T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KOAH'I OLAN BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU, BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EZGİ ÖZGE GELEKÇİ

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. SEVDA ATEŞ

ÇANAKKALE – 2024

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KOAH'I OLAN BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU, BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EZGİ ÖZGE GELEKÇİ

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. SEVDA ATEŞ

ÇANAKKALE – 2024

T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Ezgi Özge GELEKÇİ tarafından Doç. Dr. Sevda ATEŞ yönetiminde hazırlanan ve **28/08/2024** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan **"KOAH'ı Olan Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Bağımlılığı Ve Öz Bakım Yönetimi"** başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	**İmza**
Doç. Dr. Sevda ATEŞ	……
Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM	……
Doç. Dr. Sevda TÜREN	……

Tez No : 10583850

Tez Savunma Tarihi : 28/08/2024

……

Doç. Dr. Melis ULU DOĞRU

Enstitü Müdürü

../../2024

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Ezgi Özge GELEKÇİ
28/08/2024

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesinde, çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Sevda ATEŞ, çalışma süresince yanımda olan ve beni destekleyen sevgili arkadaşlarım ve hayatımın her evresinde bana destek olan babam Ali GELEKÇİ başta olmak üzere değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi Özge GELEKÇİ

Çanakkale, Ağustos 2024

ÖZET

KOAH'I OLAN BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU, BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ

Ezgi Özge GELEKÇİ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
Danışman: Doç. Dr. Sevda ATEŞ
28/08/2024, 68

Amaç: Bu çalışmada, KOAH'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi ile aralarındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntem: Araştırma 1 Ekim ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında bir üniversite ve bir şehir hastanesinin göğüs hastalıkları polikliniğinde yürütüldü. Araştırmaya 121 katılımcı dahil edildi. Veriler "Hasta Tanılama Formu", "Yaşam Doyum Ölçeği", "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, bağımsız örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaşam doyumu ölçeği, bakım bağımlılığı ölçeği, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 13,10±4,09, 73,26±13,91, 113,78±15,54'dü. Yaşam doyumu ölçeği ile öz bakım yönetimi ölçeği ($r= 0,22$, $p< 0,05$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, bakım bağımlılığı ölçeği ($r= 0,44$, $p< 0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Yaşam doyumu ölçeği puan ortalamasının sırası ile bakım bağımlılığı ölçeği ve öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalamaları üzerinde pozitif yönde ($B= 1,49$, $B= 0,83$; $p< 0,05$) etkisi olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada yaşam doyumu iyi olan KOAH'lı bireylerin bakım bağımlılığı azalırken, öz bakım yönetimlerinin daha iyi olduğu bulundu. KOAH olan bireylerde yaşam doyumunu etkileyen potansiyel faktörlerin bilinmesi bakım bağımlılığını azaltma ve öz bakım yönetiminin sağlanması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Yaşam doyumu, Bakım bağımlılığı, Öz bakım yönetimi, Hemşirelik

ABSTRACT

LIFE SATISFACTION, CARE DEPENDENCY, AND SELF-CARE MANAGEMENT IN INDIVIDUALS WITH COPD

Ezgi Özge GELEKÇİ
Çanakkale Onsekiz Mart University
School of Graduate Studies
Master of Science Thesis in Nursing Science
Advisor: Assoc. Prof. Dr. Sevda ATEŞ
28/08/2024, 68

Objective: : In this study, an examination was made of the relation between life satisfaction, care dependency, and self-care management in individuals with COPD.

Method: The research was conducted between 1 October and 31 December 2022 at a university and in the chest diseases outpatients' department of a city hospital, and 121 participants were included in the study. A Patient Description Form, the Life Satisfaction Scale, the Care Dependency Scale and the Self-Care Management in Chronic Illness Scale were used to collect data. In the analysis of data, descriptive statistical analyses, independent sample t test, one way variance analysis, correlation and regression analysis were used. Statistical significance was taken as $p<0,05$.

Results: The participants' mean scores on the Life Satisfaction Scale, the Care Dependency Scale and the Self-Care Management in Chronic Illness Scale were 13,10±4,09, 73,26±13,91 and 113,78±15,54 respectively. A weak positive correlation was found between the mean scores of the Life Satisfaction Scale and the Self-Care Management Scale ($r= 0,22$, $p< 0,05$), and a moderate positive correlation was found with the mean score of the Care Dependency Scale ($r= 0,44$, $p< 0,01$). It was found that the mean score of the Life Satisfaction Scale had a positive effect on the Care Dependency Scale and the Self-Care Management Scale ($B = 1,49$ and $B = 0,83$ respectively; $p< 0,05$).

Conclusion: It was found in this study that care dependency was less in individuals with COPD whose life satisfaction was good, and that their self-care methods were better.

Knowledge of the potential factors affecting life satisfaction in those with COPD is important in order to reduce care dependency and to ensure self-care management.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Life satisfaction, Care dependency, Self-care management, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ ONAY SAYFASI…… i
ETİK BEYAN…… ii
TEŞEKKÜR……... iii
ÖZET …… iv
ABSTRACT …… vi
İÇİNDEKİLER …… viii
SİMGELER ve KISALTMALAR……. xi
TABLOLAR DİZİNİ…….…… xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi…… 1

İKİNCİ BÖLÜM
KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. KOAH'ın Tanımı…… 4
2.2. Dünya'da ve Ülkemizde KOAH'ın Epidemiyolojisi. ……... 4
2.3. KOAH'ın Etiyolojisi…….. 6
2.4. KOAH'ın Fizyopatolojisi..... 9
2.5. KOAH'da Tanı Kriterleri..... 10
2.6. KOAH Tedavisi..... 12
2.6.1. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar..... 12
2.6.2. Farmakolojik Yaklaşımlar..... 14
2.7. KOAH'ta Yaşam Doyumu ve Hemşirelik..... 15
2.8. KOAH'ta Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik..... 16
2.9. KOAH'ta Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik..... 18

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı..... 20
3.2 Araştırmanın Soruları..... 20
3.3. Araştırmanın Türü..... 20
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... 20

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 21
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri..... 21
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması..... 22
3.7.1. Hasta Tanılama Formu…….…….. 22
3.7.2. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)…… 23
3.7.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)…….……..... 23
3.7.4. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G)… 23
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi..... 24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği..... 25
3.10. Araştırmanın Etik Yönü..... 25

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular..... 26
4.2. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular…….……..... 28
4.3. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular..... 28
4.4. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular…….…….. 35
4.5. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarının SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular..... 36

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

5.1. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması……..... 38
5.2. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması..... 41
5.3. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması..... 44
5.4. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ ve BBÖ Puan Ortalamalarının SCMP-G Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması..... 46

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç…….…….. 48

6.1.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular…….. 48

6.1.2. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular…….…… 48

6.1.3. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular…… 49

6.1.4. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular…… 50

6.1.5. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular…… 51

6.1.6. YDÖ ve BBÖ Puan Ortalamalarının SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular…… 52

6.2. Öneriler……..... 52

KAYNAKÇA ...……. 54

EKLER ……. I

EK 1. HASTA TANILAMA FORMU……. I

EK 2. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ……... II

EK 3. BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ……. III

EK 4. KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ…… V

EK 5. ETİK KURUL İZNİ……... VII

EK 6. TEKİRDAĞ İSMAİL FEHMİ CUMALIOĞLU HASTANESİ KURUM İZNİ…….. VIII

EK 7. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZNİ…… IX

EK 8. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ İZNİ…….. X

EK 9. BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ İZNİ…… XI

EK 10. KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ İZN... XII

EK 11. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU…… XIII

SİMGELER VE KISALTMALAR

KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DALY	Erken Ölümler ve Sakatlıklar Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı (Disability Adjusted Life Years)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
AAT	Alfa-1 antitripsin (Proteaz enzim inhibitörü)
GOLD	Global İnitiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development)
FEV_1	Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm (Forced Expiratory Volume in one Second)
mMRC	Modifiye Tıbbi Araştırmalar Konseyi Dispne Skalası (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale)
CAT	KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test)
LABA	Uzun etkili beta 2- agonist
LAMA	Uzun etkili antikolinerjik
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
USOT	Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
V/Q	Ventilasyon/perfüzyon oranı
FEV_1 /FVC	1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacmin/zorlu vital kapasiteye oranı
PaO_2	Parsiyel oksijen
SaO_2	Oksijen Satürasyonu
YDÖ	Yaşam Doyumu Ölçeği
BBÖ	Bakım Bağımlılığı Ölçeği
SCMP-G	Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği
HT	Hipertansiyon
DM	Diyabetes Mellitus
KKY	Kronik Kalp Yetmezliği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	KOAH'ta postbronkodilatör FEV_1 değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması (FEV_1/FVC <0,70 olan hastalarda)	10
Tablo 2	Nefes darlığının şiddetini değerlendiren mMRC dispne skalası	11
Tablo 3	KOAH değerlendirme testi "CAT"	11
Tablo 4	Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi	25
Tablo 5	Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	26
Tablo 6	Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bulgular	27
Tablo 7	YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	28
Tablo 8	YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (1)	29
Tablo 9	YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (2)	34
Tablo 10	YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	36
Tablo 11	YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular	37

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), genetik ve çevresel uyaranlar sebebi ile ortaya çıkan, genellikle sigara kullanımı ve hava kirliliğinin neden olduğu küresel bir kronik solunum hastalığıdır (Quaderi ve Hurst, 2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı dünya genelinde önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir (TÜHKE, 2020; TTD, 2021). KOAH'da evre ilerledikçe nefes almada güçlük, egzersizi tolere edememe ve bunlara bağlı yorgunluk, uykusuzluk, sosyal hayattan kopma, anksiyete gibi birçok sorun görülmektedir. Artan semptom yükü yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, hastalığın kontrolü daha güç hale gelmektedir (TTD, 2021). KOAH'lı bireyin yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok problem giderek sağlığının daha kötü olmasına, öz bakımını gerçekleştirememesine ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken başkalarına bağımlı hale gelmelerine sebep olmaktadır (Çakıcı, 2020; Yeşil Bayülgen, vd., 2021).

Bakım bağımlılığı; öz bakım becerisi azalmış ve bakım ihtiyacı kendisini belli bir dereceye kadar bağımlı kılan bir hastaya verilen profesyonel destektir (Dijkstra, vd., 2005). Her hasta için bakıma bağımlı olma derecesi aynı değildir. Kişiler hastalığa bağlı olarak daha az ya da çok bakıma bağımlı hale gelebilirler. Öz bakımını gerçekleştiremeyen bireylerin bakımının başkası tarafından sağlanacak durumda olması bakım bağımlılığı kavramına yol açmıştır (Burucu, vd., 2023). Kronik hastalığı olan bireyin eşlik eden komorbiditeleri arttıkça daha fazla bakıma bağımlı hale gelebilmektedir (Bao, vd., 2019). Hastalığın yönetimi, kişinin bakım bağımlılığını azaltarak bedensel ve ruhsal sağlığının olumlu yönde ilerlemesine, hastaneye yatış ve kalış süresinin azalmasına neden olmaktadır (Nolte, vd., 2014; Özkan Tuncay ve Avcı, 2020). Bağımsız bir şekilde yaşamını idame ettirebilen kişilerde yaşam kalitesinin de aynı düzeyde artacağı ve artan yaşam kalitesinin hayattan alınan doyumu arttırdığı bilinmektedir (Kankaya ve Karadakovan, 2017; Koç, 2020). Kronik hastalığa sahip bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik iyilik halleri, iyi düzeyde yaşam kalitesi için öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmeleri, bakıma bağımlı olmamaları, öz yönetimlerini sağlayabilmeleri ve sürdürebilmeleri gereklidir. Aynı zamanda hastalığın etkilerinin kontrolü, morbidite ve mortalitenin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Demir Gökmen ve Fırat, 2022; Özdelikara, vd., 2020).

Öz bakım yönetimi kişinin hastalığının takibini yapabilmesi, kendisini fiziksel ve ruhsal açıdan doğru yönetebilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerini yapabilmesidir (Candan ve İnci, 2024). KOAH'da öz bakım yönetimin sağlanması komorbiditeleri önlenmek, iyi düzeyde bir yaşam kalitesi sağlamak ve hastalığın oluşturduğu yükü azaltmak için gereklidir. Öz bakım yönetimi iyi olan kronik hastalığa sahip bireyler başka birine ihtiyaç duymadan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilir, bakım gereksinimlerini karşılayabilir (Barlow, vd., 2002; Candan, 2021; Demir Gökmen ve Fırat, 2022; Doğu Kökcü ve Tiryaki, 2020; Hançerlioğlu ve Aykar, 2018; Özdelikara, vd., 2020). Öz bakım yönetimi iyi olan bireylerin yaşam süresinde uzama, yaşam kalitesinde artma ve sağlık bakımı ile ilgili harcamalarda azalmalar meydana gelmektedir (Candan ve İnci, 2024). Birey öz bakım ve yönetimini sağlayamaz, kendi ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz hale gelirse bakıma bağımlı hale gelmektedir (Özkan Tuncay ve Avcı, 2020).

Bireyin bağımsızlık düzeyi ve yaşam kalitesi arttıkça yaşam doyumu doğru orantılı olarak artmaktadır (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Yaşam doyumu, bireylerin kendi seçimleri doğrultusundaki ölçütlere göre yaşam kalitelerini genel olarak değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Diener, vd., 1985; Veenhoven, vd., 1996). Bağımsız bir şekilde yaşamını idame ettirebilen kişilerde yaşam kalitesinin de aynı düzeyde artacağı ve artan yaşam kalitesinin hayattan alınan doyumu arttırdığı bilinmektedir (Kankaya ve Karadakovan, 2017; Koç, 2020). KOAH'ın doğası hastaları fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden önemli ölçüde olumsuz etkiler (Türk ve Üstün, 2018). Yaşanan bu sorunlar kişinin yaşamdan aldığı doyumu azaltır (Altunışık ve Doğan, 2023; Koç, 2020; Meule ve Voderholzer, 2020). Hastalığın etkileri ile baş edemeyen KOAH hastaları da yaşamdan doyum alamazlar (Taşkın Yılmaz, vd., 2022).

KOAH'lı bireylerde iyi bir yaşam doyumu yaşam kalitesi için önemlidir (Kılınç, vd., 2019). Koç (2020), KOAH'lı hastaların diyabet (DM) hastalarına göre daha fazla bakıma bağımlı olduğunu ve yaşam doyumlarının daha az olduğunu belirlemişlerdir (Koç, 2020). Literatürde KOAH olan bireylerde bakım bağımlılığı (Türk ve Üstün, 2018; Kara, 2019), bakım bağımlılığının dispne ve kırılganlık ile ilişkisi (Çakıcı, 2020), bakım bağımlılığının dispne ve sağlık durumu ile ilişkisi (Helvacı, 2018), algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi (Sarı, 2020), öz bakım yönetimi ve etkileyen faktörler (Yeşil Bayülgen, vd.,

2021), hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü (Demir Gökmen ve Fırat, 2022), psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi (Kılınç, vd., 2019) inceleyen çalışmalar yer almaktadır. Bildiğimiz kadarıyla KOAH olan bireylerde eş zamanlı yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimini ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmada KOAH'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimini eş zamanlı inceleyerek, aralarındaki ilişki ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KOAH'ın Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, zararlı gaz ve partiküllere maruz kalma sebebi ile havayolunda ve alveollerde kalıcı olarak meydana gelen bozukluk ve buna bağlı hava akımında kısıtlılık yaşanmasıdır. KOAH yaygın olarak görülen, önlenebilen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır (GOLD, 2022). Tüm dünyada KOAH nedeni ile mortalite ve morbidite oranında artış devam etmektedir (GOLD, 2022).

KOAH'ın gelişimi veya hastalık durumunun ilerlemesinde genetik faktör, yaş, cinsiyet, akciğer büyüme ve gelişimi, zararlı partiküllere maruziyet, sosyoekonomik durum, hava yolu hiperreaktivitesi, kronik bronşit, astım ve enfeksiyon gibi birçok neden yer almaktadır (TTD, 2021).

KOAH ve eşlik eden diğer hastalıklar nedeni ile uzun dönemde tekrarlayan ilaç kullanımı, risk faktörlerine maruziyetin devam etmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarını sergileyememe yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek; hastalığın yönetimini ve tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır (Efil, vd., 2020). KOAH olan bireylerde kilo kaybı, iskelet kası güçsüzlüğü, miyokard enfarktüsü, osteoporoz, solunum yolu enfeksiyonu, depresyon, DM, metabolik sendrom, uyku hastalıkları ve akciğer kanseri gibi komorbiditelerin görülmesi morbidite ve mortalite açısından risk oluşturur (TÜHKE, 2020).

2.2. Dünya'da ve Ülkemizde KOAH'ın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 2019 yılında 3,23 milyon kişinin ölümüne neden olan KOAH'ın, dünya genelinde önde gelen üçüncü ölüm nedeni olduğu bilinmektedir. Yetmiş yaşın altında KOAH kaynaklı ölümlerin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (DSÖ, 2024). DALY (erken ölümler ve sakatlıklar nedeniyle kaybedilen yılların toplamı) ölçütü 2019 yılı verilerine göre, KOAH dünyada en çok hastalık yüküne neden olan hastalıklar arasında yedinci sıradadır (DSÖ, 2023; GHM, 2020). Dünyada önde gelen morbitide ve mortalite nedeni olan KOAH'ın ilerleyen yıllarda görülme sıklığının yanı sıra sosyal ve ekonomik yükünün de artacağı öngörülmektedir (GOLD, 2021).

2019'da KOAH nedeni ile ölüm oranı en fazla olan ülkeler sırası ile Çin, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri'dir (ABD). KOAH Çin'de önemli bir sağlık yüküdür ve 2013 yılında dünya çapında KOAH nedeni ile ölümlerin %31,1'ini oluşturmaktadır (DSÖ, 2024; Yin, vd., 2016).

Birçok ülkede KOAH mortalite hızı erkeklerde daha fazlayken ABD, Yeni Zellanda ve İngiltere'de kadın ve erkek mortalite hızı eşitttir (GOLD,2021; TTD, 2021). Farklı çalışmalarda da, KOAH görülme sıklığının erkeklerde kadınlara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ntritsos, vd.; 2018, Varmaghani, vd., 2019). Varmaghani ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışma sonucuna göre KOAH tanısı alan hastaların çoğunluğu evre 1'dir (Varmaghani, vd., 2019).

Kore'de KOAH ile ilgili 2008 ve 2013 yılları arasında yapılan 5 yıllık çalışma sonucuna göre; KOAH tanısı alan 14.127 kişinin %26,2'sinin öldüğü ve ölenlerin çoğunluğunun erkek olduğu, yaş arttıkça ölüm oranının arttığı görülmüştür (Park, vd., 2019). Yine ABD'de yapılan çalışmaya göre KOAH nedeni ile ölen kişilerin %86'sının 65 yaş üzeri olduğu bildirilmiştir (ALA, 2018).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında yapılan araştırmaya göre; solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler %13,5 oranı ile 3. ölüm nedeni olurken, bu ölümlerin %4'ünü KOAH oluşturmaktadır (TÜİK, 2022).

Malatya'da rastgele seçilen kişilerden oluşan bir çalışma grubunda, KOAH prevalansının %6,9 olduğu ve KOAH'ın erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Gunen, vd., 2008).

Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada KOAH prevalansının %13,3 olduğu ve KOAH'ın erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada erkeklerin sigara içme ve iş yerinde toza maruz kalma oranının kadınlara göre oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Arslan, vd., 2013).

Elazığ'ın kentsel ve kırsal alanlarında yapılan bir çalışmada KOAH prevalansının %4,5 olduğu, çoğunluka evre 1 ve 2 olan KOAH'lı bireylerin olduğu ve yaşlılarda, sigara içen bireylerde daha fazla KOAH'ın görüldüğü belirlenmiştir (Deveci, vd., 2011).

Adana'da yaşayan ve 40 yaşın üzerinde olan kişilerde KOAH prevalansının %19,1 olduğu saptanmıştır (Kocabaş, vd., 2006). Zonguldak ilinde yapılan çalışmada da KOAH prevalansının 40 yaşın üzerinde olan kişilerde %14,1 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada KOAH'ın erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Örnek, vd., 2015).

Türkiye genelinde 2016 yılında yapılan bir çalışmada en yüksek KOAH prevalansının Karadeniz bölgesinde olduğu ve KOAH olanların çoğunluğunun erkek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada Ardahan (%11,5), Kastamonu (%11,1) ve Çankırı (%9,4) en çok KOAH tanısı alan şehirler iken, Hakkari (%1,8), Şırnak (%2,2) ve Van'ın (%2,8) en az KOAH tanısı alan şehirler arasında olduğu görülmüştür (Özdemir, vd., 2020).

Yapılan araştırmalara göre ülkemizde 40 yaş ve üzeri olan ve tütün kullanan her 5 kişiden biri KOAH tanısı almaktadır (TTD, 2021). 2019 yılı TÜİK verilerine bakıldığında KOAH nedeni ile gerçekleşen erkek ölüm sayısının (15.358), kadınlardan fazla olduğu (8.189) raporlandırılmıştır (TÜİK, 2019).

2.3. KOAH'ın Etiyolojisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı sigara içimi, ileri yaş, erkek cinsiyet, mesleki maruziyet, eğitim, sosyoekonomik durum, genetik yatkınlık, iç ortam (yemek pişirme veya ısınma için katı yakıtların yakılmasından kaynaklanan ev içi hava kirliliği) ve dış ortam hava kirliliği (partikül madde) gibi birçok risk faktöründen kaynaklanmaktadır. Hastalığın gelişimi ve ilerlemesini etkileyen faktörlerin bilinmesi KOAH'ın önlenmesi ve yönetimi için önemlidir (DSÖ, 2024). KOAH'a yol açan risk faktörleri;

2.3.1. Genetik Faktörler

KOAH genetik ve çevresel risk faktörlerinin etkisiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Alfa-1 antitripsin (AAT; proteaz enzim inhibitörü) eksikliği en çok gözlemlenen genetik risk faktörüdür (GOLD, 2022, Türkkan, vd., 2022). Avrupa da yapılan bir çalışmada, KOAH tanısı alan bireylerde AAT genotipinin %0,12 oranında olduğu görülmüştür (Blanco, vd., 2020). AAT eksikliği olan bireylerde sigara kullanımı ve diğer çevresel maruziyetlerle etkileşim KOAH olma riskini arttırmaktadır. KOAH'a neden olabilecek diğer genetik faktörler de araştırılmaktadır (TÜHKE, 2020). Türkkan ve arkadaşları (2022), KOAH

hastası olan bireylerin 35 yaş üstü yakınlarının hastalığa yakalanma riskinin normal popülasyona göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Türkkan, vd., 2022).

2.3.2. Yaş

Yaş, KOAH için bir risk faktörüdür. Genç yaşlardaki risk faktörlerine maruziyet ilerleyen yaşlarda KOAH'a yakalanma riskini arttırmaktadır (TÜHKE, 2020; GOLD, 2021). Yaş arttıkça akciğer fonksiyonlarındaki azalma, oksidatif strese neden olur ve diğer risk faktörlerine maruziyet ile birlikte KOAH'ın gelişimine ve ilerlemesine neden olur (Keskin ve Başkurt, 2021, Raherison ve Girodet, 2009).

2.3.3. Cinsiyet

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyette de tütün kullanımındaki artışın KOAH prevalansında artışa neden olduğu bilinmektedir (GOLD, 2024). Gelir seviyesi yüksek ülkelerde kadınların artan sigara içme alışkanlığı, gelir seviyesi düşük ülkelerde de çevresel etmenler nedeni ile kadınlarda KOAH görülme sıklığı giderek artmaktadır (Sana, vd., 2018). Çoğunluğu kadın olan KOAH'lı bireyler ile yapılan bir çalışmada hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha şiddetli ve kötü ilerlediği görülmüştür (Kar ve Zengin, 2019). Ayrıca kadınlarda erkeklere göre KOAH'ın semptom yükünün daha fazla olduğu da görülmektedir (Zysman ve Raherison, 2022).

2.3.4. Tütün/Sigara Kullanımı

KOAH'a yol açan temel çevresel maruziyetler tütün/sigara kullanımı ve dış ortamdaki hava kirliliğinden kaynaklanan zararlı gaz ve partiküllerin solunmasıdır (GOLD, 2024). KOAH çoğunlukla sigara içen ya da daha önce içmiş olan bireylerde görülmektedir. Sürekli sigara kullanan bireylerin %20 ile 30'unda KOAH görülürken KOAH olan bireylerin %10 ile 20'sinde sigara kullanımının olmadığı bilinmektedir. Değiştirilebilen en önemli risk faktörü olan sigara kullanımı (Prasad, 2020), KOAH nedeni ile ölümlerin %80'inden sorumludur (Criner ve Han, 2018). Türkmen ve arkadaşları (2018) sigara bağımlılığı olan bireylerde sigara kullanımının, KOAH'a neden olduğu konusunda farkındalığın yüksek olduğunu saptamışlardır (Türkmen, vd., 2018). Sigara bağımlılığı hastalığın seyrinde kötüleşmeye neden olduğu için KOAH olan hastaların kaygı düzeylerinde de artma olduğu görülmüştür (Özdaş, vd., 2020).

2.3.5. Mesleki ve Çevresel Faktörler

Mesleki maruziyetler, organik ve inorganik toz ve partiküller, kimyasal ajanlar ve dumanlar KOAH için yeterince önemsenmeyen önemli çevresel risk faktörleridir (GOLD, 2024) ABD'de yapılan bir çalışma sonucuna göre mesleki maruziyet nedeni ile KOAH olan bireyler %19,2 gibi yüksek bir orana sahipken hiç sigara içmeyen KOAH'lı bireylerde bu oranın %31,1 olduğu bilinmektedir (Eva Hnizdo, vd., 2002). Hiç sigara içmeyen bireyler için bilinen başlıca risk faktörü hava kirliliğidir (GOLD, 2024). Hava kirliliği; partikül madde, ozon, kükürt dioksit, ağır metaller ve diğer sera gazlarından oluşur. Kentlerde oluşan hava kirliliğinin ve evlerde kullanılan odun, kömür, tezek gibi yakıtların kullanımının KOAH gelişimine neden olduğu bilinmektedir (Cengiz Açıl, 2023, Neşe, 2023). Kükürt dioksit kaynaklı hava kirliliği KOAH'a bağlı ölümlerde artışan neden olan faktörlerdendir (Arslan Çilhoroz ve Mansur, 2023).

2.3.6. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi

Akciğer fonksiyonu doğum sonrasında 20-25 yaşına kadar gelişmeye devam eden bir organdır. Fizyolojik olarak akciğerlerin yaşlanmasına bağlı olarak fonksiyonlarında azalmaya neden olabilecek etkenler (amniyon sıvısı, erken doğum, doğum ağırlığı artışı, annenin aktif ve pasif sigara içimi, hava kirliliğine maruz kalması, obezite, beslenme, genetik yatkınlık, bronşiyal hiperreaktivite, atopi, düşük sosyoekonomik düzey) KOAH riskini arttırmaktadır (GOLD, 2024, Huang, vd., 2019, TTD, 2021).

2.3.7. Diğer Risk Faktörleri

Astım hava akımı kısıtlılığına neden olur ve KOAH için bir risk faktörüdür. Astım olan bir kişinin KOAH olma riski astımı olmayan bir kişiye göre 12 kat yüksektir (GOLD, 2020). Çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonların yetişkinlik döneminde KOAH yatkınlığını arttırdığı bilinmektedir. Bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar hava yolunda kısıtlılığa neden olur ve KOAH olma riskini arttırır (SB, 2018). Kronik bronşitte enfeksiyon nedeni ile epitelde kalınlaşma ve mukus üretiminde artış olması epitelin hasar görmesi ile beraber silyaların kaybına ve hava yolu tıkanıklığına neden olur. Kronik bronşit KOAH için risk faktörüdür (Neşe, 2023).

2.4. KOAH'ın Fizyopatolojisi

KOAH hava yolu ya da alveol anormalliğinden kaynaklanan, kronik solunum yolu semptomları ile bilinen (dispne, öksürük, balgam), tekrarlayıcı ve ilerleyici hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden heterojen bir durumdur. KOAH nedeni ile küçük hava yollarındaki inflamasyon ve obstrüksiyon sebebiyle FEV_1'de (Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm) azalma, parankim doku yıkımıyla birlikte amfizem oluşumu ve gaz değişiminde bozulma ortaya çıkmaktadır (GOLD, 2024).

Periferik hava yollarında gerçekleşen inflamasyon ve daralma ile birlikte FEV_1 'de azalma görülmektedir. Amfizemin neden olduğu parankimal yıkım da gaz transferini azaltır. Hava yolu daralması ile birlikte küçük hava yollarındaki kayıp da hava akımı kısıtlanmasına neden olabilmektedir (GOLD, 2024; TTD, 2021).

Küçük hava yollarında oluşan irritasyon sonucu goblet hücre sayısında artma ve salgı bezlerinin genişlemesiyle ciddi bir sekresyon artışı görülmektedir. Siliyer fonksiyonlarında bozulma nedeni ile oluşan sekresyonlar ve etkin olmayan öksürük ile beraber hava yolunda tıkanıklık görülmektedir (Efil, vd., 2020; Efil ve Türen, 2021; TTD, 2021; Gundry, 2019).

KOAH şiddeti arttıkça ventilasyonda azalma, hipoksemi ve hiperkapni görülür. Hava alışverişinin azalması ventilatuvar akıştaki bozulma ve ölü boşluk ventilasyonundan kaynaklanabilir. Solunum kaslarındaki zayıflık, hiperinflasyon ve ventilasyonda azalma ile karbondioksit retansiyonu gelişir. Alveoler ventilasyon anormallikleri ve azalmış pulmoner vasküler yatak nedeni ile ventilasyon/perfüzyon oranı (V/Q) daha da bozulur (GOLD, 2024; TTD 2021).

KOAH'ın ileri evrelerinde küçük pulmoner arterlerin hipoksik vazokonstriksiyonu nedeni ile pulmoner hipertansiyon oluşabilir. Pulmoner damarlarda basınç artışı sağ vetrikül dilatasyonuna ve sağ kalp yetersizliğine neden olabilir (GOLD, 2021; TTD, 2021).

KOAH'lı bireylerin genel olarak sigara, hareketsiz yaşam gibi risk faktörleri ve bunlara bağlı ek kronik hastalıkları vardır. Bu ek rahatsızlıklar nedeni ile yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Düşük şiddette gelişen sistemik inflamasyon ile birlikte kaslarda yıkım gerçekleşir ve kaşeksi görülür. Kaslarda görülen bu yıkım sonucunda anemi, iskemik

kalp hastalığı, diyabet gibi diğer hastalıkların da görülme riski artmaktadır (Criner, vd., 2019; TTD, 2021).

KOAH alevlenmeleri de yine sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Viral veya bakteriyel solunum yolu enfeksiyonları nedeni ile KOAH alevlenmelerinde artış görülmektedir. Alevlenme sırasında enflamasyonda, hiperinflasyonda ve hava hapsindeki artış nedeni ile dispnede artış ve hipoksemi görülür. Pnömoni, kardiyak bir hastalık ve tromboemboli alevlenmeye neden olan diğer hastalıklardandır (Bingöl ve Çağatay, 2016; TTD, 2021; GOLD, 2021).

2.5. KOAH'da Tanı Kriterleri

Dispne, kronik öksürük ve artan sekresyonu olan bireyler için KOAH düşünülmelidir. KOAH tanısı koymak için spirometri gereklidir. Bronkodilatör uygulama sonrası FEV_1 /FVC'nin (1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacmin/zorlu vital kapasiteye oranı) %70'in altında olması hava akımı kısıtlılığına işaret eder ve tanıya götürür (TTD, 2021). KOAH tanısı spirometri ile konulduktan sonra hastalığın şiddetini (evresini), genel sağlık durumuna etkisini, tedavi planını belirlemek amacıyla değerlendirme yapılmalıdır. KOAH değerlendirilmesinde ele alınan 5 temel madde;

1. Hava akımı tıkanıklığının şiddeti,
2. Mevcut semptomların doğası ve büyüklüğü,
3. Orta ve şiddetli alevlenme öyküsü,
4. Kan eozinofil sayısı,
5. Diğer hastalıkların varlığı ve türü (GOLD, 2024).

KOAH dört evrede sınıflandırılmaktadır;

Tablo 1

KOAH'ta postbronkodilatör FEV_1 değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması (FEV_1/FVC <0,70 olan hastalarda) KOAH Sınıflandırması (GOLD, 2024).

Evre	**Spirometri (Bronkodilatör sonrası FEV_1 /FCV <0,70**
Evre 1: Hafif	$FEV_1 \geq$ %80 (beklenenin)
Evre 2: Orta	%50 ≤ FEV_1< %80 (beklenenin)
Evre 3: Ağır	%30 ≤ FEV_1< %50 (beklenenin)
Evre 4: Çok Ağır	**FEV_1 < %30 (beklenenin)**

Tablo 2

Nefes darlığının şiddetini değerlendiren mMRC dispne skalası (GOLD, 2022)

mMRC Dispne Skalası	
Derece 0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.
Derece 1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
Derece 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşıtlarıma göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
Derece 3	Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.
Derece 4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor

Tablo 3

KOAH değerlendirme testi "CAT"

KOAH Değerlendirme Testi "CAT"		
Değerlendirilen parametreler	**Derecelendirme**	**Değerlendirilen parametreler**
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 çıkmaya hiç çekinmiyorum.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden 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	

KOAH'ta semptomların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan iki semptom ölçüsü vardır. Dispne, KOAH'ın en sık gözlenen belirtisidir. Nefes darlığının şiddetini değerlendirmek için mMRC (Modifiye Tıbbi Araştırmalar Konseyi Dispne Skalası, Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) dispne skalası kullanılır **(Tablo 2)**. mMRC Dispne Skalası sadece dispne üzerine odaklanmış, dispneyi tanımlayan bazı fiziksel aktivitelerde hastanın hissettiklerinden oluşan beş maddeden oluşan kısa bir skaladır (GOLD, 2022; TTD, 2021).

KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test, CAT) ise KOAH'ın günlük yaşamı ne derece etkilediğini ve sağlık durumuna etkilerini belirlemek için kullanılan diğer bir skaladır (Yorgancıoğlu, vd., 2012) **(Tablo 3).**

2.6. KOAH Tedavisi

KOAH tedavisinde amaç, hastalığın ileri seviyeye geçmesini önlemek, semptomları iyileştirmek, egzersiz toleransını ve akciğer kapasitesini arttırmak, KOAH alevlenmelerini azaltamak, önlemek ve tedavi etmek, komplikasyonları önlemek, yaşam süresi ve kalitesini arttırmaktır (Uysal, 2020). KOAH tanısı alan bireylerde tedavi ve komplikasyonları önlemek için öncelikli olarak risk faktörlerinin ortadan kaldırılması gerektiği, KOAH alevlenmeleri, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artışın azaltılmasında nonfarmakolojik tedavinin farmakolojik tedaviden daha etkili olduğu bilinmektedir (Kocabaş, 2020). KOAH'ta tedavi yaklaşımları;

2.6.1. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Farmakolojik olmayan yaklaşımlar, farmakolojik tedavi ile birlikte yürütülebilen, hastalığın önlenmesi ya da kontrol altına alınabilmesini amaçlayan yaşam kalitesini arttıran tedavilerdir. Hasta eğitimi, risk faktörlerine maruziyetin azaltılması, pulmoner rehabilitasyon ve oksijen tedavisi farmakolojik olmayan yaklaşımlar arasındandır (GOLD, 2022).

Hasta eğitimi

KOAH tanısı alan bireylere hastalık ile ilgili verilen eğitim tedavi süreci ile ilgili olumlu bir etkiye sahiptir (TÜHKE, 2020). Hastalığın önlenmesinde ve tanı konulduktan sonra hastalık hakkında bilgilendirme yapılmalı, bireyin tedaviye etkin katılımı sağlanmalıdır. Eğitim hastalığın şiddetine, bireyin gereksinimlerine ve hastalığın seyrinde görülen değişimlere göre sürdürülmelidir (Uysal, 2020). Eğitim yalnızca tanı alan bireye değil ailesine de verilmeli ve KOAH alevlenmesi durumunda hastalığın yönetimi ile ilgili destek olunmalıdır (Bouza, vd., 2020).

Risk faktörlerine maruziyetin önlenmesi

KOAH'ın ilerlememesi için en önemli tedavi risk faktörü olan sigaranın bıraktırılmasıdır (GOLD, 2024; Akdemir, 2021, Uysal, 2020). KOAH'lı bireylerin birçoğu hastalığa sahip olduklarını bilmelerine rağmen sigara içmeye devam etmektedirler. Sigarayı bırakma KOAH'ın seyri konusunda günlük semptomları iyileştirmesi ve alevlenmeleri azaltması açısından olumlu bir etkiye sahiptir (GOLD, 2024). Aynı zamanda KOAH'ın seyrinde önemli etkiye sahip çevresel zararlı organik ve inorganik solunum maruziyetlerini önlemek amacıyla iş yeri ortamındaki inhale edilebilir zararlı gaz, toz, duman gibi maddelerin azaltılması ya da inhale edilmesinin önlenmesini sağlamak gereklidir (Uysal, 2020; TTD, 2021; TÜHKE, 2020).

Pulmoner rehabilitasyon

KOAH olan bireylerde pulmoner rehabilitasyonun yararı oldukça fazladır. KOAH'ın bütün evrelerinde uygulanan pulmoner rehabilitasyonun yaşam kalitesini iyileştirdiği görülmüştür (GOLD, 2024). Pulmoner rehabilitasyon, kronik akciğer hastalıklarında tedavi, beslenme, egzersiz, eğitim gibi bireyi fiziksel ve psikolojik iyileştirmeyi amaçlayan kapsamlı bir yaklaşımdır (TÜHKE, 2020). Pulmoner rehabilitasyon uygulanan bireylerde semptomların azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı, KOAH'la ilişkili anksiyete ve depresyonun azaldığı, hastaneye başvuru ve yatış süresinin azaldığı ve sağlık harcamalarında azalmaların olduğu görülmüştür (Uysal, 2020; TÜHKE, 2020; GOLD, 2024).

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT)

Uzun süreli oksijen tedavisi ileri evre KOAH hastalarının en önemli nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarındandır. Yapılan çalışmalara göre uyku da dahil olmak üzere 15 saat ve üzerinde verilen USOT'un KOAH'da yaşam süresini uzattığı bilinmektedir (Uysal, 2020; TTD, 2021; GOLD, 2021). KOAH'da stabil ve dinlenmiş halde alınan arter kan gazında parsiyel oksijenin (PaO_2) 55 mmHg ve altında veya oksijen satürasyonun (SaO_2) %88 ve altında olduğunda USOT önerilmektedir (GOLD, 2024; TÜHKE, 2020). Hasta güvenliği için evde USOT kullanımı (süresi, akım hızı) ve oluşabilecek riskli durumlar (yanma, patlama riski, ciltte tahriş, enfeksiyon) ile ilgili hasta eğitimi verilmelidir (Bouza, vd., 2020; TTD, 2021).

2.6.2. Farmakolojik Yaklaşımlar

KOAH'ın farmakolojik olarak tedavi sürecinde bronkodilatasyonun sağlanması çok önemlidir. Başta bronkodilatör tedavisi olmak üzere hastalığa olumlu etkisi olan farklı tedavi seçenekleri bulunmaktadır. İlk defa tanı alan ve daha önce hiç tedavi olmayan KOAH hastalarının tedavi yaklaşımında öncelikle başlangıç tedavisi almaları ve sonrasında semptom ve alevlenme durumlarındaki değişikliklere göre tedavi planının düzenlenmesi önerilmektedir (GOLD, 2020; TÜHKE, 2020) KOAH'da farmakolojik tedavi yaklaşımları;

Bronkodilatörler

Bronkodilatörler etki mekanizmalarına göre beta-2 agonistler, antikolinerjikler ve metilksantinler olarak gruplara ayrılmaktadır. Bunlardan kısa etkili beta-2 agonistler gerektiğinde ya da düzenli kullanıldığında 4-5 saat etkili bronkodilatasyon sağlar. Bu ilaçların, genelde inhalasyon yoluyla verilmesi tercih edilir. Beta agonistlere bağlı tremor, taşikardi, aritmi, uykusuzluk, huzursuzluk ve kas krampları ortaya çıkabilir. Diğer grup ilaçlara göre bronkodilatör etkileri daha zayıf olan teofilin oral, aminofilin parenteral olarak verilebilir. Bu ilaçlar, gastrik irritasyon, bulantı, diyare, baş ağrısı, tremor, irritabilite uyku bozuklukları, aşırı dozlarda konvülsiyona neden olabilir. Antikolinerjik kullanan hastalarda ağız kuruluğu, inhalasyon sonrası ağızda metalik tat, konstipasyon, prostat şikayetlerinde artma, idrar güçlüğü görülebilir (GOLD, 2022; SB, 2018; Akdemir, 2021).

Kortikosteroidler

Sık alevlenme geçiren ve FEV1 değeri beklenenin yüzde 50 altında kalan hastalarda alevlenmeleri önlemek için inhaler kortikosteroidler kullanılabilir (SB, 2018). Tek başına inhaler kortikosteroidlerin mortaliteye ve FEV_1 azalmasına etkisi olmamasına karşın orta ve ağır KOAH alevlenmelerinde LABA (Uzun etkili beta 2- agonist) ile kombine kullanıldıklarında akciğer fonksiyonlarını iyileştirdiği görülmüştür. İnhaler kortikosteroidlerin kullanılmaması gereken durumlar ise mikobakteri enfeksiyon öyküsü, tekrarlayan pnömoni atakları ve kan eozinofil sayısının <100/ml olmasıdır. İnhaler kortikosteroidlerin LABA ve LAMA (Uzun etkili antikolinerjik) ile üçlü kombine edilmesinin ikili kombinasyonlarına göre alevlenme şiddetini ve hastaneye yatış oranlarını azalttığı bildirilmiştir. Oral glukokortikoidler akut dönemde faydalıdır ancak yan etkileri

nedeniyle uzun dönem kullanılması önerilmemektedir (Olt, 2022; Nannini, vd., 2012; Lipson, vd., 2018).

Aşı ve Antibiyotikler

KOAH akut alevlenmelerinde antibiyotik kullanımı tartışmalıdır. Ancak, sürekli ya da tekrarlayan ateşi olan hastalarda bakteriyel enfeksiyon düşünülerek antibiyotik verilebilmektedir. KOAH hastalarında pnömoni sık görüldüğünden, pnömoni tanısı konulunca antibiyotik tedavisine başlanmaktadır. O nedenle KOAH hastalarına, influenza (her yıl ekim-kasım aylarında) ve pnömokok aşısı uygulanabilir (Akdemir, 2021).

Mukolitikler

Bronşit vakalarında sık alevlenme dönemlerinde mukusun daha kolay atılabilmesi için mukolitiklerin kullanılabileceği bildirilmiştir (Miravitlles, vd., 2016; Olt, 2022).

2.7. KOAH'ta Yaşam Doyumu ve Hemşirelik

Türk Dil Kurumuna göre yaşam, doğumla ölüm arasındaki süre; doyum ise elindekiyle hoşnut olma anlamına gelmektedir (TDK, 2022). Yaşam doyumuna ise bir bütün olarak bakıldığında, kişinin genel olarak hayatından memnuniyetini, mutlu olduğunu karşılayan bir anlam çıkmaktadır (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Yaşam doyumu öznel olarak iyi oluşun bilişsel boyutu olarak da tanımlanmaktadır (Dağlı ve Baysal, 2016). Yaşam doyumu geniş bir kavramdır ve kişinin ev, iş veya sosyal hayata karşı değil de genel olarak bunların hepsini ve daha fazlasını da içine alan yaşamına yönelik pozitif bir durumdur. Yaşam doyumunun yüksek olması kişinin farklı alanlarda ve durumlarda alınan doyumunun da yüksek olmasına neden olabilmektedir (Koç, 2020).

Fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları kişinin yaşamdan aldığı doyum azaltırken, sağlık sorunu olmayan kişilerin yaşam doyumunun yüksek olduğu bilinmektedir (Meule ve Voderholzer, 2020; Koç, 2020). Bireyler genelde yaşamlarında etkilendikleri belirli bir durum üzerinden yaşamları ile ilgili genel bir değerlendirme yaparlar fakat yaşam doyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır (Güler ve Usluca, 2021). Yaşam doyumu; yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam ve amaç, fiziksel ve psikolojik olarak kendini iyi hissetme, sosyal ilişkiler ve yaşam şeklinden etkilenebilmektedir (Dağlı ve Baysal, 2016; Yılmaz ve Aslan, 2013).

Bağımsız bir şekilde yaşamını idame ettirebilen kişilerde yaşam kalitesinin de aynı düzeyde artacağı ve artan yaşam kalitesinin hayattan alınan doyumu arttırdığı bilinmektedir (Kankaya ve Karadakovan, 2017; Koç, 2020). KOAH'ın etkileri ve yetersiz sosyal destek, yaşam doyumunun azalmasına neden olabilir (Lee, vd., 2020). Ayrıca yaşam doyumunda azalma KOAH olan bireylerin öz-etkililiğini olumsuz etkiler (Tanrıverdi ve Korkmaz, 2023). Koç (2020), KOAH hastalarının DM'si olan hastalara göre bakım bağımlılığının yüksek ve yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada, bakım bağımlılığının KOAH'ı olan bireylerde mutsuzluğa neden olduğu ve yaşam doyumlarını azalttığı bildirilmiştir (Koç, 2020).

Kronik hastalığa sahip bireylerde hastalığa bağlı kısıtlılıklar bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyerek bakım ihtiyacını arttırarak yaşam doyumunu azaltmaktadır (İşcan Ayyıldız ve Ergüney, 2017). Hemşireler hasta olan bireye ruhsal destek sağlayarak yaşam doyumlarının artmasına katkıda bulunabilirler. Yaşam doyumu kişinin ruhsal durumuyla ilgili önemli bir göstergedir. KOAH'lı bireylerin tedavi sürecinde öz bakım yönetimleri desteklenmeli ve bakım bağımlılıkları azaltılmalıdır. Hasta olan bireyin fiziksel olarak ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasının yanı sıra psikolojik olarak da destek sağlanmalıdır (Kılınç, vd., 2019). KOAH olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmasına yol açan dispne, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. KOAH olan bireyin yaşam kalitesi düzeyi ve ihtiyaçlarının belirlenip hemşirelik bakımı ve girişimlerinin planlanması bireyin bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına ve yaşam kalitesinin artmasına yol açmaktadır (Altunışık ve Doğan, 2023). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çeken bireye destek sağlamak, maddi zorluk çeken bireye maddi olanak sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak yaşam doyumunu arttırabilir (Dağlı ve Baysal, 2016).

2.8. KOAH'ta Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik

Bireylerin öz bakımlarını gerçekleştirememesi ve bağımlılıklarının artması neticesinde başka bir bireye ihtiyaç duyması bakım bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır (Erdal, 2021; Çakıcı, 2020). Bakım bağımlılığı; bakım ihtiyacı göz önünde bulundurularak bağımlı olan bireye sağlanan uzman destek olarak tanımlanmaktadır. Burada amaç bakım bağımlılığı olan bireyin öz bakımını gerçekleştirecek bağımsızlığı kazanmasını sağlamaktır (Dijkstra, vd., 1996; Dijkstra, vd., 2005; Kılıç, vd., 2017).

Artan hastalığın etkileri ile birlikte KOAH'ın evresi de ilerlemektedir. Evre ilerledikçe KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken daha fazla güçlük yaşamakta ve sosyal kısıtlılıkları da armaktadır. Olumsuz sağlık çıktıları nedeniyle daha fazla kısıtlılık yaşayan bireyler zamanla bakıma daha bağımlı hale gelmektedir (Helvacı, 2018; Kar ve Zengin, 2019). Hastalığını yönetemeyen bakıma bağımlı bireyin bakım bağımlılığının azaltılması tedavi ve hastalığın yönetimi için önemli bir yere sahiptir (Koç, 2020).

Bakım bağımlılığı fiziksel, mental, emosyonel, bilişsel, sosyal, ekonomik ve çevresel birçok alanda görülebilmektedir (Yönt, 2023). Bireyde bakım bağımlılığı gereksinimi olan alanların farklı olması nedeni hastanın bakım gereksinimleri değişkenlik gösterir. Bu nedenle hemşirelerin bakım gereksinimlerini ayrıntılı değerlendirmesi ve bu doğrultuda süreci yönetmeleri önemlidir (Bilgin, vd., 2020). Hemşirelik mesleğinin en temel rolü olan bakım kişinin gereksinimlerinin belirlenip ihtiyacı doğrultusunda tamamen bağımlı hale getirmeden, profesyonel bilgi ve becerilerle kişinin kapasitesi doğrultusunda bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktır (Göçmen Baykara, 2014).

Kişinin bağımlılık düzeyinin tespit edilip hemşirelik bakımının ihtiyaç doğrultunda planlanması önemlidir. Hasta olan bireyin hastalığının seviyesi, genel durumu, tedavi süreci bakım bağımlılığını etkilemektedir. Bağımlılığın artması ile hemşirelik bakımına olan ihtiyacında arttığı bilinmektedir (Özbudak ve Oksay Şahin, 2021). KOAH olan bireylerde tedavi süreci ile birlikte hemşirelik bakımı da oldukça önemlidir. KOAH'lı bireye ihtiyacı doğrultusunda verilen bakım bireyin bakım bağımlılığını azaltır ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürmesine olanak sağlamaktadır. Hemşirelerin KOAH olan bireylerin etkin soluk alıp vermelerini sağlaması, hava yolu temizliğini ve günlük yaşam aktiviterine bağımsız olarak devam edebilmelerini sağlamaları önemlidir (Türk ve Üstün, 2018).

2.9. KOAH'ta Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik

Kronik hastalıklar tam olarak iyileşmesi mümkün olmayan, hayat boyu devam eden, kalıcı hasar oluşturabilen semptomlara bağlı bakım gerektirebilen durumlardır. Kanserler, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, solunum yolu hastalıkları tüm dünyada önde gelen kronik hastalıklardır (Cengiz, vd., 2021). Kronik hastalıklar da tedavi ve bakım yönetimi oldukça önemlidir. Kişinin öz bakımını gerçekleştirebilmesi ve yönetimini sağlayabilmesi, hastalığın gidişatının belirlenmesi açısından önemlidir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018).

Öz bakım; kişinin sağlıklı olmaları, yaşamlarını sürdürebilmeleri adına, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal açıdan kendi kendine gereksinimlerini karşılamalarıdır (Sarı, 2020). Öz yönetim ise görev ve faaliyetlere göre kişinin gözlem yapabilme ve karar alabilmesidir. Kişinin iyi bir öz bakım yönetimine sahip olması, yaşam kalitesini arttırarak, mortaliteyi ve sağlık harcamalarını azaltır. Kronik hastalığa sahip bir bireyin öz bakım yönetimine sahip olması ise tedaviden daha fazla öneme sahiptir (Candan, 2021). Öz-yönetim, kronik hastalıkların semptomlarını, tedavisini, fiziksel ve psikososyal sonuçlarını, yaşam tarzı değişikliklerini yönetme becerisidir. Kronik hastalığın psikososyal sonuçlarıyla başa çıkma anlamına da gelir. Başarılı bir öz-yönetim, kronik hastalığı olan birey ve ailelerinin iyi düzeyde bir yaşam kalitesini sağlamak, mortalite ve morbiditeyi önlemek için önemlidir (Barlow, vd., 2002).

Kronik hastalıkların yönetiminde hastanın öz yönetim becerileri kadar öz bakım yönetimi de önemlidir. Bireyin kronik bir hastalıkla baş etmesi ve bir hastalığa uyumu, geçmiş aile ilişkileri, gelişim öyküsü, kendine güven, insan ilişkileri, bireysellik, benlik saygısı ve baş etme stratejilerinden etkilenir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi, tedavinin sürekliliğini sağlama, diyete uyma, hastalıkla ilgili yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeyi kapsamaktadır (Özdelikara, vd., 2020)

KOAH'da akut alevlenmeler hastalığın kötüleşmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. KOAH'da çok yönlü tedavi uygulanarak hastalık kontrol altına alınabilmektedir. Tedavi sürecinde bireyin tedaviye uyumu ve öz bakım yönetimi oldukça önem arz etmektedir. Öz bakım yönetimi tedavinin bir parçası olarak görülmektedir. Bireyin hastalık sürecinde tedavisine, hastalığın semptomlarına, yaşam tarzındaki değişimlere uyum sağlaması ve hastalığını yönetebilmesi öz bakım yönetiminin iyi olduğu anlamına gelmektedir (Yeşil Bayülgen, vd., 2021). Kronik hastalıkların yönetiminde en

temel iki yaklaşım olan ‘’tedavi’’ ve ‘’bakım’’ sürecinin başarılı olabilmesi için öz bakım yönetimi yeterli düzeyde olmalıdır. Kronik hastalıkların yönetiminde en önemli mesleki role sahip olan hemşirelik, kişiye özgü eğitim ve danışmanlık vererek öz bakım yönetiminin geliştirilmesine ve beraberinde bakım maliyetininde azalmasına olanak sağlamaktadır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018; Özdelikara, vd., 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KOAH'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi ile aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Aynı zamanda KOAH'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

- KOAH'ı olan bireylerin yaşam doyumu ne düzeydedir?
- KOAH'ı olan bireylerin bakım bağımlılığı ne düzeydedir?
- KOAH'ı olan bireylerin öz bakım yönetimi ne düzeydedir?
- KOAH'ı olan bireylerin yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi puan ortalamalarını etkileyen faktörler nelerdir?
- KOAH'ı olan bireylerin yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi puan ortalamaları arasında ilişki nasıldır?
- KOAH'ı olan bireylerin yaşam doyumu ve bakım bağımlılığı öz bakım yönetimini etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel ve ilişki arayıcı bir tasarımda yürütüldü.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi'nde, 1 Ekim 2022- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 1 Ekim 2022 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran tüm erişkin hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G Power 3.1.9.2 programı kullanıldı (Efil, vd., 2024). Ortalama iki korelasyon testi (correlation: point biserial model) ile standartlaştırılmış direkt etki büyüklükleri dikkate alındığında %95 güven, %95 test gücü ve α yanılma payı 0,30 alınarak minimum örneklem sayısı 111 olarak belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 121 katılımcı ile verilerin toplanması taxmamlandı. %95 güven ve α yanılma payı 0,30 alınarak testin gücü %96 olarak bulundu.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

- 40 yaş ve üzeri olan,
- Göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan,
- En az 1yıldır KOAH hastalığı nedeni ile tedavi gören,
- KOAH alevlenmesi ve/veya solunum yolu enfeksiyonu olmayan,
- En az okur- yazar olan,
- İletişim kurma ve anketi anlama becerisi olan,
- Bilgilendirilmiş onam verebilecek bilişsel kapasiteye sahip olan (tıbbi kayıtların incelenmesiyle doğrulanan psikiyatrik veya bilişsel bir sorun olmaması)
- Herhangi bir görme ve işitme sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- 40 yaşın altında olan,
- 1 yıldan daha az süredir KOAH tanısını almış olan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- KOAH alevlenmesi ve/veya solunum yolu enfeksiyonu olan,
- Terminal/son dönemde olan,
- Anketi tamamlamayan,

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Bilgilendirilmiş onam verebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmayan (tıbbi kayıtların incelenmesiyle doğrulanan psikiyatrik veya bilişsel bir sorunu olan) bireyler araştırmaya dahil edilmedi.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri toplanmadan önce katılımcılarla birebir yapılan yüz yüze görüşmede araştırmanın amacı, içeriği, neleri kapsadığı ve süresi anlatıldı. Katılımcıların sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırmanın verileri 1 Ekim ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama formu, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara araştırmacılar tarafından verildi. Katılımcılardan veri toplama araçlarında yer alan soruları uygun gördükleri şekilde yanıtlamaları ve soruların tamamını yanıtlamaları istendi. Cevaplama sürecinde araştırmacı katılımcıların yanında bulunarak formlara ilişkin sorulan soruları yanıtladı. Her anketin ardından araştırmacı anketin tamamen doldurulup doldurulmadığını kontrol etti. Ankette yanıtlanmayan sorular varsa, araştırmacı katılımcıları eksik soruları yanıtlamalarını belirtti.

Verilerin toplanmasında "Hasta Tanılama Formu", "Yaşam Doyum Ölçeği", "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" kullanıldı. Anket formlarının doldurulması her bir katılımcı için ortalama 20 dakika sürdü. Hastanenin elektronik tıbbi kayıt sisteminden KOAH tanısını alma zamanı, eşlik eden hastalıklar, oksijen tedavisi alma durumu, hastaneye yatış, acil servise başvuru durumu, antidepresan kullanımı ve kullandığı ilaçlarla ilgili verilere ulaşıldı. Veri toplama araçları;

3.7.1. Hasta Tanılama Formu

Hasta tanılama formu literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlandı (Balım, 2013; Başer ve Mollaoğlu, 2019; Kaplan ve Karadağ, 2022; Ozen, vd., 2019; Özel, 2012). Bu formda, katılımcıların kişisel (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi) ve hastalık bilgilerini (KOAH tanısını alma zamanı, ek kronik hastalıkları, oksijen tedavisi alma durumu, hastaneye yatış, acil servise başvuru durumu, antidepresan kullanımı, kullandığı ilaç sayısı) içeren 15 soru yer aldı (Farmer, vd., 2017; Koç, 2020; Helvacı, 2018; Nohra, vd., 2020; Saza ve Çevik, 2020) **(EK 1).**

3.7.2. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen YDÖ'nin (Diener, vd., 1985), Türkçe geçerlik ve güvenirliği Dağlı ve Baysal tarafından yapılmıştır (Dağlı ve Baysal, 2016). Ölçeğin Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen özgün formu 7'li likert tipi olup, 5 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanan formu ise "Hiç katılmıyorum (1), Çok az katılıyorum (2), Orta düzeyde katılıyorum (3), Büyük oranda katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5)" olacak şekilde 5'li likertten oluşmakta olup, soru sayısı 5' tir. Ölçekten alınabilecek puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam doyumunun arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri 0,88 saptanmıştır. Bu çalışmada ise elde edilen Cronbach alfa değeri 0,86' dır **(EK 2).**

3.7.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)

Dijkstra tarafından hastaların bağımlılık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen BBÖ'nin (Dijkstra, vd., 1999) Türkçe geçerlik ve güvenirliği Hakverdioğlu Yönt ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır (Hakverdioğlu, vd., 2010). 5'li likert tipi puanlamanın kullanıldığı ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 17 ile 85 arasında değişmektedir. Ölçek puanı yüksek oldukça, hastanın bağımsızlığı artarken, ölçek puanının düşük olması bağımlılığın arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa değeri ise 0,96' dır **(EK 3).**

3.7.4. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G)

Jones tarafından geliştirilen SCMP-G ölçeği'nin (Jones, 2001) Türkçe geçerlik ve güvenirliliği Hançerlioğlu ve Aykar tarafından yapılmıştır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Ölçeğin "öz koruma" ve "sosyal koruma" olmak üzere 35 maddeden oluşan iki alt boyutu vardır. Öz koruma alt boyutunu "2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34" maddeleri ve sosyal koruma alt boyutunu ise 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35" maddeleri oluşturmaktadır. Ölçek "5=Kesinlikle Katılıyorum" ve "1=Hiç Katılmıyorum" arasında değişen 5'li likert tipi olup, toplam 35 soru içermektedir. Ölçekteki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması (ters kodlanma)

gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35-175 arasındayken, öz koruma için 20-80 puan, sosyal koruma için 15-60 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan artması öz bakım yönetiminin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri öz koruma alt boyutu için 0,83, sosyal koruma alt boyutu için 0,68 ve toplamı için 0,85 belirlenmiştir. Bu çalışmada ise elde edilen Cronbach alfa değerleri alt boyutlarından öz koruma için 0,82 ve sosyal koruma için 0,85, öz bakım yönetimi için 0,86'dır **(EK 4).**

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analiz uygulamalarında SPSS Statistics 24.00 programı kullanıldı. Analiz tekniklerini belirlerken değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak normallik dağılıma göre belirlendi ve değerler ±2 ise normal dağılım gösterdiği varsayıldı (George ve Mallery, 2010).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk olması, birlikte yaşanılan kişi, KOAH dışında başka bir kronik hastalık durumu, evde USOT alma durumu, son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatma durumu, son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvurma durumu, antidepresan ilaç kullanma durumlarına göre yaşam doyumu, bakım bağımlılığı, öz bakım yönetimi, öz koruma ve sosyal koruma puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi kullanıldı.

Eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumlarına göre YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği ve alt boyutları olan öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans analiz, post hoc test olarak ise Tukey HSD, LSD, Games-Howell testleri kullanıldı.

YDÖ ve BBÖ puan ortalamalarının SCMP-G ölçeği puan ortalamaları üzerindeki etkisine ilişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi yapıldı.

Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde Pearson ve Spearman Korelasyon analizi kullanılarak, korelasyon katsayıları ve güç ilişkisi Tablo 4'e göre değerlendirildi (Hair, vd., 2003).

Tablo 4

Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi

Katsayı Düzeyi	Güç açıklaması
± 0,81 - ± 1,00	Çok güçlü
± 0,61 - ± 0,80	Güçlü
± 0,41 - ± 0,60	Orta
± 0,21 - ± 0,40	Zayıf
± 0,00 - ± 0,20	Çok zayıf

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın kabul edilmesi gereken bazı kısıtlamaları bulunmaktadır. Bu çalışmanın bir sınırlaması, veri toplama araçlarında anket kullanılması ve bu nedenle seçim yanlılığına eğilimli olmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Araştırmada elde edilen veriler sadece çalışmanın yapıldığı örnekleme genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın her aşamasında etik ilkelere ve Helsinki Bildirgesine uyuldu. Araştırmanın etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan (25.08.2022 tarih ve 15/27 sayılı karar) alındı **(EK 5).** Araştırmanın yapıldığı Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi **(EK 6)** ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden **(EK 7)** kurum izinleri alındı. Araştırma verilerinin toplanmasında YDÖ **(EK 8)**, BBÖ **(EK 9)** ve SCMP-G ölçeğinin **(EK 10)** Türkçeye uyarlanmış halini kullanmak için sorumlu yazarlarından elektronik posta yolu ile izin alındı. Araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, içeriği, süresi ve elde edilen bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı her bir katılımcıya sözlü olarak açıklandıktan sonra isteklilik ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alındı **(EK 11).**

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

N=121		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	51	42,1
	Erkek	70	57,9
Medeni Durum	Evli	91	75,2
	Bekar	30	24,8
Eğitim Seviyesi	Okuryazar	31	25,6
	İlköğretim	36	29,8
	Lise	33	27,3
	Lisans	20	16,5
	Lisansüstü	1	0,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	22,3
	Çalışmıyor	33	27,3
	Emekli	61	50,4
Ekonomik durum	Gelir giderden az	33	27,3
	Gelir gidere eşit	73	60,3
	Gelir giderden fazla	15	12,4
Çocuğunun olup olmadığı	Evet	107	88,4
	Hayır	14	11,6
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	23	19,0
	Aile (eş, çocuk, anne, baba)	96	79,3
	Bakıcı	2	1,7
Yaş	Ort.±S. Sapma	63,75±11,82	
	Min-Max	40-95	

Araştırmaya katılan 121 KOAH'lı bireyin yaş ortalamasının 63,75±11,82 yıl olduğu belirlendi. Katılımcıların %75,2' sinin evli, %57,9' unun erkek, %29,8' inin ilkokul mezunu, %50,4' ünün emekli, %60,3' ünün gelir giderine eşit, %88,4' ünün çocuğunun olduğu ve %79,3' ünün ailesiyle yaşadığı saptandı **(Tablo 5).**

Hastalık ve tedaviye ilişkin bulgulara bakıldığında; katılımcıların KOAH tanısı alma yılının ortalama 5,29±3,96 olduğu, %57,9' unun KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olduğu; %33,1'inin evde USOT aldığı, %62,8' inin son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvurduğu, %48,8' inin son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yattığı, %19,0' unun antidepresan kullandığı ve bir günde toplam kullandıkları ilaç sayısının ortalama 3,18±2,53 adet olduğu bulundu. Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvurma sayısının ortalama 3,20±3,34 kez, hastaneye yatış sayısının ise ortalama 2,12±1,40 olduğu belirlendi **(Tablo 6).**

Tablo 6

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bulgular

N=121		**n**	**%**
Evde USOT alma	Evet	40	33,1
	Hayır	81	66,9
Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile hastaneye yatış	Evet	59	48,8
	Hayır	62	51,2
Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvuru	Evet	76	62,8
	Hayır	45	37,2
KOAH dışında başka bir kronik hastalık	Evet	70	57,9
	Hayır	51	42,1
Antidepresan ilaç kullanma	Evet	23	19,0
	Hayır	98	81,0
KOAH tanı (yıl)	Ort.±S. Sapma	5,29±3,96	
	Min-Max	1-20	
Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvuru sayısı	Ort.±S. Sapma	3,20±3,34	
	Min-Max	1-20	
Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile hastaneye yatış sayısı	Ort.±S. Sapma	2,12±1,40	
	Min-Max	1-6	
Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı	Ort.±S. Sapma	3,18±2,53	
	Min-Max	0-11	

4.2. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği puan ortalamalarına ilişkin tanımlayıcı bulgular bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların YDÖ puan ortalamasının 13,10±4,09, BBÖ puan ortalamasının 73,26±13,91 olduğu belirlendi. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği puan ortalaması 113,78±15,54, alt boyutlarının puan ortalaması öz koruma için 69,49±9,58, sosyal koruma için 44,29±9,80'di **(Tablo 7).**

Tablo 7

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

N=121	**Ort.**	**S. Sapma**	**Min**	**Max**	**Çarpıklık**	**Basıklık**
Yaşam doyumu	13,10	4,09	5,00	25,00	0,00	-0,29
Bakım bağımlılığı	73,26	13,91	29,00	85,00	-1,35	0,98
Öz bakım yönetimi	113,78	15,54	60,00	159,00	0,07	1,32
Öz koruma	69,49	9,58	34,00	89,00	-0,62	1,11
Sosyal koruma	44,29	9,80	23,00	71,00	0,27	0,14

4.3. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği puan ortalamalarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 8

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (1)

N=121	n	Yaşam doyumu		Bakım bağımlılığı		Öz bakım yönetimi		Öz koruma		Sosyal koruma	
		Ort.±S. Sapma	Test İst. p (Fark)	Ort.±S. Sapma	Test İst. p (Fark)	Ort.±S. Sapma	Test İst. p (Fark)	Ort.±S. Sapma	Test İst. p (Fark)	Ort.±S. Sapma	Test İst. p (Fark)
Cinsiyet											
a. Kadın	51	12,61±4,08	T: -1,128 p: 0,26	70,73±15,34	T: -1,722 p: 0,09	116,04±17,26	T: 1,372 p: 0,17	68,43±10,14	T: -1,035 p: 0,30	47,61±9,92	T: 3,310 p: 0,00* (b<a)
b. Erkek	70	13,46±4,10		75,10±12,56		112,13±14,06		70,26±9,15		41,87±9,03	
Eğitim durumu											
a. Okur-yazar	31	11,16±4,39	F: 3,898 p: 0,01* (c>a)	64,26±13,52	F: 10,514 p: 0,00* (c, d>a)	114,81±13,37	F: 0,079 p: 0,97	66,97±8,17	F: 1,383 p: 0,25	47,84±7,11	F: 2,507 p: 0,06
b. İlkokul	36	13,11±3,94		71,31±15,75		113,83±19,18		69,11±12,00		44,72±11,88	
c. Lise	33	14,27±3,77		79,18±7,97		113,36±16,15		71,67±8,46		41,70±10,82	
d. Lisans ve üstü	21	14,10±3,55		80,57±10,21		112,81±10,85		70,43±8,10		42,38±5,56	
Medeni durum											
a. Evli	91	13,18±3,93	T: 0,357 p: 0,72	73,48±14,03	T: 0,312 p: 0,76	112,64±15,58	T: -1,410 p: 0,16	68,60±10,18	T: -1,782 p: 0,08	44,03±9,41	T: -0,500 p: 0,62
b. Bekar	30	12,87±4,62		72,57±13,75		117,23±15,17		72,17±6,96		45,07±11,02	
Çalışma durumu											
a. Çalışıyor	27	13,78±3,89	F: 0,920 p: 0,40	81,63±9,11	F: 7,020 p: 0,00* (b, c<a)	110,30±14,20	F: 0,870 p: 0,42	68,81±9,18	F: 1,320 p: 0,27	41,48±7,35	F: 2,581 p: 0,08
b. Çalışmıyor	33	12,36±3,78		70,06±15,34		114,70±16,80		67,58±10,47		47,12±9,19	
c. Emekli	61	13,20±4,34		71,28±13,58		114,82±15,44		70,82±9,20		44,00±10,75	
Ekonomik durum											
a. Gelir giderden az	33	11,27±3,79	F: 6,196 p: 0,00* (b, c>a)	68,64±13,63	F: 3,683 p: 0,03* (c>a)	114,00±17,73	F: 0,096 p: 0,91	67,64±9,82	F: 1,851 p: 0,16	46,36±10,13	F: 1,257 p: 0,29
b. Gelir gidere eşit	73	13,48±3,90		74,03±13,93		113,37±14,44		69,53±9,67		43,84±9,55	
c. Gelir giderden fazla	15	15,27±4,35		79,67±11,74		115,27±16,63		73,33±7,85		41,93±10,10	

Tablo 8'in Devamı

Çocuğu olup olmadığı											
a. Var	107	13,20±3,98	T: 0,720 p: 0,47	73,32±13,72	T: 0,134 p: 0,89	113,62±15,44	T: -0,312 p: 0,76	69,22±9,78	T: -0,835 p: 0,41	44,39±9,62	T: 0,319 p: 0,75
b. Yok	14	12,36±4,99		72,79±15,86		115,00±16,86		71,50±7,94		43,50±11,43	
Birlikte yaşanılan kişi											
a. Yalnız	23	13,52±4,58	T: 0,548 p: 0,58	77,26±11,54	T: 1,543 p: 0,13	117,74±16,82	T: 1,363 p: 0,18	73,91±7,15	T: 2,515 p: 0,01* (b<a)	43,83±11,70	T: -0,251 p: 0,80
b. Aile (eş, çocuk, anne, baba)/Bakıcı	98	13,00±3,99		72,32±14,30		112,85±15,17		68,45±9,81		44,40±9,36	
KOAH dışında başka bir kronik hastalık											
a. Var	70	12,10±4,28	T: -3,270 p: 0,00* (b>a)	69,50±13,89	T: -3,655 p: 0,00* (b>a)	113,81±15,61	T: 0,031 p: 0,98	67,87±9,37	T: -2,209 p: 0,03* (b>a)	45,94±9,59	T: 2,210 p: 0,03* (b<a)
b. Yok	51	14,47±3,41		78,41±12,30		113,73±15,61		71,71±9,52		42,02±9,72	
Evde uzun süreli oksijen tedavisi alma											
a. Evet	40	11,83±4,13	T: -2,456 p: 0,02* (b>a)	66,40±15,19	T: -4,047 p: 0,00* (b>a)	116,58±11,44	T: 1,397 p: 0,17	68,48±8,84	T: -0,816 p: 0,42	48,10±7,99	T: 3,114 p: 0,00* (b<a)
b. Hayır	81	13,73±3,95		76,64±11,94		112,40±17,11		69,99±9,94		42,41±10,10	
Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatma											
a. Evet	59	11,95±4,26	T: -3,123 p: 0,00*(b>a)	68,64±13,28	T: -3,746 p: 0,00* (b>a)	114,81±13,67	T: 0,714 p: 0,48	68,90±9,57	T: -0,658 p: 0,51	45,92±9,02	T: 1,797 p: 0,08
b. Hayır	62	14,19±3,63		77,65±13,14		112,79±17,20		70,05±9,64		42,74±10,32	
Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvurma											
a. Evet	76	12,54±4,25	T: -1,978 p: 0,06	69,78±13,90	T: -3,768 p: 0,00* (b>a)	114,96±13,94	T: 1,089 p: 0,28	69,18±9,15	T: -0,451 p: 0,65	45,78±9,32	T: 2,205 p: 0,03* (b<a)
b. Hayır	45	14,04±3,67		79,13±11,92		111,78±17,93		70,00±10,36		41,78±10,17	
Antidepresan ilaç kullanma											
a. Var	23	11,57±3,63	T: -2,022 p: 0,04*(b>a)	69,87±16,95	T: -1,301 p: 0,20	112,13±16,70	T: -0,563 p: 0,58	66,17±10,35	T: -1,862 p: 0,07	45,96±10,60	T: 0,906 p: 0,37
b. Yok	98	13,46±4,13		74,05±13,07		114,16±15,32		70,27±9,28		43,90±9,61	

T: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), *p< 0,05: Düzeyinde Anlamlı

Kadın ve erkeklerin YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Kadınların (47,61±9,92) erkeklere (41,87±9,03) kıyasla sosyal koruma puan ortalamaları daha yüksekti (p= 0,00) **(Tablo 8).**

Eğitim durumuna göre SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ ve BBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Okur-yazar olanların, lise mezunu olan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,16±4,39, 14,27±3,77; p= 0,01) ve BBÖ (sırasıyla 64,26±13,52, 79,18±7,97; p= 0,00) puan ortalamaları daha düşüktü **(Tablo 8).**

- Okur-yazar olanların, lisans ve üzerinde eğitimi olan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 64,26±13,52, 80,57±10,21; p= 0,00) daha düşüktü **(Tablo 8).**

Evli ve bekar olanların YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı tespit edildi (p> 0,05) **(Tablo 8).**

Çalışma durumuna göre YDÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p> 0,05); BBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Çalışanların, çalışmayan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 81,63±9,11, 70,06±15,34; p= 0,00) daha yüksek bulundu **(Tablo 8).**

- Çalışanların, emekli olan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 81,63±9,11, 71,28±13,58; p= 0,00) daha yüksek bulundu **(Tablo 8).**

Ekonomik duruma göre SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ ve BBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olan katılımcılara kıyasla YDÖ puan ortalamalarının (sırasıyla 11,27±3,79, 13,48±3,90; p= 0,00) daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 8).**

- Geliri giderinden az olanların, geliri giderinden fazla olan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,27±3,79, 15,27±4,35; p= 0,00) ve BBÖ (sırasıyla 68,64±13,63, 79,67±11,74; p= 0,03) puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı **(Tablo 8).**

Çocuğu olan ve olmayan katılımcıların YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı tespit edildi (p> 0,05) **(Tablo 8).**

Yalnız yaşayan ve ailesiyle/bakıcısıyla yaşayan katılımcılara YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği, sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); öz koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Yalnız yaşayanların, ailesiyle/bakıcısıyla yaşayan katılımcılara kıyasla öz koruma puan ortalamaları (sırasıyla 73,91±7,15, 68,45±9,81; p= 0,01) daha yüksek bulundu **(Tablo 8).**

KOAH dışından başka bir kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların SCMP-G ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ, BBÖ, öz koruma, sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- KOAH dışına başka bir kronik hastalığı olanların, olmayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 12,10±4,28, 14,47±3,41; p= 0,00), BBÖ (sırasıyla 69,50±13,89, 78,41±12,30; p= 0,00) ve öz koruma (sırasıyla 67,87±9,37, 71,71±9,52; p= 0,03) puan ortalamaları daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 45,94±9,59, 42,02±9,72; p= 0,03) daha yüksek bulundu **(Tablo 8).**

Evde USOT alan ve almayan katılımcıların SCMP-G ölçeği ve öz koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ, BBÖ, sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Evde USOT alanların, almayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,83±4,13, 13,73±3,95; p= 0,02), BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 66,40±15,19, 76,64±11,94; p= 0,00)

daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 48,10±7,99, 42,41±10,10; p= 0,00) daha yüksek saptandı **(Tablo 8).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre katılımcıların SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ, BBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatanların, hastaneye yatışı olmayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,95±4,26, 14,19±3,63; p= 0,00), BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 68,64±13,28, 77,65±13,14; p= 0,00) daha düşük saptandı **(Tablo 8).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvurma durumuna göre katılımcıların YDÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); BBÖ ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuranların, acil servise başvurmayan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 69,78±13,90, 79,13±11,92; p= 0,00) daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 45,78±9,32, 41,78±10,17; p= 0,03) daha yüksek bulundu **(Tablo 8).**

Antidepresan ilaç kullanma durumuna göre katılımcıların BBÖ, SCMP-G ölçeği, öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı (p> 0,05); YDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup (p< 0,05);

- Antidepresan ilaç kullananların, kullanmayan katılımcılara kıyasla YDÖ puan ortalamaları (sırasıyla 11,57±3,63, 13,46±4,13; p= 0,04) daha düşük belirlendi **(Tablo 8).**

Yaş ile SCMP-G ölçeği (r= 0,10, p> 0,05), öz koruma (r= -0,12, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Yaş ile YDÖ (r= -0,24, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= -0,43, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; sosyal koruma (r= 0,28, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki görüldü **(Tablo 9).**

KOAH tanısı alma süresi ile YDÖ (r= -0,17, p> 0,05), öz koruma (r= 0,07, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu. KOAH tanısı alma süresi ile BBÖ (r= -0,36, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; SCMP-G ölçeği (r= 0,19, p< 0,05) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde; sosyal koruma (r= 0,24, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi **(Tablo 9).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile YDÖ (r= -0,17, p> 0,05), BBÖ (r= -0,25, p> 0,05), SCMP-G ölçeği (r= -0,01, p> 0,05), öz koruma (r= -0,17, p> 0,05), sosyal koruma (r= 0,16, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı **(Tablo 9).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile SCMP-G ölçeği (r= 0,10, p> 0,05), öz koruma (r= -0,02, p> 0,05), sosyal koruma (r= 0,19, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile YDÖ (r= -0,23, p< 0,05), BBÖ (r= -0,33, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu **(Tablo 9).**

Tablo 9

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (2)

		Yaş N=121	KOAH hastalık tanısı konulan süre (yıl) N=121	Son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatış sayısı N=59	Son bir yılda KOAH nedeni ile acil servise başvuru sayısı N=121	Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı N=121
Yaşam doyumu	r	-0,24	-0,17	-0,17	-0,23	-0,23
	p	0,00*	0,06	0,20	0,04**	0,02**
Bakım bağımlılığı	r	-0,43	-0,36	-0,25	-0,33	-0,48
	p	0,00*	0,00*	0,06	0,00*	0,00*
Öz bakım yönetimi	r	0,10	0,19	-0,01	0,10	0,06
	p	0,26	0,03**	0,92	0,38	0,50
Öz koruma	r	-0,12	0,07	-0,17	-0,02	-0,25
	p	0,19	0,45	0,20	0,90	0,00*
Sosyal koruma	r	0,28	0,24	0,16	0,19	0,34
	p	0,00*	0,00*	0,23	0,10	0,00*

r: Pearson Korelasyon Analizi, Spearman Korelasyon Analizi, *p< 0,01, **p< 0,05: Düzeyinde Anlamlı

Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile SCMP-G ölçeği (r= 0,06, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile YDÖ (r= -0,23, p< 0,05), öz koruma (r= -0,25, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= -0,48, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; sosyal koruma (r= 0,34, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi **(Tablo 9).**

4.4. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu bölümde YDÖ, BBÖ, SCMP-G ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

YDÖ ile sosyal koruma (r= -0,05, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. YDÖ ile SCMP-G ölçeği (r= 0,22, p< 0,05) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= 0,44, p< 0,01), öz koruma (r= 0,41, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki gözlendi **(Tablo 10).**

BBÖ ile SCMP-G ölçeği (r= 0,07, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. BBÖ ile öz koruma (r= 0,38, p< 0,01) puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; sosyal koruma (r= -0,26, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu **(Tablo 10).**

SCMP-G ölçeği ile öz koruma (r= 0,80, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde; sosyal koruma (r= 0,81, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi **(Tablo 10).**

Öz koruma ile sosyal koruma (r= 0,29, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı **(Tablo 10).**

Tablo 10

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

N=121		Yaşam doyumu	Bakım bağımlılığı	Öz bakım yönetimi	Öz koruma	Sosyal koruma
Yaşam doyumu	r	1,00				
	p					
Bakım bağımlılığı	r	0,44	1,00			
	p	0,00*				
Öz bakım yönetimi	r	0,22	0,07	1,00		
	p	0,02**	0,46			
Öz koruma	r	0,41	0,38	0,80	1,00	
	p	0,00*	0,00*	0,00*		
Sosyal koruma	r	-0,05	-0,26	0,81	0,29	1,00
	p	0,59	0,00*	0,00*	0,00*	

r: Pearson Korelasyon Analizi, *p< 0,01, **p< 0,05: Düzeyinde Anlamlı

4.5. YDÖ, BBÖ, SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarının SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde YDÖ ve BBÖ puan ortalamalarının, SCMP-G ölçeği puan ortalamaları üzerindeki etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

YDÖ puan ortalamasının BBÖ (B= 1,49, p< 0,05), SCMP-G ölçeği (B= 0,83, p< 0,05), öz koruma (B= 0,95, p< 0,05) puan ortalamaları üzerinde pozitif yönde, sosyal koruma (B= -0,12, p< 0,05) puan ortalamaları üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlendi **(Tablo 11).**

Tablo 11

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Bağımlı değişkenler	Bağımsız değişkenler	B	t	p	F	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2
Bakım bağımlılığı	Sabit değer	53,75	13,99	0,00*	28,280	0,00*	0,44	0,19	0,19
	Yaşam doyumu	1,49	5,32	0,00*					
Öz bakım yönetimi	Sabit değer	102,85	22,08	0,00*	6,029	0,02*	0,22	0,05	0,04
	Yaşam doyumu	0,83	2,46	0,02*					
Öz koruma	Sabit değer	57,03	21,20	0,00*	23,555	0,00*	0,41	0,17	0,16
	Yaşam doyumu	0,95	4,85	0,00*					
Sosyal koruma	Sabit değer	45,83	15,25	0,00*	0,288	0,59	0,05	0,00	-0,01
	Yaşam doyumu	-0,12	-0,54	0,59					

p: Basit Doğrusal Regresyon Analizi, *p< 0,05: Düzeyinde Anlamlı

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

Bu araştırma, KOAH'ı olan bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G ölçeği ile aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Aynı zamanda KOAH'ı olan bireylerde YDÖ ve BBÖ puan ortalamalarının SCMP-G ölçeği puan ortalamaları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

KOAH olan bireylerin yaşadıkları sağlık sorunlarını yönetememeleri kötü düzeyde bir yaşam sürmelerine, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanmalarına, hastaneye başvuru ve hastaneye yatışta artışa neden olmaktadır. Kronik solunum problemi yaşayan bireyler sadece fiziksel değil, psiko-sosyal açıdan da olumsuz etkilenmektedirler. Bu nedenle KOAH'ın yönetimini etkileyebilecek faktörlerin kontrolünü sağlama, oluşabilecek problemleri erken dönemde belirleme, sorunlara yönelik bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı sergileyebilmek için önemlidir (Efil, vd., 2020; Efil ve Türen, 2021; Gulanick ve Myers, 2014).

Kronik hastalığı olan bireyin bakım bağımlılığı düzeyinin belirlenmesi hemşirelik bakım planına katkı sağlayarak bakım kalitesini arttırmaktadır (Kılıç, vd., 2017). Türk ve Üstün (2018) KOAH olan bireylerin BBÖ'nden aldıkları puan ortalamasının 48,80±9,48 olduğunu ve orta düzeyde bakıma bağımlı olduklarını belirlemişlerdir (Türk ve Üstün, 2018). Kaplan (2024) KOAH tanısı alan geriatrik bireyler ile yapmış olduğu çalışmada BBÖ'den aldıkları ortalama puanın 41,29±14,09 olduğunu ve orta düzeyde bakıma bağımlı olduklarını saptamıştır (Kaplan, 2024). KOAH hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da BBÖ puan ortalaması 67,5±21,1 olup, orta düzeyde bakıma bağımlı oldukları bulunmuştur (Duman, 2020).

Janssen ve arkadaşları (2011), Kronik kalp yetersizliği (KKY) ve KOAH olan bireyler ile yapmış olduğu çalışmada KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığı puan ortalamasını 70 (min.63,0-mak.73,0) olarak saptamışlardır. Aynı çalışmada KKY olan bireylerin (BBÖ puan ortalaması 65), KOAH olan bireylere (BBÖ puan ortalaması 70) göre

daha fazla bakıma bağımlı olduğu görülmüştür (Janssen, vd., 2011). Koç'un (2020) KOAH ve DM'si olan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada ise, KOAH hastalarının bakım bağımlılığı puan ortalaması 66,89±14,71, DM olan hastaların bakım bağımlılığı puan ortalaması 75,30±13,37 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre KOAH hastalarının, DM'si olan hastalardan daha fazla bakıma bağımlı olduğu bulunmuştur (Koç, 2020).

Aydemir (2023) KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığı puan ortalamasının 75,93±12,58 olduğunu ve düşük düzeyde bakıma bağımlı olduklarını belirlemişlerdir (Aydemir, 2023). Çakıcı (2020) KOAH olan bireylerde bakım bağımlılığı düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır (Çakıcı, 2020). Bu çalışmada da KOAH olan bireylerin BBÖ puan ortalamasının 73,26±13,91 olduğu, literatür bulguları ile benzer şekilde bireylerin bakım bağımlılığının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Literatürde orta düzeyde bakım bağımlılığı olan KOAH'lı bireylerin olduğu da görülmektedir (Türk ve Üstün, 2018; Kaplan, 2024). Bakım bağımlılığı puan ortalamalarındaki bu farklılığın nedeni KOAH'ın şiddeti, ileri yaş ve KOAH'a eşlik eden kronik hastalıkların varlığından kaynaklanmış olabilir.

Koç'un çalışmasında YDÖ puan ortalamasının KOAH olan bireylerde 17,60±5,60, DM'si olanlarda ise 21,47±5,35 olduğu bulunmuştur. KOAH hastalarının yaşam doyumunun, DM olan hastalara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Koç, 2020). Kılınç ve arkadaşları (2019), KOAH olan bireylerde YDÖ puan ortalamasını 18,70±6,72 bulmuşlardır (Kılınç, vd., 2019). Başka çalışmada da benzer şekilde KOAH'ı olan bireylerle YDÖ puan ortalaması 18,81±5,05 saptanmıştır (Tanrıverdi, 2018). Bu çalışmada da literatür bulguları ile benzer şekilde KOAH olan bireylerin yaşam doyumlarının kötü düzeyde olmadığı görülmektedir.

Kankaya ve Karadakovan (2017) yaşlı olan bireylerde YDÖ puan ortalamasının 21,89±5,87 olduğunu belirlemişlerdir (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Ayyıldız ve Ergüney hipertansiyon (HT) hastalarında YDÖ puan ortalamasının 21,81±6,33 olduğunu ve yaşam doyularının yüksek olduğunu bulmuşlardır (İşcan Ayyıldız ve Ergüney, 2017). İran'da yapılan bir çalışmada da yanık hastalarının yaşam doyumu puan ortalaması 23,02 olarak bulunmuştur. Yanık hastalarının yaşam doyumlarının orta düzeyde iyi olduğu görülmüştür. Hastaların yanıklarının şiddeti, ağrısı, hastanede kalış süresi, vücudunun etkilendiği kısım, kişinin diğer insanlarla iletişimi ve diğer insanlar tarafından damgalanma durumunun yaşam doyumunu etkilediği görülmüştür (Parvizi, vd., 2023). KOAH olan

bireylerde semptom yükünün günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması yaşam doyumunu olumsuz etkilemiş olabilir.

Efil ve arkadaşları (2024a), eş desteği daha iyi olan KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken daha az dispne hissettiklerini belirlemişlerdir (Efil, vd., 2024a). KOAH'lı bireyin yaşadığı hastalığa bağlı semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için öz bakım yönetimini gerçekleştirebilmesini sağlamak hastalığın tedavisi için oldukça önemlidir (Yeşil Bayülgen, vd., 2021). Öz bakım yönetimi iyi olan kronik hastalığa sahip bireyler başka birine ihtiyaç duymadan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilir, bakım gereksinimlerini karşılayabilir (Barlow, vd., 2002; Candan, 2021; Demir Gökmen ve Fırat, 2022; Doğu Kökcü ve Tiryaki, 2020; Hançerlioğlu ve Aykar, 2018; Özdelikara, vd., 2020).

Hançerlioğlu ve arkadaşları (2018) DM'si olanlarda SCMP-G ölçeği puan ortalamasının en düşük (123,00±9,70), KKY'si olanlarda ise en yüksek puan ortalamasına (133,15±12,65) sahip olduklarını belirlemişlerdir. KOAH olanların ise orta düzeyde (126,94±11,36) öz bakım yönetimine sahip oldukları saptanmıştır. Öz bakım yönetimini sağlayan kronik hastalığa sahip bireylerin öz yeterlilikleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri daha iyi düzeydedir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Özdelikara ve arkadaşlarının (2020) kronik hastalığı olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada ise öz bakım yönetimi en yüksek olanların KKY hastaları olduğu (SCMP-G ölçeği puan ortalaması 121), HT hastalarının ise öz bakım yönetimlerinin daha kötü düzeyde olduğu bulunmuştur (SCMP-G ölçeği puan ortalaması 108). Aynı çalışmada KOAH hastalarının öz bakım yönetimi orta düzeyde tespit edilmiştir (SCMP-G ölçeği puan ortalaması 110) (Özdelikara, vd., 2020).

Yeşil Bayülgen ve arkadaşları (2021) KOAH olan bireylerde SCMP-G ölçeği puan ortalamasının 104,6±24,5, öz koruma alt boyutu puan ortalamasının 63,9±16,4 ve sosyal koruma alt boyut puan ortalamasının 40,7±10,3 olduğunu saptamışlardır (Yeşil Bayülgen, vd., 2021). Koç'un (2023) KOAH olan bireylerle yapmış olduğu çalışmasında SCMP-G ölçeği toplam puan ortalamasının 119,00±6,49, öz koruma alt boyutu puan ortalamasının 74,27±5,22 ve sosyal koruma alt boyutu puan ortalamasının 44,76±7,37 olduğu tespit edilmiştir (Koç, 2023). Yiğit'in (2021) pandemi sürecinde KOAH hastaları ile yapmış olduğu çalışmada SCMP-G ölçeği puan ortalaması 116,01±9,52, öz koruma alt boyutu puan

ortalaması 66,63±5,39, sosyal koruma alt boyutu puan ortalaması 49,38±5,77 belirlenmiştir (Yiğit, 2021). Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Türk ve Üstün (2018), 65 yaş ve üstü olan, erkek olan, okur yazar olmayan, çiftçi olan, ek kronik hastalığı olan ve evre 4'te olan KOAH'lı bireylerin daha fazla bakım bağımlılığı yaşadıklarını saptamışlardır (Türk ve Üstün, 2018). Koç (2020), cinsiyeti kadın olan, köyde yaşayan, okuryazar olmayan, emekli, bekar, ekonomik durumu kötü, 16 yıldan fazla KOAH tanısı alan, ek kronik hastalığı mevcut, günlük yaşamını etkileyen çok şiddetli dispnesi olan KOAH'lı bireylerin bakıma daha fazla bağımlı olduğunu belirlemişlerdir (Koç, 2020).

Aydemir'in çalışmasında (2023), KOAH olan bireyin FEV_1 değeri ve hemoglobin düzeyi arttıkça bakım bağımlılığı ölçek puanının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Aynı çalışmada, kadın, 60 yaş üzeri, evli, okuryazar olmayan, çalışmayan ve ev hanımı olan, ekonomik durumu kötü olan, huzurevinde yaşayan ve sosyal güvencesi olmayan, sigara öyküsü olan obez bireylerin daha fazla bakım bağımlılığının olduğu saptanmıştır (Aydemir, 2023). Çakıcı'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada ise bakım bağımlılığı puan ortalamaları yaş, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, KOAH evresi ve toplam ilaç sayısı özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Çakıcı, 2020).

Bu çalışmada da okuryazar olmayan, bekar, ekonomik durumu kötü, çalışmayan veya emekli olan, ek kronik hastalığı mevcut olan ve evde USOT tedavisi alan KOAH'lı bireylerin daha fazla bakım bağımlı olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda, son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuran veya hastaneye yatan, yaşlı, KOAH tanı alma yılı ve bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı fazla olanların daha fazla bakıma bağımlı oldukları görüldü. Çalışmamızda cinsiyet ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında çalışmamızın sonucunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Kılıç, vd., 2017; Koç, 2020).

İyi bir eğitim seviyesine sahip olmayan, ileri yaşta olan kronik hastalığa sahip bireyler bakım bağımlılığı açısından daha fazla risklidir (Çakıcı, 2020; Erdal, 2021). Ekonomik durumu ve eğitim durumu neticesinde hastalığı ile ilgili bilgi edinemeyen yapması gerekenleri bilmeyen veya yapamayan kişilerin bakıma daha fazla bağımlı oldukları düşünülmektedir. Eğitim seviyesinin artması ile birlikte kişilerin tedaviye sağladıkları uyum ve hastalıkları hakkında doğru bilgiyi edinebilmeleri daha kolay hale gelecektir (Bilgin, vd., 2020).

Kronik hastalıkların varlığı, yaşlılık bakım bağımlılığına sebep olan faktörlerin başında gelmektedir (Erdal, 2021; Kayasan Bozot, 2020). Özdaş ve arkadaşları (2020), KOAH'ta semptom yükünün fazla olması, eşlik eden komorbiditelerin varlığı ve ileri yaşın KOAH olan bireylerde daha yüksek oranda kaygı ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (Özdaş, vd., 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde artan yaş ve KOAH dışında başka bir kronik hastalığı varlığı bakım bağımlılığı açısından risk oluşturmaktadır. İleri yaş ve birden fazla kronik hastalık varlığı KOAH olan bireylerin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine, kaygı yaşamalarına ve bakıma bağımlı olmalarına neden olmuş olabilir.

Çin'de yapılan bir çalışmaya göre yaşın artmasıyla beraber yaşam doyumunun da azaldığı saptanmıştır (Hu, vd., 2016). Softa ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada da yine yaşlıların yaşam doyumu düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Softa, vd., 2015). Bu çalışmada artan yaş, son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuru sayısı ve bir günde kullanılan toplam ilaç sayısının fazla olması da yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemiştir. Yaşa bağlı komorbiditelerin varlığı, öz bakım yönetimini gerçekleştirmede yaşanan zorluk nedeniyle acile başvuru sayısında artış ve bakım bağımlılığının artması yaşam doyumunun azalmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca yaş ile beraber kronik hastalıklarda artış olması, kullanılan ilaç sayısnın artması, bakım bağımlılığının artmasına bağlı azalan sosyal yaşam, yaşamdan alınan doyumu negatif yönde etkilemiş olabilir.

Tanrıverdi (2018) erkek, evli, gelir durumu iyi, okuryazar veya ilkokul mezunu KOAH'lı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun yüksek olduğunu tespit etmiştir (Tanrıverdi, 2018). Koç (2020) ilde yaşayan, ortaöğretim mezunu, gelir durumu iyi ve orta olan kişilerin yaşam doyumunun yüksek olduğunu belirlemiştir (Koç, 2020). Bu çalışmada da eğitim durumu ve gelir durumu daha iyi olan bireylerin yaşam doyumu daha iyi

düzeydeydi. Ayrıca çalışmada ek kronik hastalığı olmayan, USOT almayan, son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatışı olmayan, antidepresan ilaç kullanmayan bireylerin yaşamdan aldıkları doyum yüksekti. Gelir durumu iyi olanların istediği şeylere ulaşabilme imkanının olması ve ek hastalığı olmayan bireylerin psikolojik olarak iyi olmaları yaşamdan aldıkları doyumu olumlu etkilemiş olabilir.

Kılınç ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre KOAH'lı bireylerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında YDÖ toplam puan ortalaması ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Diğer özellikler ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Çalışan bireylerin yaşam doyumunun çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kişilerin çalışırken edindikleri sosyal çevre kişilerin motivasyonunu arttırma ve yaşam doyumunu sağlamaya katkı sağlayabilir (Kılınç, vd., 2019). Bu çalışmada da çalışan KOAH'lı bireylerin çalışmayanlara göre yaşam doyumunun yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışan bireylerde ekonomik olarak kazanç sağlama ve sosyal bir çevrenin varlığı bireylerde yaşam doyumu olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Yeşil Bayülgen ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre KOAH olan bireylerin SCMP-G ölçeği ile sosyodemografik özellikleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Gelirinin giderinden az olduğunu ifade edenlerin öz koruma puan ortalamalarının daha yüksek, gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade edenlerin sosyal koruma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal koruma, bireylerin sosyal çevre ve hastalığı arasındaki ilişkiyi, öz koruma ise bireylerin hastalık nedeniyle yaşadağı olumsuzlıklara karşı kendini koruma ve tedaviye uyumu tanımlamaktadır (Yeşil Bayülgen, vd., 2021). Bu çalışmada ise gelir durumuna göre öz bakım yönetimi, öz koruma ve sosyal koruma puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Özdelikara ve arkadaşları (2020), KOAH olan bireylerin SCMP-G ölçeği puanı ortalamasının 110 (min.100-mak.122) olduğunu ve diğer kronik hastalıklara göre (DM, HT, KKY, Kanser) orta düzeyde olduğu bulmuşlardır. Aynı çalışmada diyete uyum sağlama konusunda güçlük yaşamayan bireylerin, diyete uyum sağlamada güçlük yaşayan bireylere göre öz bakım yönetimlerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür (Özdelikara, vd., 2020).

Runa ve Bahar (2023), 50 yaş ve altında, kronik başka bir hastalığı olan, ilaçlarını düzenli kullanan ve düzenli sağlık kontrolüne giden HT hastalarının öz bakım yönetimi düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır (Runa ve Bahar, 2023). Bu çalışmada ise yaşa göre öz bakım yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, yaşın sadece öz bakım yönetiminin alt boyutu olan sosyal koruma için pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşlı olan bireylerin sosyal çevresi ve hastalığı arasındaki ilişkiyi sağlayabilmesi sosyal koruma alt boyutu ile ilişkili olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Literatür ile çalışmanın bulguları arasındaki farklılıklar kronik hastalıkların doğasından kaynaklanan farklılıklar, semptom yükleri ve bireylerin bu semptomları yönetmekte zorlanmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Neşe ve Bayram (2024) sigara içmeyen, ek kronik hastalığı olmayan, ilaçlarını düzenli kullanan, hastalık tanı süresi uzun olmayan ve ileri evrede olmayan KOAH'lı bireylerin hastalığa uyumlarının ve öz etkililik puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Öz etkililiği yüksek olan bireylerin hastalığıyla başa çıkabildiği ve solunum güçlüğünü yönetebildiği bilinmektedir. Bu çalışmada da KOAH tanı alma yılı yüksek olan bireylerde öz bakım yönetiminin daha iyi olduğu görüldü. Aynı zamanda KOAH dışında başka rahatsızlığı olmayan bireylerin öz korumasının daha yüksek ve sosyal koruma puan ortalamaları daha düşüktü. KOAH'ı deneyimleyen bireylerin nasıl baş edeceklerini bilmeleri öz bakım yönetimini sağlamış olabilir. KOAH'lı bireyin hastalığı yaşadığı süre ile beraber bireyin öz etkililiğinin ve öz bakım yönetiminin azaldığı, zaman içerisinde tedaviye uyumunun da yorgunluk ve tükenmişliğe bağlı azaldığı düşünülmektedir (Neşe ve Bayram, 2024).

5.3. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşlanan bireyler fiziksel ve bilişsel zayıflamaya bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, öz bakım yönetimini sağlamada güçlük yaşamakta ve bakıma bağımlı olabilmektedirler. Bağımsız olan birey hastalığının sorumluluğunu alabiliyorken, bağımlı bireye bakım veren ailenin bakım yükü de artmaktadır (Candan ve İnci, 2024). Candan ve İnci'nin (2024) çalışmasında sosyal koruma puanı arttıkça bakım yükünün de arttığı bulunmuştur. Bunun nedeni ise bağımlılığı yüksek olan hastaların sosyal korumayı kullanması yani çevresini hastalığın etkilerinden korumaya çalışmasıdır (Candan ve İnci,

2024). Bu çalışmada ise bakıma ilişkin bağımsızlığı fazla olanlarda öz bakım yönetimine ilişkin öz korumaları daha iyi, sosyal korumaları ise daha düşük düzeydeydi. Bakım bağımlılığı artan bireylerin bağımlılığa bağlı sosyal hayatının azalması, sosyal hayat ve hastalığı arasındaki ilişkiyi yönetmesine neden olmuş olabilir. Aynı zamanda bakım bağımlılığına bağlı olarak tedavi sürecine uyumun zorlaşması öz korumalarının artmasına neden olduğu olduğu düşünülmektedir.

İleri evre KOAH olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken güçlük yaşamaktadırlar. Bu kısıtlılıklar yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Kar ve Zengin, 2019) ve yaşanan kısıtlılıkların artmasıyla beraber birey zamanla bakıma daha bağımlı hale gelir (Helvacı, 2018). Kankaya ve Karadakovan (2017) yaşlı bireylerle yapmış olduğu çalışmada, ilaç kullanımı, eğitim durumu ve gelir durumuna göre yaşam doyumunun değiştiğini, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığı arttıkça yaşam doyumunun da arttığını saptamışlardır (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Bu çalışmada da yaşam doyumu iyi olan KOAH'lı bireylerin bakım bağımlılığı daha azdı. Diğer bir ifade ile KOAH'lı bireylerin yaşamdan aldıkları doyum arttıkça, bakıma ilişkin bağımlılıklarının azaldığı görüldü.

Doğu Kökçü ve Tiryaki (2020) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımındaki artışın bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlılık durumunun azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına neden olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada ailesi ile yaşayan bireylerin öz bakım davranışlarının, yalnız yaşayanlara göre daha iyi olduğunu belirlenmiştir (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020). Bakım yükü ve yaşam doyumunun değerlendirildiği bir çalışmada bakım verme yükü yüksek olan bireylerin yaşam doyumlarının düşük olduğu fakat bakım alan yani bakım bağımlılığı mevcut bireylerin ise yaşam doyumunun yüksek olduğunu saptamışlardır. Bakım gereksinimi olan bireylerin bakımını üstlenen bireylerin olması yaşam doyumunu olumlu yönde etkilemiş olabilir (Kezer ve Su, 2024). Bu çalışmada da KOAH'lı bireylerin yaşamdan aldıkları doyum öz bakım yönetimleri ile pozitif yönde ilişkiliydi. Ayrıca KOAH'lı bireylerin yaşamdan aldıkları doyum arttıkça, öz bakımlarını yönetimlerinin daha iyi olduğu görüldü. Bulgular yaşam doyumunun KOAH olan bireylerin öz bakımlarını yönetebilmeleri için önemli olduğunu göstermektedir. Kendini daha çok düşünen ve öz koruması yüksek olan bireylerinde yaşamdan aldığı doyumun yüksek olduğu görülmüştür. KOAH'lı bireylerin bakım bağımlılıklarının azaltılarak kişinin öz bakımını kendisinin gerçekleştirebilmesini sağlamak, bireyde yaşam doyumunu da arttırabilir.

5.4. KOAH'ı Olan Bireylerde YDÖ ve BBÖ Puan Ortalamalarının SCMP-G Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH'ı olan kişilerde görülen nefes alıp vermede güçlük, uykusuzluk, yorgunluk gibi semptomlar kişinin zamanla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine ve bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Saza ve Çevik, 2020). Kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetimini sağlamaları ve sürdürmeleri hastalığın kontrolünü sağlayabilmeleri, morbidite ve mortalitenin azalması için oldukça önemlidir (Özdelikara, vd., 2020; Demir Gökmen ve Fırat, 2022).

Bireyin öz bakımının artması bağımlılığın azalması ve yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020). Kılınç ve arkadaşları (2019), KOAH'lı bireylerde iyi bir yaşam doyumunun yaşam kalitesi için önemli olduğunu vurgulamıştır (Kılınç, vd., 2019). Öz bakım yönetimini gerçekleştirmeyen KOAH hastalarının bakım bağımlılığı artmaktadır (Çakıcı, 2020; Demir Gökmen ve Fırat, 2022; Türk ve Üstün, 2018). Bağımlılığın azaltılması, yaşam kalitesinin ve dolayısıyla yaşam doyumunun arttırılması için multidisipliner bir yaklaşımla (diyetisyen, hemşire, doktor, fizyoterapist, psikolog ve diğer sağlık çalışanlar) bireyin kendi tedavisine katılımı sağlanmalıdır (Helvacı, 2018).

Koç (2020), KOAH ve DM hastalığına sahip bireylerde yaşam doyumları ve mutluluk düzeyleri yüksek olanlarda, bakım bağımlılığı düzeyinin azaldığını belirlemiştir (Koç, 2020). Öz bakım yönetimini sağlayan birey, bakıma bağımlı hale gelmeden kendi gereksinimlerini karşılayabilir. Ayrıca hastalığı ve hastalığın etkileri sonucu oluşan semptomları yönetmeye yönelik yaklaşımları nasıl uygulayabileceğini bilir (Aytap ve Özer, 2021).

Efil ve arkadaşları (2024) KOAH'lı daha yüksek düzeyde sosyal kırılganlığın, daha kötü düzeyde ilaç uyumuyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Efil, vd., 2024b). Çakıcı'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada, yaşın artmasıyla KOAH'ın önemli semptomlarından biri olan dispnenin arttığı ve kişilerin daha fazla bakıma bağımlı olduğu, kırılganlık düzeyinde de artış olduğu görülmüştür. Bireyin fizyolojik olarak tükendiğini ve güçsüzleştiğini daha anlaşılır bir ifadeyle bakıma bağımlı hale geldiğini gösteren kırılganlığın, KOAH hastalarında şiddetli olarak görüldüğü saptanmıştır (Çakıcı, 2020). Koç (2020), bakım bağımlılığı yüksek olan KOAH ve DM'si olan bireylerin yaşamdan aldığı doyumun daha az olduğunu saptamıştır (Koç, 2020). Bu çalışmada da yaş ile beraber bakım bağımlılığının

arttığı, yaşam doyumunun azaldığı görülmüştür. Ayrıca yaşamdan alınan doyum arttıkça bakım bağımlılığının azaldığı saptandı. Diğer bir ifade ile yaşam doyumu iyi olan KOAH'lı bireylerin bakıma ilişkin bağımsızlıklarının arttığı görüldü.

Demir Gökmen ve Fırat'ın (2022) çalışmasında KOAH hastalarının öz bakım gücünün düşük olduğu, öz bakım gücü iyi düzeyde olmayanlarda ölüm kaygısının arttığı saptanmıştır. Hastaların yaşama yönelik umutlarının artması, ölüm kaygısının azaltılması için öz bakım gücünün arttırılması önemlidir (Demir Gökmen ve Fırat, 2022). Sarı'nın (2020) çalışmasında, yardıma ihtiyacı olan yani bağımlı olan bireylerin yardıma ihtiyacı olmayan bağımsız bireylere göre öz bakım gücünün daha düşük olduğu saptanmıştır (Sarı, 2020). Bu doğrultuda KOAH''ın semptomlarına göre kişinin bağımlılığının derecesinin değiştiği ve ileri evre KOAH'lı bireylerin öz bakım gücünün düşük olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada da yaşam doyumu iyi olan KOAH'lı bireylerin öz bakım yönetimlerinin daha iyi düzeyde olduğu bulundu. Yaşamdan alınan doyumu olumsuz etkileyen faktörlere yönelik gerçekleştirilecek müdahalelerin, KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığını azaltma ve öz bakım yönetimlerini sağlayabilmeleri için önemli olduğu düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

KOAH'ı olan bireylerde YDÖ, BBÖ ve SCMP-G ölçeği ile aralarındaki ilişkiyi belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirilmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

6.1.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 63,75±11,82 yıl, KOAH tanısı alma yılının ortalama 5,29±3,96 olduğu belirlendi. Katılımcıların çoğunluğu evli (%75,2), erkek (%57,9), ilkokul mezunu (%29,8), emekli (%50,4), ekonomik durumu gelir giderine eşit (%60,3), çocuğu olan (%88,4) ve ailesiyle yaşayan (%79,3) bireylerdi **(Tablo 5).**

KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olan (%57,9), evde USOT almayan (%66,9), son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvuran (%62,8), son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile hastaneye yatışı olmayan (%51,2) ve antidepresan ilaç kullanmayan (%81) çoğunluktaydı **(Tablo 6).**

Bir günde toplam kullandıkları ilaç sayısının ortalama 3,18±2,53 adet olduğu, son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvurma sayısının ortalama 3,20±3,34, son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatış sayısının ise ortalama 2,12±1,40 olduğu saptandı **(Tablo 6).**

6.1.2. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların YDÖ, BBÖ ve SCMP-G ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 13,10±4,09, 73,26±13,91, 113,78±15,54'dü **(Tablo 7).**

6.1.3. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Kadınların (47,61±9,92) erkeklere (41,87±9,03) kıyasla **SCMP-G** ölçeğinin alt boyutu olan sosyal koruma puanları daha yüksekti (p= 0,00) **(Tablo 8).**

Okur-yazar olanların, lise mezunu olan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,16±4,39, 14,27±3,77; p= 0,01) ve BBÖ (sırasıyla 64,26±13,52, 79,18±7,97; p= 0,00) puan ortalamaları daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Okur-yazar olanların, lisans ve üzerinde eğitimi olan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 64,26±13,52, 80,57±10,21; p= 0,00) daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Çalışanların, BBÖ puan ortalamaları çalışmayan (sırasıyla 81,63±9,11, 70,06±15,34) ve emekli olan katılımcılara (sırasıyla 81,63±9,11, 71,28±13,58) kıyasla daha yüksekti (p= 0,00) **(Tablo 8).**

Geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olan katılımcılara kıyasla YDÖ puan ortalamaları (sırasıyla 11,27±3,79, 13,48±3,90; p= 0,00) daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Geliri giderinden az olanların, geliri giderinden fazla olan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,27±3,79, 15,27±4,35; p= 0,00) ve BBÖ (sırasıyla 68,64±13,63, 79,67±11,74; p= 0,03) puan ortalamaları daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Yalnız yaşayanların, ailesiyle/bakıcısıyla yaşayan katılımcılara kıyasla öz koruma puan ortalamaları (sırasıyla 73,91±7,15, 68,45±9,81) daha yüksekti (p= 0,01) **(Tablo 8).**

KOAH dışına başka bir kronik hastalığı olanların, olmayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 12,10±4,28, 14,47±3,41; p= 0,00), BBÖ (sırasıyla 69,50±13,89, 78,41±12,30; p= 0,00) ve öz koruma (sırasıyla 67,87±9,37, 71,71±9,52; p= 0,03) puan ortalamaları daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 45,94±9,59, 42,02±9,72; p= 0,03) daha yüksekti (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Evde USOT alanların, almayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,83±4,13, 13,73±3,95; p= 0,02), BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 66,40±15,19, 76,64±11,94; p= 0,00) daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 48,10±7,99, 42,41±10,10; p= 0,00) daha yüksekti (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatanların, hastaneye yatışı olmayan katılımcılara kıyasla YDÖ (sırasıyla 11,95±4,26, 14,19±3,63; p= 0,00), BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 68,64±13,28, 77,65±13,14; p= 0,00) daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuranların, acil servise başvurmayan katılımcılara kıyasla BBÖ puan ortalamaları (sırasıyla 69,78±13,90, 79,13±11,92; p= 0,00) daha düşük, sosyal koruma puan ortalamaları (sırasıyla 45,78±9,32, 41,78±10,17; p= 0,03) daha yüksekti (p< 0,05) **(Tablo 8).**

Antidepresan ilaç kullananların, kullanmayan katılımcılara kıyasla YDÖ puan ortalamaları (sırasıyla 11,57±3,63, 13,46±4,13; p= 0,04) daha düşüktü (p< 0,05) **(Tablo 8).**

YDÖ, BBÖ ve SCMP-G ölçeği puan ortalamaları cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p> 0,05) **(Tablo 8).**

6.1.4. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Yaş ile YDÖ (r= -0,24, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= -0,43, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; sosyal koruma (r= 0,28, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki görüldü **(Tablo 9).**

KOAH tanısı alma süresi ile BBÖ (r= -0,36, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; SCMP-G ölçeği (r= 0,19, p< 0,05) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde; sosyal koruma (r= 0,24, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlendi **(Tablo 9).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile YDÖ (r= -0,23, p< 0,05), BBÖ (r= -0,33, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu **(Tablo 9).**

Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile YDÖ (r= -0,23, p< 0,05), öz koruma (r= -0,25, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= -0,48, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; sosyal koruma (r= 0,34, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi **(Tablo 9).**

Yaş ile SCMP-G ölçeği (r= 0,10, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı **(Tablo 9).**

KOAH tanısı alma süresi ile YDÖ (r= -0,17, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı **(Tablo 9).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile YDÖ (r= -0,17, p> 0,05), BBÖ (r= -0,25, p> 0,05), SCMP-G ölçeği (r= -0,01, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktu **(Tablo 9).**

Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile SCMP-G ölçeği (r= 0,10, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi **(Tablo 9).**

Bir günde kullanılan toplam ilaç sayısı ile SCMP-G ölçeği (r= 0,06, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı **(Tablo 9).**

6.1.5. YDÖ, BBÖ ve SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

YDÖ ile SCMP-G ölçeği (r= 0,22, p< 0,05) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; BBÖ (r= 0,44, p< 0,01), öz koruma (r= 0,41, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki gözlendi **(Tablo 10).**

BBÖ ile öz koruma (r= 0,38, p< 0,01) puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; sosyal koruma (r= -0,26, p< 0,01) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu **(Tablo 10).**

SCMP-G ölçeği ile öz koruma (r= 0,80, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde; sosyal koruma (r= 0,81, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde ilişki belirlendi **(Tablo 10).**

Öz koruma ile sosyal koruma (r= 0,29, p< 0,01) puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptandı **(Tablo 10).**

YDÖ ile sosyal koruma (r= -0,05, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı **(Tablo 10).**

BBÖ ile öz bakım yönetimi (r= 0,07, p> 0,05) puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki görülmedi **(Tablo 10).**

6.1.6. YDÖ ve BBÖ Puan Ortalamalarının SCMP-G Ölçeği Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

YDÖ puan ortalamasının BBÖ (B= 1,49, p< 0,05), SCMP-G ölçeği (B= 0,83, p< 0,05), öz koruma (B= 0,95, p< 0,05) puan ortalamaları üzerinde pozitif yönde, sosyal koruma (B= -0,12, p< 0,05) puan ortalamaları üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlendi **(Tablo 11)**

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda,

- Hemşirelerin KOAH olan bireylere bakım verirken bakım gereksinimlerini ve bakım bağımlılığı düzeylerini belirlemesi,
- Bakım bağımlılığı olduğu tespit edilen bireylerin bakım veren yakınlarına da hastalık ile ilgili semptomların nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili gerekli eğitim müdahalelerinin yapılması,
- Çalışmayan KOAH'lı bireylerin bakım bağımlılığının azaltılması için uygun grup aktivitelerine, iş ve uğraşı terapilerine, sosyal destek programlarına yönlendirilmesi,

- Hemşirelerin KOAH olan bireylerin öz bakım yönetimlerini gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini değerlendirmesi,
- Öz bakımı düşük olan KOAH'lı bireylere daha iyi bir öz bakım yönetimi sağlayabilmeleri için gerekli eğitim ya da olanakların sağlanması,
- Yeni KOAH tanısı almış bireylerin öz bakım yönetimini nasıl sağlayabilecekleri konusunda eğitim verilmesi ve farkındalık oluşturacak etkinliklerin planlanması,
- KOAH olan bireylerin hastalığın yönetimini sağlayabilmeleri için gerekli eğitimlerin solunum hemşireleri tarafından verilmesi,
- KOAH olan bireylerin yaşam doyumlarının ve yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- KOAH'ı olan bireylere bakım bağımlılığı ve öz bakıma ilişkin verilecek eğitimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Yaşam doyumu iyi düzeyde olmayan KOAH'lı bireylerin (KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvuran, hastaneye yatışı olan, birden fazla kronik hastalığı olan, yaşlı, antidepresan kullanan, bir günde kullandığı toplam ilaç sayısı fazla olan, sosyo-ekonomik durumu kötü ve eğitim seviyesi iyi düzeyde olmayan) yaşam doyumunu arttırmaya yönelik müdahaleleri ele alan çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

Akdemir, N. (Ed.). (2021).*İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. Akademisyen Kitabevi:Ankara.

Altunışık, B. ve Doğan, N. (2023). ‘‘KOAH’lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi’’. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(3), 1-22.

American Lung Association (ALA) COPD Trends Brief: Mortality 2018. Erişim: 17 Temmuz 2022, https://www.lung.org/research/trends-in-lungdisease/copd-trends-brief/copd-mortality

Arslan Çilhoroz, İ. ve Mansur, F. (2023). ‘‘OECD Ülkelerinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’na (KOAH) Bağlı Ölümlerle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi’’. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(4), 921-934. https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1275073

Arslan, Z., Ilgazlı, A., Etiler, N. ve Hamzaoğlu, O. (2013). “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in kocaeli: an industrialised city in Turkey”. *Balkan Medical Journal*, 30(4): 387-93. https://doi.org/10.5152/balkanmedj.2013.8042

Aydemir, A., (2023). KOAH'lı hastalarda beslenme, yorgunluk durumu ve bakım bağımlılığının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Aytap, F. ve Özer, Z. (2021). “Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2): 212-222.

Balım, S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bao, J., Chua, K. C., Prina, M. and Prince, M. (2019). “Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study”. *BMC Public Health*, 19(1), 558-5560.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. and Hainsworth, J. (2002). ‘‘Self-management approaches for people with chronic conditions: A review’’. *Patient Education & Counseling,* 48(2): 177-187. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0 .

Başer, E. and Mollaoğlu, M. (2019). “The effect of a hemodialysis patient education program on fluid control and dietary compliance”. *Hemodialysis International*, *23*(3), 392-401. doi: 10.1111/hdi.12744.

Bilgin, Ö., Özdemir, D., Saçkan, F. ve Güney, İ. (2020). ‘‘Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi’’. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi,* 1(2): 14-23.

Bingöl, Z. ve Çağatay, T. (2016). ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olgularında Alevlenme Nedenleri Tanı, Tedavi Ve Risk Grubu Olgularda Farkındalık’’. *Klinik Tıp Aile Hekimliği,* 8(5), 21-23.

Blanco, I., Diego, I. and Bueno, P. (2020). ‘‘Prevalence Of A 1-antitrypsin Pizz Genotypes In Patients With COPD In Europe: A Systematic Review’’. *European Respiratory Review*, 29:200014.

Bouza, E., Alvar, A., Almagro, P., Alonso, T., Ancochea, J., Barbé, F., Corbella, J., Gracia, D., Mascarós, E., Melis, J., Miravitlles, M., Pastor, M., Pérez, P., Rudilla, D., Torres, A., Soriano, J. B., Vallano, A., Vargas, F. and Palomo, E. (2020). “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) In Spain And The Different Aspects Of Its Social Impact: A Multidisciplinary Opinion Document”. *Revista Espanola De Quimioterapia:* Publicacion Oficial De La Sociedad Espanola De Quimioterapia, 33(1), 49–67. https://doi.org/10.37201/req/2064.2019

Burucu, R., Çömlekci, R., Sağlam, Ş. ve Pınar, Y. (2023). ‘‘Dahili Kliniklerde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Bakım Bağımlılıkları, Düşme Riskleri ve İlişkili Faktörler’’. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi,* 6(3), 505-514. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1198040

Candan, Ç. ve İnci, F. H. (2024). ‘‘Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki’’. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1):61-69. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1456789

Candan, Ç. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Cengiz Açıl, H., (2023). *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik.* License: CC-BY-NC 4.0 Https://Doi.Org/10.58830/Ozgur.Pub72.

Cengiz, Z., Yıldırım, H. ve Gürdap, Z. (2021). ‘‘Kronik hastalığı olan bireylerde yaşamın anlamlandırılması ve ölüm kaygısı’’. *Van Tıp Dergisi*, 28(3): 348-353.

Criner, GJ., Martinez, FJ. And Aaron, S. (2019). ‘‘Current Controversies In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Report From The Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Scientific Committee’’. *Official Publications of the American Thoracic Society*, 16(1):29- 39.

Criner, R. N. and Han, M. K. (2018). “COPD Care In The 21st Century: A Public Health Priority”. *Respiratory Care*, 63(5), 591-600. Https://Doi.Org/10.4187/Respcare.0627

Çakıcı, M. (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan geriatrik bireylerde dispne, bakım bağımlılığı ve kırılganlık arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). ‘‘Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması’’. *Electronic Journal of Social Sciences*, 15(59): 1250-1262. https://doi.org/10.17755/esosder.263229 .

Demir Gökmen, B. ve Fırat, M. (2022). ‘‘KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi’’. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi,* 8(1): 57-66.

Deveci, F., Deveci, S. E., Türkoğlu, S., Turgut, T., Kirkil, G., Rahman, S., Açik, Y. and Muz, M. H. (2011). “The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in

Elazig, Eastern Turkey". *European Journal of Internal Medicine,* 22(2), 172-176. doi: 10.1136/thorax.55.9.789

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985). ''The satisfaction with life scale''. *Journal of Personality Assessment,* 49(1): 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Dijkstra, A., Buist, G. and Dassen, T. (1996). ''Nursing-care Dependency. Development Of An Assessment Scale For Demented And Mentally Handicapped Patients''. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(3): 137-143.

Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P. and Dassen, T. (1999). ''Construct validity of the nursing care dependency scale''. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4): 380-388. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00245.x.

Dijkstra, A., Tiesinga, L., Plantinga, L., Veltman, G., and Dassen, T. (2005). ''Diagnostic accuracy of the care dependency scale''. *Journal of advanced nursing,* 50(4), 410-416.

Doğu Kökcü, Ö. ve Tiryaki, Ö. (2020). ''Kalp Yetmezliği Hastalarının Öz Bakım Davranışları ve Bakım Gereksinimlerini Karşılamada Bağımsızlık Durumlarının İncelenmesi''. *Online Turkish Journal of Health Sciences,* 5(2):364-374. https://doi.org/10.26453/otjhs.581600

Duman Kırmacı, N., (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin inhaler ilaç kullanımına yönelik öğrenim gereksinimleri ve bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Efil, S. ve Türen, S. (2021). "Yoğun bakım hastalarında solunum sistemi sorunları". Enç, N. (Ed). *Yoğun bakım Hemşireliği*. (p.221-261). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.

Efil, S., Efil, N., Ece, T. (2020). "Effect of training provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease on drug management". *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), 1-14. https://doi.org/10.1111/jjns.12333

Efil, S., Bükrük, C. M., Özen, E. (2024b). ‘‘Social vulnerability and medication adherence in individuals with chronic obstructive pulmonary disease’’. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, doi: 10.15584/ejcem.2024.4.13

Efil, S., Kalkan Uğurlu, Y., Akça, D., Budak, D. (2024). ‘‘Perceived spousal support and activities of daily living in individuals with COPD’’. *Western Journal Of Nursıng Research,* 46(6):436-444. doi:10.1177/01939459241248

Erdal, A. (2021). Yoğun bakımdaki covid-19 tanısı ile yatan hasta semptomları, bakım bağımlılığı ve hemşirelik tanılarının incelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Eva Hnizdo, Patricia, A., Sullivan, Ki Moon Bang, and Gregory Wagner. (2002). ‘’Association between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Employment by Industry and Occupation in the US Population: A Study of Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey’’. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 156, No. 8 Https://Doi.Org/10.1093/Aje/Kwf105

Farmer, A., Williams, V., Velardo, C., Shah, S. A., Yu, L. M., Rutter, H., Jones, L., a Williams, N., Heneghan, C., Price, J., Hardinge, M., and Tarassenko, L. (2017). ‘’Self-management support using a digital health system compared with usual care for chronic obstructive pulmonary disease: randomized controlled trial’’. *Journal of Medical Internet Research,* 19(5): e144. doi: 10.2196/jmir.7116.

George, D. and Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update.

Global Burden of Disease Study. (2020). “Global Health Metrics. Chronic obstructive pulmonary disease-Level 3 cause”. Erişim: 20 Mart, https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/gbd/summaries/diseases/copd.pdf.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2020). Available form. Erişim: 19 Temmuz 2022, http://goldcopd.org

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2021). Erişim: Mart 2023, http://goldcopd.org

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2022). Erişim: Haziran 2023, http://goldcopd.org

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2024). Erişim: Mart 2024, http://goldcopd.org

Göçmen Baykara, Z. (2014).‘‘*Hemşirelik Bakımı Kavram¸ı’’*. 92-99. https://doi.org/10.5505/Tjob.2014.54264

Gulanick, M. and Myers, J.L. (Ed.). (2014). ‘‘*Nursing care plans, Diagnosis, Interventains and Outcomes*’’. 8st ed. America.

Gundry, S. (2019). “COPD 1: pathophysiology, diagnosis and prognosis”. Nursing Times [online]; 116: 4, 27-30. Erişim: 10 Temmuz 2022, https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/copd-1-pathophysiology-diagnosis-and-prognosis-23-03-2020

Gunen, H., Hacievliyagil, S. S., Yetkin, O., Gulbas, G., Mutlu, L. C. and Pehlivan, E. (2008). “Prevalence of COPD: first epidemiological study of a large region in Turkey”. *European Journal of Internal Medicine*, 19(7), 499-504. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.06.028

Güler, K., ve Usluca, M. (2021). ‘‘Yetişkin bireylerde bilinçli farkındalık ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi’’. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 372-383. Https://Doi.Org/10.47525/Ula

Hair Joseph, F., Bush Robert P. and Ortinau David J. (2003). ‘‘*Marketing Research: Within a Changing Information Environment*’’. McGraw-Hill Irwin, s. 568.

Hakverdioğlu Yönt, G., Akın Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ. ve Dijkstra, A. (2010). ‘‘Bakım bağımlılığı ölçeğinin (care dependency scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi’’. *Turkish Journal of Geriatrics*, (13): 71.

Hançerlioğlu, S. ve Aykar, F. Ş. (2018). ‘‘Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği’’. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 7(1): 175-183.

Helvacı, A. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına verilen eğitim ve danışmanlık programının dispne, sağlık durumu ve bakım bağımlılığı üzerine etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Hu, S. X., Lei, W. I., Chao, K. K., Hall, B. J., and Chung, S. F. (2016). ‘‘Common chronic health problems and life satisfaction among Macau elderly people’’. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4): 367-370.

Huang, X., Mu, X., Deng, L., Fu, A., Pu, E., Tang, T. and Kong, X. (2019). “The etiologic origins for chronic obstructive pulmonary disease”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1139–1158. https://doi.org/10.2147/COPD.S203215

İşcan Ayyıldız, N., ve Ergüney, S. (2017). ‘‘Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’’. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 21-31.

Janssen, D.J., Franssen, F.M., Wouters, E.F., Schols, J.M., and Spruit, M.A. (2011). ‘‘İleri KOAH veya kronik kalp yetmezliği olan hastalarda bozulmuş sağlık durumu ve bakım bağımlılığı’’. *Yaşam kalitesi araştırması*, 20, 1679-1688. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9892-9

Jones, L. C. (2001). ‘‘*Measuring guarding as A self-care management process in chronic illness: The SCMP-G*’’. Strickland O.L., Dilorio C. Ed. Measurement of nursing outcomes. New York: Springer Publishing Company, 150-15.

Kankaya, H. ve Karadakovan, A. (2017). ‘‘Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi’’. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences,* 6(4): 21-29.

Kaplan, A. and Karadağ, S. (2022). “The determination of adherence to fluid control and symptoms of patients undergoing hemodialysis”. *African Health Sciences*, 22(3);359-368. doi: 10.4314/ahs.v22i3.38.

Kaplan, Z. (2024). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

Kar, S. ve Zengin, N. (2019). ‘‘KOAH’lı hastalarda sağlık durumunun sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklere göre incelenmesi’’. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi.* 1(1), 1-7.

Kara, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının bakım bağımlılığı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kayasan Bozot, D. (2020). Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların düşme korkusu, düşme riski, düşme davranışları ve bakım bağımlılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Keskin, T. ve Başkurt, Z. (2021). “KOAH Tanılı Yaşlı Bireylerde Pulmoner Rehabilitasyon”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 8(1), 157-161.

Kezer, Ö., ve Su, S. (2024). ‘‘COVID-19 Pandemi Sürecinde Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Bakım Yükü İle Yaşam Doyumu İlişkisi’’. *Hemşirelik Bilimi Dergisi,* 7(1), 58-70. https://doi.org/10.54189/hbd.1319485

Kılıç, H. F., Cevheroğlu, S. ve Görgülü, R.S. (2017). ‘‘Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi’’. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 10(1): 22-28.

Kılınç, G., Yıldız, E. ve Kavak, F. (2019). ‘‘KOAH’lı Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki’’. *Journal of Psychiatric Nursing,* 10(2): 111-116. Doi:10.14744/Phd.2019.60362.

Kocabas, A., Hancioglu, A., Turkyilmaz, S., Unalan, T., Umut, S, Cakir, B. ve ark. (2006). “Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey study)”. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3 (Suppl): A543

Kocabaş, A. (2020). ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’’. Arseven, O. (Ed.). *Temel Akciğer Sağlığı Ve Hastalıkları.* İstanbul, No-bel Matbaacılık,;Sn: 148.

Koç K. (2020). KOAH ve diyabetes mellitus hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Koç, G. (2023). KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Lee, S.H., Lee, H., Kim, Y.S., Park, H.K., Lee, M.K. and Kim, K.U. (2020). ‘‘Social support is a strong determinant of life satisfaction among older adults with chronic obstructive pulmonary disease’’. *Clinical Respiratory Journal*, 14(2):85-91. https://doi.org/10.1111/crj.13104

Lipson, D.A., Barnhart, F., Brealey, N., Brooks, J., Criner, G.J., Gün, N.C., and Pascoe, S.J. (2018). ‘‘KOAH'lı hastalarda günde bir kez tek inhaler üçlü ve ikili tedavi’’. *New England Tıp Dergisi*, *378*(18), 1671-1680.

Meule, A. and Voderholzer, U. (2020). ‘‘Life satisfaction in persons with mental disorders’’. *Quality of Life Research,* 29(11): 3043-3052. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02556-9

Miravitlles, M., Urzo, A, D., Singh, D. and Koblizek, V. (2016). “Pharmaqcological Strategies To Reduce Exacerbation Risk In Copd:a Narrative Review”, *Respiratory Research,* 17, 112.

Nannini, L. J., Lasserson, T. J. and Poole, P. (2012). ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için uzun etkili beta 2-agonistlere karşı bir inhalerde kombine kortikosteroid ve uzun etkili beta 2-agonist’’. *Cochrane Sistematik İncelemeler Veritabanı*, (9).

Neşe, A. (2023). ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Ve Yönetimi’’. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik,* 27.

Neşe, A. ve Bayram, N. (2024). ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Kronik Hastalığa Uyumunun Öz-Etkililik Üzerine Etkisi’’. *Gevher Nesıbe Journal Of Medıcal and Health Scıences*, *9*(1), 35-44.

Nohra, R.G., Serhal, R.B., Sacre, H., Salameh, P., and Rothan Tondeur, M. (2020). ‘‘Effective components of self-management programs for chronic obstructive pulmonary disease patients: scoping review’’. *Advances in Respiratory Medicine,* 88: 223–232.

Nolte, E., Lnai, C. and Saltman Richard B. (2014). ‘‘Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems: Concepts and approaches. UN City: World Health Organization Regional Office for Europe’’. PMID: 29019637.

Ntritsos, G., Franek, J., Belbasis, L., Christou, MA, Markozannes, G., Altman, P., Fogel, R., Sayre, T., Ntzani, EE. and Evangelou, E. (2018). “Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis”. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 13, 1507-1514. https://doi.org/10.2147/COPD.S14639

Olt, S., (Ed.). (2022). *Sağlık ve Bilim İç Hastalıkları*. Efe akademi yayınları. İstanbul.

Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D. and Turker, T. (2019). “Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: A multicenter study”. *The Journal of Nursing Research,* 27(4), 36. doi: 10.1097/jnr.0000000000000309.

Örnek, T., Kor, M., Kıran, S. and Atalay, F. (2015). “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Zonguldak province of Turkey”. *Journal of Tuberculosis and thorax,* 63(3), 170- 177. https://doi.org/10.5578/tt.9582.

Özbudak, E., ve Oksay Şahin, A. (2021). ‘‘Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi,* 9(1), 307-322. Https://Doi.Org/10.33715/Inonusa

Özdaş, M. S., Özpak, A. M., Fidancı, İ., Taci, D. Y., Arslan, İ., Çelik, M. ve Bilgin, G. (2020). ‘‘KOAH Hastalarında Sigara Bağımlılık Düzeyinin Hastaların Kaygı Düzeylerine Etkisi’’. *Journal of Contemporary Medicine*,10(3), 354-358.

Özdelikara, A., Taştan, A. ve Şen Atasayar, B. (2020). ‘‘Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi’’. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 42-49.

Özdemir, T., Yılmaz Demirci, N., Kılıç, H., Koç, O., Kaya, A. ve Öztürk, C. (2020). “An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1”. *Turkısh Journal of Medical Sciences,* 13, 50(1), 132-140. https://doi.org/10.3906/sag-1908-35

Özel, M. (2012). Hemodiyaliz Hastalarına Bakım Verenlerin Semptom Kontrolünde Yaptıkları Girişimler ve Yaşadıkları Sorunlar. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Özkan Tuncay, F. ve Avcı, D. (2020). ‘‘Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus’’. *European Journal of Integrative Medicine,* 35: 101099.

Park, S.C., Kim, D.W., Park, E.C., Shin, C.S., Rhee, C.K., Kang, Y.A. and Kim, Y.S. (2019). “Mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide populationbased cohort study”. *Korean Journal of Internal Medıcıne,* 34(6), 1272-1278. doi:https://10.3904/kjim.2017.428.

Parvizi, A., Haddadi, S., Ghorbani Vajargah, P., Mollaei, A., Firooz, M., Hosseini, S. J. and Karkhah, S. (2023). ‘‘Yanık hastalarında yaşam doyumu ve ilgili faktörlerin sistematik bir incelemesi’’. *Uluslararası yara dergisi*, *20*(7), 2830-2842. https://doi.org/10.1111/iwj.14120.

Prasad, B. (2020). ‘‘Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)’’. *International Journal Of Pharmacy Research & Technology, 10*(1), 67–71. https://doi.org/10.31838/ijprt/10.01.12

Quaderi, S. A and Hurst, J. R. (2018). ‘‘The unmet global burden of COPD’’. *Global Health, Epidemiology And Genomics.* 3(4), 1-3. https://doi:10.1017/gheg.2018.1

Raherison, C. and Girodet, P. O. (2009). “Epidemiology Of COPD”. *European Respiratory Review:* An Official Journal Of The European Respiratory Society, 18(114), 213–221. Https://Doi.Org/10.1183/09059180.00003609

Runa, M. ve Bahar, A. (2023). ‘‘Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(3), 1072-1085.

Sana, A., Somda, S. M. A., Meda, N. and Bouland, C. (2018). ‘’Chronic Obstructive Pulmonary Disease Associated With Biomass Fuel Use In Women: A Systematic Review And Meta-analysis’’. *BMJ Open Respiratory Research*, 5(1):e000246.

Sarı, E. (2020). KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.

Saza, S. ve Çevik, K. (2020). ‘‘KOAH tanısı almış hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi’’. *Cukurova Medical Journal,* 45(2): 662-671.

Softa, H. K., Karaahmetoğlu, G. U., Erdoğan, O. ve Yavuz, S. (2015). ‘‘Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi’’. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1).

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı. (2018-2023). Yayın No: 1118. Erişim: Ocak 2024, Https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/

Tanrıverdi, Ö., (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda öz-yeterlilik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Tanrıverdi, Ö. ve Korkmaz, M. (2023). ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda öz yeterlilik ve yaşam doyumu arasındaki ilişki’’. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi,* 31, 497–504. https://doi.org/10.1007/s10389-021-01576-0

Taşkın Yılmaz, F., Sabancıoğulları, S. and Berk, S. (2022). ‘‘The Effect Of Religious Coping On The Satisfaction With Life Among Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease’’. *Journal of Religion & Health,* 61(5):3885-3897. https://doi.org/10.1007/S10943-021-01236-3 .

Türk, G. ve Üstun, R. (2018). ‘‘Determination Of The Care Dependency Of Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)’’. *Dokuz Eylul University E-journal Of Nursing Faculty,* 11(1), 19–25.

Türk Dil Kurumu. Erişim: 1 Aralık 2022, https://sozluk.gov.tr/

Türk Toraks Derneği’nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. (2021). Erişim: 20 Mart 2022. https://toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2019. Erişim. 3 Mart 2024, https://data.tuik.gov.tr/

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2022. Erişim. 5 Nisan 2024, https://data.tuik.gov.tr/

Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. (2020). Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜHKE), İstanbul. Erişim: 3 Mart 2024, https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/20230703125358mX540RjtKqnQ-.pdf

Türkkan, S., Altıntop Geçkil, A., Karadağ, M. ve Ermiş, H. (2022). ‘‘KOAH Hastalarının 35 Yaş Ve Üzeri Yakınlarında KOAH Prevalansının Araştırılması’’. *Journal Of Medical Topics And Updates,* 1(2), 37-42.

Türkmen, L., Bali, E. B., Cihan, P. ve Bakır, B. (2018). ‘‘Sigara Bağımlısı Kişilerde Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Farkındalığının Değerlendirilmesi’’. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2(2), 1-7.

Uysal, H. (2020). ‘‘Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı’’ Enç N. (Ed). *İç Hastalıkları Hemşireliği.* (p. 167-216). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.

Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E., Sharifi, F., Moghaddam, S. S. and Farzadfar, F. (2019). “Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis”. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19, 25(1), 47-57. https://doi.org/10.26719/emhj.18.014

Veenhoven, R. (1996). The study of life-satisfaction. In W.E. Saris, R. Veenhoven, A.C. Scherpenzeel, and B. Bunting (Eds.) A comparative study of satisfaction with life in Europe. *Eötvös University Press*, (pp. 11-48).

World Health Organization. (t.y). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Erişim: 1 Nisan 2024, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

World Health Organization. (t.y). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Erişim: 2 Kasım 2023, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

Yeşil Bayülgen, M., Gün, M. ve Erdoğan, S. (2021). ‘‘Kronik obsrüktif akciğer hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi’’. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi.* 4(2), 106-112.

Yılmaz, E. ve Aslan, H. (2013). ‘‘Öğretmenlerin İş Yerindeki Yalnızlıkları Ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’. *Pegem Eğitim Ve Öğretim Dergisi,* (3), 3:59-69.

Yiğit, E. (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde KOAH Hastalarının Öz Bakım Yönetimi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yin, P., Wang, H., Vos, T., Li, Y., Liu, S., Liu, Y., Liu, J., Wang, L., Naghavi, M., Murray, C. J. L., Zhou, M. (2016). ‘‘A Subnational Analysis of Mortality and Prevalence of COPD in China From 1990 to 2013: Findings From the Global Burden of Disease Study 2013’’. *CHEST*, 150(6):1269-1280. Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Chest.2016.08.1474

Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Demirci, N. Y., Kırkıl, G. and Atış, S. N. (2012). “KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği”. *Tuberküloz ve Toraks Dergisi*, 60(4), 314-20

Yönt, G. H. (2023). ‘‘Kronik hastalıklarda bakım bağımlılığı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi’’. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 8(2), 575-578.

Zysman, M. and Raherison, C. (2022) ‘‘Women’s COPD’’. *Frontiers in Medicine*, 8:600107. https://doi.org/10.3389/Fmed.2021.600107

EKLER

EK 1

HASTA TANILAMA FORMU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )
3. Eğitim Durumunuz:

   1. Okur-yazar ( ) 2. İlkokul ( ) 3. Lise ( ) 4. Lisans ( ) 5. Lisansüstü ( )
4. Medeni Durumunuz: 1. Evli ( ) 2. Bekar ( )
5. Çalışma Durumunuz: 1. Çalışıyor ( ) 2. Çalışmıyor ( ) 3. Emekli ( )
6. Ekonomik Durumunuz:

   1. Gelir giderden az ( ) 2. Gelir gidere eşit ( ) 3. Gelir giderden fazla ( )
7. Çocuğunuz Var mı? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
8. Birlikte Yaşadığınız Kişi:

   1. Yalnız ( ) 2. Aile (eş, çocuk anne, baba) ( ) 3. Bakıcı ( )
9. KOAH tanısını ne zaman aldınız?.....(ay)….....(yıl)
10. KOAH dışında başka bir kronik hastalığınız var mı ?

    1. Var ( ) …….. 2. Yok ( )
11. Evde uzun süreli oksijen tedavisi alıyor musunuz? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
12. Son 1 yılda KOAH alevlenmesi nedeniyle hastaneye yattınız mı?

    1. Evet ise; ……..kez ( ) 2. Hayır ( )
13. Son bir yılda KOAH alevlenmesi nedeni ile acil servise başvurdunuz mu?

    1. Evet ise; ……..kez ( ) 2. Hayır ( )
14. Antidepresan ilaç kullanımınız var mı? 1. Var ( ) 2. Yok ( )
15. Toplam kullandığınız ilaç sayısı? …….

EK 2

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

	Maddeler	**Hiç katılmıyorum (1)**	**Çok az katılıyorum (2)**	**Orta düzeyde katılıyorum (3)**	**Büyük oranda katılıyorum (4)**	**Tamamen katılıyorum (5)**
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3	Yaşamımdan memnunum.					
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.					

EK 3

BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlıyım	**Oldukça bağımlıyım**	**Kısmen bağımlıyım**	**Çok az bağımlıyım**	**Bağımlı değilim**
Beslenme: Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans: İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu: Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik: Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece Döngüsü: Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma: Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı: Ortam koşullarına göre vücut ısısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği: Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma: Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim: Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma: Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					

EK 3

BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ DEVAMI

İbadet yapma: İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma: Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler: Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri: Sosyal aktivitelere katılabilmede					
Bellek/ hafıza: Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği: Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada					

EK 4

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

		Hiç Katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum					
2	Hastalığımı kontrol edebilirim					
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor					
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir					
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum					
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım					
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum					
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım					
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi					
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor					
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum					
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum					
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum					
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım					
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum					
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim					
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor					

EK 4

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ DEVAMI

18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor					
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum					
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım					
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın					
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim					
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim					
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmek istemiyorum					
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim					
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum					
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim					
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var					
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum					
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir					
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum					
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim					
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor					
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir					
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum					

EK 5

ETİK KURUL İZNİ

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu

Sayı : E-84026528-050.01.04-2200192936 25.08.2022
Konu : Başvuru İncelenmesi

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

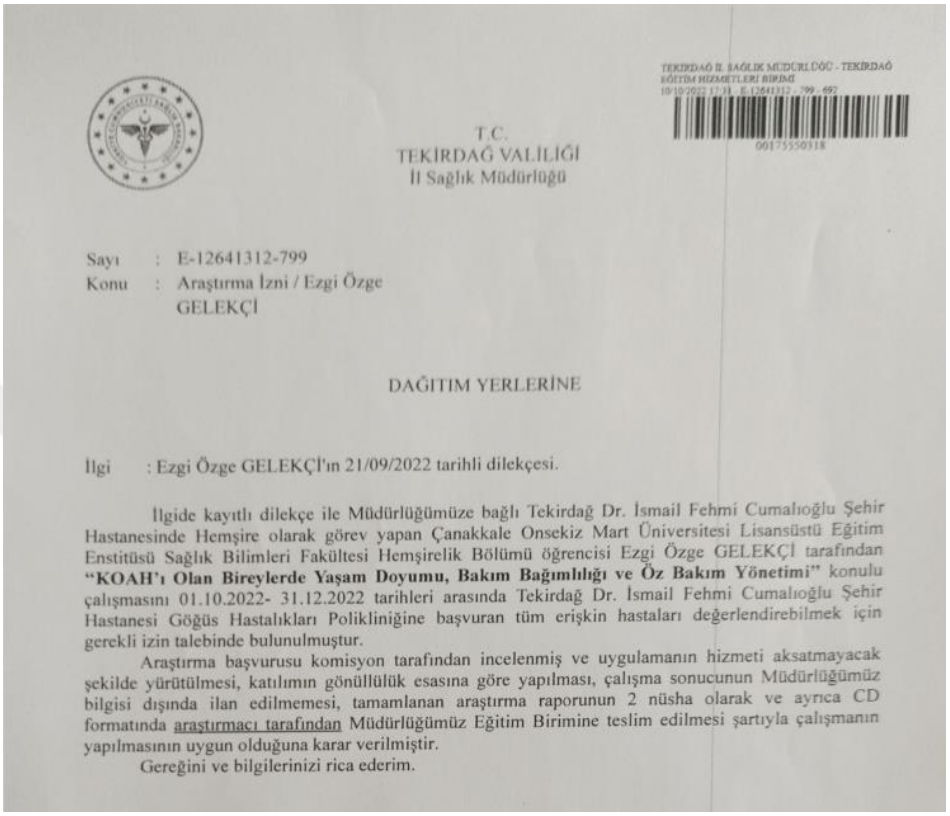
Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2022-YÖNP-0609 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 25.08.2022 tarih ve 15/27 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR 27- Sorumlu yürütücülüğünü **Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL**'in yaptığı ve proje araştırmacısı **Ezgi Özge GELEKÇİ** tarafından gerçekleştirilen "KOAH'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi" başlıklı araştırmanın, ilgili **kurumun izninin alınması** ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 6

TEKİRDAĞ İSMAİL FEHMİ CUMALIOĞLU HASTANESİ KURUM İZNİ



TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TEKİRDAĞ EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
10/10/2022 17:31 E-12641312-799-692
00175550318

T.C.
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-12641312-799
Konu : Araştırma İzni / Ezgi Özge GELEKÇİ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ezgi Özge GELEKÇİ'ın 21/09/2022 tarihli dilekçesi.

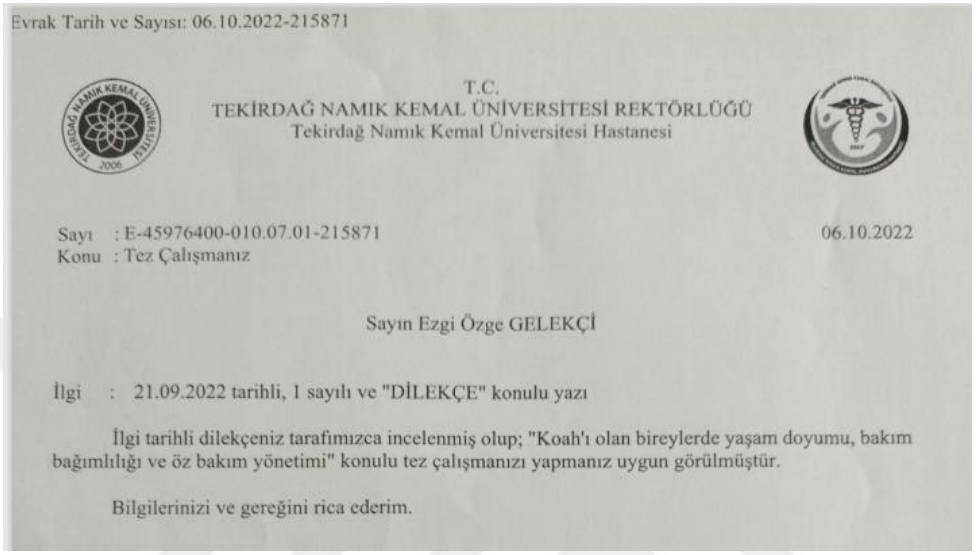
İlgide kayıtlı dilekçe ile Müdürlüğümüze bağlı Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencisi Ezgi Özge GELEKÇİ tarafından **"KOAH'ı Olan Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Bağımlılığı ve Öz Bakım Yönetimi"** konulu çalışmasını 01.10.2022- 31.12.2022 tarihleri arasında Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran tüm erişkin hastaları değerlendirebilmek için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında araştırmacı tarafından Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

EK 7

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZNİ



Evrak Tarih ve Sayısı: 06.10.2022-215871

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi

Sayı : E-45976400-010.07.01-215871 06.10.2022
Konu : Tez Çalışmanız

Sayın Ezgi Özge GELEKÇİ

İlgi : 21.09.2022 tarihli, 1 sayılı ve "DİLEKÇE" konulu yazı

İlgi tarihli dilekçeniz tarafımızca incelenmiş olup; "Koah'ı olan bireylerde yaşam doyumu, bakım bağımlılığı ve öz bakım yönetimi" konulu tez çalışmanızı yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK 8
YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ İZNİ



Ezgi özge
Alıcı:

13 Haz 2022 08:50 (2 gün önce)

Sayın hocam,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Lisansüstü Eğitim Enstitütüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalın'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Tekirdağ Şehir Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Geçerlilik güvenirliliğini çalışmış olduğunuz Yaşam Doyumu Ölçeği'ni tezimde kullanmak için izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Ezgi Özge GELEKÇİ

AL
Alıcı: ben

13 Haz 2022 13:27 (2 gün önce)

Sn. Ezgi Özge GELEKÇİ,
Tarafımızdan Türkçeye uyarlanan Yaşam Doyumu Ölçeğini çalışmalarınızda memnuniyetle kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar diliyorum. Sevgilerimle.
Doç. Dr. A

Android için Outlook'u edinin

From: Ezgi özge
Sent: Monday, June 13, 2022 8:50:03 AM

EK 9

BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ İZNİ

Gönderen: **Ezgi özge**
Date: 10 Haz 2022 Cum, 18:14

Sayın hocam,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Lisansüstü Eğitim Enstitütüsü Sağlık Bilimleri Fakülte Hemşirelik bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalın'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Tekirdağ Şehir Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Geçerlilik güvenirliliğini çalışmış olduğunuz Bakım Bağımlığı Ölçeği'ni araştırmada kullanmak için izninizi istiyorum. Daha öncede mesaj atmıştım görüp görmediğinizden emin olamadığım için tekrar göndermek istedim.

Saygılarımla

Ezgi Özge GELEKÇİ

Gönderen: Gl
Date: 11 Haz 2022 Cmt, 16:32
To: Ezgi özge <

Merhaba Ezgi,

Maili gördüm ancak şimdi fırsat buluyorum. Ölçeği tabiki kullanabilirsin. Ek'te gönderiyorum.

Sevgiler

Doç.Dr.Gl

EK 10

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ İZNİ

Ezgi özge
Alıcı

13 Haziran Pzt 08:50 (2 gün önce)

Sayın hocam,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Lisansüstü Eğitim Enstitütüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalın'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Tekirdağ Şehir Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Geçerlilik güvenirliliğini çalışmış olduğunuz Kronik Hastalıklarda Öz bakım Yönetimi Ölçeği'ni tezimde kullanmak için izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Ezgi Özge GELEKÇİ

s

13 Haziran Pzt 08:53 (2 gün önce)

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, calismanizda başarılar dilerim Android için Outlook edinin

EK 11

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

Değerli katılımcımız, sizi "KOAH'ı olan Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Bağımlılığı ve Öz Bakım Yönetimi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 119 kişi katılacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel yayın amacı ile kullanılacaktır. Verdiğiniz cevaplar bizim için çok değerlidir. Bu araştırmada bize destek olduğunuz için teşekkür ederiz. Araştırma ile ilgili sorularınız olması dahilinde danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sevda Efil'e veya mail adreslerinden ve araştırmacı hemşire Ezgi Özge Gelekçi'ye adresinden ulaşabilirsiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

☐ Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.