neden olan hastalıklar arasında KOAH dördüncü sıradadır ve gelecek yıllarda daha da üst sıralarda yer alacağı tahmin edilmektedir²⁸.

Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü grubu (Burden of Obstructive Lung Disease) “BOLD” 2002 yılında kuruldu ve uluslararası düzeyde KOAH’ın yükünü araştırmada standart bir yöntem geliştirmiştir. Ayrıca GOLD pek çok ülkede KOAH’ın önemini vurgulama ve hastalık ile ilgili daha pozitif mesaj verme çabaları çok önemli değişikliklere neden olmuştur. KOAH’ın yükü, prevalans, mortalite ve morbidite, sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years) “DALY”, yaşam kalitesi ve maliyet gibi birçok değişkenle ölçülmektedir²⁹.

Hastalıklar arasındaki DALY değeri ile ilgili yapılan karşılaştırmaya göre KOAH’ın 2002 yılında 11. sıradaki yerinin, 2030 yılında 7. sıraya yükselmesi beklenmektedir³⁰.

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) görölme oranı KOAH’lı hastalarda diğer popölasyon ile benzerlik göstermektedir. Ancak, KOAH ve OUAS birlikteliğinde, pulmoner arter basıncının daha yüksek, sağ kalp yetmezliği insidansının fazla ve hastaların diğer hastalara göre daha hipoksik ve hiperkapnik oldukları gösterilmiřtir³¹. Ayrıca, akut atak nedeniyle hastaneye yatış oranlarının ve mortalitelerinin KOAH ve OUAS birlikte olan hastalarda yüksek olduğu ve Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) cihaz kullanmaları sonucunda bu risklerde azalma olduğu görölmüřtür³². Sonuç olarak KOAH’ın tüm dünyada kronik morbiditenin en önemli nedenlerinden biri olduğu kabul edilmektedir.

KOAH maliyeti yüksek, hastaneye yatışların sık olduğu bir hastalıktır. KOAH maliyeti yükselten unsurların başında hastalığın alevlenmeleri gelmektedir. Göğüs hastalıkları hastalarının hastanede ortalama yatış sürelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, en uzun süreli hastane yatışları KOAH’ta (12.1 gün) görölmüş ve bu durumun da yüksek maliyete sebep olduğu tespit edilmiřtir³³. KOAH’ın yarattığı ekonomik maliyetin günümüzde 2.1 trilyon \$ civarındadır. Bu maliyetin 2030 yılına kadar ise 4.8 trilyon \$’a yükseleceği tahmin edilmektedir³⁴.

2.3. Risk Faktörleri

KOAH'a yol açan risk faktörlerine hayatın herhangi bir yerinde ve zamanında maruz kalınabilir. Çevresel faktörlere maruz kalmaların yanında genetik faktörler de KOAH'ın gelişmesine sebep olmaktadır. Genetik olarak duyarlı olan bireylerinde çevresel faktörlere maruz kalmaları neticesinde yine bu hastalık ortaya çıkabilmektedir³⁵. KOAH için risk faktörleri arasında genetik yatkınlık yanında çevresel faktörlerden tütün ürünlerinin kullanımı önemli bir yere sahiptir. Bunların yanı sıra mesleki toz, duman maruziyeti, iç ortam kirliliği de önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Sigara dumanına maruziyet ve hava kirliliğinin diğer faktörler kadar hastalığın gelişmesinde önemli rolleri olmamakla birlikte hastalığın ilerlemesine neden oldukları görülmüştür. KOAH'ın gelişimi ile ilgili olan risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. KOAH İçin Risk Faktörleri³⁶

Çevresel faktörler	Kişiyeye ait faktörler
Tütün ve tütün ürünlerinin aktif veya pasif maruziyeti veya kullanımı	Enfeksiyonlar
	Alfa-1 antitripsin eksikliği
Annenin sigara kullanması	Genetik faktörler
İç ve dış ortam hava kirliliği	Aile öyküsü
Mesleki maruziyet	Yaş
Sosyoekonomik durum/yoksulluk	Havayolunun aşırı duyarlı olması
Beslenme ile ilgili faktörler - Yüksek tuzlu diyet - Antioksidandan fakir beslenme - Doymamış yağ asidinden eksik beslenme - Oksidanlar	Atopi
	Düşük doğum ağırlığı
	Semptomlar

2.3.1. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı

KOAH gelişiminin en önemli risk faktörlerinin başında sigara gelmektedir. KOAH tanısı konulan hastaların %80'i gibi çok büyük bir kısmına sigara neden olmaktadır³⁷. FEV1 düşme hızı açısından karşılaştırıldığında sigaranın etkilerine hassas olan kişilerde FEV1 değerindeki yıllık düşme sigara içmeyenlere göre daha hızlı ve KOAH gelişimi riski daha fazladır. Kişinin kullandığı sigara miktarı ve süresi KOAH gelişiminde çok

önemlidir, günde içilen sigara miktarı (paket) ile sigara içme süresi (yıl) nin çarpılmasıyla hesaplanır. KOAH'da genelde 20 paket-yıldan fazla sigara öyküsü saptanır³⁸. Sigara dumanına erken yaşlarda maruz kalınması da solunum sistemini olumsuz etkileyerek KOAH belirtilerinin daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına neden olmaktadır³⁹. KOAH için bilinen en önemli koruyucu yaklaşım ise sigarayı bırakmaktır. Sigara içmeye devam edenlerin FEV1 değerindeki azalma 62 ml/yıl bulunurken sigarayı bırakanların yıllık FEV1 değerindeki azalma ise 31 ml/yıl olarak bulunmuştur⁴⁰.

2.3.2. Genetik faktörler

KOAH çevresel faktörler ve genetik özelliklerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Aynı çevresel faktörlere maruz kalan ya da sigara kullanımı olan kişiler her zaman KOAH olmayıp yaklaşık %20'sinde KOAH gelişmektedir. KOAH'ın bazı ailelerde sık görülmesi, genetik faktörlerin de bu hastalığın gelişimine neden olduğu fikrini desteklemektedir⁴¹.

KOAH gelişimine neden olan en iyi bilinen genetik faktör alfa-1 antitripsin eksikliğidir⁴². Alfa-1 antitripsin, bir proteaz enzim inhibitörüdür. Alfa-1 antitripsin karaciğerde hepatositlerden sentezlenen bir serum proteindir. Akciğerlerde bulunur ve başlıca etkisi inflamatuvar hücrelerden salınan nötrofil elastazın akciğer parankimi üzerine yıkıcı etkisine engel olmaktır. Alfa-1 antitripsin eksikliğinde alveol duvarında harabiyet, amfizem ve bronşiektazi gelişir. Bu durumda amfizem panasiner tipte olup genellikle akciğer alt loblarından başlar. Sigara gibi risk faktörü olmayan ve kırk yaş altında ortaya çıkan panasiner amfizem ağırlıklı KOAH hastalarında, alfa-1 antitripsin eksikliği akla gelmelidir⁴³. Bunun dışında; transforming growth faktör-beta 1 (TGF- β 1), matriks metalloproteinler (MMPs), tümör nekroz faktör alfa (TNF- α), yanı sıra glutatyons-transferaz (GST), süperoksit dismutaz (SOD) gibi anti-oksidan enzimler üzerinde etkili genler ve interlökin düzenleyici genler ile histon deasetilaz (HDAC) aktivitesini azaltan gen bozuklukları ve özellikle 2, 12 ve 22 nolu kromozom anomalilerinin de KOAH'ın gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir⁴³⁻⁴⁵. Ağır alfa-1 antitripsin eksikliğinden başka genetik bozuklukların çoğunun hastalığa yol açabilmesi için ayrıca epigenetik etkileşimlere gerek vardır. Ayrıca genetik bozuklukların hastalığa yol açabilmeleri için kişilerin çevresel maruziyet gibi risk faktörlerine maruz kalmaları gerekmektedir. Tek başlarına bu genetik bozukluklar KOAH'a neden olmazlar, KOAH hem çevresel hem genetik hem de epigenetik faktörlerin rol oynadığı bir hastalıktır.

2.3.3. Mesleki maruziyet

Kadmiyum, silika tozlarına maruz kalanlarda, maden ocaklarında, metal işlerinde, fırınlarda çalışanlarda, tahıl ve pamuk işlerinde, çiftliklerde çalışan işçilerde çeşitli gaz ve tozları soluma yoluyla uzun süren maruziyet sonucunda KOAH gelişebilir. Hastalık özellikle gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin sorunu gibi görünse de, ABD’de yapılan NHANES III çalışmasının sonuçları KOAH olgularının %19,2’sinin iş ortamlarından kaynaklı olduğunu işaret etmektedir. Aynı çalışmada hiç sigara maruziyeti olmayan KOAH olgularının %31,1’ine mesleki maruziyetin neden olduğu belirtilmiştir⁵⁰.

2.3.4. İç ve dış ortam hava kirliliği

İç ortam havasının bozuk olması önemli KOAH nedenlerinden biridir. İyi havalandırılmayan evlerde ısınmak, yemek pişirmek amacıyla kullanılan her türlü organik atıkların yakılması, iç ortam kirliliğinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır.

Yapılan çalışmalarda özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde, sigara kullanmayan kadınlarda gelişen KOAH’ta biomas enerji maruziyetinin büyük oranda neden olduğu bulunmuştur⁴⁶.

Dış ortam hava kirliliği oksidan etkileri nedeni ile KOAH sebeplerinden birisi olarak birçok çalışmada gösterilmiş, ancak tek başına KOAH’a neden olduğu yönünde de birçok veri bulunmaktadır. Ayrıca dış ortam hava kirliliğinin kalp ve solunum hastalıklarını alevlendirdiği ve kötü seyretmesine neden olduğu bilinmektedir. İleri derecede hava kirliliği çocuklarda akciğer gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir⁴⁷. Daha da kötüsü solunum yolu enfeksiyonlarının artmasına neden olup ilerleyen yaşlarda KOAH’a yakalanma riskini arttırmaktadır.

2.3.5. Akciğer gelişimine etkili faktörler

Akciğerler gelişimi anne karnında başlar ve çocukluk çağlarında devam eder. Anne karnından çocukluk çağına kadar olan bu gelişim sürecinde karşılaşılan olumsuz faktörler KOAH gelişimine katkı sağlayabilir. Sigara içen annelerin bebekleri düşük doğum ağırlığına sahip olabilir ve bu annelerde erken doğum daha sık olabilmektedir. Bebeğin düşük doğum ağırlığına sahip olması akciğerlerin gelişimini olumsuz yönde etkiler. Böyle doğan çocuklar gelişim süreçlerinde daha ağır ve sık solunum yolu

enfeksiyonuna maruz kalacağından, erişkin yaşlar için beklenen akciğer kapasitesine ulaşmaları zorlaşacaktır. KOAH gelişim riskinin solunum fonksiyonu düşük bireylerde arttığı gösterilmiştir⁴⁸. Ayrıca önceden akciğer tüberkülozu geçiren kişilerde KOAH'ın 2-4 kat daha fazla ortaya çıktığını gösteren bulgular gösterilmiştir⁴⁹. KOAH gelişiminde beslenmenin rolünün araştırıldığı çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Antioksidan olan C vitaminin yetersiz alınmasıyla FEV1 düşüklüğünün ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. KOAH patogenezinde oksidan/antioksidan dengesi önemlidir bu nedenle C vitamininin hastalıktan korunmada etkili olabileceği savunulmuştur. Bazı çalışmalarda oral magnezyum alımının artırılmasının akciğer fonksiyonları üzerinde olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir⁵⁰.

2.3.6. Hava yolu hiperreaktivitesi ve astım

Astım tedavisi görenlerde veya bronş hiperreaktivitesi öyküsü olanlarda KOAH riskinin artmış olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır⁵¹. Bu çalışmalarda astımlı hastaların yaklaşık %20'sinde irreversibl hava akımı kısıtlaması geliştiği ve akciğer diffüzyon kapasitesinde azalma olduğu gösterilmiştir⁵². Zaman sürecinde astımlı hastalarda KOAH gelişme oranı bu 2 hastalığın rastlantısal birlikteliği yüzdesinden yüksektir⁵³. Bu görüşlere göre kişilerdeki mevcut astım varlığı, gelecekte kişilerin KOAH olma risklerini önemli derecede arttırmaktadır.

2.4. Hastalığın Patogenezi

Zararlı tüm partiküllere ve gazlara karşı bronşlarda ve alveollerde gelişen anormal inflamatuvar yanıtın, patogenezinde temel patoloji olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Gelişen anormal inflamatuvar yanıt sonucu, akciğerin savunma ve tamir mekanizmaları bozmakta ve nihayetinde doku hasarı olmaktadır. Bunların sonucunda ise KOAH'da hastalığa özgü kronik hava akımı kısıtlılığı ve diğer fonksiyonel anormallikler ortaya çıkmaktadır^{54,55}. Ayrıca inflamasyon, oksidan/antioksidan ve proteaz/antiproteaz dengesini bozarak patogeneze katkı sağlamaktadır⁵⁵. Proteaz/antiproteaz dengesizliği ve oksidatif stres tamamen inflamasyon nedeniyle oluşabileceği gibi tütün ürünlerinin içerisindeki oksidan maddelere bağlı oksidatif aktivitenin artışı veya genetik nedenlerle antiproteaz aktivitenin azalması (örneğin; alfa-1 antitripsin eksikliği) sonucu da olabilir⁵⁶.

2.5. Hastalığın Fizyopatolojisi

KOAH'ta oluşan fizyopatolojik değişiklikler; hava yolu obstrüksiyonu, gaz değişim anormallikleri, mukosilyer disfonksiyon, pulmoner hipertansiyon ve buna bağlı korpulmonale ve sistemik bulgular olarak sıralanabilir⁵⁴.

2.5.1. Hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi

İlerleyici ve irreversibl hava akımı kısıtlanması KOAH'ta meydana gelen en temel fizyopatolojik değişikliktir. Bronş içerisindeki inflamasyon, ödem, fibrozis ve parankim harabiyeti nedeniyle hava yolu açıklığının korunamaması ve akciğer boşalmasında etkili elastik gücün azalması hava akımı kısıtlanmasına katkıda bulunur. Spirometride obstrüksiyon bulguları görülür. KOAH hastalarının FEV1/FVC değerleri %70'in altında bulunur ayrıca FEV1 değeri de azalmış bulunur. Hastalığın başlangıç döneminde hastalarda FVC korunmuştur⁵⁷. Bronşial daralma ve alveol çevresindeki dokuların bronşlara uyguladıkları elastik geri çekim kuvvetinde azalma nefesle alınan havanın tamamıyla dışarı atılamamasına yani akciğerin yeterince boşalamamasına kısaca hava hapsine neden olur. Özellikle egzersiz başta olmak üzere solunum frekansının arttığı durumlarda, hava hapsi, daha belirgin hale gelmektedir. Hava hapsinin KOAH'lı hastaların erken dönemlerinde geliştiği ve efor dispnesinden sorumlu olduğu düşüncesine neden olmuştur^{54,57}.

2.5.2. Gaz değişimi anomalileri

KOAH olgularında oksijen düşüklüğünün en önemli nedeni ventilasyon perfüzyon dengesizliğidir. Hava akımı kısıtlanması nedeniyle azalmış ventilasyon, ekspiryumda yeterince boşalamayan aşırı şişkin alveollerin mekanik basısı, hipoksemik vazokonstrüksiyon, damar yatağında harabiyet nedeniyle azalmış perfüzyon, ventilasyon perfüzyon dengesizliğinin önde gelen nedenleri olarak gösterilmiştir⁵⁷.

2.5.3. Mukus hipersekresyonu

Tütün ürünleri ve diğer zararlı maruziyetlere bağlı olarak bronş goblet hücre sayısındaki artış ve bronş duvarında bulunan submukozal bezlerde genişleme mukus hipersekresyonuna neden olur. Kronik bronşit hastalarında sık görülen kronik öksürük ve balgam çıkarma yakınmasının ana nedeni budur ve her zaman hava yolu obstrüksiyonu ile birlikte görülmeyebilir⁵⁸.

2.6. Klinik Belirtiler ve Bulgular

KOAH tanısı alan hastalarda görülen başlıca semptomlar; öksürük, balgam çıkarma ve egzersiz dispnesidir. Hastaların çoğu aylar veya yıllarca bu semptomlarla yaşadıkdan sonra hekime başvurur. Bu hasta grubu semptomlar ortaya çıkmadan önce ortalama 20 paket-yıl sigara içen kişilerdir. Hastalıkla ilgili risk faktörlerine maruz kalma öyküsü bulunan ve anamnezlerinde öksürük, balgam çıkarma ve/veya dispnesi bulunan olguların KOAH olabileceği düşünülmelidir. Hastalık bulguları günden güne artış gösterirken yıllar içerisinde hava akımı kısıtlanması olmadan dahi ortaya çıkabilmektedir. Semptomlar olmadan da hava akımı kısıtlanmasının gelişebileceği gibi bunun tam tersinde mümkün olabileceği belirtilmektedir. KOAH tanısı, temelde; “hava akımı kısıtlanmasıyla” konulmakta fakat pratikte tedavi gereksinimi, semptomların hastanın yaşamı üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir⁵⁹.

2.6.1. Dispne:

KOAH'ta ana semptom olan dispne, kısıtlılığın en önemli nedeni olarak belirtilmekte ve genellikle anksiyeteye birlikte hastalığa eşlik etmektedir. Hastalar dispneyi nefes almada güçlük, göğüste baskı hissi, nefes nefese kalmak veya nefesin yetmemesi olarak ifade edilmektedir. Hastalarda nefes darlığını tanımlama, kişisel ve kültürel olarak değişkenlik gösterebilir⁵⁹.

2.6.2. Öksürük:

KOAH'ın ilk semptomlarından birisi kronik öksürük olarak belirtilmekte ancak hasta tarafından tütün ürünleri ve/veya çevresel maruziyetlere bağlı olduğu düşünülerek hastalıklara bağlı bir durum olarak algılanmamaktadır. Başlangıçta, öksürük az ve aralıklı olabilir, daha sonradan gün boyu devam eder ve hemen her gün ortaya çıkar, kronik öksürük balgamlı ya da balgamsız olabilir. Bazı vakalarda belirgin havayolu obstrüksiyonu ve öksürük olmadan da geliştiği görülmüştür⁵⁹.

2.6.3. Balgam çıkarma:

KOAH hastalarının genelinde öksürük ve biraz balgam çıkarma mevcuttur. Başka bir hastalığa bağlı olmadan, ardışık iki yıl boyunca üç aydan fazla süreli balgam yakınması “kronik bronşit” tanımıdır. Bu tanımlama, KOAH'taki görülen balgam durumunu her zaman yansıtmamaktadır. Balgam çıkarma, dönem dönem alevlenir ve artarken dönem

dönem de azalma gösterir. Balgam pürülansında artış olması, muhtemel bakteriel enfeksiyona bağlı inflamatuvar belirteçlerin arttığına göstergesidir⁵⁹.

2.6.4. Wheezing ve göğüste sıkışma:

Wheezing ve hırıltı hissi; günden güne ve gün içerisinde değişebilen semptomlardır. Larings seviyesinde duyulan wheezing olabilir ve oskültasyonda anormalliklerin eşlik etmesi gerekli değildir. Akciğerde dinlemekle yaygın ekspiratuvar ve inspiratuvar ronküsler duyulabilir. Göğüste sıkışma hissi genellikle efordan sonra görülmektedir⁵⁹.

KOAH hastalarındaki fizik muayene bulguları; hava akım kısıtlanmasına, akciğer havalanmasına ve kan gazındaki bozulmanın derecesine bağlıdır.

Erken evre KOAH hastalarının genelinde fiziki muayene normaldir. Hastalık ilerledikçe bazı bulgular ortaya çıkmaktadır.

İleri evrede, hastanın solunumsal muayenesinde ekspiryum uzamıştır ve ekspiryumda wheezing duyulmaktadır. Hipersonorite ve fiçı göğsü (toraks ön-arka çapının artması) sık rastlanan bulgulardandır. Ağır obstrüksiyonu olan hasta grubunda inspeksiyonla ekspiryumda büyük dudak solunumu izlenir. Yardımcı solunum kasları devreye girmiş olup intercostal çekilmeler ve supraklaviküler çekilmeler görülür. Olgular nefeslerini ortopne pozisyonunda oturarak ve öne doğru eğilerek alırlar.

KOAH hastalarında kalp muayenesinde sinüs taşikardisi ve aritmi görülürken, aşırı havalanma nedeniyle kalp seslerinde belirgin olarak azalma mevcuttur⁶⁰.

2.7. Standart Tanı Yöntemleri

KOAH başlangıçta sinsi ilerlediğinden bu dönemde genellikle tanı koyulamamaktadır. Sigara kullanımı ve maruziyeti, kimyasal toz ve dumanlara maruz kalma, pişirme ve ısınma amaçlı yakılan maddelerin dumanına maruz kalma, genetik risk faktörleri gibi çeşitli risk faktörleriyle karşılaşma öyküsü olan orta-ileri yaş kişilerde öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı gibi semptomların varlığında KOAH tanısı düşünülmeli ve hava akımı obstrüksiyonunu göstermek için solunum fonksiyon testleri yapılmalıdır.

2.7.1. Spirometre:

KOAH tanısı spirometri ile konur. Tanı kriteri postbronkodilatör FEV1/FVC %70 in altında olmasıdır. KOAH ile ilgili klinik çalışmalardaki tedavi yöntemleri, bu kriterle tanı koyulmasına göre oluşturulmuştur. Bu değer yaşlı popülasyonda çok fazla tanı

konmasına, genç hastalarda ise yetersiz tanı konmasına neden olur. Bu durumda ise %15 civarında olguda hatalı tanı ihtimali vardır.

Spirometri sırasında hem akım-volüm hem de zaman-volüm grafiklerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Spirometrik ölçümlerin kısa etkili bronkodilatörün inhale ettirilmesinden sonra yapılması, irreversibl durumun tespitinin sağlanması açısından önerilmektedir. Bronkodilatör sonrası spirometrik ölçüm, KOAH tanısı ve hastalık şiddetinin belirlenmesi ve takibi için mutlak gereklidir⁵⁹⁻⁶². Reversibilite testi astım ve KOAH ayırıcı tanısında kullanılmaktadır, prognoz ve tedaviye yanıtı göstermektedir. Astım-KOAH birlikteliği görülen olgularda yüksek oranda düzelme görülebilmektedir. Bu olgular diğer tüm klinik bulgularla birlikte değerlendirilmeli ve sadece reversibilite testindeki düzelme oranlarına göre KOAH tanısı dışlanmamalıdır⁶³.

2.7.2. Oksimetre ve arteriyel kan gazı:

Pulse oksimetre cihazı, hastanın saturasyonunun değerlendirilmesi ve oksijen ihtiyacının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Solunum yetmezliği mevcut olan hastalarda pulse oksimetre ile saturasyon takibi yapılmalıdır. Pulse oksimetre ile ölçülen saturasyonun (SpO_2) < %92 olması arteriyel kan gazı (AKG) değerlendirme gerektirir. Arteriyel kan gazının alınması bazen güç olabilmekte ya da alınan kan değerlendirildiğinde venöz olduğu görülebilmektedir. Venöz kan gazı, sistemik karbondioksit ve pH'ı gösterir. Ancak venöz kan gazının oksijenizasyon açısından net bilgi verememektedir. Arteriyel kan gazı, oksijenizasyonun ölçümünde daha doğru sonuç vermektedir fakat parsiyel karbondioksit basıncı ($PaCO_2$), pH ve bikarbonat (HCO_3) miktarında venöz kan gazı ile arteriyel kan gazı arasında küçük farklar vardır⁶⁴.

KOAH'lı hastalarda en belirgin özellik hipoksemidir ancak bazı ileri olgularda ise hiperkarbi olduğu gösterilmiştir⁶⁵.

2.7.3. Görüntüleme akciğer grafisi:

Akciğer grafisi amfizemi gösterir ancak KOAH için tanı koymak için yeterli değildir. Olası diğer tanıları dışlamak için ve eşlik eden diğer hastalıkları (fibrozis, bronşektazi, plevral hastalıklar, kalp hastalıkları, kifoskolyoz vb.) belirlenebilmesi için önemli ve gereklidir⁵⁴. Ayırıcı tanıda akciğer kanseri, pulmoner emboli kuşkusu ve bronşektazi şüphesi varsa bilgisayarlı tomografi (BT) endikasyonu konabilir aksi takdirde toraks BT endikasyonu yoktur⁵⁴.

2.7.4. Egzersiz testleri ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi:

Artan hızda yapılan yürüme testi ile hastanın kendi temposunda yapılan testteki yürüme mesafesindeki azalmalar yaşam kalitesindeki azalmanın en güçlü belirleyicisi olmaktadır. Yürüme testleri, mortalite riskinin belirlenmesinde ve pulmoner rehabilitasyonun etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır⁶⁶. Fiziksel aktivite prognoz belirlemede önemli bir kriterdir. KOAH'ın önlenmesi ve akciğer sağlığının iyileştirilmesi için günde 10 bin adım atılmasının faydalı olduğu gösterildiğinden, genel popülasyonda yürüme önerilmiş ve izlemek için pedometreler önerilmiştir. Haftanın 5 günü günde en az 30 dakika süreyle tempolu yürüyüş önerilmektedir⁶⁷.

2.8. KOAH Evrelemesi

KOAH'lı olgular birbirlerinden farklı özellikler göstermektedir. Bundan dolayı vakaları optimum sınıflandıracak bir evreleme sisteminin kullanılması, KOAH'ın tedavisini ve takibini büyük ölçüde kolaylaştırır. Hastalığın şiddetini belirlemek için dispne, hava akımının kısıtlaması ve gaz değişimindeki anormallikler gibi faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak bu hastalarda mortalite ve morbidite ile en yakın ilişkili parametre FEV1 olduğu için, hastalığın şiddeti hava yolu tıkanıklığının derecesine göre belirlenir⁵⁴. Son olarak GOLD uzlaşı raporunda, KOAH tanısının spirometrik testlerle bronkodilatörden sonra FEV1 / FVC'nın %70'in altında olması ile konulacağı belirtilmiş ve 4 evreden oluşan bir sınıflama önerilmiştir⁵⁴(Tablo 2).

Tablo 2.2 Bronkodilatör sonrası FEV1 değerlerine göre KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırması

Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC'nın <0.70 olan olgularda

EVRE 1: (Hafif) - FEV1 beklenenin %80'i ve üzeri
EVRE 2: (Orta) - FEV1 beklenenin %50'si ile %79'u arası
EVRE 3: (Ağır) - FEV1 beklenenin %30 ile %49'u arası
EVRE 4: (Çok Ağır)- FEV1 beklenenin <%30'un altı

FEV1: Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volum, FVC: Zorlu vital kapasite

EVRE-1: HAFİF KOAH

Hava akımı kısıtlaması hafif düzeydedir. Kronik semptomları olabilir ama çoğu zaman yoktur. Bu evrede, kişi genellikle solunum fonksiyonlarının bozuk olduğunun farkında değildir.

EVRE-2: ORTA ŞİDDETTE KOAH

Hava akımı kısıtlamasındaki artışla karakterizedir. Tipik olarak efor ile nefes darlığı söz konusudur. Genellikle hastalar bu evrede hastalıklarının alevlenmesi nedeniyle farkına vararak doktora başvurmaktadır.

EVRE-3: AĞIR KOAH

Hava akımı kısıtlamasında artış, dispnede artış, efor kapasitesinde azalma, halsizlik ve hastanın yaşam kalitesini bozan, tekrarlayan alevlenmelerle birlikte.

EVRE-4: ÇOK AĞIR KOAH

Hava akımı kısıtlaması ile şiddetlidir. Genellikle hastalığa solunum yetersizliği ve korpulmonale de eşlik etmektedir. Hastalığın alevlenmeleri yaşamı tehdit edici düzeydedir ve bu evrede yaşam kalitesi çok bozulmuştur.

2.9. Koah Şiddetinin Değerlendirilmesi

GOLD rehberinde semptomları değerlendirmek için KOAH Değerlendirme Testi (CAT)(Tablo2.3) veya Modifiye British Medical Research Council(mMRC)Anketi (Tablo 2.4) veya kullanılması önerilmektedir.

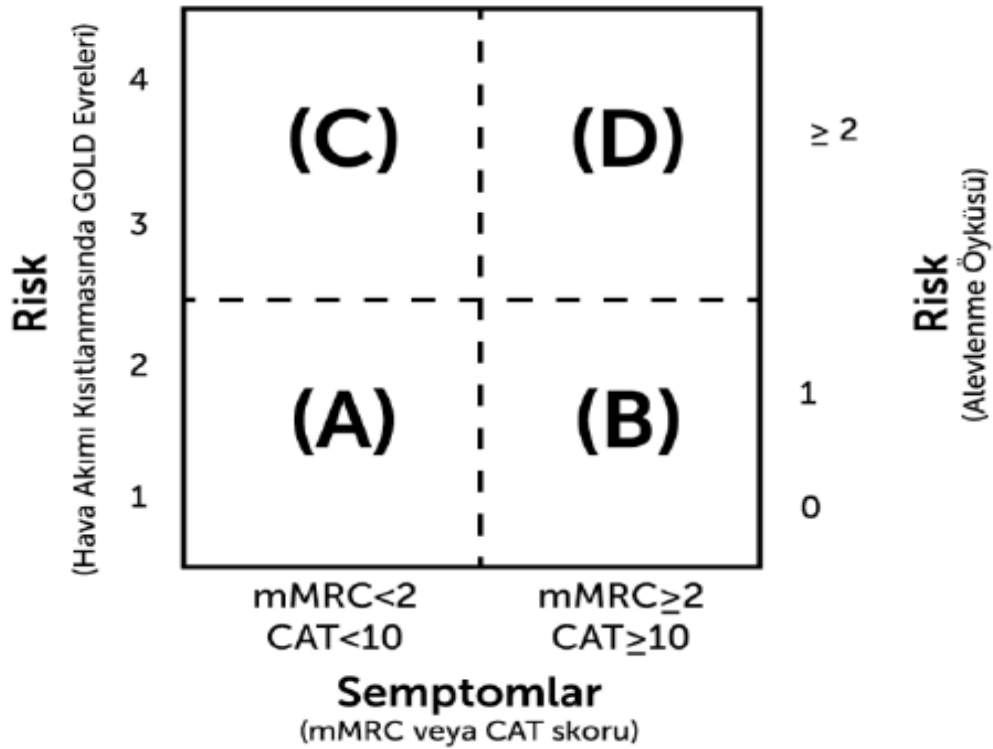
Tablo 2.3. KOAH Değerlendirme Testi (CAT) (1)

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

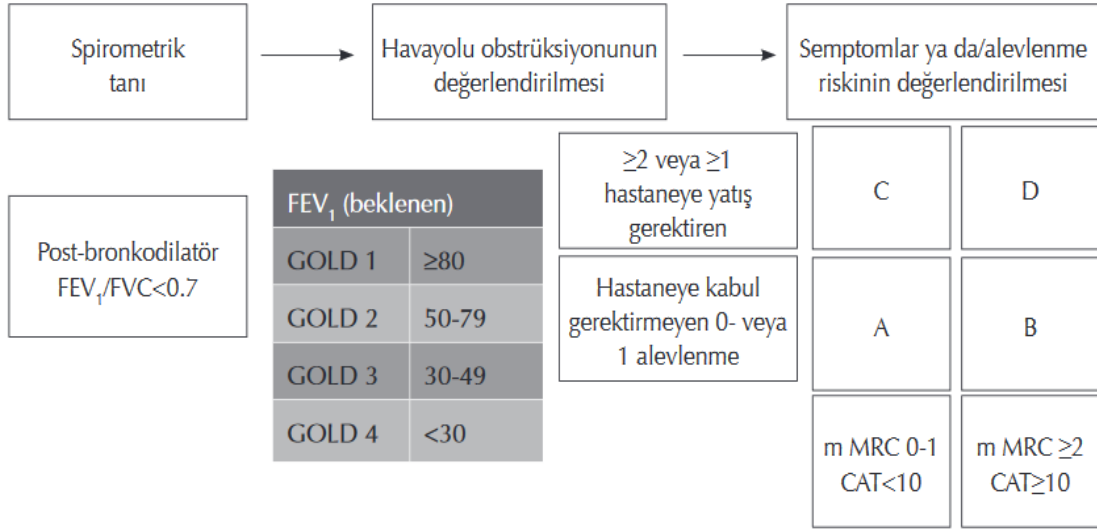
Tablo 2.4. Modifiye British Medical Research Council (mMRC) dispne skalası (1)

0. Derece	Dispne yok
1. Derece	Yokuş çıkarken veya düz zeminde hızlı hareket ederken dispne olması
2. Derece	Düz yolda dispne nedeniyle kendi yaşlarına göre yavaş hareket etme ya da düz zeminde normal hızla yürürken durmak zorunda kalmak
3. Derece	Düz yolda yüz metre veya birkaç dk yürüdüktan sonra durmak zorunda kalmak
4. Derece	Eve bağımlı olmak ve giyinmek gibi aktiviteler sırasında dispne olması

GOLD 2017’de yayınlanan KOAH raporu, GOLD 2011’de oluşturulan birleşik değerlendirme sistemi (şekil 2.1) 2017 de güncellenmiştir. Daha önce FEV1 ölçümüne dayalı evreleme sistemi ile önerilen birleşik evreleme sistemi, karşılaştırıldığında birleşik indeksin mortaliteyi öngörme açısından avantajı gösterilememiştir^{68,69}. Son olarak GOLD 2018 yeni ABCD değerlendirmesi revize edilerek sunulmuştur⁷⁰.(şekil 2.3)



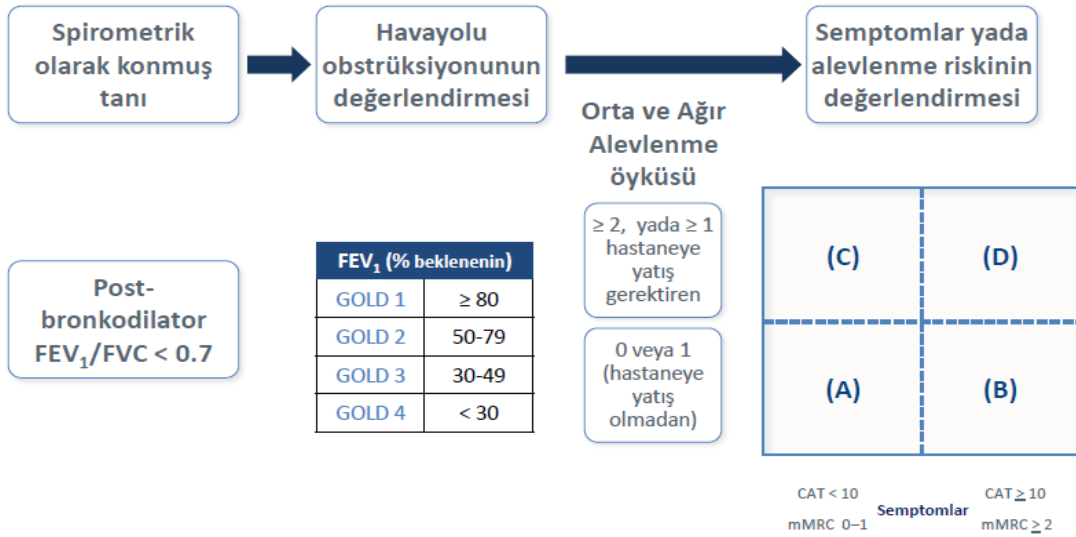
Şekil 2.1. GOLD 2011’de KOAH evrelemesi



Şekil 2.2. GOLD 2017’de KOAH evrelemesi

Gold 2017 rehberinde KOAH değerlendirme anketi (CAT)’in ve/veya modifiye medical research council (mMRC)’in kullanılması önerilmekte, KOAH kontrol anketi (CCQ) günlük kullanıma pratik olmadığından dolayı 2017’deki değerlendirmeye alınmamıştır.

GOLD 2018 - Yeni ABCD Değerlendirmesi



Şekil 2.3. GOLD 2018’de güncellenen KOAH evrelemesi

2.10. Ayırıcı Tanı

KOAH ayırıcı tanısında astım ilk akla gelmesi gereken hastalık olarak belirtilmektedir. Astımlı bazı hastaların KOAH'tan kesin olarak ayırımı zor olmaktadır aynı zamanda bir hastada astım ile KOAH birlikte olabilmektedir. KOAH-astım ayırımı Tablo 5'de gösterilmektedir. KOAH'ta görülen semptomlar yalnızca KOAH'a has olarak belirtilmemektedir. Başka hastalıklarda da benzer semptomlar, Fiziksel muayene ve spirometre bulguları görülebilir. Diğer taraftan KOAH tanısı olan bir olguda eş zamanlı olarak benzer semptom ve bulgulara yol açan başka hastalıklar da bulunabilir. Tablo 6'te KOAH ile benzer semptomlara neden olan ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bronşektazi, konjestif kalp yetersizliği, tüberküloz, obliteratif bronşiyolit, diffüz panbronşiyolit hastalıklarına ait özellikler verilmiştir.

Tablo 2.5. Astım-KOAH ayırımı

	Astım	Koah
Başlangıç yaşı	Genelde <40 yaş	Genelde >40 yaş
Sigara kullanımı	Daha az önemli	Genelde >10 paket yılı
Balgam	Sık değil	Sık
Allerji	Sık	Sık değil
Hastalık seyri	Stabil (alevlenmelerle birlikte)	İlerleyici(alevlenmelerle birlikte)
Spirometri	Genelde normale döner	İyileşme olabilir ancak asla normale dönmez
Yakınmalar	Aralıklı ve değişken, gece/sabaha karşı kötüleşebilir.	Kalıcı, progresif

Tablo 2.6. KOAH ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer hastalıklar

Tanı	Hastalık Özellikleri
Bronşektazi	Sıklıkla bakteriyel enfeksiyonla ilişkilidir. Pürülan balgam ve fizik muayenede kaba raller vardır. Çomak parmak olabilir. Radyolojik olarak bronş duvarında kalınlaşma, bronşlarda genişleme, kistik değişiklikler ve hacim kaybı gibi bulgular görülebilir
Tüberküloz	Her yaşta görülebilir. Akciğer grafisinde tüberkülozu düşündüren radyolojik bulgular vardır. Mikrobiyolojik tanı gereklidir
Kalp yetersizliği	Oskültasyonda bazalarda inspiryum sonu ince raller duyulur. Akciğer grafisinde kalp gölgesinde büyüme ve akciğer ödemi bulguları, solunum fonksiyon testinde restriktif patern vardır
Obliteratif bronşiyolit	Genç yaşta ve sigara içmeyenlerde, romatoid artrit veya duman maruziyeti olanlarda düşünülebilir. Ekspiryumda çekilen YRBT'de düşük atenüasyon alanları vardır
Diffüz panbronşiyolit	Sıklıkla sigara içmeyen erkeklerde görülür. Kronik sinüzit sıktır. Radyolojik olarak bilateral küçük sentrlobüler nodüler opasiteler ve hiperinflasyon tipiktir

2.10.1.Prognoz

KOAH hastaları yıllar içinde giderek artan bir kötüleşme ve solunum fonksiyonlarında gerileme gösterirler⁷¹. Hastalığın seyrinde gelişen ataklara viral enfeksiyonlar, bakteriyel enfeksiyonlar, kalp yetmezliği, hava kirliliği neden olabilmektedir. KOAH atağı bu hastalara ait sağlık hizmet harcamalarının büyük bir kısmını oluşturur⁷¹.

İleri evre KOAH'lı hastaların şiddetli ataklarında kronik akut solunum yetmezliği gelişebilir. Hastaların çoğu bu atağı atlatabilse de takip eden dönemde mortalite artar. Bir çalışmada hastane içindeki mortalite %11 iken, 6 ay, 1 yıl ve 2 yıllık mortalite sırasıyla %33, %43 ve %49 olarak bulunmuştur⁷². İyi yönde seyrin belirleyici parametreleri, genç yaş, hastalık öncesi yaşam kalitesinin iyi olması, mental durum, kan basıncının iyi olması, kalp hızının yüksek, kreatinin, beyaz kan hücresi ve plazma glikozunun düşük olmasıdır⁷³. Hastalığın prognozu sigaranın bırakılması ve kapsamlı pulmoner rehabilitasyon ile iyileşir.

KOAH hastalarında morbidite ve mortalitenin önemli belirleyicilerinden biri de FEV1'deki azalmadır. Sigaranın bırakılması, FEV1'deki azalma hızını yavaşlatarak prognozu olumlu yönde etkilemektedir.

Prognoz ayrıca pulmoner hipertansiyon ile de yakın ilişkilidir. Pulmoner arter basıncı <20 mmHg olan hastalarda 5 yıllık yaşam %70 iken, pulmoner arter basıncı >20 mmHg olan hastalarda %50 den azdır⁷¹. İleri evre KOAH hastalarında uzun süreli oksijen tedavisi yaşam süresini arttırmaktadır⁷⁴.

2.11. Tedavi

Günümüzde rehberlere göre tedavi yaklaşımları KOAH'ın ağırlığı, semptomlar ve atak sıklığına göre yapılmaktadır⁷⁵.

KOAH tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviyi içermektedir. Stabil KOAH'lı hastaların tedavisinde dört temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar;

1. Tanı ve izlem
2. Risklerin azaltılması
3. Stabil dönemde tedavi
4. Alevlenmelerin tedavisi

2.12. Hastalık Gelişimi ve İlerlemesinin Önlenmesi

KOAH'tan koruma ve tedavi olarak risk faktörlerinin belirlenmesi ve maruziyetin azaltılması önem teşkil etmektedir. KOAH'ta en sık karşılaşılan ve kolaylıkla belirlenebilen risk faktörü sigara içilmesidir. Bu sebepten dolayı sigara içen tüm kişilerin sigarayı bırakmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bunun yanı sıra mesleki tozlara, duman, gazlara ve iç/dış ortam hava kirleticilerine kişinin maruziyetinin tümü ile azaltmak hedefi göz önünde bulundurulmalıdır⁵⁴.

2.12.1. Tütün kullanımının bırakılması

Sigara içmeye devam eden tüm KOAH'lı hastalarda öncelikli olan sigarayı bırakmadır. Sigarayı bırakmaya teşvik etmede ve bu konuda girişimlerde bulunulmasında sağlık hizmet sunucularının yeri son derece önem teşkil etmektedir. Sigara içmeye devam eden hastalara sürekli sigarayı bırakmaları konusunda teşvik verilmeli ve bırakmayı düşünen hastalara bu konuda önerilerde bulunularak yardımcı olunmalıdır. Hastalar, hasta motivasyonunun ve güveninin artırılmasında, hasta eğitimi, gerek ilaçlı gerekse ilaç dışı, davranış değişikliği tekniklerini içeren kapsamlı bir sigara bırakma programına

sevk edilmelidir. Sigarayı bırakmak KOAH'ın doğal gelişimine sebep olmada en büyük etkiye sahiptir. Kişi sigarayı bırakmaya yeterli düzeyde kaynak ve zaman ayrılabilirse, kalıcı sigara bırakma oranı %25'i geçebilir⁵⁴.

2.12.2. Nikotin yerine koyma ürünleri

Nikotin replasman tedavisi uzun süreli sigarayı bırakma oranlarını arttırır ve yapılan çalışmalarda plesebodan daha etkili olduğu görülmüştür⁵⁴.

2.12.3. Sigarayı bırakma programları

Sigarayı bırakma girişimi için hazırlanan program sigarayı bırakmak isteyen KOAH hastalarına yardım etmek isteyen sağlık görevlilerine yardımcı olmaktadır. Verilere göre sağlık çalışanlarınca yapılan bırakma önerileri kişilerin kendi başına bırakma girişiminden çok daha fazla etkilidir. İlaç tedavisi ile birlikte davranış tedavisinin kombinasyonu da sigarayı bırakma oranlarını arttırmaktadır⁵⁴.

2.12.4. İç ve dış ortam hava kirliliği

İç ve dış ortam hava kirliliğini azaltmanın çözümleri vardır. Bunun için halk sağlığı politikası, ulusal kaynaklar ve kültürel değişikliklerin yanında ve hastaların kişisel olarak yapması gerekenler vardır. Kişilerin biyomas yakıt dumanına maruziyetini azaltmak, tüm dünyada KOAH prevalansını azaltmada büyük önem taşımaktadır. Çevreyi kirletmeyen ısınma araçları, etkin bir havalandırma, ve benzeri uygulamalar mümkündür ve mutlaka önerilmelidir⁵⁴.

2.12.5. Mesleki maruziyet

Mesleki olarak zararlı solunabilir partikülleri azaltmanın aynı zamanda KOAH yükünü de azalttığını gösteren birçok çalışma vardır. İşyerlerinde bu maruziyeti yaşayan hastalara mümkünse bu irritanlara maruz kalmaktan kaçınmaları önerilmelidir⁵⁴.

2.12.6. Aşılamalar (influenza ve pnömokok aşılı)

Grip aşısı, ciddi alevlenme, iskemik kalp hastalığı riskini, ölüm ve toplam alevlenme sayısını azaltır. Konjüge ve non konjüge pnömokok aşısı (PCV13 ve PSV23) 65 yaş ve üstü hastalara önerilmektedir⁵⁴.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını, “sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak yapmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bir toplumun sağlık düzeyini belirlemede tedavi edici

sağlık hizmetlerinin etkisi %25 iken, buna karşılık sosyoekonomik düzeyin %50 oranında etkisinin olduğunu göstermiştir⁷⁶.

KOAH neden olan risk faktörlerini tespit etmek, bu faktörler arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak; KOAH sıklığını ve morbiditesini azaltmada uygun planlamanın yapılabilmesi açısından, büyük önem arz etmektedir. Çünkü günümüzde KOAH'ta kür sağlayan bir tedavi yaklaşımı yoktur ve mevcut tedaviler ana hastalığı değil; yakınmaları, atakları, solunum fonksiyonu ve yaşam kalitesini iyileştirici özelliktedir. Bu sebeple tedavi yaklaşımının yaşam boyu sürdürülmesi esastır. Hastalık ilerledikten sonra var olan havayolu ve/veya alveol hasarını geri döndürmeyi amaçlayan bir strateji birçok engelle sahiptir. Bu sebeple; KOAH gelişimini önlemek için, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir yaklaşım, hastalığın prevalansını azaltmada en yüksek başarı olasılığına sahip olacaktır⁷⁷.

2.13. Stabil Koah Tedavisi

KOAH'da farmakolojik tedavinin temelini bronkodilatatör ilaçlar oluşturmaktadır. Günümüzde kullanılan KOAH ilaçları; bronkodilatörler; (beta-2 agonistler/ antikolinergikler) ve teofilindir. Bronkodilatatör seçiminde ve ilaçların kombine kullanımında hastanın semptomları, ilaç etkileşimi ve yan etkiler önemlidir. Tedavide inhalasyon yolu tercih edilmelidir.

2.13.1. Bronkodilatatörler

Beta-2 agonistler

Beta-2 adrenerjik reseptörleri uyarır ve hava yolu düz kas gevşemesine neden olur. Birçok nedenle olan bronkospazma karşı koruyucu etkisi vardır.

Kısa etkili beta-2 agonistlerin inhalasyon yoluyla alınması etkisinin hızla başlamasına neden olur. Etki 15-30 dakikada maksimuma ulaşır ve etki süresi 4-6 saat sürer. Nebulizatörle yüksek doz kısa etkili beta-2 agonist verilmesi daha önceden düzenli uzun etkili beta-2 agonist kullanan hastalarda kardiyovasküler yan etkileri arttıracığından önerilmemektedir. Kısa etkili beta-2 agonistler düzenli kullanımdan çok gerektiğinde kurtarıcı ilaç olarak kullanılmaktadır⁷⁸.

2.13.2. Antikolinergikler

Antikolinergikler, asetilkolinin etkisini muskarinik reseptörlerde bloke ederek bronkodilatasyon sağlarlar. İpratropium bromür kısa etkili, tiotropium ise uzun etkili

antikolinerjiktir. Kısa etkili inhale antikolinerjiklerin bronkodilatör etkileri 30 dk da başlar ve 6-8 saat sürer. Uzun etkili inhale antikolinerjikler ise etki başlangıcı 30-60 dk olup etkisi süresi 24 saattir (örneğin Tiotropium)

2.13.3. Metilksantinler

En sık kullanılanı teofilindir. Yan etkilerin sıklığı ve bronkodilatör etkisinin daha az olması nedeniyle teofilin kullanımı azalmıştır⁷⁹.

2.13.4. Kortikosteroidler sistemik kortikosteroidler

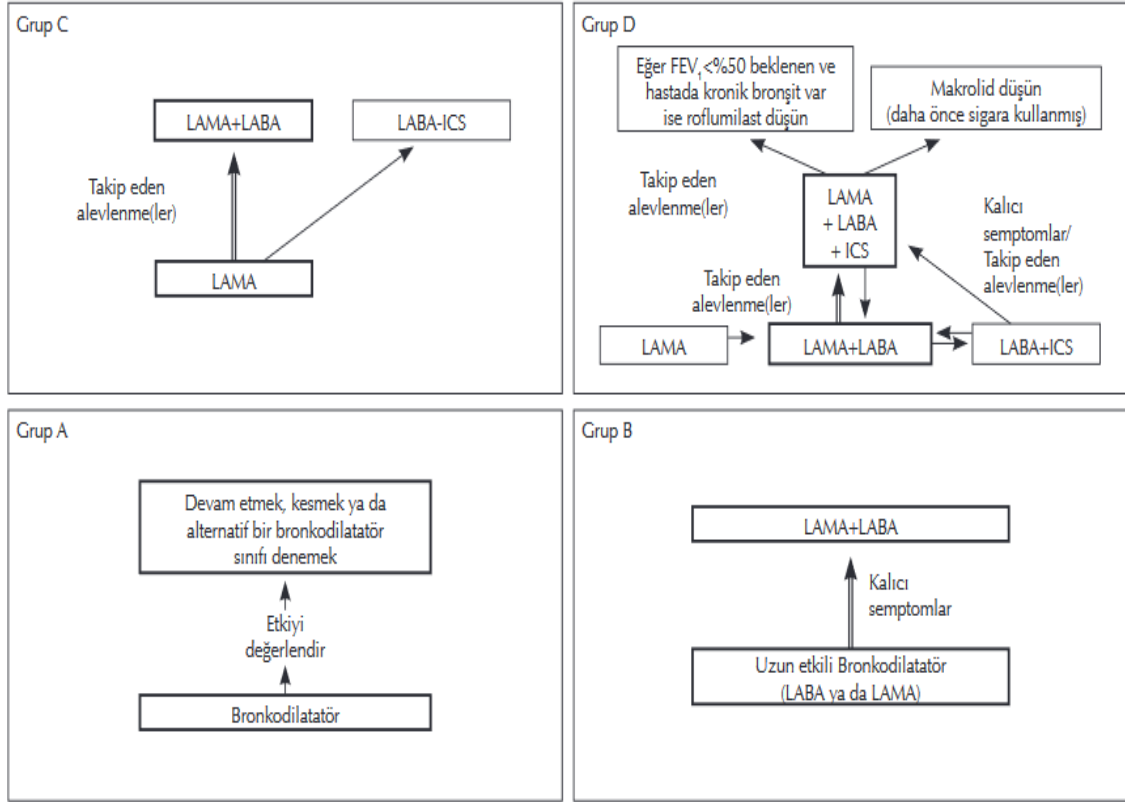
KOAH'ta sistemik kortikosteroidlerin, hastalığın stabil döneminde yararlı olmadığı ve miyopati başta olmak üzere birçok önemli yan etkisinin olması nedeniyle uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Daha çok alevlenmeler sırasında kullanılması önerilmektedir.

İnhale kortikosteroidler;

KOAH tedavisinde tek başına inhale steroidin düzenli kullanımı önerilmemektedir. FEV1 beklenenin %60'ının altında olan stabil vakalarda ve sık alevlenme öyküsü olan vakalarda uzun etkili bir bronkodilatöre eklenen inhale steroidlerin düzenli kullanımı yakınmaları, solunum fonksiyonlarını, yaşam kalitesinde iyileşme ve alevlenme sıklığında azalma sağlamaktadır^{80,81}.

2.13.5. Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri

FDE-4 inhibitörlerinin başlıca etkisi inflamatuvar hücrelerin aktivasyonunu baskılayarak etki gösterir.



Şekil 2.4. Stabil KOAH'ta gruplara göre GOLD 2018 tedavi şeması

2.14. Non Farmakolojik Tedavi

2.14.1. Fiziksel aktivite

KOAH hastalarında ilerleyici dispne nedeniyle hastalığın progresyonuyla birlikte fiziksel aktivite azalmaktadır. Bu durum; hastaların yaşam kalitesini kötü etkilemekte buna bağlı olarak hastaneye yatış ve mortalite oranlarını arttırmaktadır. Hastaların fiziksel aktivitelerini arttırmak için davranış hedefli yaklaşımlar gerçekleştirilmeli ve bu programlara yönlendirilmeleri sağlanmalıdır⁵².

2.14.2. Pulmoner rehabilitasyon programları

Grup B,C,D olan (sık alevlenmeli ve semptomatik hastalar) hastanın bireysel özellikleri ve komorbid hastalıkları dikkate alınarak düzenlenmiş olan pulmoner rehabilitasyon programına yönlendirilmeleri sağlanmalıdır⁵².

Pulmoner rehabilitasyonun içeriği, her hasta için değişik olmakla birlikte; programın temel olarak içermesi gerekenler; bireysel olarak düzenlenmiş egzersiz eğitimi, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi, sigaranın bırakılması, gerekli olgularda beslenme desteği ve özbakım eğitimidir. Pulmoner rehabilitasyonda uzun süreli programların (8 haftadan uzun) daha etkili olduğu vurgulanmıştır^{82,83}. Programların hastalığın başlangıcından son dönemine kadar sürmesi gerektiği ve alevlenme

döneminden sonra erken dönemde başlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Katılımın devamlılığı açısından hasta değerlendirilmesi iyi yapıp uygun kişiler seçilmelidir⁸⁴.

Evde uygulanan rehabilitasyon programları genel olarak solunum eğitimi, gevşeme egzersizleri, üst ve alt ekstremite egzersizleri, yürüme, merdiven inip çıkma, solunum kası egzersizleri, ve bisiklet egzersizlerini içerir. Genel olarak ev rehabilitasyon uygulamalarının, fiziksel performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde büyük yararlar sağlayacağı şeklindedir⁸⁵. Randomize kontrollü bir çalışmada 12 haftalık evde pulmoner rehabilitasyon programıyla dispne, egzersiz toleransı ve yaşam kalitesinde anlamlı düzelmeler saptamışlardır⁸⁶. Bir başka çalışmada KOAH'lı hastalarda 12 haftalık evde pulmoner rehabilitasyon programının yaşam kalitesi ve egzersiz toleransını iyileştirdiği sonucuna varmışlardır.⁸⁷

2.14.3.Yaşam sonu ve palyatif bakım

Amaç; kronik hastalığa bağlı fiziksel ve psikososyal semptomların kontrolünün sağlanması ile birlikte yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yoluyla hastaların ve ailelerinin şikâyetlerinin hafiflemelerini sağlamaktır. Bu süreçte hastaya ve ailesine gerekli bilgilendirme yapılmalıdır⁵².

2.14.4. Beslenme desteği

Egzersiz eğitimine yardımcı olarak beslenme desteğinin sağlanmasının KOAH hastalarında vücut ağırlığında, yağlı ve yağsız vücut kitlesini pozitif etkilediği gösterilmiştir. Beslenme desteği alan hastalar, bazal değerleri ile kıyaslandığında solunum kas gücünde, 6 dakika yürüme testinde ve sağlık durumlarında belirgin düzelmelerin olduğu gösterilmiştir⁵².

2.14.5. Uzun süreli oksijen tedavisi

Uzun süreli oksijen tedavisinin KOAH'ta stabil durumda hipoksemisi olan hastalarda günde en az 16 saat uygulanmasının sağ kalımı arttırdığı bilinmektedir. PaO₂ <55 mmHg veya SpO₂ <88 olması veya PaO₂ >55 mmHg ve PaO₂<60 mmHg arasında iken konjestif kalp yetmezliği düşündürülen periferik ödem, pulmoner hipertansiyon, veya polisitemi (hematokrit >55) olması uzun süreli oksijen tedavisi endikasyonu olarak kabul edilmiştir⁵².

2.15. KOAH'ta Psikososyal Sorunlar

Hastalıkla baş etme zorluğu, kendi hayatı üzerindeki kontrolün kaybolması, mevcut sorumluluklara ilave yeni sorumlulukların ortaya çıkması, hem kişi hem de ailenin fiziksel, sosyal, psikolojik, ve ekonomik açıdan yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir⁸⁸. Katschnig, yaşam kalitesi kavramını bir kişinin yaşantısından öznel doyum elde etmesi, kişinin sosyal hayatında nesnel fonksiyonelliğinin olması, araçsal ve ekonomik çerçeve koşullarının ve sosyal destek olanaklarının bulunması şeklinde sıralamıştır⁸⁹. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlığına ilişkin kendi görüşü olarak tanımlanır⁹⁰. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümleri ise hastalığın kişinin günlük hayatı üzerine etkisinin ve iyilik halinin standart olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır⁹¹.

KOAH'lı hastalarda; tedavinin amaçlarından biri yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Hastalığın tanımlanmasında kullanılan fizyolojik ve sağlığa ilişkin parametrelerin, hastanın yaşadığı hayatın kalitesinin belirlenmesine olanak vermemesi, bu hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunu gündeme getirmektedir. KOAH'lı hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir. Hemşirelik boyutu ile artık günümüzde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile tıbbi bakımın değerlendirilmesi ve yakınmaların azaltılması gibi parametreler yetersiz kalmaktadır. Günümüzde tıbbi bakım ve tedavinin amacı, sadece yaşam süresini uzatmak ve tedavi etmek değil "Yaşam Kalitesi" nin de birlikte sağlanması olmalıdır⁹².

KOAH'lı hastalar fiziksel ve sosyal ilişkilerde ciddi anlamda yetersizlik, üretkenlik kaybı, bağımlılık, sosyal izolasyon yaşamakta, günlük aktiviteleri sürdürme, özbakım gibi bir çok konuda da zorluk çekmekte, ailenin yardım ve desteğine ihtiyaç duymaktadır^{93,94}. KOAH'lı hastalarla yapılan araştırmada, hastalar hastalıkla ilgili solunum sıkıntısı, anksiyete ve korkuya neden olma durumlarını kendilerini en çok rahatsız eden belirtiler olarak ifade etmişler ve solunum sıkıntısı nedeni ile hissettikleri engellenme ve yorgunluğu sosyal aktivitelerini azaltan bir durum olarak belirtmişlerdir⁹⁵. KOAH'ta yaşanan solunum sıkıntısı hem hastalar hem de hastaya bakım verenler tarafından çok stresli, korku yaratan ve baş edilmesi zor bir durum olarak belirtilmiştir⁹⁶. Seamark, Blake ve Seamark, KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktivitelerinin aşamalı olarak azaldığını ve sosyal izolasyon

yaşadıklarını belirlemişlerdir⁹⁷. Aynı zamanda KOAH'lı hastalar, hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar; algısal, fiziksel, emosyonel aktivitelerdeki değişiklikler, sosyal ve ekonomik imkânsızlıklar nedeniyle çeşitli ve bir o kadar da zor problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar⁹⁸.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında bronşlarda meydana gelen hava yolu obstrüksiyonu sonucunda solunum yetmezliği gelişir ve devamında ise hipoksi, hiperkapni ve hiperventilasyon gibi ciddi sağlık sorunları görülür. KOAH'lı bireyin direkt beyin işlevlerini olumsuz etkileyen bu nedenler bireyde kaygı, korku, öfke, bilinç bozukluğu, stres ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır⁹⁹.

Korku ve kaygı çok sık karıştırılan bir terimlerdir. Genellikle korku, nedeni belli olan durumlardan kaynaklanırken, kaygı ise nedeni belli olmayan korkudan kaynaklanmaktadır. Herhangi bir tehlikeye bağlı insanda ortaya çıkan tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu kaygı olarak tanımlanabilir. Nesnesiz olması sebebiyle korkudan farklıdır¹⁰⁰. Korku ile kaygı arasında farklar kaynak, şiddet ve süredir. Korkunun kaynağı bellidir, kaygıdan daha şiddetlidir ve daha kısa süredir. Kaygının kaynağı belirsiz, uzun süreli ve korkudan daha az şiddetlidir. Kaygı ayrımında alışlagelmiş ortamın ortadan kalkması, olumsuz durumların ortaya çıkaracağı endişesi, inandığı bir fikre ters davranış çelişkisi ve gelecek endişesi yol gösterir¹⁰¹.

Kaygı ilk olarak KOAH'lı hastalarda sosyopsikolojik ve fiziksel stresin artmasına neden olmaktadır. Hastalar kaygı nedeniyle nefes alıp verirken kontrollerini kaybedeceklerine inandıkları için beraberinde yaşadıkları solunum güçlüğü nedeniyle sosyal çevre ile olan ilişkilerinde kontrollerini kaybettikleri duygusuna kapılırlar. KOAH'lı hastaların ilerleyen süreçlerinde meydana gelen fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal yaşam ve mesleğine devam etme güçlüğü gibi sorunlar nedeniyle, hastaların kendine saygı ve güveni azalmakta ve neticesinde depresyon gelişmektedir^{102,103}. Kaygı hali nefes darlığını tetikleyen ve şiddetini arttıran bir durumdur. Kaygılı kişi var olan nefes darlığını endişeyle yorumlar ve böylece korkusu artar. Bunun sonucu hastalığını daha şiddetli yaşar ve kurtarıcı acil ilaç gereksinimi hisseder. Hatta dispne gelişeceği korkusuyla, en küçük fiziksel aktiviteden kaçınır. Tüm bunlar yaşam kalitesini bozmaktadır¹⁰⁴.

Depresyon, bedenin korku ve stresli durumlara tepki verme durumu, bireyin üzüntü ile duygu, düşünce ve davranışlarında birçok bozukluğa sebep olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Depresyonun genel belirtileri ise enerji kaybı, hiçbir şeyden zevk almama, yorgunluk-bitkinlik, iştahsızlık, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma zorluğu ve kilo kaybı veya iştah artışı ve kilo alma, konuşmada, düşüncelerde ve davranışlarda yavaşlama, uyku bozuklukları, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, somatik yakınmalar, utanç ya da suçluluk hissetme, ajitasyon, daha önce ilgi duyduğu ve zevk alarak yaptığı işlere karşı belirgin bir ilgi ve istek kaybı, kendine olan saygısının azalması, çaresizlik duyguları, karamsarlık ve umutsuzluk, anksiyete, ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri şeklinde sıralanabilir. Duygu durum bozuklukları arasında yer alan depresyonun önemli bir özelliği duygulardaki hassasiyettir. Bu durumu en iyi tarif eden örnek, kişinin çok sevdiği birini kaybettiğinde yaşadığı duygu verilebilir¹⁰⁵. Başka bir çalışmada kaygı ve depresyonun psikososyal uyum alanı olan psikolojik baskı ile doğrudan ilişkili olduğu, KOAH'lı bireylerde hastaneye yatış sıklığı ile süresini artırdığı, uyku bozukluğuna sebep olduğu ve yaşam kalitesini azalttığı gösterilmiştir¹⁰⁶.

Hastalığın progrese etmesiyle birlikte bağımlılığın artması, hastaların aile ve toplum içinde beklenen görevleri yerine getirememesi, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, anksiyete, depresyon görülme sıklığının ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. Anksiyete yaşayan hastalar, solunum güçlüğünün neden olduğu rahatsızlık ve işlevsellikte azalma nedeniyle ölüm korkusu yaşamaktadırlar¹¹⁰.

Anksiyete, somatik belirtilerin eşlik ettiği, anormal, sebepsiz bir tedirginlik halidir. Korku ise dışardan gelebilecek, kaynağı belli gerçek bir tehlikeye karşı ruhsal ve fiziki olarak verilen bir tepkidir¹¹¹. Gerçek bir tehlikeye karşı karşıya kalan kişi şiddetli bir korku duygusuyla birlikte fiziksel tepkiler de sergiler. Anksiyetede kişi sanki kötü bir şey olacaktı gibi sebebi belirsiz bir endişe duyar. Anksiyete, sebebinin tam olarak bilinemediği içten gelen bir tehlike ya da tehdite karşı gösterilen psikolojik bir tepkidir ve bedensel belirtiler eşlik eder. Çok hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik derecelerde yaşanabilir¹¹². Başka bir tanımda ise anksiyete, gelecekte olabilecek olumsuz durumlara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen kötü duygu durumudur. Anksiyete ve korku arasındaki ayırım gelecekte ve şimdiki zamanda var olan tehlikenin algılanmasıyla ilgilidir¹¹³.

Depresyon ve anksiyete pulmoner rehabilitasyona yönlendirilen kronik akciğer hastalarından en sık görülen psikososyal durumlardır. Akciğer hastaları arasında depresyon ve anksiyetenin yaygınlığı birçok çalışmada %10 ila %80 arasında değiştiği gösterilmiştir¹¹⁴. Başka bir çalışmada ise; KOAH'ta anksiyete sıklığı %6-74, depresyon sıklığı ise %8-80 arasında değişmiştir¹¹⁵. KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı diğer pek çok kronik hastalıktan daha yüksektir. Tam olarak bilinmemekle birlikte bunun nedeni başkalarına bağımlı olma duygusu, fiziksel yetersizlik, kronik inflamasyon, sigara kullanımının beyin fonksiyonlarına etkisi, egzersiz kapasitesinde azalma gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bunlara ek olarak dinamik hiperinflasyon etkisinin önemli olduğu düşünülmektedir. Anksiyete ve depresyon olan KOAH hastalarında yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesinde azalma, hastaneye yatma, alevlenme sıklığı ve mortalitede artış gösterilmiştir. Anksiyete ve depresyon tedavisi KOAH'da sürdürülmelidir. Anksiyete ve depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik antidepressanlar, benzodiazepinler ve mirtazapin solunum merkezini inhibe ettiğinden karbondioksit retansiyonu olan orta ve ağır KOAH olgularında dikkatle kullanılmalıdır. Pulmoner rehabilitasyon KOAH hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltarak yaşam kalitesinin yükselmesine neden olur¹¹⁶⁻¹¹⁹.

Umutsuzluk; bireylerin geleceğe yönelik beklentilerinin olumsuz olduğu, bireylerin iç dünyalarının bıkkınlık halinde olduğu, sorunlarıyla mücadele edemeyeceklerini düşündükleri, yaşamlarına sürekli olumsuz anlamlar yükledikleri ve gelecek hedefleri için çaba göstermedikleri bir durum olarak tanımlanmıştır⁹⁶.

Umutsuzluk, karamsarlık, endişe, kendine güvenin azalması ve değersizlik gibi duyguların sonucu olarak depresyon ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda kaygı ve depresyonun psikososyal uyum alanı olan psikolojik baskı ile doğrudan ilişkili olduğu, KOAH'lı bireylerde hastaneye yatış sıklığını ve süresini artırdığı, uyku bozukluğuna neden olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır¹⁰⁵. Anksiyesi olan hasta dispnenin yarattığı rahatsızlık ve ölüm kaygısı nedeniyle kendini kötü hisseder ve acil kurtarıcı ilaç kullanma ihtiyacı da artar¹⁰⁹.

KOAH ve obstrüktif uyku apne birlikte olduğunda mortalite artışına neden olur. Bir çalışmada 40 yaş üstü KOAH olgularında obstrüktif uyku apne sıklığı %14 olarak bildirilmiştir. Uyku apneye bağlı mortalite artışı pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği gibi kardiovasküler ek hastalıklardaki artış ile ilgilidir. KOAH ve obstrüktif

uyku apne birlikteliğinde her 2 hastalıkta ayrı ayrı tedavi edilir. Fakat hastalara oksijen tedavisi önerildiğinde CO₂ retansiyonu açısından yakın takibi yapılmalıdır^{114,115,43}.

KOAH'lı hastalar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, basit görevleri yapamama, her türlü işte yeterince aktif olamama, ekonomik sıkıntılar yaşama, sosyal izolasyon ve destek kaynaklarının yetersizliğine nedeniyle stres ve stresle baş etmede zorlanmaktadır¹¹⁹.

2.15.1. Aile yaşantısındaki değişimler:

Hastaların göstermiş olduğu inkâr, bastırma ve yer değiştirme gibi savunma mekanizmaları hastalıkla birlikte kişinin ilişkilerini etkileyebilmektedir. Ayrıca hastalıkla birlikte yaşanan bu değişiklikler kişinin aile ilişkilerinde problemlerin yaşanmasına da sebep olmaktadır.

1. Ailede KOAH'lı hasta olması ilerleyen zamanlarda diğer aile bireylerinin daha az önemli olması durumunu yaratarak aile içi sıkıntılara sebep olabilmektedir.
2. KOAH'lı hastanın ve aile üyelerinin çalışma hayatının değişmesi maddi açıdan krize neden olarak aile üyelerini olumsuz etkilemektedir.
3. KOAH'lı hastanın varlığı aile içi rollerinin değişmesine neden olduğundan hem hastanın hem aile üyelerinin sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilemektedir.
4. KOAH hastalığının varlığı kişinin, hem hastaneye hem de aile üyelerine bağımlılığının artmasına, ilişkilerinin bozulmasına bununla birlikte depresyon ve kaygıya sebep olmaktadır¹²⁰.

Hastanın yalnız olmadığını ve yanında olduğunu hissettirmek sonucunda moralini yüksek seviyede çıkarmak; bağışıklık sisteminin de iyi çalışmasına sebep olmakta ve böylece hastalık sürecinin daha rahat geçmesini sağlamak ve hastanın psikososyal uyum sürecini kolaylaştırmaktadır¹²¹.

2.15.2. Psikososyal uyum

Sağlık bakımına uyum, meslek/iş ve aile çevresi, sosyal çevre, geniş aile ilişkileri, cinsel yaşam ve psikolojik baskıyı içeren, sağlıklı yaşamdan, hastalığa ve ölüm tehdidine kadar uzanan kapsamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte ya karşılaştığı değişiklikleri kabul ederek uygun davranışlar gösterir ya da değişikliklere karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirerek uyum sağlar^{122,123}.

2.15.3. KOAH'lı hastalarda psikososyal uyum

KOAH'lı hastaların yaşam dengeleri bozulmakta, ruhsal, fiziksel, sosyal güçlükler oluşmakta ve bunların sonucunda bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesini olumlu yönde artırmak için bireyin hastalığa olan uyumu son derece önemlidir. KOAH hastalarında psikososyal uyumu etkileyen faktörler, hastanın genetik özellikleri, hastanın kişilik yapısı, hastalığı algılaması, hastanın yaşam biçimi, psikososyal uyaranlara tepkisi, hastanın geçmiş deneyimleri ve hastalıkla baş etme yöntemleri olarak sıralanabilir^{122,123}.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan birçok fizyopatolojik süreci de içeren KOAH tam olarak tedavisi olmayan bir hastalıktır. KOAH, bu nedenlerle fiziksel bir hastalık değil aynı zamanda biyolojik, ruhsal, sosyal, ailesel ve çevresel bir durum kazanmıştır. KOAH, kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmasının yanında birçok psikososyal sorunu da yaşamasına sebep olmaktadır. Ayrıca KOAH, bireyin yaşadığı solunum güçlüğü nedeniyle ölüm korkusuna, hastaneye yatışlarına, iş gücünde de kayıplara yol açarak bireysel ve sosyal sorunları beraberinde getirmektedir. KOAH, kişide fiziksel, ruhsal ve birçok sosyal probleme yol açarak kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu rahatsızlığa sahip KOAH'lı bireyin yaşam kalitesinin artırılması hastalığa uyum sağlamaları açısından oldukça önemlidir. Bu uyum kişilerin hastalığı kabullenmesi, KOAH ile birlikte yaşamayı ve hastalığın ilerlemesine karşı etkili baş etme yöntemlerini geliştirmesini sağlamaktadır. Bu yüzden hastaya bakım verenlerin tedavi sürecinde KOAH'lı hastaya bütüncül yaklaşması, düzenli olarak hastanın durumunu gözlemlemesi ve sorgulaması ve de hastayı gerekli ölçümlerle değerlendirmesi son derece önemlidir^{124,125}.

KOAH'lı hastalarda ortaya çıkan psikolojik sorunlar süreç içerisinde, bireyin aile ve iş hayatını, geniş aile ilişkilerini, sosyal çevresini, fiziksel durumunu, uyku düzenini, beden imajını ve cinsel yaşantısını olumsuz yönde etkileyerek bireyde uyum güçlüğüne neden olmaktadır^{125,126}. Zavada ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, astım ve KOAH hastalarının diğer kronik hastalara oranla ruhsal ve bilişsel sorunları daha fazla yaşadıkları, bu hastaların aile, iş ve sosyal hayatlarının çok daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Aile desteği, sosyal destek, pulmoner rehabilitasyon, öz yeterlilik, etkili baş etme yöntemleri ve hasta eğitimi KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu artıran faktörler arasında yer almaktadır. Sosyal destek, güç durumdaki ve stres altındaki bireye aile ve yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımlardır.

Yeterli sosyal destek, sađlđın korunması, iyileştirilmesi, hastalıkların tedavi ve bakımını olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu sağlayarak, sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırır. Yetersiz sosyal destek ise hastalık semptomlarının ortaya çıkmasına ve şiddetinin artmasına, süresinin uzamasına neden olarak kronik durumlara uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir^{127,128}. McCathie ve arkadaşları (2002) yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin depresyonu ve anksiyeteyi düşürdüğünü, psikososyal uyumu artırdığını göstermişlerdir¹²⁹. Marino ve arkadaşları (2008) yapmış olduğu çalışmada ise depresif KOAH'lı hastalara yapılan sosyal desteğin yanı sıra öz yeterliliklerinin artırılması hastaların genel işlevlerinin artmasını sađlamıştır¹³⁰.

Sosyodemografik özellikler de hastanın KOAH'a uyumunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı ve gelir düzeyi hastalığa psikososyal uyumu etkilemeyebilmektedir¹³¹.

KOAH'lı hastalarda psikososyal uyumu etkileyen diğer faktörler ise psikolojik özellikler, sigara kullanımı, yaşam tarzı, yaşadığı mekân, kontrollere gitme durumu, düzenli ilaç kullanımı, cihaz kullanımı, hastalığa ait özellikler ve sosyal aktivitelere katılma şeklinde sıralanabilir¹³¹.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğine KOAH tanısı ile başvuran yetişkin hastalar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında Göğüs Hastalıkları Polikliniğine KOAH tanısı ile başvuran 150 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın gücü G*Power paket programı ile hesaplanmıştır. Çalışmada etki genişliği 0,407 olarak bulunmuştur. Bu etki genişliği 0,05 anlamlılık düzeyi ve 150 kişi ile tamamlanan çalışmanın gücü %80,1 olarak hesaplanmıştır. Bu güç %80'nin üzerinde olduğu için yeterlidir.

3.3. Örneklem Kabul Edilme Kriterleri

1. GOLD(2013) kriterlerine göre KOAH tanısı alan hastalar(postbronkodilatör FEV₁/FVC < %70)
2. 18 yaşın üzerinde olan hastalar,
3. Herhangi zihinsel engeli olmayan ve iletişimi etkileyecek bir problemi olmayan hastalar,
4. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar bu çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Örneklem Kabul Edilmeme Kriterleri

1. GOLD (2013) kriterlerine göre FEV₁ /FVC değeri > 70 olan hastalar,
2. Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar,
3. Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek şekilde genel sağlık durumu kötü olan hastalar,
4. Araştırmaya katılmayı yazılı veya sözlü olarak kabul etmeyen hastalar,
5. Alkol ve ilaç bağımlılığı olan hastalar bu çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Hastanın sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri eğitim durumu, mesleği, sosyo-ekonomik durumu), genetik yatkınlık, sigara içme durumu ve maruziyeti içeren ve 23 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. KOAH değerlendirme formu (COPD Assesment Test-CAT)

KOAH'lı hastaların sağlık durumunu ve günlük yaşamı ne düzeyde etkilediğini belirleyen sekiz sorudan oluşan bir ölçektir. CAT; KOAH'lı bireylerin nefes darlığı, öksürük, balgam gibi temel semptomlarının yanı sıra yorgunluk ve uyku durumu gibi sistemik semptomlarını da kapsayan bir ölçektir. Ölçeğin birçok dilde güvenilirliği ve geçerliliği yapılmıştır. Türkçe'ye güvenilirlik ve geçerliliği 2012 yılında Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik kat sayısı: 0.9116 olarak bulunmuştur. CAT'ın güvenilirlik analizinde madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.62-0.79 arasında saptanmış ve ölçeğin tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$)⁸².

Ölçek toplam 8 sorudan oluşmakta ve her bir soru 5 puan olup ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40'dır. Yüksek skorlar fazla semptomları olan ve KOAH'tan dolayı sağlık durumu çok etkilenen hastaları, düşük skorlar ise az semptomları olan ve KOAH'tan dolayı sağlık durumu düşük düzeyde etkilenen hastaları belirtmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 0 mükemmel sağlık durumunu, 40 puan ise en kötü sağlık durumunu göstermektedir. CAT'ten alınan 0- 10 arası puanlar hafif semptomları olan ve sağlık durumu etkilenmeyen ya da az etkilenen, 11-20 arası puanlar orta düzeyde semptomları ve sağlık durumu orta düzeyde etkilenen, 21-30 arası puanlar ağır semptomları olan ve sağlık durumu çok etkilenen, 31-40 arası puanlar çok ağır semptomları olan ve sağlık durumu çok fazla bozulan KOAH hastalarını göstermektedir⁸². Genel anlamda ise CAT skorunun 10 puan ve üzerinde olması KOAH'ın hastanın hayatını olumsuz etkilediğini ve KOAH'lı bireyin sağlık durumunun önemli derecede bozulduğunu göstermektedir ⁸².

3.5.3. Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, hastaların diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları 0.86 ve 0.83 arasında bulunmuştur. Ülkemizde 1995 yılında Adaylar tarafından Türkçeye uyarlanarak “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” adlı doktora tezinde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hastalığa Psikososyal Uyumunu değerlendiren bu ölçek; Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişki, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı şeklinde hastalığa psikososyal uyumun yedi alt ana alanına ayrılmış olup 46 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Birey kendi kişisel deneyimini en iyi tanımlayan ifadeyi seçebilmektedir. Bu dört tanımlayıcı ifade 0’den 3’e kadar puanlandırılarak yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana olumsuz değişiklik gösteren ifadeler için 3 puan, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler için 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 0 en yüksek puan 138’dir.

Ölçekte düşük puanlar iyi psikososyal uyumu, yüksek puanlar ise kötü psikososyal uyumu göstermektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35’in altındaki puanlar “iyi psikososyal uyumu”, 35 ile 51 arası puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyumu” ve 51’in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir¹²³.

Ölçeğin 7 Alt Boyutu ve Minimum-Maksimum Puanları

- 1. Sağlık Bakımına Uyum;** 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-24 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, hastalığa uyumunu ölçmektedir.
- 2. Mesleki Çevre;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum- Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek hastaların mesleki çevrelerine uyumu ölçmektedir.
- 3. Aile Çevresi;** 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan alanan Minimum-Maksimum puan 0-24 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların ailevi sorunları fiziksel hastalığının hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

4. **Cinsel İlişkiler;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum- Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığı cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

5. **Geniş Aile ilişkileri;** 5 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum- Maksimum puan 0-15 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının hasta ile akraba bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

6. **Sosyal Çevre;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

7. **Psikolojik Baskı;** 7 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum- Maksimum puan 0-21 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçmektedir¹²³.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3.6.1. Araştırmanın ön uygulaması

Araştırmacı uygulamaya başlamadan önce 6-10 Mart 2017 tarihleri arasında 10 KOAH tanısı almış hastaya araştırmanın veri formları uygulanmıştır. Ön uygulama sonunda kişisel bilgi formundaki iki soru yeterince anlaşılmadığı sonucuna varılarak yeniden düzenlenmiş ve bu şekliyle araştırmada kullanılmıştır.

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Polikliniğinde Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında 150 hastaya uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı göğüs hastalıkları servisi 13 yatak kapasitesine sahiptir. Poliklinikte ise günlük 20 ile 30 arasında hasta kabulü yapılmaktadır. Araştırmada kullanılan veri formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmacı veri toplamaya öncelikle kendisini tanıtarak başlamış ve araştırmanın amacını hastaya anlatmıştır. Ardından hastadan araştırmanın uygulanabilmesi için yazılı ve sözlü onam almıştır. Her bir hasta için veri formlarının doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.6.3. Verilerin değerlendirilmesi

IBM SPSS Statistics 23 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler (örneğin cinsiyet) için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler (örneğin PAIS SR puanları) için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolomogorov Smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılmadıkları görölmüştür ($p < 0,05$). Bu nedenle çalışmada parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız sayısal değişken (örneğin PAIS SR puanları ile memnuniyet puanları) arasındaki ilişki Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup (örneğin cinsiyet) arasındaki farklılıklar Mann Whitney U Testi ile incelenmiştir. İkidenden fazla bağımsız grup (örneğin eğitim durumu) arasındaki farklılıklara ise Kruskal Wallis Analizi ile bakılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Düze Üniversitesi Rektörlüğü İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2017- 57 sayılı izni alınmıştır. Araştırma için Düze Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Düze Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmifitir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bulguların Dağılımı

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:150)

	(n:150)	Sayı	Yüzde
Yaş (66,22±10,49)			
60 Yaş ve Altı		37	24,7
61-65 Yaş		33	22,0
66-70 Yaş		30	20,0
71 Yaş ve Üzeri		50	33,3
Cinsiyet			
Kadın		19	12,7
Erkek		131	87,3
Eğitim Durumu			
Okur-Yazar Değil		18	12,0
Okur-Yazar		14	9,3
İlkokul		92	61,3
Ortaokul		13	8,7
Lise		5	3,3
Ön Lisans		1	0,7
Üniversite ve Üstü		7	4,7
Medeni Durum			
Evli		121	80,7
Bekar		6	4,0
Dul/Boşanmış/Ayrı		23	15,3
Aile Yapısı			
Çekirdek aile		111	74,0
Geniş aile		39	26,0
Yaşanılan Kişiler			
Yalnız başıma		18	12,0
Eşim ile		84	56,0
Çocuklarım ile		10	6,7
Eşim ve çocuklarım ile		26	17,3
Eş Çocuklar gelinler torunlar kalabalık aile		9	6,0
Diğer		3	2,0
Çalışma Durumu			
Evet Tam Gün Çalışıyorum		8	5,3
Evet Yarım Gün Çalışıyorum		2	1,3
Hastalık Nedeniyle Çalışmıyorum		13	8,7
Hastalık Dışındaki Nedenlerden Dolayı Çalışmıyorum		127	84,7
Maddi Durum			
Düşük gelir (gelir giderden az)		30	20,0
Orta (gelir gidere eşit)		113	75,3
Yüksek (gelir giderden fazla)		7	4,7
Yaşanılan Yer			
İl		61	40,7
İlçe		40	26,7
Köy		49	32,7

Tablo 4.1 incelendiğinde hastaların %24,7'si 60 yaş ve altı grubunda iken %22'si 61-65 yaş, %20'si 66-70 yaş ve %33,3'ü ise 71 ve üzeri yaş grubundadır. Ayrıca yaş ortalamaları 66,22 standart sapması ise 10,49'dur. %12,7'si kadın ve %87,3'ü ise

erkektir. %12'si okur yazar değil iken %9,3'ü okur yazar, %61,3'ü ilkokul mezunu, %8,7'si ortaokul mezunu, %3,3'ü lise mezunu, %0,7'si önlisans mezunu ve %4,7'si ise üniversite ve üstü mezunudur. %80,7'si evli iken %4'ü bekar ve %15,3'ü ise dul/boşanmış/ayrıdır. %74'ünün aile yapısı çekirdek aile iken %26'sının ise geniş ailedir. %12'si yalnız başına yaşamakta iken %56'sı eşi ile birlikte, %6,7'si çocukları ile, %17,3'ü eşi ve çocukları ile, %6'sı eş çocuklar gelinler torunlar kalabalık aile ile ve %2'si ise diğer kişiler ile yaşamaktadır. %5,3'ü tam gün çalışmakta iken %1,3'ü yarım gün çalışmakta, %8,7'si hastalık nedeniyle çalışmamakta ve %84,7'si ise hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmamaktadır. %20'sinin maddi durumu düşük gelir (gelir giderden az) iken %75,3'ünün orta gelir (gelir gidere eşit) ve %4,7'sinin ise yüksek gelirdir (gelir giderden fazla). %40,7'si il merkezinde yaşamakta iken %26,7'si ilçede ve %32,7'si ise köyde yaşamaktadır.

Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Hastaların, Hastalığa İlişkin Özellikleri

	(n:150)	Sayı	Yüzde
Hastalık Süresi			
Yeni Tanı		20	13,3
1-12 Ay		27	18,0
1-5 Yıl		46	30,7
6-10 Yıl		36	24,0
10 Yıldan Fazla		21	14,0
Cihaz Kullanımı			
Evet		141	94,0
Hayır		9	6,0
KOAH'tan Başka Kronik Hastalık			
Evet		77	51,3
Hayır		73	48,7
Ailede KOAH Öyküsü			
Evet		24	16,0
Hayır		126	84,0
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Yok		132	88,0
Var		18	12,0
Psikiyatrik Tedavi			
Yok		4	22,2
Var		14	77,8
Psikiyatrik Tedavi Şekli			
Ayaktan		14	100,0
Yatarak		0	0,0
Hastanede Kontrol			
Evet		114	76,0
Hayır		24	16,0
Kısmen		12	8,0
Geçen Yıl Hastaneye Yatış Sayısı			
Hiç yatmadım		93	62,0
1 veya 2 kez		45	30,0
3 veya daha fazla		12	8,0
Bakımı ile İlgili Biri Var mı			
Evet		98	65,3
İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok		4	2,7
Hayır, ihtiyaç duymuyorum		48	32,0
Sosyal ve Psikolojik Destek			
Evet		139	92,7
Hayır		11	7,3
Memnuniyet (9,28±2,21)			
Kesinlikle hayır		6	4,0
1		0	0,0
2		0	0,0
3		1	0,7
4		0	0,0
5		2	1,3
6		5	3,3
7		2	1,3
8		2	1,3
9		1	0,7
Kesinlikle evet		131	87,3

Tablo 4.2. incelendiğinde hastaların %13,3'ünün hastalığı yeni tanı iken %18'inin hastalık süresi 1-12 ay, %30,7'sinin 1-5 yıl, %24'ünün 6-10 yıl ve %14'ünün ise 10 yıldan fazladır. %94'ü cihaz kullanmakta iken %6'sı kullanmamaktadır. %51,3'ünün

KOAH'tan başka kronik hastalığı bulunmakta iken %48,7'sinin bulunmamaktadır. %16'sının ailesinde KOAH öyküsü bulunmakta iken %84'ünün bulunmamaktadır. %88'inin psikiyatrik hastalık öyküsü yok iken %12'sinin vardır. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %22'si tedavi görmemiş %77,8'i ise tedavi görmüştür. Psikiyatrik hastalık öyküsü olup tedavi görenlerin tamamı ayaktan tedavi görmüştür. %76'sı kontrol olmakta iken %16'sı görmemekte ve %8'i ise kısmen kontrol olmaktadır. %62'si geçilen yıl boyunca hiç hastaneye yatmamış iken %30'u 1 veya 2 kez yatmış ve %8'i ise 3 veya daha fazla kez hastaneye yatmıştır. %65,3'ünün bakımı ile ilgilenen biri var iken %2,7'sinin ihtiyacı var ama kimsesi yok ve %32'sinin ise ihtiyacı yoktur. %92,7'sinin desteği var %7,3'ünün ise yoktur. Hastaların memnuniyet ortalaması 9,28 ve standart sapması ise 2,21'dir.

Tablo 4.3. Sigara Kullanımı ve Psikolojik Yardım ile İlgili Özellikler

	(n:150)	Sayı	Yüzde
Sigara Kullanımı			
Halen sigara içiyorum		37	24,7
Bıraktım		97	64,7
Hayır, hiç sigara kullanmadım		16	10,7
Sigara Süresi			
10 Yıldan Az		5	3,7
10-20 Yıl		17	12,7
21-30 Yıl		25	18,7
30 Yıldan Fazla		87	64,9
Sigara Ortamında Bulunma			
Evet		42	28,0
Hayır		108	72,0
Psikolojik Yardım			
Evet aldım		13	8,7
İstedim ama olmadı		1	0,7
Hayır istemedim		135	90,0
Almak istiyorum		1	0,7

Tablo 4.3 incelendiğinde hastaların %24,7'si halen sigara içmekte iken %64,7'si bırakmış ve %10,7'si ise hiç sigara kullanmamıştır. Halen sigara içen veya bırakmış olan hastaların %3,7'si 10 yıldan az sigara kullanmış iken %12,7'si 10-20 yıl, %18,7'si 21-30 yıl ve %64,9'u ise 30 yıldan fazladır kullanmaktadır. %28'inin sigara ortamın var iken %72'sinin ise yoktur. %8,7'si psikolojik yardım almış iken %90'ı almamıştır.

Tablo 4.4. PAIS SR ve FEV1/FVC İçin Tanımlayıcı İstatistikler

(n:150)	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
PAIS SR	32,21	21,89	0,0	109,0
FEV1/FVC	61,25	11,29	35,0	93,0

Tablo 4.4 incelendiğinde hastaların PAIS SR ortalamasının 32,21 standart sapmasının 21,89 olduğu, FEV1/FVC ortalamasının ise 61,25 standart sapmasının ise 11,29 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5. PAIS SR Gruplarına Göre Dağılımlar

(n=150)	Sayı	Yüzde
İyi Psikososyal Uyum	87	58,0
Orta Derecede Psikososyal Uyum	34	22,7
Kötü Psikososyal Uyum	29	19,3

Tablo 4.5 incelendiğinde hastaların %58'inin iyi, %22,7'sinin orta derecede ve %19,3'ünün ise kötü psikososyal uyumda olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Demografik Özelliklere Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları

	Sayı	Ort.	PAIS SR		p
			S.S.	Test İst.	
Yaş					
1.60 Yaş ve Altı	37	28,22	20,02		
2.61-65 Yaş	33	30,67	20,99	2,246	0,523
3.66-70 Yaş	30	31,54	18,83		
4.71 Yaş ve Üzeri	50	36,58	25,14		
Cinsiyet					
Kadın	19	37,11	28,29	-0,641	0,521
Erkek	131	31,50	20,85		
Eğitim Durumu					
1.Okur-Yazar Değil	18	42,72	22,98		
2.Okur-Yazar	14	33,07	22,50		
3.İlkokul	92	30,67	21,44	6,071	0,299
4.Ortaokul	13	27,46	16,10		
5.Lise	5	26,60	25,04		
6.Önlisans Ve Üstü	8	36,00	28,38		
Medeni Durum					
1.Evli	121	30,18	21,40		0,010*
2.Bekar	6	26,83	19,33	9,213	Fark:
3.Dul/Boşanmış/Ayrı	23	44,27	21,95		1-3
Aile Yapısı					
Çekirdek aile	111	31,48	22,53	-1,029	0,304
Geniş aile	39	34,28	20,11		
Yaşanılan Kişiler					
1.Yalnız başıma	18	43,90	24,53		
2.Eşim ile	84	29,70	22,64		0,018*
3.Çocuklarım ile	10	42,60	18,86	11,977	Fark:
4.Eşim ve çocuklarım ile	26	26,54	16,33		1-2,4
5.Eş Çocuklar gelinler torunlar kalabalık aile	9	37,78	19,10		
Çalışma Durumu					
1.Evet çalışıyorum	10	22,50	14,09		
2.Hastalık ned. çalışmıyorum	13	37,15	19,30	2,982	0,225
3.Hastalık dışındaki ned. dolayı çalışmıyorum	127	32,47	22,52		
Maddi Durum					
1.Düşük gelir (gelir giderden az)	30	44,07	23,99		0,001*
2.Orta (gelir gidere eşit)	113	30,15	20,56	0,290	Fark:
3.Yüksek (gelir giderden fazla)	7	14,57	9,34		1-2,3
Yaşanılan Yer					
1.İl	61	31,48	21,56		
2.İlçe	40	29,08	18,84	1,641	0,440
3.Köy	49	35,68	24,44		

*: $p < 0,05$

Tablo 4.6. incelendiğinde; uygulanan istatistiksel analizler sonucunda hastaların PAIS SR skorları yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, aile yapısı, çalışma durumu ve yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte iken medeni durum, yaşanılan kişiler ve maddi duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre evli olan hastaların PAIS SR skorları dul/boşanmış/ayrı hastalardan anlamlı derecede daha düşüktür. Yalnız yaşayan hastaların PAIS SR skorları eşi ile ve eşi ve çocukları ile yaşayan hastalardan anlamlı derecede daha

fazladır. Gelir durumu düşük olan hastaların PAIS SR skorları gelir durumu orta ve yüksek olan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.7. Hastalık Özelliklerine Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları

	Sayı	Ort.	PAIS SR		p
			S.S.	Test İst.	
Hastalık Süresi					
1.Yeni Tanı	20	17,20	15,34		
2.1-12 Ay	27	31,74	17,83		0,009*
3.1-5 Yıl	46	37,83	24,37	13,591	Fark:
4.6-10 Yıl	36	32,76	18,80		1-3,4,5
5.10 Yıldan Fazla	21	33,86	26,03		
Cihaz Kullanımı					
Evet	141	33,29	21,89		
Hayır	9	15,33	14,32	-2,687	0,007*
KOAH'tan Başka Kronik Hastalık					
Evet	77	35,15	23,75		
Hayır	73	29,11	19,43	-1,395	0,163
Ailede KOAH Öyküsü					
Evet	24	29,50	24,21		
Hayır	126	32,72	21,49	-1,043	0,297
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü					
Yok	132	30,30	19,66		
Var	18	46,22	31,41	-1,955	0,051
Hastane Kontrolü					
1.Evet	114	32,91	22,83		
2.Hayır	24	33,71	17,94	3,013	0,222
3.Kısmen	12	22,52	18,86		
Geçen Yıl Hastaneye Yatış Sayısı					
1.Hiç yatmadım	93	27,63	20,68		0,000*
2.1 veya 2 kez	45	36,56	22,25	17,314	Fark:
3.3 veya daha fazla	12	51,42	16,69		1-2,3
Bakımı ile İlgili Biri Var mı					
Evet	98	36,26	21,56		
Hayır, ihtiyaç duymuyorum	48	22,79	18,67	-3,838	0,000*
Sosyal ve Psikolojik Destek					
Evet	139	31,53	21,34		
Hayır	11	40,82	27,78	-1,154	0,249

*:p<0,05

Tablo 4.1. incelendiğinde; uygulanan istatistiksel analizler sonucunda hastaların PAIS SR skorları KOAH'tan başka kronik hastalık durumu, ailede KOAH öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, kontrol ve desteğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte iken hastalık süresi, cihaz kullanımı, geçen yıl hastaneye yatış sayısı ve bakımı ile ilgilenen biri olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre yeni tanı alan hastaların PAIS SR skorları hastalık süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla olan hastalardan anlamlı derecede düşüktür. Cihaz kullanan hastaların PAIS SR skorları cihaz kullanmayan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır. Geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların PAIS SR skorları geçen yıl

hastaneye 1 veya 2 kez ve 3 veya daha fazla yatan hastalardan anlamlı derecede düşüktür. Bakımı ile ilgilenen biri olan hastaların PAIS SR skorları bakımı ile ilgili birine ihtiyaç duymayan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.8. Sigara Kullanımı ve Psikolojik Yardım ile İlgili Özelliklere Göre PAIS SR ve FEV1/FVC Farklılıkları

	Sayı	Ort.	PAIS SR		p
			S.S.	Test İst.	
Sigara Kullanımı					
1.Halen sigara içiyorum	37	33,70	19,79		
2.Bıraktım	97	31,97	20,93	2,005	0,367
3.Hayır, hiç sigara kullanmadım	16	30,19	31,74		
Sigara Süresi					
1.10 Yılda Az	5	25,60	24,86		
2.10-20 Yıl	17	33,82	18,90	1,580	0,664
3.21-30 Yıl	25	29,01	17,92		
4.30 Yılda Fazla	87	33,56	21,48		
Sigara Ortamı					
Evet	42	26,00	20,20	-2,278	0,023*
Hayır	108	34,62	22,14		
Psikolojik Yardım					
Evet aldım	13	41,38	33,39	-0,776	0,438
Hayır istemedim	135	30,67	19,76		

*: $p < 0,05$

Tablo 4.8 incelendiğinde; uygulanan istatistiksel analizler sonucunda hastaların PAIS SR skorları sigara kullanımı, sigara kullanım süresi ve psikolojik yardım alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte iken sigara ortamına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre sigara ortamı olan hastaların PAIS SR skorları sigara ortamı olmayan hastalardan anlamlı derecede daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

KOAH, bireyin sağlık bakımını, cinsel ilişkisini, psikolojik durumunu, aile çevresini, akraba ilişkilerini, mesleki çevresini, sosyal çevresini olumsuz yönde etkileyen ve birçok psikososyal sorunlar yaşamasına neden olan bir halk sağlığı sorunudur. Kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesinin bozulmasına neden olan ilk etkindir⁹. Bireylerin psikososyal uyumlarını bozan KOAH da kronik bir hastalıktır. KOAH, toplumda önemli bir sosyoekonomik yk oluşturmakla birlikte ciddi bir morbidite ve mortaliteye de sahiptir. Dünya Sağlık rgtn (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 600 milyon KOAH hastası bulunmaktadır ve her yıl 2,3-3 milyon kişinin KOAH nedeniyle hayatı son bulmaktadır. Dünyada ölüme neden olan hastalıklar arasında ise KOAH dördüncü sıradadır ve gelecek yıllarda daha da st sıralarda yer alacağı tahmin edilmektedir⁹.

Bu araştırma KOAH'lı hastalarda görülen psikososyal sorunlar ve bu sorunlarla baş etmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Bu çalışmadaki bulgular ışığında, çalışmaya katılan 150 hastanın yaşlarının farklı olması ile PAIS SR skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Bu sonuca göre KOAH hastalarında yaş değişkeninin psikososyal uyum üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bke (2012) alışmasında 45-54 yaş arasındaki hastaların yaşamlarında aktif ve üretken olduklarından aile desteğine gereksiniminin daha az olduğunu fakat 65 yaş ve üzerindeki hastaların hastalıkla birlikte rol ve işlev kaybı, akran kaybı, aile üyelerinin kaybı gibi kayıplar yaşadıkları ve sosyal desteğe ihtiyaçlarının arttığını belirtmiřtir¹³². elik (2018) alışmasında 66-75 yaş ve 76-91 yaş arasındaki hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye ve cinsel ilişkiye uyumlarının 65 yaş ve altındaki hastalara oranla daha iyi olduğunu belirtmiřtir¹³³. Akman (2016) alışmasında 38-54 yaş grubundaki hastaların sağlık bakımına ve sosyal çevreye uyumlarının 55-65 ve 75-84 yaş grubundaki hastalara göre daha iyi olduğu belirtmiřtir¹³⁴. Toğluk(2017) alışmasında 50-65 yaş grubu hastaların, 34-49 yaş grubu hastalara göre cinsel ilişkilerde uyum ve sosyal çevreye uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmiřtir¹³⁵. Cinsiyete göre yapılan çalışmada yaşlı KOAH'lı kadın ve erkek hastalara sağlanan sosyal destekten, kadın hastaların erkeklerden daha fazla yararlandıkları, erkeklere göre hastalık belirtilerini daha az yaşadıkları ve depresyonun kadınlarda daha az görüldüğü belirtilmiřtir¹²³. Hynninen ve ark.(2007) yapmış olduğu çalışmada KOAH tanısı olan kadın hastaların KOAH tanısı olan erkek hastalara oranla

daha fazla psikolojik baskı algıladıklarını ve hastalığa uyumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır¹⁰⁵. Çelik ve ark.'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada kadınların sağlık bakımına uyumunun daha kötü olduğu belirlenmiş ve kadınların erkeklere oranla psikososyal uyumunun daha kötü olduğu belirtilmiştir¹³⁶. Bu çalışmada ise cinsiyetin psikososyal uyumda önemli bir değişken olmadığı, kadın ve erkek hastalarda psikososyal uyum açısından aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.6). Benzer şekilde hastaların eğitim durumları ile psikososyal uyumları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Okur-yazar olup olmama durumları açısından hastalar gözlemlendiğinde, psikososyal desteğin genellikle aileler tarafından sağlandığı görülmüştür. Çelik (2018) yaptığı çalışmada hastaların okur-yazar olması açısından farkı anlamlı bulmuştur. Başka bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça hastaların olumsuz yaşam koşulları ve stresle etkin baş etme yolları geliştirdikleri ve sosyal destek sistemlerinin güçlendiği belirtilmiştir¹³³. Doğan (2013) yaptığı çalışmada, KOAH hastalarının eğitim durumlarını incelediğinde PAIS SR skorlarındaki farkı anlamlı bulmuştur¹³⁷. Akman (2016) yaptığı çalışmada, hastaları eğitim durumlarına göre; genel psikososyal uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik bozukluklara uyum açısından incelediğinde ise farkın anlamlı olmadığını ($p>0.05$) göstermiş olup bu çalışmadaki verileri desteklemektedir¹³⁴. Acar'ın (2002) çalışmasında, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlarla daha kolay başa çıktıkları ve sosyal hayatta daha başarılı oldukları tedaviye uyumlarının çok daha iyi olduğunu belirtmiştir¹³⁸. Adaylar(1995), kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmasında, okur-yazar öğrenim düzeyindeki hastaların, üniversite mezunlarına göre psikososyal uyumlarının anlamlı şekilde düşük olduğunu belirlemiştir¹²³.

Bu çalışmada evli olan hastaların PAIS SR skorları dul/boşanmış/ayrı hastalara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6). Başka bir çalışmada, yalnız yaşayan hastaların PAIS SR skorları eşi ile ve eşi ve çocukları ile yaşayan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır. Evli olan, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların psikososyal uyumu daha iyidir. Medeni durum dikkate alındığında evli hastaların ailelerinden aldıkları desteğin iyi olması sonucu, günlük işlevleri yerine getirmede daha başarılı oldukları ve sorunlarla daha kolay başa çıkabildikleri belirtilmiştir¹³⁹. Öyke'nin (2008) çalışmasında ise; evli olan hastaların psikososyal uyum puanları anlamlı olmamakla birlikte bekâr olanlara göre yüksek çıkmıştır¹⁴⁰. Çalışmadan elde edilen evli

olan ailelerin geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekâr hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgusu, evlilikle birlikte aile yaşamının sağladığı sosyal desteğin hastalık sürecinde hasta üzerinde olumlu etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. İlgili literatüre göre yalnız yaşamayan hastaların aile bireylerinden aldıkları destekle birlikte sosyal hayatta daha başarılı oldukları görülmüştür¹⁴¹. Kara ve Mirici (2004) depresyon yaşayan KOAH'lı hastaların aile ve arkadaş desteğinin düşük olduğunu belirlemiştir¹⁴². KOAH'ın geriye dönüşsüz kayıplara neden olması bireyin kendini yetersiz ve değersiz görmesine neden olmakta, hastalıkla yaşama gücü azalmakta, hastalığa uyumu güçleşmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir^{143,144}.

Çalışmada yeni tanı alan hastaların PAIS SR skorları hastalık süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla olan hastalardan göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 4.7). Bu sonuç yeni KOAH tanısı alan hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunun göstergesidir. Başka çalışmada hastalık süresi arttıkça KOAH'lı hastalarda algılanan sosyal desteğin azaldığı¹⁴⁵ ve sosyal desteğin yetersiz olduğu KOAH'lı hastalarda hastaneye tekrarlı yatış sayısının arttığı belirtilmiştir¹⁰⁷. Yapılan başka bir çalışmada ise KOAH'lı hastaların hastaneye yatma sayısı arttıkça aile ve arkadaş desteğinin azaldığı ve hastalara sağlanacak sosyal destek ile hastaneye tekrarlı yatışların azaltılabileceği belirtilmiştir¹⁴⁵. Çelik (2018) KOAH tanısı 7-11 yıl ve üzerinde olan hastaların 6 yıl ve altında KOAH tanısı olan hastalara oranla KOAH'tan dolayı sağlıklarının kötü yönde etkilenmekte olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre KOAH tanısı üzerinden 7-11 yıl ve üzerinde süre geçen hastaların 6 yıl ve altında süredir KOAH tanısı alan hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, psikolojik baskıya ve toplam psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır¹³³. Benzer şekilde Akman (2016) da çalışmasında 0-5 yıldır KOAH olan hastaların 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre genel psikososyal uyumlarının, 11 ve üzeri yıldır KOAH olan hastalara göre aile çevresine uyumlarının ve 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre ise sosyal çevreye uyumlarının anlamlı düzeyde iyi olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca KOAH tanısı üzerinden 2-6 yıl ve 7-11 yıl arasında süre geçen hastaların 2 yıl ve altında hastalık tanısı alan hastalara oranla mesleki çevreye uyumunun daha kötü olduğu belirtilmiştir¹³⁴. Toğluk (2017) çalışmasında hastalık tanısı üzerinden 1 yılın üzerinde zaman geçen hastaların mesleki çevreye uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmiştir¹³⁵. Sonuç olarak hastalık süresi uzadıkça hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine ve tüm psikososyal uyumlarının bozulduğu ve algılanan psikolojik baskının

artığı görülmektedir. Buna göre hastaların hastalık tanısı aldıkları dönem üzerinden geçen süre ilerledikçe KOAH'ın sağlıklarına olan kötüleştirici etkisi artmaktadır. Hastaların sağlık bakımına uyumlarının, aile ve çevresine uyumlarının, genel psikososyal uyumlarının anlamlı düzeyde azaldığı sonucuna varılabilir.

Hastaların hastalık süreci, cihaz kullanımı, hastaneye yatış sayısı, bakım veren bireylerin desteği incelendiğinde bu çalışmadaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7). Akman (2016) çalışmasındaki araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun yardımcı araç kullandığı ve günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği saptanmıştır. Hastaların aile çevresine ve sosyal çevreye uyumlarının yardımcı araç kullanım durumlarına göre farklılık gösterdiği, yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine uyumunun yardımcı araç kullanmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve sosyal çevreye uyumlarının ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir¹³⁴. Kanervisto ve ark.(2007) tarafından yapılan KOAH hastalarının ailelerinde, aile dinamikleri çalışmasında ciddi dereceli KOAH hastalarında oksijen kullanımının yüksek düzeyde olduğu ve aile uyumlarının etkilendiği ifade edilmiştir¹⁴⁶.

Bu çalışmada yalnız başına yaşayan hastaların PAIS SR skorları eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan, eşi ve çocukları ile yaşayan, eşi, çocukları, gelinleri ve torunları ile yaşayan hastalardan anlamlı derecede yüksek olup psikososyal uyumları daha düşüktür (Tablo 4.6). Ayrıca sosyal ve psikolojik destek alan hastaların PAIS SR skorları daha düşük olup psikososyal uyumları daha iyidir (Tablo 4.7). Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı¹²⁷, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmiştir^{128,147}. Yeterli sosyal desteğe sahip olma durumunun KOAH'lı hastaları semptomlarla baş etmede desteklediği, hastaneye tekrarlı yatışları ve hastalığa bağlı ölüm oranını azaltmaya katkı sağladığı da gösterilmiştir^{148,149}. Ayrıca sosyal desteğin anksiyetenin ve depresyonun görülme sıklığını da azalttığı belirtilmiştir¹⁰⁸. Aile desteği, sosyal destek, pulmoner rehabilitasyon, öz yeterlilik, etkili baş etme yöntemleri ve hasta eğitimi KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu artıran faktörler arasında yer almaktadır. McCathie ve ark., (2002) yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin depresyonu ve anksiyeteyi düşürdüğünü, psikososyal uyumu artırdığını saptamıştır¹²⁹. Marino ve ark.,

(2008) yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin yanı sıra öz yeterliliğin depresif KOAH'lı bireylerin genel işlevlerini artırdığını bildirmiştir¹³⁰. Wan Mohd Azam ve ark., sosyal desteğin kısmen yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bildirmiştir. Sosyal desteği yeterli algılayan hastalarda stresle etkili baş edebilme yöntemleri daha çok kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalarda sosyal destek yetersiz olduğunda, duygusal ve maddi destek azaldığında hastalarda umutsuzluk arttığı, hastanın psikososyal olarak etkilendiği ortaya çıkmıştır¹⁵⁰. Neticede KOAH'lı hastaların sosyal destek özelliklerinin belirlenmesi hastalık sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlılıklar ve psikososyal kayıplarla baş etmede hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlayacaktır. Hastalara hastalık sürecinde psikososyal destek sağlandığında ise bu desteklerin hastalar üzerinde olumlu etkisi anlamlı düzeyde olmamıştır. Bu da verilen psikososyal desteğin yetersiz seviyede kaldığını ya da destek veren kişilerin yetersiz kaldıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların PAIS SR skorları gelir düzeyi orta ve yüksek olan hastalardan anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 7.6). Dolayısıyla sosyoekonomik düzeyin yüksek olması hastaların psikososyal uyumunu artıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Psikososyal uyumun artırılması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve risk faktörlerinden uzak durulması hastalığın daha iyi kontrolünü sağlayabilmektedir¹⁵¹⁻¹⁵³. Ayrıca ekonomik durumu kötü olan hastaların daha fazla dispne sorunu yaşadıkları saptamıştır¹⁵⁴. Hastalık sürecinde yalnız kalmayan ve maddi olanakları da iyi düzeyde olan hastaların psikososyal uyuma katkıları olumlu olmuştur.

Çalışmada yaşanan yere göre PAIS SR skorları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.6). Akman (2016) yaptığı çalışmada il, ilçe ve köylerde yaşayan kişilerin psikososyal uyumlarının farklı olmadığı sonucuna ulaşmıştır¹³⁴. Çelik'in (2018) yaptığı çalışmada hastaların aile çevresine ve sosyal çevreye psikososyal uyumları değerlendirildiğinde, büyük şehirlerde yaşayan hastaların PAIS-SR toplam puanları köyde yaşayan hastalara oranla daha yüksek bulunmuş olup büyük şehirlerde yaşayan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir¹³³.

Bu çalışmada hastaların sigara kullanımı, sigara kullanım süresi ve psikolojik yardım alma durumlarına göre PAIS SR skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken sigara içme ortamına göre fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8). Akman'nın (2016) çalışmasında KOAH'lı hastaların sigara kullanım alışkanlıklarına göre psikososyal uyum düzeyleri arasındaki farkı anlamlı bulmuştur¹³⁴. Çelik'in (2018)

çalışmasının sonuçlarına göre, KOAH nedeniyle sigara kullanmayı bırakan hastaların sağlık bakımına uyumunun, sigara kullanan ve diğer nedenlerle sigarayı bırakan hastalara oranla daha iyi olduğu, sigarayı bırakan KOAH'lı bireylerin sağlık bakımına uyum gösterdikleri belirtilmiştir¹³³. Ülkemizde yapılan bir kesitsel gözlem çalışmasında; KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırılmış ve KOAH'ın yaşlı hastalarda görüldüğü izlenimine ters olarak, genç hasta oranının düşünülenenden daha yüksek olduğu, Türkiye'deki 45-65 yaş aralığında olan KOAH hastalarının oranının %59 olarak tespit edildiği ve bu hastaların %63.5'inin temel nedenin sigara içme olduğunun bilincinde olduğu tespit edilmiştir. KOAH'ın önlenmesinde ve KOAH tanısı almış hastalarda hastalığın progresyonunun önlenmesinde en etkili yöntem sigaranın bırakılmasıdır¹⁵⁵. KOAH nedeniyle sigara kullanmayı bırakan hastaların mesleki çevreye uyum puanları, sigara kullanmayı bırakmayan ve diğer sebeplerle bırakan kişilere oranla daha yüksek çıkmıştır. Hastalık nedeniyle sigarayı bırakan hastaların mesleki çevreye uyumlarının olumsuz etkilenmesi, iş çevresinde hastalığın fark edilmesini artırması, işe konsantrasyonu etkilemesi, sosyalleşme aracı olarak eksikliğini hissetme duygularından kaynaklanabilir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda KOAH hastalarının aktif sigara kullanım oranı %5,6-73,1 arasında değiştiği görülmektedir^{156,157}. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda^{158,159} sigara kullanımı %40-44,2 arasında değişiklik göstermesi, ülkemizde solunum yolu hastalıklarının yönetiminde, sigarayı bırakma davranışının yeterince gelişmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir. KOAH semptomlarının kontrol altına alınabilmesinde son derece önemli bir yere sahip olan sigara kullanımının bırakılmadığı hastaların hastalık ciddiyetlerinin düşük olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalığının kontrolünde hastaların ilk olarak yapacakları girişimlerin başında sigara kullanımına son verilmesi gerekirken, hastaların büyük bir bölümünün sigara kullanmaya devam etmesi, hastalara gerekli eğitimin verilmesinde yetersiz kaldığı sonucuna da varılabilir.

KOAH'tan başka kronik hastalık durumu, ailede KOAH öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, kontrol ve destek görme açısından hastalar incelendiğinde, hastaların PAIS SR skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4.7). Korkmaz ve Tel (2010) KOAH'lı hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların çoğunluğunun (%61.1) KOAH'a eşlik eden başka bir fiziksel hastalıklarının olduğunu ve KOAH'ın ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir¹⁶⁰. Balcells ve ark., (2010) KOAH hastalığına birden fazla hastalığın eşlik ettiği bireylerin, algıladıkları psikolojik baskı

düzeıı ve anksiyete depresyon oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır¹⁶¹. Başka bir çalışmada, kronik hastalıklar tek başına dahi olsa sosyal yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken birden fazla hastalığa sahip olma durumu daha fazla etkileyip tüm ilişkileri azalttığı gösterilmiştir. Buna bağlı olarak da hastaların ihtiyaç duyduğu bakım ve desteğin de doğru orantılı olarak arttığı belirtilmiştir¹⁶². Akman (2016) ise eşlik eden herhangi bir kronik hastalık olmasının KOAH hastalarının psikososyal uyumlarına bir etki etmediğini belirtmiştir¹³⁴.

Geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların PAIS SR skorları geçen yıl hastaneye bir defa yatan, iki defa yatan, üç defa ve daha fazla yatan hastalardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 4.7). Yani geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların psikososyal uyumları daha iyidir. KOAH'da hastaneye sık yatışla ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ve ev durumu gibi sosyoekonomik değişkenler ve hastaneye yeniden başvuru riski arasında fark anlamlı bulunmamıştır¹⁶³. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında hastaneye sık başvuran hastaların mesleki çevreden olumsuz etkilendiğini saptamıştır. Hastaneye sık başvuran ve yatan hastaların, aile çevresine uyumu, geniş aile ilişkilerine uyumu ve genel psikososyal uyumu bozulmaktadır¹⁶⁴. Toğluk (2017) ise araştırmasında tedavisini düzenli olarak olan hastaların, düzenli tedavi olmayan hastalara oranla algıladıkları psikolojik baskının, sağlık bakımına, aile çevresine uyum ve genel psikososyal uyumlarının daha kötü düzeyde olduğu sonucuna varmıştır¹³⁵. Düzenli bir şekilde hastaneye giden hastaların algıladıkları psikolojik baskının fazla olduğu görölmektedir. Yapılan çalışmalarda eğer hastalar ilaç tedavisinin gerekliliğine inandıkları takdirde ilaç tedavisine olan bağlılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir¹⁶⁵. Sağlık alışanlarının hastalara verilecekleri eğitimlerle hastalar ilaçlarının hastalığının semptomlarının kontrol altına alınmasında önemli bir yere sahip olduğuna inanması sağlanarak hastaların düzenli ilaç kullanmaları teşvik edilebilir. KOAH hastalarının tedaviyle hastalığının kontrol edilebilirliğine inanmaları hastalığın kontrolünde son derece önemli bir yere sahiptir. Böylece KOAH'ı sağlık sistemine fazla yük getiren bir hastalık olmaktan çıkartıp hastaneye sık yatışların önüne geçilebilir.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun psikososyal uyumları iyi ve orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.5). Akman (2016) yaptığı çalışmada KOAH'lı hastaların büyük çoğunluğunun hastalığa uyumlarının kötü düzeyde olduğunu tespit etmiştir¹³⁴. elik (2018) de çalışmasında KOAH'lı hastanın %88,3'ünün psikososyal uyumlarının kötü olduğunu saptamıştır¹³³. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, KOAH hastalarının

psikososyal uyumlarının değerlendirildiği çalışmalar yerine farklı kronik hastalığı olan hastaların olduğu çalışmalara rastlanmıştır. Akın (2003) kalp yetmezliği hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların psikososyal uyumlarının olumsuz yönde olduğunu saptamıřtır¹⁶⁶. Bke (2012) de kalp yetmezliği olan hastalar üzerine yaptığı çalışmada hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğunu saptamıřtır¹³². Diyabetli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %25.8'inin kötü psikososyal uyumlu oldukları saptanmıřtır¹⁶⁷.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada uygulanan istatistiksel analiz sonuçlarına göre;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $66,22 \pm 10,49$ 'dur.
- Hastaların %87,3'ü ise erkek, %61,3'ü ilkokul mezunu, %80,7'si evli, %74'ü aile yapısı çekirdek aile yapısındadır.
- Hastaların %30,7'sinin hastalık süresi 1-5 yıl, %94'ü yardımcı cihaz kullanmakta, %51,3'ünde KOAH'tan başka kronik hastalığı bulunmaktadır.
- Hastaların %76'sı kontrol olmakta iken %16'sı kontrol olmamakta ve %8'i ise kısmen kontrol olmaktadır.
- Hastaların %24,7'si halen sigara içmekte iken %64,7'si sigarayı bırakmış ve %10,7'si ise hiç sigara kullanmamıştır.
- KOAH hastalarının yaş grupları, cinsiyet farklılığı, eğitim durumları, KOAH'tan başka kronik hastalık durumları, ailelerinde KOAH hastası olma durumları, psikiyatrik hastalık öyküleri, kontrollerine düzenli gitmeleri, yaşadıkları yerler, sigara kullanmaları ve sigara kullanma süreleri psikososyal uyumlarını anlamlı derecede etkilememekte iken,
- Yeni KOAH tanısı alan hastaların PAIS SR skorları hastalık süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla olan hastalardan anlamlı derecede daha düşük olup yeni KOAH tanısı alan hastaların psikososyal uyumları daha iyidir.
- Cihaz kullanan hastaların PAIS SR skorları cihaz kullanmayan hastalardan anlamlı derecede fazla olup cihaz kullanan hastaların psikososyal uyumları daha kötüdür.
- Geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların PAIS SR skorları geçen yıl hastaneye bir veya iki kez ve üç veya daha fazla yatan hastalardan anlamlı derecede düşüktür. Bu sonuca göre geçen yıl hastaneye hiç yatmayan hastaların psikososyal uyumları daha iyidir.
- Bakımı ile ilgilenen biri olan hastaların PAIS SR skorları bakımı ile ilgili birine ihtiyaç duymayan hastalardan anlamlı derecede fazla olup bakımı ile ilgilenen birine ihtiyacı olan hastaların psikososyal uyumları daha kötüdür.
- Evli olan hastaların PAIS SR skorları dul/boşanmış/ayrı hastalardan daha düşük olup evli olan hastaların psikososyal uyumları daha iyidir.

- Gelir durumu düşük olan hastaların PAIS SR skorları gelir durumu orta ve yüksek olan hastalardan anlamlı derecede fazla olup gelir durumu düşük olan hastaların psikososyal uyumları daha kötüdür.

6.2. Öneriler

- KOAH hastalarına tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın tedaviye etkin olarak katılması sağlanması,
- Hastalara solunum teknikleri, inhaler ilaç kullanma teknikleri, fiziksel egzersizler ve solunum egzersizleri ile ilgili temel bilgiler verilip günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamak için eğitimlerin sağlık personeli tarafından verilmesi ve eğitimlerin devamlılığının sağlanması,
- KOAH semptom düzeyi ve şiddeti psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediğinden KOAH semptomlarının kontrol altına alınması ve evde sağlık hizmetlerinin devreye sokulup tedavi sürecinin düzenlenmesi,
- KOAH'lı hastalarda nefes darlığı başta olmak üzere semptom kontrolünü sağlamak için KOAH'a eşlik eden diğer hastalıkların varlığı, psikososyal uyumu olumsuz etkilediği ve hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu için eşlik eden hastalıkların önlenmesi veya semptomlarının kontrol altına alınıp tedavisinin sağlanması,
- Evde KOAH'la ilgili yardımcı cihaz kullanan hastaların aile ve çevresine uyumunu sağlamak için cihaz kullanımı ve bakımıyla ilgili gerekli eğitimlerin sağlık personeli tarafından verilmesi,
- Sağlık personeli tarafından, KOAH nedeniyle hasta ve ailesinin yaşam tarzındaki değişikliklere uymaları ve hastalıkla baş etme becerileri geliştirilerek psikososyal uyumlarının sağlanması,
- Sağlık personeli hastaların hastalıklarına yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını belirlemeli ve hastaların danışmanlık hizmetinden yararlanmalarını sağlaması,
- Yoksulluk KOAH ve diğer kronik hastalıkların prognozunu, hastaların benlik saygısını ve psikososyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediğinden, ekonomik düzeyi düşük olan hastaların desteklenmesi için sosyal yardım hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması ve toplumsal kaynakların geliştirilmesi,
- Topluma dayalı olarak sürdürülen, risk faktörleri ve sigara ile ilgili konular başta olmak üzere KOAH'la ilgili eğitimin okul çağından itibaren verilmesi,

- KOAH konusunda toplumsal farkındalık oluşturulup artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması,
- Hastanelerde KOAH hastaları ve aileleri için psikososyal danışmanlık hizmetlerinin başlatılması,
- Konsültasyon liyezon hemşiresi olarak psikososyal uyum bakımında risk altında olan hasta ve ailelerinin üçüncü ve dördüncü düzey (psikososyal danışmanlık ve psikoterapi) psikososyal bakım müdahalelerin planlanması,
- KOAH hasta ve ailelerinin psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri bireysel düzeyde derinlemesine incelemek için kalitatif ve miks tip araştırmaların planlanması,
- Hastalarda psikososyal uyumu artıracak psikososyal müdahale programlarının psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanması ve programın etkinliğini değerlendirecek araştırmaların yapılması,
- Araştırmamızda psikososyal uyumu olumsuz etkileyen faktörleri dikkate alarak, araştırmanın yürütüldüğü hastanede bu risk grubuna özel psikososyal müdahale çalışmalarının başlatılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. American journal of respiratory and critical care medicine. 2012.
2. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014.
3. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(2):44-52.
4. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:113-200.
5. Abul Y, Özlü T. Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(1):7-12.
6. Atasever A, Erdinç E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4):446-455.
7. Aydın IO, Uluşahin A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. General hospital psychiatry. 2001;23(2):77-83.
8. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. Chest Journal. 2005;127(4):1205-11.
9. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.
10. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):62-70.
11. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara, Sistem Ofset Basım Yayın San Tic Ltd Şti, Eylül. 2005.
12. Karadakovan A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. N. Akbayrak, S. Erkal İlhan, G. Ançel, A. Albayrak (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları (201-205). Ankara: Alter Yayıncılık. 2007.

13. Tel H. Aras A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Türkiye Toraks Dergisi, 2009;10:63-8.
14. Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi Hemşireliği. 2005.
15. Fortinasit KM, Holoday Worret PA. Psychiatric mental health nursing. USA: Mosby-Year Book; 1996: 678- 9.
16. Young E, Unachukwu C N. Psychosocial aspects of diabetes mellitus. African Journal of Diabetes Medicine 2012; 20 (1): 5-7. Erişim: 29.08. 2012.
17. Özdemir U. Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı 1 (2013)
18. Doğan A. Koah'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018
19. Chouseinoglou B. KOAH'ta Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Kocaeli Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,2018.
20. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>.
21. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017. <http://toraks.org.tr>, Erişim Tarihi: 17.07.2017
22. Rosenberg SR, Kalhan R, Mannino DM. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, morbidity, mortality and risk factors. Semin Respir Crit Care Med 2015;36:457-69.
23. Barnes, P.J. (2003), New concepts in chronic obstructive pulmonary disease. Annual review of medicine, 54(1), 113-129.
24. Bolton, C.E., Bevan-Smith, E.F., Blakey, J.D., Crowe, P., Elkin, S.L., Garrod, R., Greening, N.J., Heslop, K., Hull, J.H., Man, W.D., Morgan, M.D., Proud, D., Roberts, C.M., Sewell, L., Singh, S.J., Walker, P.P., Walmsley, S., British Thoracic Society Pulmonary Rehabilitation Guideline Development Group; British Thoracic Society Standards of Care Committee. (2013), British Thoracic

- Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE. Thorax, 68(2), ii1-ii30.
25. Lopez AD, Shibuya K, Rao C et al. Chronic obstructive pulmonary disease: Current burden and future projections. Eur Respir J 2006;27:397-412.
 26. Yıldırım N. Fizyopatoloji. Umut S, Erdiñç E, eds. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Toraks Kitapları, 2000; 6-45.
 27. Samurkaşoğlu B. Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Saryal SB, Acıcan T. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri, Ankara: Bilimsel Tıp Kitabevi 2003; 4 -32.
 28. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1498–504.51
 29. Erdiñç E, Polatlı M, Kocanbaş A, Yıldırım N, Gürgün A, Saryal S, ve ark. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi uzlaşı raporu mayıs 2010. Türk Toraks Dergisi;11:5-64.
 30. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):e442.
 31. Chaouat A, Weitzenblum E, Krieger J, Ifoundza T, Oswald M, Kessler R. Association of chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea syndrome. Am J Respir Crit Care Med 1995;151: 82–6.
 32. Marin JM, Soriano JB, Carrizo SJ, Boldova A, Celli BR. Outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea, the overlap syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2010;182:325–31.
 33. Hacıevliyagil SS, Mutlu LC, Gülbaş G, Yetkin Ö, Günen H, 2006. Göğüs hastalıkları servisine yatan hastaların hastane yatış maliyetlerinin karşılaştırılması. Toraks Dergisi, 7, 1, 11-6.
 34. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Hamandi A, Mowafi M, (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases, Program on the Global Demography of Aging.
 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.

36. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: Epidemiyoloji ve doğal gelişim. [dü.] S Umut ve E. Erdinç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. s.l.:Toraks kitapları, 2000;8-25
37. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance--United States, 1971-2000. MMWR Surveill Summ 2002; 2;51(6):1-16.
38. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, et al. Prevalence of COPD: first epidemiological study of a large region in Turkey. Eur J Intern Med 2008;19(7):499-504.
39. Yin P, Jiang CQ, Cheng KK, et al. Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet 2007;370:751-7.
40. Gold, DR., Wang, X., Wypij, D., Speizer, FE., Ware, JH., Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. N Eng J Med. 1996; 335: 931-7
41. Bozbaş ŞŞ. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında risk faktörleri, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Ulubay G, Yıldız Ö), 1'inci baskı. Ankara, Rotatıp Kitabevi, 35-45, 2013.
42. Laurell CB, Ericsson A. The electrophoretic alpha 1-globulin pattern of serum in alpha-1 antitrypsin deficiency. Scand J Clin Lab Invest 1963; 15: 132-40.
43. Molfino NA. Genetics of COPD. Chest 2004; 125: 1929-40.
44. Smolonska J, Wijmenga C, Postma DS, Boezen HM. Metaanalyses on suspected chronic obstructive pulmonary disease genes. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 618-31
45. Molfino NA. Current thinking on genetics of chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Pulm Med 2007; 13: 107-13.
46. Lopez AD, Mathers CD, Ezatti M. Global burden of disease and risk factors. Washington, DC: World Bank, 2006.
47. Grigg J. Particulate matter exposure in children: relevance to chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc 2009; 6: 564-9.
48. Barker DJ, Godfrey KM, Fall C, et al. Relation of birth weight and childhood respiratory infection to adult lung function and death from chronic obstructive airways disease. BMJ 1991; 303: 671-5

49. Menezes AM, Perez-Padilla P, Jardim JR, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366: 1875-81
50. Marco R, Accordini S, Marcon A, et al. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults. European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:891-7.
51. Pride N. Smoking, allergy and airways obstruction: revival of the "Dutch hypothesis". *Clin Allergy* 1986; 16: 3-6.
52. Decramer M, Janssen W, Miravitlis M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012;379:1341-51.
53. Vonk JM, Jongepier H, Panhuysen CI, et al. Risk factors associated with presence of irreversible airflow limitation and reduced transfer coefficient in patients with asthma after 26 years of follow up. *Thorax* 2003; 58: 322-7.
54. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report; 2009.
55. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Dergisi* 2000; 1 (ek 1): 1-25.
56. Gülbay BE, Acıcan T. Patogenez ve inflamasyon. Saryal S, Acıcan T. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 21-33.
57. Yıldırım N. KOAH fizyopatolojisi. Umut S, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005: 58-70.
58. Başığit İ. Email: ilknur.basyigit@gmail.com. Koah patogenezi ve fizyopatolojisi. Erişim Adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011175421-114118.pdf>. Erişim tarihi: 15.4.2015.
59. Ait-Khaled, N., Enarson, D. ve Bousquet, J. (2001), Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management, *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 971-979.
60. Barbera, J.A., Ramirez, J., Roca, J., Wagner, P.D., Sanchez-Lloret, J., Rodriguez-Roisin, R. (1990), Lung Structure and Gas Exchange in Mild Chronic Obstructive Pulmonary Disease1-4. *Am Rev Respir Dis*, 895-901.

61. Faner, R. ve Agustí, Á. (2016), Multilevel, Dynamic Chronic Obstructive Pulmonary Disease Heterogeneity. A Challenge for Personalized Medicine, *Annals of the American Thoracic Society*, 13(5), 466-470.
62. Feigin, V. (2016), Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *The Lancet*, 388(10053), 1459-1544.
63. Ferkol, T., Schraufnagel, D. (2014), The global burden of respiratory disease, *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 404-406.
64. Fletcher, C., Peto, R. (1977), The natural history of chronic airflow obstruction, *Br Med J*, 1(6077), 1645-1648.
65. Hansen, J.E., Sun, X.G. ve Wasserman, K. (2007), Spirometric criteria for airway obstruction: Use percentage of FEV1/FVC ratio below the fifth percentile, not < 70%, *Chest*, 131(2), 349-355.
66. Jenkins, C.R., Jones, P.W., Calverley, P.M., Celli, B., Anderson, J.A., Ferguson, G.T., Yates, J.C., Willits, L.R., Vestbo, J.(2009), Efficacy of salmeterol/fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study. *Respiratory research*, 10(1), 59.
67. Jones, P.W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W-H., Kline Leidy, N. (2009), Development and first validation of the COPD Assessment Test, *European Respiratory Journal*, 34(3), 648-654.
68. Kim, J., Yoon, H.I., Oh, Y.M., Lim, S.Y., Lee, J.H., Kim, T.H., Lee, S.Y., Lee, J.H., Lee, S.D., Lee, C.H. (2015), Lung function decline rates according to GOLD group in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 10, 1819.
69. Kocabaş, A. (2010), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Epidemiyoloji Ve Doğal Gelişim, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2).
70. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018. Available from: <http://goldcopd.org>.
71. Kottakis, J., Cioppa, G.D., Creemers, J., Greefhorst, L., Lecler, V., Pistelli, R., Overend, T., Till, D., Rapatz, G.N., Le Gros, V., Bouros, D., Siafakas, N. (2002), Faster Onset of Bronchodilation with Formoterol than with Salmeterol in

- Patients with Stable, Moderate-Severe Copd: Results of a Randomized, Double-Blind Clinical Study, *Canadian respiratory journal*, 9(2), 107-115.
72. Leggett, R.J., Cooke, N.J., Clancy, L., Leitch, A.G., Kirby, B.J., Flenley, D.C. (1975), *Long-Term Domiciliary Oxygen Therapy in Chronic Hypoxic Cor Pulmonale, Due to Chronic Bronchitis and Emphysema*, Portland Press Limited.
 73. Mador, M.J., Modi, K. (2016), Comparing various exercise tests for assessing the response to pulmonary rehabilitation in patients with COPD, *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 36(2), 132-139.
 74. Mahler, D.A., D'Urzo, A., Bateman, E.D., Ozkan, S.A., White, T., Peckitt, C., Lassen, C., Kramer, B. (2012), Concurrent use of indacaterol plus tiotropium in patients with COPD provides superior bronchodilation compared with tiotropium alone: a randomised, double-blind comparison. *Thorax*, 67(9), 781-788.
 75. McGinnis, J.M., Williams-Russo, P., Knickman, J.R. (2002), The case for more active policy attention to health promotion, *Health affairs*, 21(2), 78-93.
 76. NL, F.R.C.N.M. (2006), *Synopsis of disease of the chest: Güneş Kitabevi*
 77. Rothberg, M.B., Pekow, P.S., Lahti, M., Brody, O., Skiest, D.J., Lindenauer, P.K. (2010), Antibiotic therapy and treatment failure in patients hospitalized for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Jama*, 303(20), 2035-2042.
 78. Puhan, M.A., Gimeno-Santos, E., Scharplatz, M., Troosters, T., Walters, E.H., Steurer, J. (2016), *Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Library*
 79. Steel, N. (2016), Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.
 80. Thurlbeck, W.M., Henderson, J.A., Fraser, R.G., Bates, D.V. (1970), A Comparison Between Clinical, Roentgenologic, Functional And Morphologic Criteria In Chronic Bronchitis, Emphysema, Asthma And Bronchiectasis, *Medicine*, 49(2), 81-146.
 81. Waschki, B., Kirsten, A., Holz, O., Müller, K.C., Meyer, T., Watz, H., Magnussen, H. (2011), Physical activity is the strongest predictor of all-cause

- mortality in patients with COPD: a prospective cohort study, *Chest*, 140(2), 331-342.
82. Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Yılmaz-Demirci, N., Kırkıl, G., Naycı-Atış, S., Köktürk, N., Uysal, A. (2012), KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, *Tuberk Toraks*, 60(4), 314-320.
83. Zuege, D.J., Whitelaw W.A. (1997), Management of acute respiratory failure in chronic obstructive pulmonary disease, *Current opinion in pulmonary medicine*, 3(3), 190-197.
84. ZuWallack, R.L., Mahler, D.A., Reilly, D., Church, N., Emmett, A., Rickard, K., Knobil, K.(2001), Salmeterol plus theophylline combination therapy in the treatment of COPD. *Chest*, 119(6), 1661-1670.
85. Wijkstra PJ. Pulmonary rehabilitation at home. *Thorax* 1996; 51:117-8.
86. Hernandez MT, Rubio TM, Ruiz FO, Riera HS, Gil RS, Gomez JC. Results of a home-based training program for patients with COPD. *Chest* 2000;118:106-14.
87. Ferrari M, Vangelista A, Vedovi E, Falso M, Segattini C, Brotto E, et al. Minimally supervised home rehabilitation improves exercise capacity and health status in patients with COPD. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83(5):337-43.
88. Saryal S. KOAH'ta etyopatogenez ve tanı yöntemleri. *Toraks Derneği I. Kış Okulu*, 2002: 23-37.
89. Katschnig, H. (1996). Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität. Vortrag auf dem Symposium Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Frankfurt.
90. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(2):61-68
91. Cosentino, J., Huaging, Z., Hardin, M., Hersh, C.P., Crapo, J., Kim, V., Criner, G.J. (2016), Analysis of Asthma–Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome Defined on the Basis of Bronchodilator Response and Degree of Emphysema, *Annals of the American Thoracic Society*, 13(9), 1483-1489.
92. Living with advanced lung disease: A guide for family caregivers. The Washington Home Center for Palliative Care Studies a Division of RAND Corporation <http://www.medicaring.org/educate/download/copdbookfinal.pdf>. Accessed August 10, 2010.

93. Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, et al. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002;57:412-6. [CrossRef]
94. Currow DC, Ward A, Clark K, et al. Caregivers for people with end-stage lung disease: Characteristics and unmet needs in the whole population. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3:753-62.
95. Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs*, 14(7): 805-12
96. Gysels, M., Higginson, J. I. (2008). Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: The invisibility of breathlessness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(5): 451- 459.
97. Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perception of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(7): 619- 625.
98. Ek, K., Ternstedt, B. M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: A phenomenological study. *J Adv Nurs*, 62(4): 470-478.
99. Dağ, İ. (1999). Psikolojinin Işığında Kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*.(6).181-189.
100. Cüceloğlu, D. (1991). *İnsan ve Davranışı*. (İkinci basım). İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş.
101. Özkan S (1994). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Roche, İstanbul.
102. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ (1999). Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax* 54 (8): 688-92.
103. Geenberg GD, Ryan JJ, Bourlier PF. Psychological and neuropsychological aspects of COPD. *Psychosomatics* 1985;26:29-33.
104. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık Ltd. Şti., 2011:342-347.
105. Hynninen K.M.J, Pallesen S, Nordhus I.H. Faktör affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. *International Journal of COPD*, 2(3):323-328, 2007.

106. Xiaolian J, Chaiwan S, Panuthai S, et al. Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nurs Health Sci* 2002;4:41-9.
107. Crouch RH, Schein RL. Integrating psychosocial services for lung volume reduction and lung transplantation patients into a pulmonary rehabilitation program. *J Cardiopulm Rehabil* 1997;17:16-8.
108. Coultas DB, Edwards D, Barnett B, Wludyka P. Predictors of depressive symptoms in patients with COPD and health impact. *COPD* 2007;4:23-8.
109. Saryal SB, Acıcan T, ed. Güncel bilgiler ışığında kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İstanbul: Bilimsel; 2003: 321-31.
110. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
111. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
112. Barlow A, David H. "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". *American Psychologist*, 2002; 1247-1263.
113. Fan VS, Meek PM. Anxiety, depression, and cognitive impairment in patients with chronic respiratory disease. *Clin Chest Med*. 2014;35:399-40
114. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and Clinical Impact Of Major Comorbidities İn Patients With COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:871-88.
115. Dursunoğlu N, Köktürk N, Baha A, et al. Turkish Thoracic Society-COPD Comorbidity Group. Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberk Toraks* 2016;64:292-301.
116. Cafarella PA, Effing TW, Usmani ZA, Frith PA. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology* 2012;17:627-38.
117. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2013;8:e60532.
118. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The Measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1963.

119. Aydın HT, Tokyıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 20 (3): 177-183, 2012.
120. Barbara Rabinowitz MA & Victor Florian PhD (1992) Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Social Work in Health Care, 16:4, 69-86, DOI: 10.1300/J010v16n04_05
121. Spruit MA, Troosters T, Trappenburg JC, et al. Exercise training during rehabilitation of patients with COPD: a current perspective. Patient Educ Couns 2004; 52:243-8.
122. Karataş T. Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ve Psikososyal Uyum. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014.
123. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1995.
124. Kılıçkaya C. Koah'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Erzurum Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013.
125. Kelly C, Lynes D. Psychological effects of chronic lung disease. Nursing Times; 104:47, 82-85, 2008.
126. N, Kutlu Y, Özkan M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. Journal Clinical Nursing; 16: 6-16, 2007
127. Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. J Adv Nurs 1999;29:1520-6.
128. Sarason IG, Sarason BR, Potter E, Antoni MH. Life events, social support, and illness. Psychosomatic Medicine 1985;47:156-61.
129. McCathie HCF, Spence S, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. Eur Respir J, 19:47-53, 2002.
130. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of COPD, 3(4):713-718, 2008.

132. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2):106-115, 2016.
133. Böke A. Kardiyoverter defibrilatör implantasyonuyapılan kalp yetmezliği hastalarında psikososyal uyumun değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
134. Çelik S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Psikososyal Uyum Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2018
135. Akman N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak-2016
136. Toğluk S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep-2017.
137. Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2):105-115, 2015.
138. Doğan, B. (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluğun belirlenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, KKTC.
139. Acar N. KOAH'lı hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2002.
140. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36).I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
141. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. Düzce Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
142. Korkut S. Acil servise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (koah) atağı ile gelen hastalarda depresyon değerlendirilmesi. D. Ü Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce, 2012.
143. Kara M, Mirici A. 2004. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4):331-336.

144. İnce D, Savcı S, Çöplü L ve ark. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi* 6 (1): 31-36.
145. Kömürcüoğlu B, Balcıoğlu M, Öztuna I, ve ark. KOAH' lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*, 2000; 1(3):31- 4.
146. Rabinowitz B, Florian V. Chronic obstructive pulmonary disease-psycho-social issues and treatment goals. *Soc Work Health Care* 1992;16: 69-85.
147. Kanervisto M, Paavilainen E, Heikkila J. Family dynamics in families of severe COPD patients. *J Clin Nurs* 2007;16:1498- 505. [CrossRef]
148. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985;98:310-57.
149. Primomo J, Yates BC, Woods D. Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types to adjustment. *Research Nurs Health* 1990;13:153-61.
150. Graydon JE, Ross E. Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. *Research Nurs Health* 1995;18:525-33.
151. Wan Mohd Azam WM, Din NC, Ahmad M, Ghazali SE, Ibrahim N, Said Z, Ghazali AR, Shahar S, Razali R, Maniam T. Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: mediating effects of social supports. *Asia Pacific Psychiatry*, 2013, 1: 134-9.
152. Tertemiz, KC., Kömüs, N., Ellidokuz, H., Sevinç, C., Çımrın, AH. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. *Tuberk Toraks* 2012; 60(2):114-122.
153. Kim, S., Clark, S., Camargo, Jr CA. (2006). Mortalite after an emergency department visit for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2006; 3:75-81.
154. Esteban, C., Quintana, JM., Aburto, M., Moraza, J., Egurola, M, España PP. (2008). Predictors of mortalit y in pat ients with stable COPD. *J Gen Intern Med*. 23:1829-34.
155. Bulucu Deniz, G., Ünsal, A. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1). 577-587.

156. Polatlı, M, et al, A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: The COPD-Life study. *Tuberk Toraks* 2012;60: 1-12.
157. Ünsal A, Yetkin A, 2005. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8, 1, 42-53.
158. Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Ögüş C, Özdemir T, 2006. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 3, 215-21.
159. Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK, 2014. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian journal of psychology*, 55, 5, 456-63.
160. Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ, 2014. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC family practice*, 15, 1, 140.
161. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 13:2-7, 2010.
162. Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Levi M, Batlle J, Rodriguez E, Benet M, González DD, Antó JM, Aymerich JG. the PAC-COPD Study Group. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health and Quality of Life Outcomes*,8(1):108, 2010.
163. Kuzulu A., Bilgin, Arslan İ., Öznur H., Kızıлтаş Ö., Tekin O.,Demir N., Albayrak Z., KOAH Hastalarında Sosyal İlişkilerin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2017;(4):204-15. DOI: 1017098/amj.364158
164. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005;26:414-9.
165. Akın S. Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 1-8, 2006.
166. Williams B, Healy D, 2001. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team:“explanatory model” or “exploratory map”? *Social science & medicine*, 53, 4, 465-76.

167. Akın S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumunun değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
168. Aydın B. İnsülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda stres faktörlerinin kan şeker regülasyonu üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa, 2005.



EKLER



EK 1: HASTA BİLGİ VE RIZA FORMU

Sayın Hastamız

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında (KOAH) görülen psikososyal sorunlar ve etkileyen faktörleri belirlemek, hastaların bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim için bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Araştırmanın sorumluları:

Nevin ŞEN

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Bilimleri Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yrd. Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi Sağlık

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Adınız, Soyadınız:

2 Yaşınız

3. Cinsiyetiniz

1- Kadın

2- Erkek

4. En son hangi okulu bitirdiniz?

1- Okur-yazar değilim

2- Okul bitirmedim-okuryazarım

3- İlkokul mezunuyum

4- Ortaokul

5- Lise

6- Üniversite ve üstü

5. Medeni durumunuz:

1. Evli 2- Bekar 3- Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

6. Aile yapınız nasıl?

1- Çekirdek aile 2- Geniş aile

7. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1- Yalnız başına

2- Eşim ile

3- Çocuklarım ile

4- Eşim ve çocuklarım ile

5- Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile

8. Çalışma durumunuz nedir?

1-Evet -Tam gün çalışıyorum

2-Evet- Yarım gün/belli aralıklarla çalışıyorum

3-Hastalık nedeniyle çalışmıyorum

4- Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyorum (ise belirtiniz.....),

9. Size göre maddi durumunuz nasıldır?

1- Düşük (Gelir giderden az)

2- Orta (Gelir gider eşit)

3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

B- HASTALIĞA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

10. Hastalık süresi.....ay/yıldır.

11. Hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı?

1- Nebulizatör 2- Oksijen tüpü

3- Oksijen konsantretörü 4- Bipap Cihazı

5- Mekanik ventilatör 6- Diğer

12. KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1- Evet (Açıklayınız.....)

2- Hayır

13. Ailede KOAH hastalığı öyküsü olan bir yakınınız var mı?

1-Evet(.....)

2-Hayır

14. Psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. Yok

2.Var(açıklayınız).....

15. Psikiyatrik tedavi: 1. Yok 2.Var.....

2a- Ayaktan 2b-Yatarak

İletişim-tel/adres:

Yaşadığı yer:

16. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır 3- Kısmen

17. Geçtiğimiz bir yıl boyunca kaç kez hastaneye yattınız?

1- Hiç yatmadım 2- 1 veya 2 kez 3- 3 ve daha fazla

18. Bakımınız ile ilgilenen birileri var mı?

1- Evet, Açıklayınız.....

2- İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok

3- Hayır, ihtiyaç duymuyorum

19. Çevrenizde sıkıntılı ve sevinçli anlarınızda sizi destekleyen kişiler var mı?

1- Evet (Açıklayınız.....)

2- Hayır

Cevabınız “HAYIR” ise 19. soruya geçiniz.

20. Bu kişilerin desteğinden memnun musunuz?

Kesinlikle hayır 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle evet

21. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Halen sigara içiyorum (.....Yıl/paket sigara içiyorum)

2.Yıl/paket sigara kullandım; ay/yıldır sigara içmiyorum.

3. Hayır, hiç sigara kullanmadım

22. Sigara içilen ortamda bulunuyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

23. Hastalık sürecinde psikolojik yardım almak istediniz mi / ister misiniz?

1-Evet aldım 2-İstedim ama olmadı

3-Hayır istemedim 4-Almak istiyorum

EK 3: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

Açıklama: Bu form sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları içermektedir. Bu hastalığın etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi / durumunuzu en iyi yansıtan ifadelerin yanına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dâhil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer su anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz. Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız bir ailenizin olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz birinin olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

İkinci bölümde çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğinizin genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla ilişkileriniz açısından yanıt veriniz. Bu formu doldururken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınızı emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz.

BÖLÜM 1: SAĞLIK BAKIMINA ORYANTASYON

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

- Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

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

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

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

- Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

- b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

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

- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

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

- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti. fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.
- d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu isin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

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

- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel, hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c) Hastalığım hakkında genel bir bilgi sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

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

- a) Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c) Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorları bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

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

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu

bilmiyorum.

b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d) Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM 2: MESLEK – ÇEVRE

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

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c) Bazı ciddi sorunlar var.

d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

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

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

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

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

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

a) Şu an hiç önemli değil

b) Oldukça az bir öneme sahip

c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

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

a) Amaçlarım değişmez

b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti

d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

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

a) Sorunlarda büyük artış var

b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var

c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM 3: AİLE ÇEVRESİ

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

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

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

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

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

a) Bir engelleme olmadı

b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir

c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları halledilecek gibi değil

d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

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

a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

d) Bu konuda bir sorun yok

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

a) İletişimde bir azalma yok

b) Çok az ölçüde bir azalma oldu

c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum

b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil

c) Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var

b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c) Çok az maddi problemim var

d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: SEKSÜEL İLİŞKİ

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a) İlişkimize herhangi bir değişiklik olmadı

b) Hastalanmamdan bu yana, birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c) Hastalanmamdan bu yana, yakınlığımız kesinlikle azaldı

d) Hastalanmamdan bu yana, ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler, hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

a) Hastalığımın bu yana, kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum

b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var

c) Cinsel istekte hafif bir azalma var

d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma

gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var
- d) Cinsel aktivite tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

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

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

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

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

BÖLÜM V: GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ

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

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

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

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

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

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

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c) Bağlılığım biraz azaldı
- d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

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

BÖLÜM VI: SOSYAL ÇEVRE

1. Hastalığımız öncesine göre boş zaman uğraşlarımız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgileniyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BÖLÜM VII: PSİKOLOJİK BASKI

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

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

- 2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?**
a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı
- 3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?**
a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede
- 4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?**
a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı
- 5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?**
a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede
- 6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?**
a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az oldu d) Olmadık
- 7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**
a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

EK 4: ETİK KURUL ONAY FORMU

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının (KOAH) Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Baş etmesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama						
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input type="checkbox"/>								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/57	Tarih: 20.03.2017							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Seyit ANKARALI								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Gülbin SEZEN	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Seda ERİŞEN KARACA	Çocuk Hastalıkları	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Seyit ANKARALI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 5: ÖZGEÇMİŞ

Nevin ŞEN 1980 yılında Çanakkale’de doğdu. Lisans eğitimini 1998-2002 yıllarında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde tamamladı. 2002-2010 yılları arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi pediatri ve yenidoğan yoğun bakım, kardiyoloji-enfeksiyon, ameliyathane kliniklerinde hemşire olarak görev yaptı. 2010-2017yılları arası itibariyle göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi kliniğinde sorumlu hemşiresi olarak görev yaptı. 2017 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü (Başhemşire) görevine getirildi ve halen Başhemşire olarak görev yapmaktadır.

