

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOAH HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ÖZ
BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Tezi Hazırlayan

Erol SARI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

ARALIK 2020

NEVŞEHİR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ilgi, destek ve emeklerini esirgemeyen, çok değerli danışman hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Rabiye ÇIRPAN ve Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN'a,

Yüksek lisans eğitim sürecinde, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bana yol gösteren çok kıymetli saygı değer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a

Yüksek lisans eğitimimde desteklerini esirgemeyerek, bilgilerini paylaşan saygı değer hocalarım Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'e, Dr. Öğretim Üyesi Gamze MUZ'a, Dr. Öğretim Üyesi Aynur KIZILIRMAK'a, Göğüs Hastalıkları Uzmanı Dr. Berker ÖZTÜRK'e,

Bu süreçte bana yardımlarını esirgemeyerek hep destek olan Hemşire Emel ATA'ya, ders sürecindeki destek ve yardımlarından dolayı Hemşire Özlem ÇALIŞIR'a,

Klinikteki tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan tüm bireylere,

Bugünlere gelmemde destek ve yardımlarını esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan sevgili annem, babam ve kardeşlerime, her daim yanımda olan sabırla beni destekleyen en büyük destekçim, iyikim, sevgili eşim Rabia SARI'ya, oğullarım Mehmet Fatih SARI ve İsmail Eren SARI'ya tüm kalbimle sonsuz teşekkürler...

KOAH HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

EROL SARI

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ARALIK 2020

ÖZET

Araştırma, KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Kasım 2018-Mart 2019 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin Göğüs Hastalıkları kliniklerinde KOAH tanısıyla takip edilen 200 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki örnek t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi, Kruskal Wallis testi, Spearman ve Pearson korelasyon analizi, çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların öz bakım gücü toplam puan ortalaması 103.82 ± 19.41 , algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 47.65 ± 17.78 olarak belirlenmiştir. Öz bakım gücü ölçeği puanı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönlü ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanındaki 1 puanlık artışın öz bakım gücü puanında 0.56 puanlık artışa neden olduğu saptanmıştır. Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı, sigara kullanımı, günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma durumu, yaş, sağlığını değerlendirme, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, gelir

durumu, eğitim düzeyi ve aile tipi olmak üzere bu dokuz bağımsız değişkenin hastaların öz bakım gücü puanına ait değişimi (varyansı) %62 olarak açıkladığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve algılanan sosyal destek puanları arttıkça öz bakım gücü puanlarının da arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda KOAH olan bireylerin öz bakım gücü ve sosyal destek düzeylerin değerlendirilerek hasta ve aile üyelerine gerekli eğitim ve danışmanlıkların verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Sosyal destek, Öz bakım gücü, Hemşirelik

Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Sayfa Adedi:91

THE EFFECT OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON SELF-CARE AGENCY IN COPD PATIENTS

(Master of Science Dissertation)

Supervisors:

Assistant Professor Rabiye ÇIRPAN

Assistant Professor Ayşegül ÖZCAN

EROL SARI

NEVSEHIR HACI BEKTAŞ VELI UNIVERSITY

INSTITUTE OF SCIENCE

DECEMBER 2020

ABSTRACT

The study was conducted descriptively to evaluate the effect of perceived social support on self-care agency in COPD patients. The study was conducted with 200 patients who were followed up with the diagnosis of COPD in Chest Diseases clinics of a training and research hospital between November 2018 and March 2019. The data of the study were collected using Patient Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Self-Care Agency Scale. Two independent samples t test, Mann-Whitney U test, one-way variance analysis (ANOVA), Kruskal Wallis test, Spearman and Pearson correlation analysis, multiple regression analysis were used to evaluate the data.

Total mean score of the patients' self-care agency was found to be 103.82 ± 19.41 , total mean score of perceived social support scale was found to be 47.65 ± 17.78 . There was a positive and highly significant relationship between the self-care agency scale score and the sub-dimensions and total score of the multidimensional perceived social support scale. It was determined that 1 point increase in the total score of the multidimensional social support scale of the patients caused an increase of 0.56 points in the self-care agency score. The nine independent variables; total score of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, smoking, needing help in daily life, age, assessment of own health, regular use of medicines, income status, education level and family type were determined to explain the change of patients' self-care agency scores (variance) as 62%.

As a result of the study, it was found that the self-care agency of the patients was at a moderate level and as their perceived social support scores increased, their self-care agency scores increased. In line with these results, it was suggested that individuals with COPD should be given the necessary training and counselling to patients and family members by evaluating their self-care power and social support levels.

Keywords: COPD, Social support, Self-care agency Nursing.

Thesis Advisor: Assistant Professor Rabiye ÇIRPAN
Assistant Professor Ayşegül ÖZCAN

Number of Pages: 91

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR ve SİMGELER	xiii
BÖLÜM 1	
GİRİŞ	1
BÖLÜM 2	
GENEL BİLGİLER	4
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) TANIMI.....	4
2.2. KOAİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.2.1. Mortalite ve Morbidite	4
2.2.2. Prevelans	5
2.2.3. Ekonomik Yüğü	5
2.3. KOAİ TA RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.3.1. Sigara.....	6
2.3.2. Mesleki Ortam/Risk	6
2.3.3. Genetik Faktörler.....	6
2.3.4. Tekrarlayan Bronkopulmoner Enfeksiyonlar	6

2.3.5. Hava Kirliliği.....	7
2.3.6. Beslenme	7
2.3.7. Cinsiyet ve Düşük Sosyoekonomik Durum	7
2.4. KOAH'IN FİZYOLOGİSİ.....	7
2.5. KOAH'TA TANI VE DEĞERLENDİRME.....	9
2.5.1. Birleşik Değerlendirmeye Göre KOAH Evrelemesi.....	10
2.6. KOAH'IN TEDAVİSİ	11
2.6.1. KOAH Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler	11
2.6.2. KOAH Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler	13
2.7. KOAH'TA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	14
2.8. SOSYAL DESTEK VE KOAH HASTALARINDA SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ.....	15
2.9. ÖZ BAKIM VE ÖZ BAKIM GÜCÜ	18
2.10. KOAH VE ÖZ BAKIM	20

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23
3.5. Verilerin Toplanması.....	23
3.5.1. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1).....	23
3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2).....	23
3.5.1.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-3).....	24

3.5.2. Ön Uygulama	24
3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	26

BÖLÜM 4

BULGULAR.....	27
----------------------	-----------

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	65
ÖZGEÇMİŞ.....	76

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. KOAH'ta spirometrik değerlendirme	9
Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	29
Tablo 4.3. Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 200)	32
Tablo 4.5. Bireylerin Hastalık ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 200).....	35
Tablo 4.6. Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n: 200)	37
Tablo 4.7. KOAH Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 200)	38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. KOAH'ta Fizyopatolojik değişimler	8
Şekil 2.2. KOAH'ta birleşik değerlendirme şeması (GOLD)	10



KISALTMALAR ve SİMGELER

BKİ	Beden Kitle İndeksi
BPAP	Bilevel Pozitif Havayolu Basıncı (Bilevel Positive Airway Pressure)
CAT	KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test)
CPAP	Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (Continious Positive Airway Pressure)
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü(World Health Organization)
FEV1	Birinci Saniye Zorlu Ekspirasyon Volümü (Forced Expiratory Volume in one Second)
FVC	Zorlu Vital Kapasite(Forced Vital Capacity)
GOLD	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)
İKS	İnhaleR Kortikosteroid
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
LABA	Uzun Etkili Beta Antagonist (Long Acting β Agonist)
mMRC	Modifiye Edilmiş Sağlık Araştırmaları Konseyi Dispne Skalası (Modifiye Medical Research Council Dyspnea Scale)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa yol açmıştır [1]. Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran, kalıcı sakatlıklara yol açabilen, geri dönüşsüz, bulaşıcı olmayan, patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektirebilen hastalıklardır [1, 2]. 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında meydana gelen 56 milyon ölümün, 38 milyonunun bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiğini bildirmiştir. Ölümlerin %46.2'sinin kardiyovasküler hastalıklar, %21.7'sinin kanserler, %10.7'sinin kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) ve astımın dahil olduğu solunum sistemi hastalıkları, %4'ünün diyabet nedeniyle meydana geldiğini ve ölümlerin %82'sinden bu dört ana bulaşıcı olmayan kronik hastalığın sorumlu olduğunu bildirmiştir [3]. Solunum sisteminin kronik hastalıkları özellikle en yaygın olanı KOAH bireylerde ciddi şekilde sınırlılığa ve yetersizliğe neden olan ve ölüm oranında artışa yol açan önemli bir hastalıktır [4].

En sık görülen kronik hastalıklardan biri olan Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. KOAH ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, geri dönüşsüz, birden fazla semptomun eşlik ettiği ve sık sık alevlenmelerin görüldüğü tüm dünyada yaygın görülen, önemli mortalite ve morbiditeye sahip bir hastalıktır [3, 5, 6]. Dünya çapında önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında sayılan KOAH'ın günümüzde 3. ölüm nedeni haline geldiği ve 2030 yılına kadar 4.5 milyondan fazla insanının ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir [7, 8]. Dünya çapında her yıl yaklaşık 3.2 milyon kişinin KOAH nedeniyle öldüğü ve önümüzdeki yıllarda gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusunun yüksek olması ve gelişen ülkelerde sigara içme oranının artması gibi ilişkili nedenlerden KOAH prevalansının artacağı

öngörülmektedir [9]. Solunum sistemi hastalıkları ülkemizde de en sık görülen üçüncü ölüm nedeni olup, bu ölümlerin %61.5'i KOAH nedeniyle meydana gelmektedir [10].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin solunum güçlüğü, öksürük, balgam artışı, iştahsızlık, kilo kaybı, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, uykusuzluk gibi yaşadıkları semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri ciddi düzeyde sınırlanmakta ve bağımlılık düzeyleri artan bireylerin yardım gereksinimleri artmaktadır. Ayrıca KOAH'ta hastaneye sık yatışlar, alevlenme periyotları, kendi aktivitelerini yerine getirememe gibi durumlar bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik açıdan önemli düzeyde etkilemektedir [5, 9]. KOAH'lı bireylerde semptomların artacağı korkusu, hastalığın şiddeti, hareket kısıtlılığı da dahil olmak üzere birçok problem, önemli ölçüde bireyin sosyal ilişkilerini bozar ve sosyal izolasyonunu artırır [11]. KOAH'lı bireylerde uzun tedavi süreci ve kapsamlı bir bakım gereksinimi olması nedeniyle özellikle aile üyeleri tarafından sağlanan sosyal destek önemlidir [9]. Sosyal destek bireyin stres düzeyinin arttığı her durumda problemleri ile başedebilmesi ve kendini daha iyi hissedebilmesi için eş, aile üyeleri, arkadaş, akraba gibi yakın çevresi tarafından sağlanan duygusal, fiziksel, sosyal, bilgisel yardımlar olarak tanımlanmaktadır [5, 12]. Kronik hastalıklarda özellikle aile, arkadaş ve sağlık çalışanı tarafından sağlanan sosyal destek hastalığa uyum sürecini olumlu yönde etkilemektedir [13]. Dünya genelinde yetersiz sosyal bağlanma, yüksek sosyal izolasyon ve yetersiz sosyal ilişkilerin mortalite için en önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir [14]. KOAH'lı bireylerde algılanan sosyal desteğin öz yeterlilik ve öz bakım davranışlarına, fonksiyonel yaşam kalitesine, sağlık algısına ve olumlu sağlık davranışı kazanmalarında etkisinin olduğu belirtilmiştir [11, 14, 15].

Öz bakım insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri, sağlık ve iyilik hallerini geliştirip korumaları için gerçekleştirdikleri etkinlikler olarak tanımlanmaktadır [16, 17]. Öz bakım da amaç bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları alabilmesini sağlamak olmalıdır [18]. Öz bakım gücü ise bireylerin yaşamlarını ve sağlık durumlarını sürdürebilmeleri için duygusal, sosyal, fiziksel beceri ve davranışları yerine getirebilme yeteneğini ifade eder [16]. Öz bakım gücü; iletişim, etkileşim, başka bir kronik hastalığa sahip olma, yaş, cinsiyet, düzenli ilaç kullanılmaması, sosyo-ekonomik durum, kültür, sağlık algısı, sosyal ağlar gibi faktörlerden etkilenmektedir [19, 20]. Sosyal destek ağları; bireylerin öz bakım davranış ve becerilerinin gelişmesinde önemlidir. Yetersiz sosyal

destek alan bireylerin, sağlık durumlarını koruyabilmeleri için öz bakım yeterliliklerinin geliştirilmesi önemlidir [19]. KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmalarda hastaların öz bakım becerilerini geliştirmeleri için yapılan girişimlerin; hastaların solunum sıkıntısını, hastane yatışlarını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir [21, 22]. Hemşireler hastaların öz bakım davranışlarının geliştirilmesinde bütüncül yaklaşımla lider rol oynamaktadır. Bütüncül yaklaşımla hastayı değerlendiren hemşireler; hastanın kendine bakım davranışlarına uyum sağlamasında, sağlık davranışlarının artırılmasında, stresörlerle baş etmesinde, öz bakım yönetiminde bağımsızlığının artırılmasında önemli rol oynamaktadır [23, 18]. Bu bağlamda hemşirelerin KOAH'lı bireylerin bakımını planlarken öz bakım gücü ve öz bakım gücünü etkileyen faktörleri bilmeleri önemlidir. Öz bakım gücü ve bu gücü etkileyen faktörlerin bilinmesi bireylere uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasında katkı sağlayacaktır [9].

Literatürde KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır [24, 25]. Bu bağlamda çalışma, KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) TANIMI

KOAİ, kronik obstrüktif bronşit ve pulmoner amfizem gibi solunum sistemi hastalıklarını kapsayan, genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve akciğerlerde gelişmiş bir inflamasyonla ilişkili, kalıcı hava akımı kısıtlanması ve dipne, balgam çıkarma, öksürük gibi semptomlarla karakterize, ilerleyici, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır [21,26-29].

2.2. KOAİ EPİDEMİYOLOJİSİ

2.2.1. Mortalite ve Morbidite

Dünyada sıklığı giderek artan KOAİ, bakım ve tedavi harcamaları, hastaneye yatışların artması, iş kaybına, engelliliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olması sebebiyle dünya çapında ciddi bir sağlık problemidir. 2011 yılında ABD’de 25 yaş üstü 13,7 milyon kişiye KOAİ tanısı konulduğunu belirtilmiştir. Dünya çapında ise 65 milyon bireye KOAİ tanısı konulduğu belirtilmiştir. Dünyada tüm ölümler içinde KOAİ’nin yaklaşık %2.3 ve %8.4 arasında paya sahip olduğu, erkeklerde ölüm oranının daha yüksek olduğu ve ölümlerin daha çok 65-74 yaş aralığında görüldüğü ifade edilmiştir [30, 31]. Son otuz yılda KOAİ’te mortalite oranının %163 arttığı belirtilmektedir [32]. 2015 yılında dünya genelinde 3.7 milyon insanın KOAİ nedeniyle öldüğü ve sigara içiminin giderek artmasıyla KOAİ vakalarının önümüzdeki 30 yılda artış göstereceği, 2030 yılına kadar da KOAİ sonucu ölümlerin 4.5 milyonu aşacağı ve tüm ölümler içerisinde 1.sırada olacağı öngörülmektedir [33, 34, 35].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ülkemizde 2014 yılındaki toplam 375.291 ölümden 23.663’ünün KOAİ nedeniyle olduğu, 2018 yılındaki ölüm nedenlerindeki ilk üç sıranın değişmediği ve %12.48 ile solunum sistemi hastalıklarının 3. sırada yer aldığı rapor edilmiştir [36, 37].

2.2.2. Prevelans

Dünyada 2010 yılında KOAH prevalansının %11.7 olduğu belirtilmiştir [38]. Afrika'da yapılan bir çalışmada; KOAH prevalansının %13.4 olduğu ifade edilmiştir [39]. Yapılan farklı bir çalışmada; KOAH prevalansının %16.2 olduğu saptanmıştır [40]. KOAH prevalansı hastanın anemnezine göre doktor tanısı, anketlerle sorgulanan solunumsal belirtiler, spirometre ile hava akımı kısıtlamasını değerlendirilen prevalans incelemeleri gibi yöntemlerle değerlendirilmektedir. Ülkemizde KOAH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır [41]. Ülkemizde KOAH prevalansının; 2017 yılında Kayseri'de yapılan bir çalışmada %17.6, Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada %11.1, aynı çalışmada 40 yaş ve üzeri grupta %14.1, 2013 yılında Kocaeli'de yapılan bir çalışmada ise %13.6 olduğu belirlenmiştir [42, 43, 44]. Türkiye'de 5 milyon kişinin KOAH'tan etkilendiği, etkilenen bireylerin %90'ının hasta olduğunu farketmediği belirtilmiştir [45]. Ülkemizde 40 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir çalışmada KOAH prevalansının %8,7 olduğu saptanmıştır [46].

2.2.3. Ekonomik Yüğü

KOAH'lı bireylerde fonksiyonel kayıplar, hastaların yaşadıkları semptomlar nedeniyle çalışma güçlerini kaybetmeleri, uyku kalitelerinin bozulması ve özellikle alevlenmeler nedeniyle sağlık harcamaları oldukça yüksek ekonomik yüğe neden olmaktadır. KOAH alevlenmeleri tüm mali giderlerin yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Günümüzde KOAH'ın dünya çapında ekonomik maliyeti 2.1 trilyon dolar seviyesindedir, 2030 yılında ise maliyetinin 4.8 trilyon dolara kadar ulaşacağı öngörülmektedir [47, 48]. 2010 yılında ABD'de KOAH maliyetinin yaklaşık 49.9 milyar dolar olduğu ve bu maliyetin 30 milyar dolarının doğrudan sağlık hizmetleri harcamaları, 20 milyar dolarının ise dolaylı maliyetler olduğu belirtilmiştir. ABD'de 12 milyona ulaşan KOAH'lı bireylerde yılda hasta başına 4000 doların üzerinde ortalama bir maliyetin olduğu öngörülmektedir [47].

2. 3. KOAH'TA RİSK FAKTÖRLERİ

GOLD (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim) KOAH gelişimdeki risk faktörlerini; sigara kullanımı, genetik faktörler, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, mesleki maruziyet, iç ve dış ortam hava kirliliği, solunum yolu enfeksiyonları olarak belirtmektedir [49].

2.3.1. Sigara

Sigara KOAH'a sebep olan en temel risk faktörüdür. Sigara kullanan bireylerde KOAH gelişme riski sigara kullanmayan bireylere göre 10-30 kat daha fazladır [29, 50].

Yapılan bir çalışmada sigara içme öyküsü bulunan 360 kişinin %43'ünde iki veya daha fazla KOAH semptomu görülürken, sigara içme öyküsü olmayan 1312 kişinin %26'sında iki veya daha fazla KOAH semptomu görüldüğü belirtilmiştir [41]. Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada da KOAH hastalarında en sık görülen risk faktörleri; sigara (%80,9), biyomass maruziyeti (%63,2), mesleki maruziyetler (%41,2) ve pasif sigara içiciliği olduğu saptanmıştır [43]. Yapılan farklı bir çalışmada 40 yaş üzerinde, erkeklerde ve yılda 30 paket üzerinde sigara içenlerde KOAH'ın daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir [51]. Literatürde yer alan başka bir çalışmada ise hiç sigara içmeyen bireylerde KOAH prevalansı %7.7, sigara içen bireylerde ise %18.3 olarak tespit edilmiştir [52]. Yapılan çalışmalarda sigara içen bireylerde KOAH prevalansının yükseldiği görülmektedir.

2.3.2. Mesleki Ortam/Risk

KOAH gelişiminde organik-inorganik tozlar, kimyasal maddeler ile dumanlar dahil olmak üzere çevresel ve mesleki maruziyet önemli risk faktörleridir [53].

2.3.3. Genetik Faktörler

KOAH'ta herediter alfa-1 antitripsin eksikliği hastalığının gelişimini etkileyebilmektedir [29].

2.3.4. Tekrarlayan Bronkopulmoner Enfeksiyonlar

Enfeksiyonların KOAH'ın hem gelişiminde hem ilerlemesinde rolü olduğu belirtilmektedir. Çocukluk döneminde geçirilen solunum sistemi enfeksiyonlarının, ileri yaşlarda azalmış akciğer fonksiyonları ve solunumsal semptomlarla ilişkili olduğu, özellikle adenoviral enfeksiyonların KOAH'a neden olabildiği ifade edilmektedir [29, 49, 54].

2.3.5. İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği

İç ortam kirliliği yemek pişirmek veya ısınmak için iyi havalanmayan evlerde odun, tezek, kömür gibi yakıtların iyi çalışmayan sobalarda ya da açık ateş şeklinde yakılması sonucunda oluşmaktadır [55]. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde bu duman ve gazlara maruz kalmanın kadınlar ve çocuklarda KOAH için önemli bir risk faktörüdür olduğu ifade edilmektedir. [29]. Dış ortam kirliliği, özellikle şehirlerdeki hava kirliliği kalp ve akciğer hastalığı olan bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir [55].

2.3.6. Beslenme

KOAH gelişiminde alkol tüketimi, A, C, E gibi önemli vitaminlerin yetersiz alınması rol oynamaktadır. Ayrıca malnütrisyon ve anormal kilo kaybının solunum kas kütlelerinde ve gücünde azalmaya sebep olduğu belirtilmektedir [50, 55].

2.3.7. Cinsiyet ve Düşük Sosyoekonomik Durum

Geçmişte yapılan çalışmaların çoğunda KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde kadınlara oranla sigara kullanımı ve mesleki maruziyetin fazla olmasından dolayı daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Son yıllarda kadınlarda sigara içme oranının artmasıyla birlikte erkeklerde ve kadınlarda hastalık prevalansının birbirine yaklaştığı ifade edilmektedir. Sosyoekonomik durumu düşük toplumlarda KOAH prevalansının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin akciğer fonksiyonlarında düşük bulunmaktadır [50, 56].

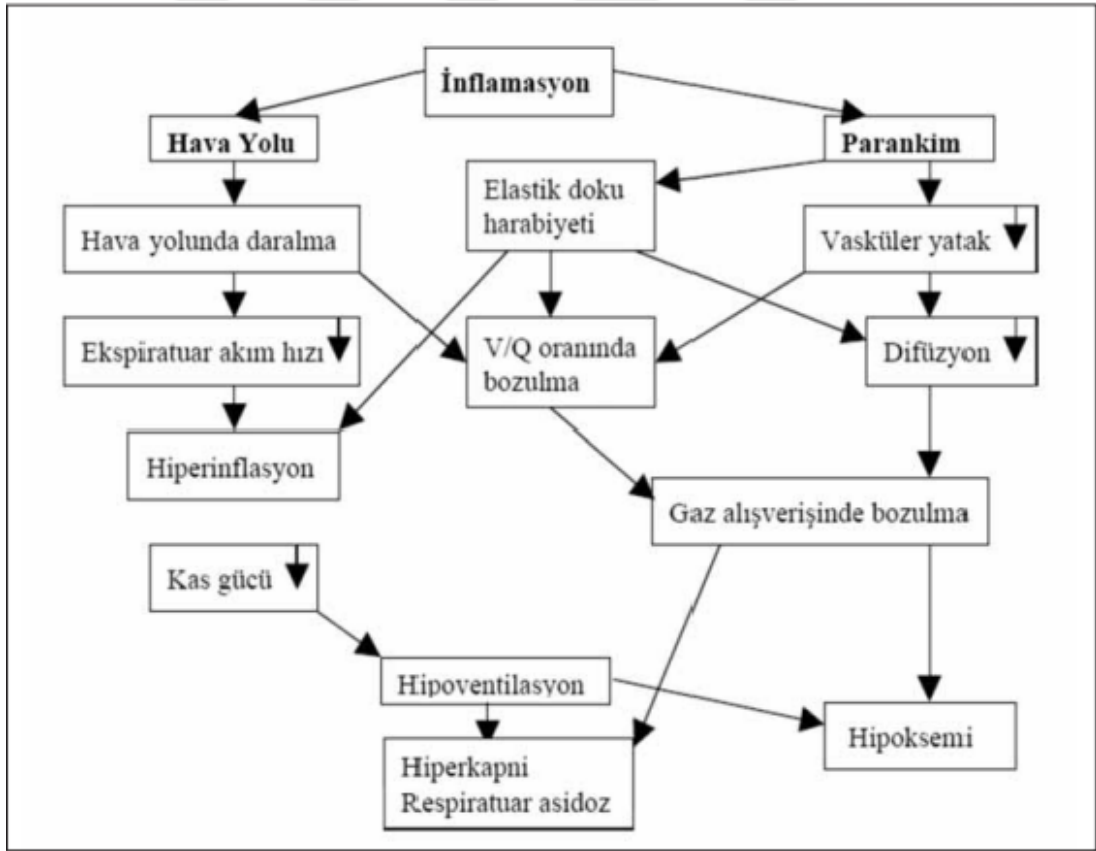
2.4. KOAH'IN FİZYOPATOLOJİSİ

KOAH kronik bronşit, amfizem, obstrüktif bronşiolit gibi solunum sistemi hastalıklarını kapsayan progresif hava akımı kısıtlanması ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır [45, 57].

KOAH'taki patolojik değişiklikler hava yollarında, akciğer parankiminde ve akciğer damarlarında gerçekleşmektedir [58]. KOAH'ta hastalık sürecinde mukus üretiminde artış, epitelyal değişiklikler, inflamasyon, düz kas hipertrofisi ve submukozal glandlarda hiperplazi gibi patolojik değişimler görülmektedir [57].

KOAH'ta sigara dumanı başta olmak üzere inhale edilen zararlı gaz ve partiküllere maruz kalma sonucunda akciğerlerdeki inflamatuvar yanıt artar [45]. KOAH'ta inflamasyon ve gelişen yapısal bozulmalar sonucunda aşırı mukus sekresyonu,, hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, ventilasyon/perfüzyon dengesinde bozulma, pulmoner hipertansiyon ve korpulmonale gibi fizyopatolojik değişimler ortaya çıkarmaktadır. Özellikle pulmoner hipertansiyon KOAH'ın ilerleyen evrelerinde oluşmaktadır.

KOAH'ta alevlenmelerin artmasıyla akciğerlerde meydana gelen yoğun inflamasyon sonucunda akciğer dışındaki bazı organlarda da etkilenmeler meydana gelir. Bu nedenle KOAH artık sistemik ilerleyici bir hastalık olarak kabul edilmektedir [57]. KOAH hastalarında meydana gelen fizyopatolojik değişimler dispne, öksürük, balgam çıkarma, yorgunluk, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı, anksiyete, depresyon gibi semptomlara neden olmaktadır. KOAH'ta oluşan fizyopatolojik değişimler Şekil 2.1. de özetlenmiştir [59].



Şekil 2.1. KOAH'ta Fizyopatolojik değişimler [59]

2.5. KOAH'TA TANI VE DEĞERLENDİRME

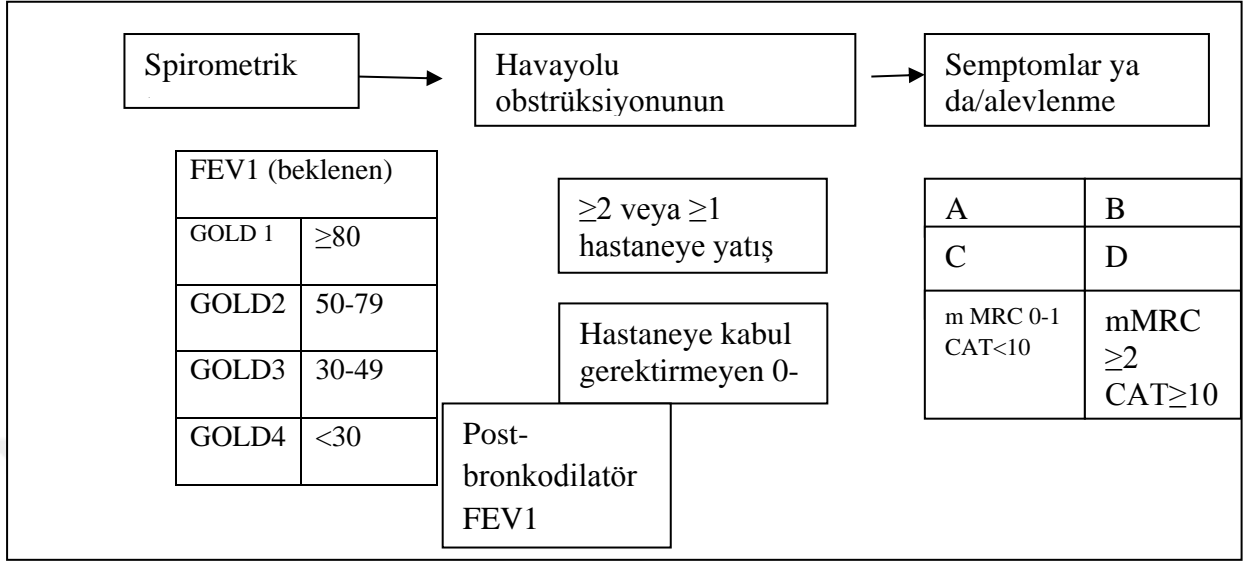
KOAH tanılama sürecinde bireyler dispne, kronik öksürük, balgam çıkarma gibi semptomlar ve risk faktörlerine maruziyet gibi durumlar açısından mutlaka sorgulanmalıdır [60]. KOAH hastalarında tanı spirometre ile konmalıdır. KOAH'ta spirometrik değerlendirme Tablo 2.1 de sunulmuştur [60].

Tablo 2.1. KOAH'ta spirometrik değerlendirme [60]

GOLD	Spirometre (Bronkodilatör sonrası)
	FEV1/FVC < %70 olan hastalarda
I: Hafif	FEV 1 \geq % 80 (beklenenin)
II: Orta	% 50 \leq FEV 1 < % 80 (beklenenin)
III: Ağır	% 30 \leq FEV 1 < % 50 (beklenenin)
IV: Çok Ağır	FEV 1 < % 30 (beklenenin)

KOAH FEV1 değerine bakılarak “hafif”, “orta”, “ağır” ve “çok ağır” şeklinde sınıflama yapılmaktadır [61].

GOLD KOAH şiddetinin derecelendirilmesinde FEV1 değerinin tek başına yeterli olmadığını, semptomların, spirometrik sınıflamanın (bronkodilatör sonrası beklenen değere göre FEV1 değeri) ve alevlenme riskinin birlikte değerlendirildiği birleşik değerlendirme sistemini önermektedir [49, 60].



Şekil 2.2. KOAH'ta birleşik değerlendirme şeması (GOLD) [49, 60].

2.5.1. Birleşik Değerlendirmeye Göre KOAH Evrelemesi

A grubu: Bu hasta grubunda risk düşük ve semptomlar azdır. Hastalar GOLD Evre 1 veya 2 aşamasında değerlendirilmektedir. Yıl içerisinde 0-1 arasında alevlenmeler olabilir ve alevlenmeye bağlı hastaneye yatışlar görülmemektedir.

B grubu: Bu hasta grubunda risk düşük ve semptomlar fazladır. Hastalar GOLD Evre 1 veya 2 aşamasında değerlendirildi. Yıl içerisinde 0-1 arasında alevlenmeler olmuştur ve alevlenmeye bağlı hastaneye yatışlar görülmemektedir.

C grubu: Bu hasta grubunda risk yüksek ve semptomlar azdır. Hastalar GOLD Evre üç veya dört aşamasında değerlendirilmektedir. Yıl içerisinde iki ya da daha fazla alevlenmeler olmuştur ve alevlenmeye bağlı bir ya da daha fazla hastane yatışlarının olduğu görülmektedir.

D grubu: Bu hasta grubunda risk yüksek ve semptomlar fazladır. Hastalar GOLD Evre 3 veya 4 aşamasında değerlendirilmektedir. Yıl içerisinde iki ya da daha fazla alevlenmeler olmuştur. Alevlenmeye bağlı bir ya da daha fazla hastane yatışlarının olduğu görülmektedir.

Birleşik Değerlendirmeye Göre; birinci aşamada KOAH değerlendirme testi (CAT) veya modifiye edilmiş sağlık araştırmaları konseyi dispne skalası

(mMRC) ile semptomlar/nefes darlığı değerlendirilir. Hastanın semptom sayısına göre karar verilir. Eğer hastanın CAT skoru ≥ 10 ise fazla semptom veya mMRC ≥ 2 ise fazla nefes darlığı olan gruplarda yer alır. İkinci aşamada ise hastanın alevlenme riski değerlendirilir. Alevlenme riski değerlendirilirken ilk olarak GOLD evresine bakılır. GOLD evre 1 ve 2 ise düşük risk, GOLD evre 3 ve 4 ise yüksek risklidir. Alevlenme sayısının son bir yılda 0 veya 1 olması yine düşük riski, 2 ve üzerinde olması yüksek riski gösterir. Hastanın son bir yılda alevlenme sebebiyle hastanede yatış sayısı bir veya daha fazla ise o zaman yüksek risklidir [60].

KOAH'ta ölüm riski vücut kitle endeksi, FEV1, dispne, egzersiz kapasitesi, yaş, cinsiyet, sigara içme durumları, alevlenme sıklığı gibi çok boyutlu faktörle tespit edilmektedir [62].

2.6. KOAH'IN TEDAVİSİ

KOAH tedavisinde farmakolojik (aşılama, ilaç tedavisi) ve farmakolojik olmayan (sigaranın bırakılması, mesleki maruziyetin önlenmesi, iç ve dış ortam kirliliğinin önlenmesi fiziksel aktivite, pulmoner rehabilitasyonun) yöntemler kullanılmaktadır [27, 60, 63].

2.6.1. KOAH Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Sigara Kullanımının Önlenmesi ve Bırakılması: Ülkemizde KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada, KOAH'ın genç bireylerde beklenilenden daha yüksek olduğu, Türkiye'de KOAH hastalarının %59'unun 45-65 yaş aralığında olduğu, bu hastaların %63.5'inin hastalığın sigara içme sonucu ortaya çıktığının farkında oldukları belirtilmiştir [64]. Bu nedenle KOAH'tan korunmada ve KOAH tanısı konan hastalarda hastalığın ilerleyişini engellemede en etkili yöntemlerden biri sigarayı bıraktırma [65].

İç-Dış Ortam Hava Kirliliğinin Önlenmesi: KOAH hastalarında hava kirliliğinin acil servise başvuruyu ve hastaneye yatışları arttırdığı belirtilmiştir. Özellikle kış aylarında hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir [66]. KOAH'lı hastalara özellikle hava kirliliğinin yoğun olmadığı saatlerde dışarı çıkması, spreylerden, tozlu ortamlardan uzak durması, bulunabileceği her ortamda irritasyona neden olacak kirliliği

değerlendirebilme konusunda eğitim verilmeli ve gerekli önlemleri alabilmesi konusunda önerilerde bulunarak destek olunmalıdır. Hastaya özellikle bulunduğu ortamın nem oranının %40-50 arasında olmasının önemli olduğu belirtilmelidir [63, 66].

Mesleki Maruziyetin Önlenmesi: Bazı tozlar (baryum, kalay, demir gibi) akciğerlerde fibrojenik reaksiyona neden olmazken diğer tozlar çeşitli inflamatuvar yanıtla yol açabilir. Özellikle kömür tozları KOAH'ında dahil olduğu birçok solunum sistemi hastalıklarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Literatür taramalarında yayınlanan tüm KOAH vakalarının yaklaşık %15'inin mesleki maruziyet sonucu olduğu belirtilmiştir. Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada mesleksel olarak kimyasal maddelere, duman ve toza maruziyetin 40 yaş üstü bireylerde KOAH prevalansı arttırdığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda mesleki maruziyetin KOAH hastalarında morbiditeyi önemli oranda etkilediği görülmektedir. Bu nedenle iş yerlerinde zararlı maddelere maruziyetin azaltılması konusunda işyerlerinin düzenli aralıklarla kontrol edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir [44, 45, 67].

Düzenli Fiziksel Aktivite: KOAH hava yolu akımının kısıtlanmasına, egzersiz sırasında hiperinflasyon gelişimine ve nefes darlığının oluşumuna neden olmaktadır. Hastalarda nefes darlığı fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyi yetersiz olan hastalarda KOAH oranının %75 olduğu ve hastalığın şiddeti arttıkça bu oranın daha arttığı görülmektedir. KOAH hastalarının özellikle dispne ve yorgunluğa bağlı olarak beslenme, bireysel hijyen, giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlandıkları görülmektedir. Bu nedenle solunum sistemi hastalığı olan bireylerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için haftada en az beş gün 30 dakikalık hafif tempoda yürüyüş tavsiye edilmektedir [60, 68].

KOAH'ta Pulmoner Rehabilitasyon: Pulmoner reabilitasyon KOAH hastalarının yaşadığı semptomları azaltmak, psikolojik ve fonksiyonel durumlarını iyileştirmek, günlük yaşama katılımlarını arttırmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla uygulanan kişiye özel bir tedavi yaklaşımıdır. Pulmoner rehabilitasyonun içeriği, kişiye özel egzersiz programını, KOAH ve tedavisi konusunda hasta ve ailesinin eğitimini, nefes darlığıyla baş edebilme yöntemlerini, beslenme, kişisel bakım ve hastanın bakımına aktif katılımının sağlanması gibi konuları kapsamalıdır [63]. Pulmoner reabilitasyon tedavisi

alan hastalarda sağlık durumunun, fonksiyonel kapasitenin ve solunum kaslarının olumlu yönde geliştiği belirtilmiştir [69].

KOAH'ta Oksijen Tedavisi: Oksijen tedavisi, kronik solunum yetmezliği olan hastalarda özellikle de KOAH hastalarında hipoksemi ve dispne gibi semtomları azaltmak ve önlemek için kişinin bulunduğu ortamdaki havada bulunan oksijen konsantrasyonundan daha fazla yoğunlukta oksijenin uygulandığı tedavi yöntemidir [70, 71, 72]. Özellikle uzun süreli oksijen tedavisinde hemşirelerin, tedavi süresini, verilmesi gereken akım hızını, hastaların gereksinim duyduğu bakımı ve bu süreçte oluşabilecek komplikasyonları değerlendirip gerekli önlemleri alması önemli rol ve yükümlülükleri arasındadır [63, 73].

2.6.2. KOAH Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler

KOAH tedavisinde; bronkodilatörler, kortikosteroidler (sistemik kortikosteroidler, inhaler kortikosteroidler), fosfodiesteraz-4 inhibitörleri gibi ilaç grupları kullanılmaktadır [60].

Bronkodilatörler: Bronkodilatörler etki mekanizmalarına göre beta-2 agonistler ve antikolinerjikler, metilksantinler olarak gruplara ayrılmaktadır. KOAH'ta septomatik tedavinini temelini bronkodilatör ilaçlar oluşturur. Bronkodilatörler KOAH'lı bireylerin bronş düz kaslarında gevşeme, hava akımında artış ve solunum sıkıntısı gibi yakınmalarında düzelme sağlar [61,74].

Kortikosteroidler (sistemik kortikosteroidler, inhaler kortikosteroidler): Sistemik kortikosteroidlerin KOAH hastalarında yan etki riski nedeniyle alevlenme dönemi dışında kullanımı önerilmemektedir [61]. İnhaler kortikosteroidlerin genellikle alevlenme öyküsü olan KOAH hastaları için bir uzun etkili beta-2 agonistle (LABA) birlikte kullanımı tavsiye edilmektedir [75]. LABA ile inhaler kortikosteroid (İKS) kombinasyonu alevlenme frekansını azaltmaktadır [76].

Kılavuzlar, FEV1 değerini beklenenin %50'sinden az olması ve bireyin son 1 yıl içerisinde alevlenmelerin artması durumunda uzun etkili bronkodilatörlere inhaler kortikosteroid eklenmesini önermektedir [77].

Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri: Fosfodiesteraz inhibitörlerin düşük dozlarda antiinflamatuvar etkisiyle KOAH alevlenmeleri sayısında azalma ve solunum fonksiyonlarında iyileşme sağladığı belirtilmektedir. Selektif fosfodiesteraz inhibitörleri olan Roflumilast kullanan KOAH'lı bireylerin alevlenmelerinde %14.3'e kadar azalma olduğu belirtilmiştir [76,74].

Mukolitikler: Bronşit vakalarında sık alevlenme dönemlerinde mukusun daha kolay ekspektorasyonu için N-asetilsisteinin (Erdostoin, Karbosistein veya Nacetylcysteine) kullanılmaktadır [75,76].

Antibiyotikler: KOAH'ta enfeksiyöz alevlenmelerin tedavisinde kullanılır [75, 78].

Aşılama: KOAH'lı hastalara pnömoni ve influenza aşısı yaptırılması tavsiye edilmektedir [63].

KOAH alevlenmelerinin kontrol altına alınmasında ilaçların doğru bir şekilde uygulanmaları önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin inhaler ilaç uygulamalarını bilmesi, inhaler ilaç uygulamaları sırasında hastaları gözlememesi ve ilaçların doğru kullanımı konusunda hastaları bilgilendirmeleri gerekmektedir [79].

2.7. KOAH'TA HEMŞİRELİK BAKIMI

KOAH, hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak önemli düzeyde etkilenmektedir [26]. KOAH hastalarında kronik öksürük, balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı ve solunum yolu enfeksiyonlarının artması gibi semptomlarla birlikte konjestif kalp yetmezliği, kemiklerin kırılabilirliği, kas zayıflığı, malnütrisyon, kilo kaybı, bilişsel işlev bozukluğu, yorgunluk ve depresyon, gibi semptomlarda eşlik edebilmektedir [80]. Ayrıca KOAH'ın ilerleyen evrelerinde hastalar sosyal izolasyon ve aile içi rollerin değişimi gibi olumsuzluklarda yaşayabilmektedir. KOAH hastalarını olumsuz etkileyen en önemli semptomlardan biri yorgunluktur. Yorgunluk yaşayan KOAH'lı bireyler hem yorgunluğunu hemde yaşadığı nefes darlığını azaltabilmek için aktivitelerini sınırlandırabilmektedir. Bu durumda bireyleri başkalarına bağımlı duruma getirmektedir [26]. KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun değerlendirildiği bir çalışmada hastaların en çok etkilenen günlük yaşam aktivitelerinin sırasıyla; solunum, güvenli çevrenin devamlılığı, vücut sıcaklığının kontrolü, çalışma ve uğraş, hareket ve uyku olduğu bildirilmiştir [81]. KOAH'lı hastaların solunum gücünü

başarılı bir şekilde yönetmede izleyecekleri adımları öğretmek baş etmeyi kolaylaştırma ve günlük yaşam aktivitesini yerine getirirken bağımsızlıklarını en üst düzeye çıkarmada etkin ve bireysel bakım büyük önem taşımaktadır [82]. KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi tedavi ve bakımın kalitesinin yükseltecek ve hastaların bakım verenlere bağımlılık düzeylerini azaltacaktır. Hemşireler hastaları bütüncül olarak değerlendirmeli ve değerlendirme sonucunda hastanın gereksinimine göre uygun bakımı planlamalıdır. Hastaların hava yolu temizliğini sağlama ve sürdürme, solunumu rahatlatma, solunum fonksiyon testini değerlendirme, odasının uygun ısıda, nem oranında olması ve havalandırılması, sekresyonların atılması için purselips, diyafragmatik solunum ve öksürük egzersizleri konusunda eğitim ve uygulamanın sağlanması, aktivite toleransı ve baş etme yeteneğini arttırma, hastaların optimal düzeyde kendi bakımını yönetmesi konusunda hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve sürdürülmesi çok önemlidir [26, 63]. KOAH'lı bireylerin klinik sonucunu yaşları, akciğer fonksiyonları, nefes alabilme durumları (mMRC skorları) ve öz bakım gücü bileşenleri belirlemektedir. Bu bileşenler bireylerin emosyonel durumlarında önemli oranda etkilemektedir. Bireylerin emosyonel durumlarında yaşam kalitesine yansımaktadır [7].

2.8. SOSYAL DESTEK VE KOAH HASTALARINDA SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ

Sosyal destek; bireyin ait olma, takdir edilme, sevgi ve kendini gerçekleştirme gibi gereksinimlerinin ailesi ve arkadaşları gibi başka bireylerle kurduğu etkileşim sonucunda karşılanması ve güç durumlarda ya da stres altında eş, aile, arkadaşları veya profesyonel danışmanlar gibi çevresindeki bireyler tarafından maddi ve manevi desteğin sağlanmasıdır [5, 83]. Sosyal destek türlerinin literatür taramalarında duygusal, araçsal, bilgi, eşlik etme/beraberlik ve değerlendirme desteği gibi bileşenlerden oluştuğu görülmektedir. Hastalarda, duygusal, araçsal, bilgi, eşlik etme/beraberlik ve değerlendirme destekleri gibi bileşenler çok önemlidir [84, 85, 86].

Duygusal Destek: Güç ve stresli bir durumla karşılaşan bireyin bu durumla duygusal olarak baş edebilmesine ve dayanma gücünün artmasına yardımcı olur. Özellikle

hastalarda güven verme, saygı, endişelenme gibi konularda duygusal destek veren aile üyeleridir.

Araçsal Destek: Bireye yapmakla yükümlü olduğu rol ve sorumluluklarında ihtiyaç duyduğu somut yardımın sağlanmasıdır. Bireye para, zaman, emek gibi kaynaklar, bireyin saygınlığını artıracak bireye sunulabilecek en önemli araçsal desteklerdir.

Bilgi Desteği: Kişiyi hastalık ve tedavi sürecindeki sorunlarını çözebilme ve hastalığı yönetebilme konusunda çevresindeki deneyimli bireyler tarafından bilgi desteğinin sağlanmasıdır.

Eşlik Etme/Beraberlik Desteği: Bireyin boş vakitlerinde veya yapacağı işlerde kendine çevresinde kendine eşlik edecek bireylerin var olduğu algısı olarak tanımlanmaktadır [87].

Değerleme Desteği: Öğrenme sürecinde bireye performansı, özellikle yapabildikleri konusunda geri bildirimde bulunularak desteğin sağlanmasıdır [86].

Algılanan sosyal destek “bireyin sosyal destek kaynakları tarafından sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum” olarak tanımlanmaktadır [88]. Hastalar için aileleri tarafından korunduklarını bilmek büyük önem taşır; hastaların destek ağlarının yanında olması kendilerine cesaret verir, umudunu sürdürmesini sağlar, hastalığı ile baş edebilmesine yardımcı olur [18]. Sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının tedavi ve rehabilitasyon sürecini olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği, sosyal izolasyonu azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının daha sık ve daha şiddetli yaşanmasına, hastalık süresinin uzamasına, kronik hastalığa uyumun zorlaşmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açtığı belirtilmektedir [5, 88]. KOAH’ta yaşanan semptomların neden olduğu sınırlılık, hastalığın şiddeti, hastanın başka kronik hastalığa sahip olup olmaması, yaşı ve ekonomik durumuna bağlı olarak bireylerin sosyal iletişimlerini sınırlandırmakta ve çevresindeki kişilerle ilişkileri azalmaktadır [5]. Yalnızlık duygusu yaşayan hastaların yardım alma, anlaşılma gibi sosyal destek ihtiyaçları artmaktadır [5, 89]. KOAH’lı hastalar yaşadıkları dispne nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri sınırlandırabilmekte, aile ve toplum içerisinde rollerini yerini getirememekte, hastalıkla kendi kendine baş edebilme konusunda

güvenini yitirmekte ve zamanla bir başkasına bağımlı hale gelmektedir. Bu durumda bireylerde sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir [26, 30]. KOAH hastaları özellikle ileri düzeyde yaşamış oldukları solunum sıkıntısıyla baş etme konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadır [90]. Bu yüzden hasta yakınları ve sağlık ekibi üyelerine hastalık ve tedavi sürecinde önemli sorumluluklar düşmektedir [91]. Hastaların çoğunluğunun hastalığın seyri boyunca tanı, tedavi seçenekleri, hastalığın komplikasyonları ve bakım süreci gibi temel konularda zamanında ve doğru bilgi alma gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Özellikle bu konularda bilgi desteğinin sağlanması hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasındadır. Hemşireler hastaların sosyal destek düzeylerinin yeterli olup olmadığını sorgulamalı ve yetersiz olduğu durumlarda, nedenlerini araştırmalı, gereksinim duydukları sosyal desteği alabilmelerine yardımcı olabilecek danışmanlığı sağlamalıdır [84, 85].

KOAH'lı hastalarda hastalık sürecinin ilerlemesiyle sosyal ağdaki birey sayısı azalmakta ve hastaların sosyal destek gereksinimi daha çok aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır [5]. KOAH hastalığı olan bireylerde hastalığın başarılı yönetiminde ve yaşanan psikolojik sorunların çözümlenmesinde önemli bir faktör olan sosyal destek konusunda literatürde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Sosyal destek düzeyi yetersiz olan KOAH hastalarında hastane yatış sayılarının ve depresyon belirtilerinin arttığı belirtilmiştir [2, 89]. Palyatif bakım gören KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin bakımın başarısını önemli oranda arttırdığı belirlenmiştir [92]. Sosyal destek düzeyi yüksek olan KOAH hastalarında hastaneye yatışların azaldığı, alevlenmelerin azaldığı, sağlık durumunun iyileştiği, hastalığı yönetebilme davranışlarının geliştiği, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığı belirtilmiştir [15, 93]. Sosyal destek düzeyi yüksek olan KOAH hastalarının yaşamdan memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [94].

KOAH hastalarında yapılan bazı çalışmalarda aile üyelerinin yardımı ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır [24, 25]. Kalp, diyabet ve böbrek yetmezliği gibi kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada sosyal destek düzeyi yeterli bireylerin özbakım davranışlarını yerine getirebilme konusunda daha başarılı olduğu belirlenmiştir [95, 96]. Yapılan farklı bir çalışmada sosyal destek düzeyi iyi olan hastaların fiziksel fonksiyonlarının yüksek olduğu, sigara içme durumlarının daha

düşük olduğu saptanmıştır [97]. Disler ve arkadaşları; hastaların fiziksel, psikolojik, varoluşsal ve sosyal faktörlerinin öz bakım davranışlarını etkilediğini ve özellikle sosyal destek ağlarının öz bakım gücünü arttırdığını belirtmiştir [16].

2.9. ÖZ BAKIM VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

Bireyler yaşamlarında özellikle sağlık problemleriyle karşılaştıkları dönemde kendi bakımlarını idame ettirebilmek için kısmen veya tamamen desteğe gereksinim duymakta ve öz bakım öncelikli bir problem haline gelmektedir [98]. Öz bakım teorisi; öz bakım, öz bakım gücü, öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır [99]. Öz bakım kuramı, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için öz bakımın gerekliliğini açıklamaktadır [100].

Öz Bakım: Bireylerin hayatlarının belirli dönemlerinde karşılaştıkları durumlara karşı uygulayabileceği sürekli fiziksel, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve sosyal gelişmeleri ve fonksiyonları kapsamaktadır [100]. Öz bakım kişilerin yaşamlarını, sağlıklarını, iyi olma durumlarını sürdürebilmeleri için yapmak zorunda oldukları tüm faaliyetler ve kendi değerler örüntüsünde sergilediği davranış ve becerilerdir. Orem'e göre öz bakım bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik hallerini korumak için sürekli, kontrollü, etkili ve amaçlı davranışlarının, eğitim, yaşam ve sağlık deneyimleri ile olgunlaşmasıyla kendi kendisine temel insani gereksinimleri karşılama olarak tanımlanmaktadır [90, 101, 102]. Bireyler öz bakımda kendini eğitmeli, geliştirmeli ve ihtiyacı olduğu an düzenli yapabilmelidir [101].

Öz Bakım Gücü: Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kişilerin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerin birleşimidir [103]. Öz bakım gücü bireyin sağlığını sürdürmek için kendisiyle ilgili aktiviteleri yapma yeteneğidir [104]. Her bireyde farklı seviyelerde bulunan öz bakım gücü; sosyodemografik özelliklerden, aile, inanç, kültürel etkenler, bilgi düzeyi ve sağlık ekibi üyelerinin desteği gibi faktörlerden etkilenebilmektedir [105, 106]. Bu nedenle Orem bireylere öz bakım gücünü kazandırabilmenin zor bir süreç olduğunu belirtmiştir [101]. Bireyler sağlıkla ilgili davranışlarında sorumluluklarını yerine getiremediğinde öz bakım yetersizliği ortaya çıkar. Öz bakım eksikliği, bireyin sınırlılıkları nedeniyle öz bakımını yapamayacak duruma gelmesidir. Öz bakımı yetersiz olan bireyler yaşamlarını sağlıklı bir şekilde

idame ettiremeyerek ciddi sorunlarla karşılaşacaktır [102, 107]. Öz bakımı gücü daha iyi olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [103]. Öz bakımı yeterli olan bireylerin kronik hastalık tedavi ve bakım yönetiminde daha başarılı olduğu bilinmektedir [108].

Öz Bakım Gereksinimleri: Orem kuramında öz bakım gereksinimlerini;

1. Evrensel öz bakım gereksinimleri
2. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri
3. Sağlıktan sapma durumlarında öz bakım gereksinimi olmak üzere 3 düzeyde tanımlanmaktadır [100, 109].

1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin olan yeterli hava, su, beslenme ihtiyaçlarının sürdürülmesi; boşaltım ve dışkılama ile ilgili bakımının sağlanması; aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim gibi günlük yaşam aktiviteleri düzenli ve sürekli yerine getirebilmesi, sağlığını koruyabilmesi ve geliştirebilmesi gibi temel istek ve gereksinimleri kapsar.

2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Kişinin büyüme ve gelişme aşamalarında (bebeklik dönemi, adölesan dönemi, yaşlılık dönemi, gebelik dönemi gibi) ihtiyaç duyduğu gereksinimleri ifade eder.

3. Sağlıktan Sapma Durumlarında Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin herhangi bir sağlık sorunuyla karşı karşıya geldiğinde yerine getiremediği gereksinimleri ile hastalıktan kaynaklanan yeni gereksinimleri kapsar. Bireyin sağlık durum bozulduğunda gereksinimlerini karşılayamayarak hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar.

İlk olarak 1956 yılında öz bakımın geliştirilmesinde hemşirelerin önemli rolü olduğu Orem tarafından ortaya konulmuştur [99].

Orem'e göre hemşireliğin uygulama alanı; insanın sağlığını sürdürebilmesi, hastalık ve engelliliği önleme, engellilik ve hastalık sürecinde ortaya çıkan stresörlerle başetmede yani bireysel bakımda yükümlülükleri yerine getirebilmekte duyduğu gereksinimlerde yoğunlaşır. Kuramcıya göre hemşire hasta ve aile üyeleriyle etkili bir etkileşimde

bulunarak hastanın bakımına katılımını sağlamalı, hastalarının sağlıklarını sŸrdŸrmek, yaşam kalitelerini yŸkseltmek ve psikolojik iyilik hallerinin sŸrdŸrŸlmesi adına Ÿz bakım uygulamalarına hassasiyet gŸstererek hastanın psikolojik ve sosyal uyum sŸrecine destek vererek ve her hastayla yeterli vakit geçirerek hastanın Ÿz bakım gŸcŸnŸ arttırmayı hedeflemelidir. Hemşireler uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti sunarak bireylere Ÿz bakım becerisi kazandırarak ve Ÿz bakım gŸcŸnŸn gelişmesini sağlayıcı bir evre oluşturarak bireylerin sınırlılıklarının Ÿstesinden gelmesini sağlamalıdır [98, 100, 102, 105, 110, 111].

2.10. KOAH VE ŸZ BAKIM

KOAH'lı bireylerin kendi bakımıyla ilgili zamanında ve doğru kararlar verebilme yeterliliğine ulaşmış olması gerekir [112]. KOAH'lı bireylerde Ÿz bakım aktiviteleri ve stratejileri; alevlenmeler, gŸnlŸk yaşam aktivite sınırlamaları, uyku ve solunum problemlerinin de dahil olduğu hastalığın fiziksel sonuçlarının yŸnetimi, kontrolŸ ve engellenmesini gŸzetken uygulamalardır. KOAH'lı bireyler hastalığın neden olduğu sınırlılıklar nedeniyle anksiyete, depresyon gibi duygusal sorunlar yaşayabilmektedir. KOAH'ın neden olduğu duygusal sorunların Ÿstesinden gelinmesinde bireylerin Ÿz bakım becerilerinin geliştirilmesi ve sŸrdŸrŸlmesi çok önemlidir. KOAH'lı bireylerin Ÿz bakım gŸcŸnŸn yŸksek olması yaşam kalitesini arttırmakta, dispneyi ve tekrarlı hastaneye yatışları azaltmaktadır [7, 106, 113]. Uluslararası kılavuzlarda KOAH'ı yŸnetmek için Ÿz bakım yŸnetim programları KOAH'ın tedavisinde en önemli basamaklardan biri olarak gŸrŸlmektedir. Bu nedenle Ÿz bakım yŸnetimi KOAH ile yaşamanın önemli parçasıdır. KOAH ve eşlik eden kronik hastalıkların başarılı bir şekilde yŸnetiminde de Ÿz bakım davranışlarının benimsenmesi KOAH'lı bireylerin ve aile Ÿyelerinin ncelikli olarak sorumluluklarındandır. Ÿz bakım yŸnetiminin hastalara kazandırılması sağlık sisteminin verimliliği ve etkinliği açısından gereklidir [112]. Ÿzellikle KOAH hastalarının etkin bir şekilde Ÿz bakım yeterliliği kazanabilmeleri için sağlık ekibi Ÿyeleri tarafından gerekli beceri, ŸzgŸven ve bilgi desteğinin sağlanması çok önemlidir [49]. KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmalarda ise Ÿz bakım yŸnetiminin oldukça yetersiz oldukları belirlenmiştir [114, 115]. Ayrıca son yıllarda yapılan bir çalışmada Ÿz bakım yŸnetiminde desteklenen hastalarda KOAH'la yaşamanın daha kolay olduğu belirlenmiştir [112]. Ÿz bakım davranışlarının benimsenmesinde bilgilendirme, fiziksel ortam (hava kalitesi,

mobilizasyona yardım) ve sosyal desteğin önemli bir faktör olduğu düşünölmektedir [90]. KOAH'lı bireylerin yaşadıkları semptomlar nedeniyle sosyal ve aile yaşantısı olumsuz etkilenmektedir. Hastaların sosyal yaşamlarındaki olumsuz etkilenmeyi azaltmak için öz bakım becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir [106]. Ayrıca öz bakımın sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. [116].



BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aksaray il sınırları içerisinde bulunan Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Göğüs hastalıkları I ve Göğüs hastalıkları II kliniklerinde KOAH tanısıyla takip edilen hastalarla yapılmıştır. Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 400 yataklı olup, göğüs hastalıkları klinikleri hastanenin beşinci katında bulunmaktadır. Göğüs hastalıkları I kliniği; çift kişilik ve bir adet süit oda olmak üzere toplam 27 yataklı olup, klinikte bir kat sekreteri ve nöbet usulü çalışan 10 hemşire görev yapmaktadır. Göğüs hastalıkları II kliniği çift kişilik on iki oda olmak üzere toplam 24 yataklı olup, klinikte bir kat sekreteri ve nöbet usulü çalışan 8 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerde hastalara göğüs hastalıkları uzmanı 3 hekim ile hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kasım 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları I ve II kliniklerinde KOAH tanısıyla takip edilen hastalar oluşturmuştur. Kasım 2018-Mart 2019 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 200 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü post hoc güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen ve bireylerin öz bakım gücü puanı üzerine dokuz bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen çoklu regresyon analizinde elde edilen R^2 : 0.62 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programını kullanılarak yapılan güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : 1.63 (büyük/geniş etki) ve güç 1.00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ İletişim sorunu olmayan,
- ✓ En az 1 yıldır KOAH tanısı almış olan,
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- ✓ Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler örnekleme dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Hasta Tanıtım Formu (EK-1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2), ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür [5, 7, 20, 24, 97, 117, 118] taranarak oluşturulan hasta tanıtım formu, bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ve hastalık özelliklerine ilişkin toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir [119]. Ülkemizde Eker ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [120]. Toplam 12 maddeden oluşan ölçeğin, sosyal desteğin kaynağına ilişkin her biri 4 maddeden oluşan 3 alt grubu (aile, arkadaş, özel bir insan) vardır. Maddelerin değerlendirilmesi 7 aralıklı ölçekle yapılmaktadır. Alt grupların her birinde yer alan 4 maddenin toplanmasıyla o alt gruba ilişkin puan ve bütün alt ölçek puanlarının toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12-84 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin bütünü için 0.89, aile alt boyutunda 0.85, arkadaş alt boyutunda 0.88, özel bir insan alt boyutunda 0.92 olarak tespit edilmiştir [120]. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı bütün ölçek için 0.92,

aile desteği alt boyutunda 0.98, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği alt boyutlarında 0.96 olarak bulunmuştur.

3.5.1.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-3)

Ölçek bireylerin kendi kendine bakma ya da öz bakım gücü düzeylerini belirlemek amacıyla 43 madde olarak 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiştir [121]. Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Nahcivan tarafından 1993 yılında yapılmış ve 35 madde olarak düzenlenmiştir [117]. Ölçek 5'li likert tipi bir ölçek olup, her bir ifadeye 0'dan 4'e kadar puan verilmektedir (beni hiç tanımlamıyor-0, beni pek tanımlamıyor-1, fikrim yok-2, beni biraz tanımlıyor-3, beni çok tanımlıyor-4). Ölçeğin 8 maddesi (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters çevrilerek yapılır. Ölçekten maksimum 140 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireylerin öz bakım gücünde yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0.92 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

3.5.2. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları kliniklerinde KOAH tanısıyla izlenen ve araştırma kriterlerine uyan 10 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulamadan sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izni alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak bireylerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Hastalara veri toplama formlarının uygulaması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Anket formları; vizit, tedavi ve yemek saatleri dışında hastaların odasında 08:00-16:00 saatleri arasında uygulanmıştır.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (22.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis değerleri ile değerlendirilmiş, ÇBASDÖ aile alt boyut puanının Skewness: -2.82, Kurtosis: 7.83 değerlerine göre normal dağılıma sahip olmadığı, diğer değişkenlerin Skewnes: -0,37 ile 1,32 arası, Kurtosis -1.15 ile 0.30 değerlerine göre normal dağılıma sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılmasında gruplardaki örneklem sayısına göre iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu olan değişkenlerde Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi) ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD testi) kullanılmıştır. Öz-bakım gücü ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasındaki ilişki normal dağılım özelliğine göre Spearman korelasyon analizi ve Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Primer analizlerde öz bakım gücü puanına etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenler: Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş gibi sosyo-demografik özellikleri, KOAH tanı süresi, hastalığın evresi, ilaçlarını düzenli kullanma, KOAH'ın yaşamını etkileme düzeyi, sağlığını değerlendirmesi gibi hastalık ve sağlık özellikleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları

Araştırmanın Bağımlı Değişkenler: Araştırma kapsamına alınan hastaların öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (Karar no: 2018.12.146.) (EK-5) ve Aksaray İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-6) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları sözlü ve yazılı (EK-4) olarak alınmıştır.



BÖLÜM 4

BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	<i>n=200</i>	%
Yaş grupları		
65 yaş altı	63	31.5
65-74 yaş	83	41.5
75 yaş ve üzeri	54	27.0
Yaş ortalaması (X±SS)	69.10±9.30	
Cinsiyet		
Kadın	54	27.0
Erkek	146	73.0
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	63	31.5
Okuryazar	26	13.0
≥ İlköğretim	111	55.5
Medeni durum		
Evli	154	77.0
Bekar	46	23.0
Aile tipi		
Çekirdek aile	184	92.0
Geniş aile	16	8.0
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	17	8.5
Eş	89	44.5
Eş ve çocuk	61	30.5
Çocuklar	30	15.0
Diğer (Huzurevi: 1, Kardeş: 1, Torun: 1)	3	1.5
Meslek		
Ev hanımı	53	26.5
İşçi	7	3.5
Memur	1	.5
Emekli	80	40.0
Serbest meslek	33	16.5
Çiftçi	18	9.0
Diğer(esnaf, şoför)	8	4.0
Halen bir işte çalışma durumu		
Çalışmıyor	193	96.5
Çalışıyor	7	3.5
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	151	75.5
Geliri giderine eşit	49	24.5
Yaşadığı yer		
İl merkezi	86	43.0
İlçe	11	5.5
Kasaba	20	10.0
Köy	83	41.5

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

Özellikler	<i>n=200</i>	%
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	54	27.0
Bıraktım	116	58.0
İçiyorum	30	15.0
Sigara dumanına maruz kalma durumu		
Evet	55	27.5
Hayır	145	72.5
Alkol kullanma durumu		
Kullanmadım	150	75.0
Kullandım/kullanıyorum	50	25.0
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
Zayıf (< 18.49 kg/m ²)	12	6.0
Normal (18.5 - 24.99 kg/m ²)	105	52.5
Fazla kilolu (25 - 29.99 kg/m ²)	46	23.0
Obez (≥ 30 kg/m ²)	37	18.5
BKİ (X±SS)	25.81±6.86	

Tablo 4.1.'de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %41.5'inin 65-74 yaş aralığında olduğu, %73.0'ının erkek, %55.5'inin ilköğretim mezunu, %77.0'ının evli, %92.0'ının aile tipinin çekirdek aile olduğu ve %44.5'inin eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Bireylerin %96.5'inin halen bir işte çalışmadığı, %40.0'ının emekli ve %75.5'inin gelirinin giderinden az olduğu, %43.0'ının il merkezinde yaşadığı, %58.0'ının sigarayı bıraktığı, %72.5'inin sigara dumanına maruz kalmadığı, %75.0'ının alkol kullanmadığı, %52.5'inin BKİ'sinin normal aralıkta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n=200	%
KOAH tanı süresi		
1-5 yıl	44	22.0
6-10 yıl	61	30.5
11-15 yıl	33	16.5
≥ 16 yıl	62	31.0
Son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma sayısı		
1-2 kez	95	47.5
≥ 3 kez	105	52.5
Hastalığın evresi		
Evre 1-2	52	26.0
Evre 3	98	49.0
Evre 4	50	25.0
İlaçlarını düzenli kullanma durumu		
Kullanan	147	73.5
Kullanmayan	53	26.5
KOAH için kullanılan ilaçlar*		
Bronkodilatörler	193	96.5
Kortikosteroidler	171	85.5
Fosfodiesteraz- 4 inhibitörler	53	26.5
Mukolitikler	100	50.0
Antibiotikler	105	52.5
KOAH için kullanılan ilaçların yan etki yapma durumu		
Hayır	148	74.0
Evet	52	26.0
Gelişen yan etkiler*		
Ses kısıklığı	25	12.5
Stomatit	41	20.5
Taşikardi	5	2.5
Baş ağrısı	2	1.0
Ağızda kuruluk	28	14.0
Evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz kullanma durumu		
Yardımcı cihaz kullanmıyor	16	8.0
Yardımcı cihaz kullanıyor	184	92.0
Yardımcı cihazlar*		
Nebulizatör	180	90.0
BPAP/CPAP	57	28.5
Oksijen konsantratörü	130	65.0
Evde uzun süreli oksijen tedavisi alma durumu		
Evet	130	65.0
Hayır	70	35.0
KOAH hakkında eğitim alma durumu		
Alan	150	75.0
Almayan	50	25.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı
(devamı)

Özellikler	n=200	%
Günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma durumu		
Evet	143	71.5
Hayır	57	28.5
Günlük yaşantıda yardımcı olan kişiler*		
Eşi	135	67.5
Çocuğu	99	49.5
Komşuları	5	2.5
Akrabaları	7	3.5
Anne	1	0.5
Hasta bakıcı	1	0.5
KOAH'ın yaşamını etkileme düzeyi		
Düşük/Orta düzeyde	36	18.0
Yüksek düzeyde	164	82.0
KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu		
Var	92	46.0
Yok	108	54.0
Diğer kronik hastalık*		
Hipertansiyon	61	30.5
Diyabet	41	20.5
Böbrek yetmezliği	3	1.5
Kalp yetmezliği	37	18.5
Hiperlipidemi	5	2.5
Guatr	6	3.0
Migren	1	0.5
Sağlığını değerlendirmesi		
İyi	66	33.0
Orta	63	31.5
Kötü	71	35.5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.'de bireylerin hastalık ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %31.0'nun 16 yıldan daha fazla süredir KOAH hastası olduğu, %52.5'inin son 1 yılda 3 veya daha fazla defa hastaneye yattığı, %49.0'nun KOAH'ın 3. evresinde olduğu, %73.5'inin ilaçlarının düzenli kullandığı, %74.0'ında ilaç kullanımına bağlı yan etki gelişmediği, %92.0'nun evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz kullandığı, %65.0'nun evde uzun süreli oksijen tedavisi aldığı saptanmıştır. Bireylerin %75.0'ı KOAH hakkında eğitim aldığını, %71.5'i günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyduğunu, %67.5'i kendilerine eşlerinin yardım ettiğini, %82.0'ı KOAH'ın yaşamlarını yüksek düzeyde etkilediğini ifade

etmiştir. Bireylerin %54.0'ında KOAH dışında başka bir kronik hastalık bulunmadığı, KOAH dışında kronik hastalığa olan bireylerin %30.5'inin hipertansiyon hastası olduğu ve %35.5'inin sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutlar	Min – Maks	$\bar{x} \pm SS$
ÖBGÖ	56-136	103.82±19.41
ÇBASDÖ–Toplam Puan	12-84	47.65±17.78
ÇBASDÖ Alt Boyutları		
1. Aile	4-28	25.62±5.74
2. Arkadaşlar	4-28	9.59±7.95
3. Özel bir insan	4-28	12.45±9.07

Tablo 4.3.'de hastaların öz bakım gücü ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Hastaların öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalaması 103.82 ±19.41 olarak belirlenmiştir. Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 47.65±17.78 olup, ölçeğin aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyut toplam puan ortalamaları sırasıyla 25.62±5.74, 9.59±7.95, 12.45±9.07 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 200)

Özellikler	n	ÖBGÖ $\bar{X} \pm SS$	Test	P
Yaş grupları				
65 yaş altı ^a	63	98.30±20.02	F: 3.837	0.023 (a < b)
65-74 yaş ^b	83	106.12±17.69		
75 yaş ve üzeri ^b	54	106.72±20.24		
Cinsiyet				
Kadın	54	95.31±18.43	t: 3.900	0.000
Erkek	146	106.97±18.87		
Eğitim durumu				
Mezuniyet/egitimi yok	89	98.31±18.06	t: 3.704	0.000
≥ İlköğretim	111	108.23±19.41		
Medeni durum				
Bekar	46	96.37±20.98	t: 3.026	0.003
Evli	154	106.05±18.42		
Aile tipi				
Parçalanmış aile/yalnız ^a	20	90.75±23.23	KW: 10.105	0.006 (a < b)
Çekirdek aile ^b	164	104.57±18.44		
Geniş aile (1 kişi huzur evi) ^b	16	112.50±17.56		
Birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız	17	95.94±24.51	KW: 6.070	0.108
Eş	89	106.48±19.57		
Eş ve çocuk	61	104.84±17.20		
Çocuklar	30	98.40±19.18		
Diğer*	3	103.00±18.25		
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	193	103.98±19.09	Z: 0.313	0.755
Çalışıyor	7	99.43±28.55		
Gelir durumu				
Gelirim giderimden az	151	100.17±19.45	t: 4.940	0.000
Gelirim giderime eşit	49	115.08±14.44		
Yaşanılan yer				
İl merkezi ^a	86	103.87±18.09	F: 5.920	0.003 (a < b)
İlçe/kasaba ^b	31	113.77±18.72		
Köy ^a	83	100.05±19.88		
Sigara içme durumu				
Hiç içmedim ^a	54	97.33±18.93	F: 14.939	0.000 (a < b)
Bıraktım ^b	116	109.68±17.84		
İçiyorum ^a	30	92.83±18.15		
Sigara dumanına maruz kalma durumu				
Evet	55	97.45±17.72	t: 2.909	0.004
Hayır	145	106.23±19.54		
Alkol kullanma durumu				
Kullanmadım	150	102.67±19.85	t: 1.459	0.146
Kullandım/kullanıyorum	50	107.28±17.79		

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, post hoc Tukey HSD testi.

t: Bağımsız gruplarda t testi

KW: Kruskal Wallis testi, post hoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi.

Z: Mann Whitney U testi

* Huzurevi: 1, kardeş: 1, torun: 1 kişi. Örneklem sayısı az olduğu için analiz dışı bırakıldı

Tablo 4.4'te bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bireylerin yaş grubuna göre öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 65-74 yaş (106.12 ± 17.69) ve 75 yaşından büyük olan bireylerin (106.72 ± 20.24) öz bakım gücü puan ortalamasının 65 yaşından küçük olanlara (98.30 ± 20.02) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Erkeklerin öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamasının (106.97 ± 18.87), kadınlara (95.31 ± 18.43) göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.001$).

İlköğretim mezunu olan bireylerin toplam puan ortalamasının (108.23 ± 19.41) eğitim/mezuniyet olmayanlara (98.31 ± 18.06) göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<.001$). Evli olan bireylerin toplam puan ortalamasının (106.05 ± 18.42), bekar olanlara (96.37 ± 20.98) göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<.01$).

Bireylerin yaşadığı aile tipine göre öz bakım gücü ölçeği puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.01$). İleri analizde, çekirdek aile (104.57 ± 18.44) ve geniş aileye sahip olan bireylerin (112.50 ± 17.56) öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalaması benzer ($p>.05$). olup bu iki grubun toplam puan ortalaması, parçalanmış aileye sahip olanlara (90.75 ± 23.23) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Geliri giderine eşit olan bireylerin öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının (115.08 ± 14.44) geliri giderinden az olanlara (100.17 ± 19.45) göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.001$).

Bireylerin yaşadıkları yere göre öz bakım gücü ölçeği puanlarına bakıldığında, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.01$). İleri analizde, ilçe/kasabada yaşayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının (113.77 ± 18.72) il merkezi (103.87 ± 18.09) ve köyde yaşayanlara (100.05 ± 19.88) göre anlamlı düzeyde

yüksek olduğu ($p<.05$), il ve köyde yaşayan bireyler arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur.

Bireylerin sigara kullanma durumuna göre öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<.001$). Yapılan ileri analizde, sigarayı bırakan bireylerin öz bakım gücü toplam puan ortalamasının (109.68 ± 17.84), hiç sigara içmeyen (97.33 ± 18.93) ve içmekte olanlara (92.83 ± 18.15) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) saptanmıştır.

Sigara dumanına maruz kalmayan bireylerin öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamasının (106.23 ± 19.54), sigara dumanına maruz kalanlara (97.45 ± 17.72) göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<.01$).

Bireylerin birlikte yaşadığı kişilere ve çalışma durumuna göre öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Alkol kullanan (bırakan ve devam eden) bireylerin öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamasının (107.28 ± 17.79), hiç alkol kullanmayanlara (102.67 ± 19.85) göre daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 4.5. Bireylerin Hastalık ve Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 200)

Özellikler	n	ÖBGÖ $\bar{x} \pm SS$	Test	P
KOAH tanı süresi				
1-5 yıl	44	102.52±20.07	F: .522	0.667
6-10 yıl	61	102.61±18.00		
11-15 yıl	33	107.42±17.47		
≥ 16 yıl	62	104.02±21.38		
Son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma sayısı				
1-2 kez	95	103.57±19.98	t: .174	0.862
≥ 3 kez	105	104.05±18.98		
Hastalığın evresi				
Evre 1-2	52	105.60±18.51	F: .370	0.691
Evre 3	98	102.74±20.05		
Evre 4	50	104.08±19.31		
İlaçlarını düzenli kullanma				
Hayır	53	92.49±18.18	t: 5.279	0.000
Evet	147	107.90±18.24		
KOAH için kullanılan ilaçların yan etkisi				
Olmadı	148	105.05±19.28	t: 1.522	0.130
Oldu	52	100.31±19.55		
Evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz varlığı				
Yok	16	103.88±20.57	Z: 0.099	0.921
Var	184	103.82±19.37		
Günlük yaşantınızda yardıma ihtiyaç duyma				
Evet	143	100.73±18.63	t: 3.670	0.000
Hayır	57	111.56±19.35		
KOAH'ın yaşamını etkilemesi				
Düşük/orta düzeyde etkiliyor	36	109.33±21.26	t: 1.894	0.060
Yüksek düzeyde etkiliyor	164	102.61±18.84		
KOAH hakkında eğitim alma durumu				
Evet	150	102.96±19.88	t: 1.086	0.279
Hayır	50	106.40±17.90		
Başka kronik hastalık				
Var	92	104.67±19.85	t: .573	0.567
Yok	108	103.09±19.10		
Sağlığını değerlendirmesi				
Kötü ^a	71	97.90±19.16	F: 8.983	0.000 (a < b)
Orta ^a	63	102.65±19.91		
İyi ^b	66	111.30±16.86		

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi

t: Bağımsız gruplarda t testi

Z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.5'te bireylerin hastalık ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre öz bakım gücü leği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre öz bakım gücü leğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, ilaçlarını düzenli kullanan bireylerin öz bakım gücü leği puan ortalamasının (107.90±18.24) ilaçlarını düzenli kullanmayanlara (92.49±18.18) göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duymayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının (111.56±19.35) yardıma ihtiyaç duyanlara (100.73±18.63) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bireylerin sağlığını değerlendirme durumuna göre öz bakım gücü leğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Yapılan ileri analizde, sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının (111.30±16.86) sağlık durumunu orta düzeyde (102.65±19.91) ve kötü (97.90±19.16) olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Bireylerin KOAH tanı süresi, hastalığın evresi ve son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre öz bakım gücü leği puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Kullandığı ilaçlar nedeniyle yan etki görülmeyen bireylerin öz bakım gücü leği puan ortalamasının (105.05±19.28) yan etki görülenlere (100.31±19.55) göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

KOAH'ın bireyin yaşamını etkileme durumuna göre öz bakım gücü leği puanları değerlendirildiğinde, yaşamı düşük/orta düzeyde etkilenen bireylerin puan ortalamasının (109.33±21.26) yaşamı yüksek düzeyde etkilenenlere (100.73±18.63) göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz kullanma, KOAH hakkında eğitim alma ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre öz bakım gücü leği

puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n: 200)

ÇBASDÖ Ölçeği	Öz-Bakım Gücü Ölçeği	
	r*	P
ÇBASDÖ Toplam Puan	.68	.000
<i>Alt Boyutlar</i>		
1. Aile	.45**	.000
2. Arkadaşlar	.52	.000
3. Özel bir insan	.61	.000

* r: Pearson korelasyon analizi / **r_s:Spearman korelasyon analizi

Bireylerin öz bakım gücü ölçeği puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasındaki ilişki tablo 4.6'da görülmektedir. Tablo incelendiğinde, öz bakım gücü ölçeği puanı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, alt boyutlardan arkadaşlar ve özel bir insan destek puanı arasında güçlü düzeyde, aile destek alt boyut puanı arasında orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<.001$). KOAH olan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanları arttıkça öz bakım gücü puanları da artmaktadır.

Tablo 4.7. KOAH Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 200)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	T	P	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
(Sabit)	7.40	7.99		.926	.356	-8.36	23.16		
ÇBASDÖ toplam puan	.56	.05	.51	10.574	.000	.45	.66	.824	1.213
Sigara kullanma	6.41	1.89	.16	3.385	.001	2.67	10.14	.823	1.215
Günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma	6.38	1.97	.15	3.247	.001	2.50	10.26	.913	1.095
Yaş	5.98	2.04	.14	2.931	.004	1.96	10.01	.799	1.251
Sağlığını değerlendirme	5.54	1.86	.13	2.984	.003	1.88	9.21	.941	1.062
İlaçları düzenli kullanma	5.69	2.05	.13	2.770	.006	1.64	9.75	.874	1.145
Gelir durumu	4.94	2.14	.11	2.303	.022	.71	9.17	.845	1.183
Eğitim durumu	4.20	1.97	.11	2.133	.034	.32	8.08	.752	1.330
Aile tipi	6.09	2.91	.09	2.096	.037	.36	11.82	.945	1.058
R: .80 Adjusted R ² : .62 F: 36.89 p: .000 Durbin Watson: 1.95									

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Bireylerin öz bakım gücü ölçeği puanını primer analizlerde etkilediği belirlenen bağımsız değişkenlerin (16 değişken) etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerden Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ile ölçeğin alt boyutları arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (r: .86 ile .90 arasında, $p < .000$ / Tolerans: ,000, VIF: hesaplanamadı, alt boyutları modelden çıkarıldığında tolerans: 824, VIF: 1.213). Bu nedenle regresyon analizlerinde ÇBASDÖ alt boyutları otokorelasyon sorunu nedeniyle regresyon modeline alınmamış, öz bakım gücü puanları ile en yüksek düzeyde ilişkiye sahip olan ölçek toplam

puanı modele alınmıştır. Regresyon modeline alınan diğer bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve Collinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon tespit edilmemiştir.

KOAH olan bireylerin öz bakım gücü puanını primer analizlerde etkilediği belirlenen 13 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde; cinsiyet, medeni durum, sigara dumanına maruz kalma durumu ve yaşanan yer değişkenleri olmak üzere dört bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>0.05$).

Modelde kalan ve öz bakım gücü puanını anlamlı düzeyde etkileyen dokuz değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ($p<.001$), sigara kullanımı, günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyması, yaş, sağlığını değerlendirmesi, ilaçları düzenli kullanma durumu ($p<.01$), gelir durumu, eğitim düzeyi ve aile tipi ($p<0.05$) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu dokuz bağımsız değişken bireylerin öz-bakım gücü puanına ait değişimi (varyansı) %62 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle KOAH olan bireylerin öz bakım gücü puanı %62 oranında söz konusu dokuz değişkenden etkilenmekte, %38 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

KOAH olan bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanındaki 1 puanlık artış öz bakım gücü puanında 0.56 puanlık artışa neden olmaktadır. Daha önce sigara içip bırakanların özbakım gücü puanları hiç sigara içmeyen ve halen içmekte olanlara göre 6.41 puan fazladır/artmaktadır. Günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duymayan bireylerin öz bakım gücü puanları yardıma ihtiyaç duyanlara göre 6.38 puan fazladır. Yaşı 65 ve üzerinde olan bireylerin öz bakım gücü puanı 65 yaşından küçük olanlara göre 5.98 puan fazladır. Sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin öz bakım gücü puanı sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlere göre 5.54 puan fazla, ilaçlarını düzenli olarak kullananların öz bakım gücü puanı da düzenli olarak kullanmayanlara göre 5.69 puan fazladır. Geliri giderine eşit olan bireylerin öz bakım gücü puanı geliri giderini karşılamayanlara göre 4.94 puan fazla, eğitim düzeyi ilköğretim mezunu olanların öz bakım gücü puanı eğitimi olmayanlara (okur yazar değil ve okur yazar olanlara) göre 4.20 puan fazladır. Aile tipi çekirdek ve geniş

aile olan bireylerin öz bakım gücü puanları da ailesi parçalanmış aile olanlara göre 6.09 puan fazladır.



BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Öz bakım yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için birey tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler, öz bakım gücü ise bu etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır [102, 103]. KOAH'lı bireylerde yaşanan dispnenin, hastaneye başvuruların ve yatışların azaltılmasında ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin artırılmasında öz bakım önemlidir [106]. Bununla birlikte bireylerin öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için yeterli düzeyde öz bakım gücüne sahip olmaları gerektiği, öz bakım gücü yüksek olan bireylerin hastalık yönetimlerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir [108]. Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması 103.82 ± 19.41 olarak saptanmış ve bireylerin öz bakım gücünün orta düzey olduğu belirlenmiştir. Demirel'in KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların öz bakım gücü puan ortalaması 92.35 ± 22.59 olarak belirlenmiştir [125]. Kılıç'ın çalışmasında KOAH hastalarının öz bakım gücü puan ortalaması 70.15 ± 13.75 olarak saptanmıştır [124]. Farklı kronik hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ise hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları; hemodiyaliz hastalarında $102,78 \pm 18,81$ [17], diyabet hastalarında 82.84 ± 19.75 [18], kronik kalp yetersizliği hastalarında 106.03 ± 16.5 [122] olarak saptanmıştır. Çalışma bulgumuz ve literatür sonuçları incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin genel olarak öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hemşirelerin KOAH hastalarının öz bakım gücünü destekleyebilmeleri için öz bakım gücünü ve etkileyen öğeleri bilmeleri gerekmektedir.

Öz bakım gücü sağlık durumu, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, gelişim durumu, sosyokültürel özellikler, çevresel etkenler, bilgi düzeyi ve sağlık ekibi üyelerinin desteği gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir [105, 106]. Çalışmamızda, 65 yaş ve üzerinde olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının, 65 yaşından küçük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yaş ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Wang ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma bulgumuzu destekler biçimde yaş ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [123]. Yıldırım ve arkadaşlarının KOAH hastalarıyla yaptıkları çalışmada yaş ile öz bakım gücü

arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu, yaşlı bireylerde öz bakım gücünün düşük olduğu tespit edilmiştir [20]. Yapılan bazı araştırmalarda ise yaş ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir [18, 124, 125]. Çalışmamızda çalışma örnekleminde daha ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerinde olan bireylerin (%68.5) olması bu grupta öz bakım gücünün yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan bireylerin büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı (%90) göz önüne alındığında, aile ve sosyal çevre desteğinin öz bakım gücünü olumlu yönde etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının kadın hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmamıza benzer şekilde Kılıç'ın çalışmasında da erkek hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir [124]. Demirel [125] ile Yıldırım ve arkadaşlarının [20] çalışmalarında ise bizim bulgumuzdan farklı olarak cinsiyet ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir [20, 125]. Literatürde farklı kronik hastalığı olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyet ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir [17, 18, 20, 125, 126]. Kadın hastaların evdeki sorumluluklarının fazla olması kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamalarına ve öz bakım güçlerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ilköğretim ve üzerinde olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının, eğitimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde KOAH hastalarıyla yapılan farklı çalışmalarda da hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir [20, 124]. Park'ın KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir [127]. Bu durumun bireylerin eğitim düzeyi arttıkça hastalığa yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerin artması, eğitim düzeyi yüksek bireylerin sosyoekonomik olanaklarının daha iyi olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır [18, 122, 125, 126].

Çalışmamızda medeni duruma göre bireylerin öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde, evli olan bireylerin puan ortalamasının bekar olan bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). KOAH hastalarıyla yapılan farklı çalışmalarda da çalışma bulgumuza benzer şekilde evli olan bireylerin öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir [20, 124]. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada da evlilerin öz bakım gücü puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır [17]. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların evli olmalarının ve önemli bir sosyal destek kaynağı olan eşin hastaların öz bakım güçlerini pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda çekirdek veya geniş ailede yaşayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının parçalanmış aile/yalnız yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayan hastaların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır [20]. KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada aile desteği ve öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır [24]. Bu sonuçlar doğrultusunda aileyle birlikte yaşamının bireylerin psikolojik ve sosyal desteğini artırarak öz bakım gücünü arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Ermiş ve arkadaşları kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişilerin öz bakım gücünü etkilemediğini saptanmıştır [122]. Akbıyık ve arkadaşları kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz bakım davranışlarını inceledikleri çalışmada da hastaların birlikte yaşadığı kişilerin öz bakım davranışlarını etkilemediği tespit edilmiştir [1]. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin çalışma durumuna göre öz bakım gücü puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir. Demirel'in çalışmasında çalışma durumu ile öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır [125]. İstek ve Karakurt'un diyabet hastalarında yaptıkları araştırmada da çalışma durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir [128]. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Kronik kalp yetmezliği olan bireylerde yapılan bir çalışmada çalışma

durumu ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak hastalığı nedeniyle çalışmayan hastaların öz bakım davranışları puan ortalamasının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir [1].

Kronik hastalıklarda, hastaların tedavi ve bakım giderlerini karşılayabilme durumu hastalığa uyum sürecini etkileyen önemli faktörlerden biridir [129]. Çalışmamızda geliri giderine eşit olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının geliri giderinden az olanlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında geliri giderine eşit veya fazla olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamalarının, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [20]. Nazik ve arkadaşlarının diyabetik ayak enfeksiyonu olan bireylerde yaptıkları çalışmada gelir durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark saptanmıştır [126]. Karakurt ve arkadaşlarının diyabet hastalarında yaptıkları çalışmada gelir durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır [18]. Literatürde gelir durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır [122, 124, 130]. Gelir durumu iyi olan bireylerde yaşam standartlarının artması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılması gibi faktörlerin öz bakım gücünü olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda ilçe/kasabada yaşayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının il merkezi ve köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde çalışma bulgumuzdan farklı olarak il merkezinde yaşayan bireylerin öz bakım gücü puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [1, 98, 131, 132]. KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise hastaların yaşadığı yerin öz bakım gücünü etkilemediği tespit edilmiştir [124]. Çalışmalar arasındaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı hastaların sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

KOAH için en temel risk faktörü olan sigara kullanımı hastalarda öksürük, balgam çıkarma, dispne şiddeti ve fonksiyonel kapasiteyi etkileyen, akut alevlenmelere yol açan bir etkidir [133, 134]. Çalışmamızda sigarayı bırakan bireyler ile sigara dumanına maruz kalmayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kılıç'ın çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde

sigarayı bırakmış bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur [124]. Sigarayı bırakan bireylerin yaşadıkları KOAH semptomlarında ki azalmanın öz bakım gücünü olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatürde sigara içme durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı belirten çalışmalarda yer almaktadır [20, 122, 125, 131, 135].

KOAH'ta hastalık süresinin uzun olması, evrelerin artması; bireylerin emosyonel, sosyal, davranışsal fonksiyonları ve öz bakım gereksinimlerini karşılamaını ciddi bir şekilde kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [136]. Çalışmamızda KOAH tanı süresi, hastalık evresi ve son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre bireylerin öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalık süresi ve öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü, FEV1 düzeyi ile FEV1/FVC oranı ve öz bakım davranışları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada son bir yılda hastaneye yatış durumu ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [127]. KOAH hastalarıyla yapılan farklı bir çalışmada ise son 6 ayda hastaneye yatma durumu ve hastalık evresi ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık olduğu son 6 ayda hastaneye yatma öyküsü olan ve hastalık şiddeti artan hastaların öz bakım gücünün daha düşük olduğu tespit edilmiştir [125]. Diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve uzun hastalık süresinin öz bakım gücünü düşürdüğü saptanmıştır [128]. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalık süresi ilerledikçe öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir [98]. Çalışma bulgumuza benzer şekilde hastalık süresi [18, 124] ve hastalık evresiyle [124] öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalarda literatürde bulunmaktadır. Çalışmalar arasındaki farklılıkların çalışma popülasyonlarının sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ilaçlarını düzenli kullanan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ilaçlarını düzenli olarak kullananların öz bakım puanının düzenli olarak kullanmayanlara göre 5.69 puan arttığı belirlenmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında da ilaçlarını düzenli kullanan

bireylerin öz bakım gücü puanının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [20]. Düzenli ilaç kullanımının bireylerin yaşadığı semptom ve alevlenmelerin sıklık ve şiddetini azaltarak öz bakım gücünü arttığı söylenebilir. Görüş çalışmasında, eğitim verilerek inhaler ilaçlarını düzenli kullanmaları sağlanan KOAH'lı bireylerde alevlenmelerin, dispnenin azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını belirtmiştir [137]. Yaşam kalitesi artan bireylerde de öz bakım gücünün artması beklenmektedir. Literatürde ilaçları düzenli kullanma durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalarda yer almaktadır [124, 125, 128, 131].

Çalışmamızda bireylerin evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz kullanma/bulunma durumuna göre öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada evde oksijen kullanan KOAH hastalarında hastalığın günlük yaşama etkisinin daha az olduğu tespit edilmiştir [138]. Park'ın çalışmasında ise oksijen kullanma durumu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır [127]. Çalışma sonucumuz ile literatür sonuçları arasındaki farkın öz bakım gücünün farklı değişkenlerden etkilenmesine bağlanabilir.

KOAH'ta hastalık ilerledikçe yaşanan semptomların şiddetinin artması bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken kısıtlılık yaşamasına ve bağımlılık düzeyinin artmasına neden olmaktadır [26, 37]. Çalışmamızda bireylerin günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre öz bakım gücü puanları incelendiğinde, yardıma ihtiyaç duymayan bireylerin puan ortalamasının yardıma ihtiyaç duyanlara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada günlük bakımda yardıma ihtiyaç duymayan bireylerin öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [125]. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada günlük ihtiyaçları ve öz bakımında başkalarının yardımına ihtiyaç duymayan yaşlıların öz bakım gücü puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır [139]. Çalışma sonuçlarımız ile literatür sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda bağımlı olma durumunun öz bakım gücünü etkilediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının sağlık durumunu orta ve kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışma bulgumuza benzer şekilde sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir [20, 111, 124]. Sonuçlar bireylerin olumlu sağlık algılarının öz bakım gücünü etkileyen faktörlerden biri olduğunu göstermektedir.

KOAH'lı bireylerde eşlik eden kronik hastalıkların, hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediği, hastaneye yatış oranlarını ve mortalite riskini arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir [140, 141]. Çalışmamızda bireylerin KOAH dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre öz bakım gücü puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde çalışma bulgumuza benzer şekilde başka bir kronik hastalık varlığı ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır [18, 124]. Çalışma bulgumuzun aksine Demirel [125] ve Yıldırım ve arkadaşlarının [20] çalışmalarında başka bir kronik hastalığa sahip olma durumunun öz bakım gücü puan ortalamasını anlamlı bir şekilde düşürdüğü belirlenmiştir. Park'ın çalışmasında da KOAH'lı bireylerde komorbiditenin öz bakım davranışlarını negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir [127].

Eğitim kronik hastalıkların yönetiminde vazgeçilmez bir faktördür. Hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi almayan ve desteklenmeyen bireyler hastalıklarının önemini farkında olmayabilirler ve bu durum öz bakım davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir [130]. Çalışmamızda bireylerin KOAH hakkında eğitim alma durumuna göre öz bakım gücü puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır. Kılıç'ın çalışmasında da hastalığı hakkında eğitim alma durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir [124]. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada hastalığı hakkında bilgi almanın bireylerin öz bakım gücünü önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir [130]. Yapılan bir çalışmada öz bakım eğitimi verilen KOAH'lı bireylerde egzersiz ve ilaç tedavisine uyumun arttığı belirlenmiştir [142]. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada hastalığıyla ilgili eğitim alan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [132]. Park'ın çalışmasında KOAH

alevlenmesi ve semptom yönetimi hakkında eğitim alma durumu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [127]. Çalışma sonucumuz araştırma kapsamına alınan bireylerin büyük çoğunluğunun KOAH tanısı süresinin uzun olmasına ve bu süreçte hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi ve deneyim kazanmalarına bağlanabilir.

Sosyal destek zor durumdaki veya stres altındaki bireye çevresindeki kişiler tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmakta olup yeterli sosyal desteğin hastalığın tedavi ve rehabilitasyon sürecini olumlu yönde etkileyerek hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Ayrıca yeterli sosyal desteğin hastaların ruhsal yönden rahatlmasına, sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturabilmesine katkı sağladığı ve sosyal izolasyonu azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı ifade edilmektedir [5, 11, 143, 144]. Çalışmamızda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 47.65 ± 17.78 olarak bulunmuş ve ölçekten alınabilecek puan aralığına göre hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Karakurt ve Ünsal'ın KOAH hastalarıyla yaptıkları çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 54.71 ± 16.80 olarak belirlenmiştir [145]. Bugajski ve ark. çalışmasında çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 63.5 ± 17.3 olarak tespit edilmiştir [146]. KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması $53,26 \pm 18,62$ olarak bulunmuştur [147]. Çalışmalardaki farklı puan ortalamalarının çalışmalarının yapıldığı hasta popülasyonlarının sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyal desteğin öz bakım aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde önemli rolü vardır [13, 148]. Çalışmamızda öz bakım gücü ölçeği puanı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda KOAH olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanındaki 1 puanlık artışın öz-bakım gücü puanında 0.56 puanlık artışa neden olduğu saptanmıştır. Kara Kaşıkçı ve Alberto'nun KOAH hastalarında yaptıkları çalışmada aile desteği ve öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir [24]. Benzer şekilde Xiaolian ve arkadaşlarının çalışmasında aile desteği ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir [25]. KOAH hastalarıyla

yapılan bir çalışmada sosyal destek eksikliğinin öz bakım gücünü azalttığı belirlenmiştir [20]. Chen ve arkadaşlarının KOAH'lı bireylerde sosyal destek ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada yalnız yaşamayan hastaların fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek olduğu, bakım veren birine sahip olan hastaların pulmoner rehabilitasyon programına katılım oranlarının daha fazla olduğu ve sosyal destek algısı yüksek olan hastaların sigara içme durumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir [97]. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin özellikle eşlerin KOAH'lı hastaların ilaç uyumunda olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir [149]. Diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada; arkadaştan algılanan sosyal destek artıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının anlamlı olacak biçimde arttığı tespit edilmiştir [18]. Mollaoğlu'nun hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada sosyal destek ile öz bakım gücü arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal destek algısı yüksek olan hastaların öz bakım gücünün de yüksek olduğu tespit edilmiştir [116]. Farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda da sosyal destek ve öz bakım arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [13, 148, 150-154]. Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda;

- KOAH' lı bireylerin öz-bakım gücü toplam puan ortalamasının 103.82 ± 19.41 , çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamasının 47.65 ± 17.78 olduğu,
- Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu, yaşadığı yer, sigara içme ve sigara dumanına maruz kalma durumu, ilaçlarını düzenli kullanma, günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma ve sağlığı değerlendirme durumuna göre öz bakım gücü toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Öz bakım gücü ölçeği puanı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu,
- Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı, sigara kullanımı, günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma durumu, yaş, sağlığını değerlendirme, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, gelir durumu, eğitim düzeyi ve aile tipi olmak üzere bu dokuz bağımsız değişkenden KOAH olan bireylerin öz-bakım gücü puanının %62 oranında etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- KOAH'lı bireylerin sosyal destek ve öz bakım güçlerinin düzenli aralıklarla değerlendirilerek hastalara ve aile üyelerine gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve danışmanlıklar verilmesi,
- Hemşirelerin KOAH hastalarına bakım verirken öz bakım gücü ve etkileyen faktörleri göz önünde bulundurarak bakım vermesi,
- KOAH'lı bireylerde sosyal destek düzeyinin öz bakım gücüne etkisini değerlendiren nitel ve nicel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akbıyık, A., Koçak, G., Oksel, E., “Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi”, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8, 2016.
2. Aras, A., Tel, H., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi”, *TurToraks Der.*, 10, 63-8, 2009.
3. İnternet: World Health Organization “2014 Global status report on noncommunicable diseases”
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report>.
4. Tel Aydın, H., Tok Yıldız, F., Karagözoğlu, Ş., Özden, Ö., “Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(3), 177-183, 2012.
5. Kuzulu, A., Bilgin, G., Arslan, İ., Öznur, H., Kızıлтаş, Ö., Tekin, O., Demir, N., Albayrak Z., “KOAHA hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi”, *Ankara Med J.*, (4), 204-215, 2017.
6. Özkaptan, B.B., Kapucu, S., “KOAHA’lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80, 2015.
7. Benzo, R. P., Boladoa, B. A., Duloherya, M. M., “Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect”, *Patient Education and Counseling*, 99, 617-623, 2016.
8. Kara, A., Karaca Sivrikaya, S., Yıldız, H., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalık algısı ve yaşam kalitesi”, *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 35-40, 2020.
9. Karasu, F., Aylaz, R., “Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model”, *Applied Nursing Research*, 51, 151-208, 2020.
10. Türkmen, L., Bali, E.B., Cihan, P., Bakır, B., “Sigara bağımlısı kişilerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı farkındalığının değerlendirilmesi”, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-7, 2018.
11. Lenferink, A., Palen, V., Effing, T., “The role of social support in improving chronic obstructive pulmonary disease self-management”, *Expert Review Of Respiratory Medicine*, 12(8), 623-626, 2018.

12. Polatçı, S., “Orgütsel ve sosyal destek algılarının yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş ve evlilik tatmininin aracılık rolü”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(2), 25-44, 2015.
13. Atalikoglu Baskan, S., “Evaluation of self-care agency and perceived social support in patients undergoing hemodialysis”, *International Journal of Caring Sciences*, 13, 250-255, 2020.
14. Shirvani, N.J., Ghaffari, F., Fotokian, Z., Monadi, M., “Association between perceived family social support and self-care behaviors in elders with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A medical center-based study from Iran”, *The Open Nursing Journal*, 14: 1874-4346, 2020.
15. Barton, C., Effing, T. W., Cafarella, P., “Social support and social networks in copd: A scoping review”, *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(6), 690-702, 2015.
16. Disler, R. T., Gallagher, R.D., Davidson, P.M., “Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review”, *International Journal of Nursing Studies*, 49, 230–242, 2012.
17. Alemdar, H., Pakyüz, S.Ç., “Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi”, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2, 19-30, 2015.
18. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Yıldırım, A., “Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi”, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9, 2013.
19. Koetsenruijter, J., Van Eikelenboom, N., Van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, C., Todorova, E., Portillo, M.C., Foss, C., Gilg, M.S., Roukova, P., Angelaki, A., Mujika, A., Knutsen, I. R., Rogers, A., Wensing, M., “Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study”, *Patient Education and Counseling*, 99, 638-643, 2016.
20. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Bakar, N., Demir, N., “Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Practice*, 19, 14-22, 2013.

21. Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., Van der Valk, P., Zielhuis, G.A., Monninkhof, E.M, Van der Palen, J., Bir Frifh, P., Effing, T., “Self managemnt for patients with chronic obstructive pulmonary disease(review) ”, *Cocrane Database Syst Reviews*, 3, 2014.
22. Khan, A., Dickens A, P., Adab, P., Jordan, R.E., “Self-management behaviour and support among primary care COPD patients: cross-sectional analysis of data fromthe birmingham chronic obstructive pulmonary disease cohort”, *Primary Care Respiratory Medicine*, 27-46, 2017.
23. Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., Rega, M.L., Ricciardi, W., Villari, P., Damiani, G., “Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis”, *Plosone*, 12(3), 1-22, 2017.
24. Kara Kaşıkçı, M., “Family support, perceived self-efficacyand self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease”, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1468-1478, 2007.
25. Xiaolion, J., Chaiwan, S., Panuthai, S., Yijuan, C., Lei, Y., Jiping, L., “Family support and self- care of chinese with chronic obstructive pulmonary disease patients”, *Nursing and Health Scieces*, 4, 41-49, 2002.
26. Türk, G., Üstün, R., “Kronik obstrüktif akciğer hastalağı (KOA) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi”, *DEUHFED.*, 11(1), 19-25, 2018.
27. Burkhardt, R., Pankow, W., “The diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease”, *Dtcsch arztebl int.*, 111, 834-846, 2014.
28. Karagülle, Ç., Can Çiçek, S., “Kronik Obstriktif Akciğer Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi”, *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 36-49, 2020.
29. Chota, R., Mannio, D. M., “Chronic obstructive pulmonary disease epidemiology, clinicial presentation, and evaluation”, *JCOM.*, 24(4), 172-180, 2017.
30. Hsieh, P. C., Yang, M. C., Chen, H. Y., Tzeng, I.S., Hsu, P. S., Lee, C.T., Chen, C. L., Lan, C. C., “Acupuncture therapy improves health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis”, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 208-218, 2019.
31. Ryycroft, C. E., Heyes, A., Becker, K., “Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review”, *International Journal of COPD*, 12(7), 457-494, 2012.

32. Kim, J., Lee, T. J., Kim, S., Lee, E., “The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease from 2004 to 2013”, *Journal of Medical Economics*, 19(2), 113-120 2016.
33. İnternet: “2017 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)”
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>.
34. Kacaroglu Vicdan, A., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi”, *DEUHFED*, 11(1), 14-18, 2018.
35. Yıldırım, E., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığıvepulmoner rehabilitasyon”, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(1), 90-100, 2019.
36. internet: “2018 Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri ”
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
37. Kütmeç Yılmaz, C., Kapucu, S., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin kullanımı: sistematik derleme”, *Huhemfad-Johufon*, 6(2), 65-74, 2019.
38. Adeloye, D., Chua, S., Lee, C., Basquill, C., Papan, A., Theodoratou, E., Nair, H., Gasevic, D., Sridhar, D., Campbell, H., Chan, K. Y., Sheikh, A., Rudan, I., “Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis”, *Journal of Global Health*, 5(2), 1-17, 2015.
39. Adeloye, D., Basquill, C., Papan, A., Chan, K. Y., Rudan, I., Campbell, H., “An estimate of the prevalence of copd in africa: a systematic analysis”, *COPD:Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(1), 71-81, 2015.
40. Van Gemert, F., Kirenga, B., Chavannes, N., Kanya, M., Luzige, S., Musinguzi, P., Turyagaruka, J., R, Jones, R., Tsiligianni, I., Williams, S., De Jong, C., Van der Molen, T., “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated risk factors in Uganda (FRESH AIR Uganda): a prospective cross-sectional observational study”, *Lancet Glob Health*, 3, 44-51, 2015.
41. Akgün, D., “İsparta il merkezinde KOAH ön-tanı prevalansı ve ilişkili faktörler”, *Türk toraks derg.*, 14, 43-47, 2013.
42. Timur, A., “Kayseri il merkezinde 40 yaş üstü bireylerin kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı”, *Eciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, s.9, Kayseri, 2017.

43. Örnek, T., Tor, M., Kıran, S., Atalay, F., “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Zonguldak province of Turkey”, *Tuberk Toraks*, 63(3), 170-177, 2015.
44. Arslan, Z., Ilgazlı, A., Etiler, N., Hamzaoğlu, O., “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Kocaeli: an industrialised city in Turkey”, *Balkan med j.*, 30, 387-393, 2013.
45. Mollahaliloğlu, S., Maimaıtı, N., “Türkiye’de mesleki hastalıklar kapsamında kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve fibrozisin değerlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri J Pharmacol –Special Topics*, 6(2), 140-143, 2018.
46. Arıkan, İ., “Türkiye kronik hava yolu hastalıklarını önleme ve kontrol programı-saha uygulaması: Burdur ilinde 40 yaş üstü popülasyonda koah sıklığı ve ilişkili faktörler”, *Türkiye Klinikleri Arch Lung*, 15(1), 8-17, 2014.
47. Guariscio, A. J., Ray, S. M., Finch, C. K., Self, T. H., “The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA”, *Clinico Economics and Outcomes Research*, 5, 235-245, 2013.
48. Deniz, S., Çeldir Emre, J., Baysak, A., Özdemir, Ö., “KOAHA alevlenme tanısıyla yatırılan hastaların ekononmik yükü ve maliyete etki den faktörler”, *Med J SDU.*, 22(4), 126-130, 2015.
49. Global İnitiatif for Chronic Obstructive Lung Disease, “Global Strategy For The Diagnosis, Mangemnet and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, *Gold Report.USA*, s.1-120, 2018.
50. Gürgün, A., Elmas, F., “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) ”, *Türk Toraks Derneği Çalışma Grubu Eğitim Kitaplar Serisi, Ankara*, s.5-2, 2019.
51. Salepci, B. M., Havan, A., Fidan, A., Kıral, N., Saraç, G., “Sigara bırakma polikliniğinin koah ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı”, *Solunum*, 15(2), 100-104, 2013.
52. Hagstad, S., Backamn, H., Bjerg, A., Ekerljung, L., Ye, X., Hedman, L., Toren, K., Lötvall, J., Rönmar, E., Lundback, B., “Prevalence and risk factors of COPD among never-smokers in two areas of Swedene Occupational exposure to gas, dust or fumes is an important risk factor”, *Respiratory Medicine*, 109, 1439-1445, 2015.
53. Vogelmeier, C. F., Criner, J. G., Martinez, F. J., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., Celli, B. R., Chen, R., Decramer, M., Fabbri, L. R., Frith, P., Halpin, D. M. G., Varela, M. L., V., Nishumura, M., Roche, N., Rodriguez-Roisin, R., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, 55

- R., Vestbo, J., Wedzicha, J. A., Agustí, A., “Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report”, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(5), 557-587, 2017.
54. Behçet, M., Avcıoğlu, F., Özşarı, E., Tuğ, T., Kurtoğlu, M.G., “KOAH akut atak nedeniyle yatan hastalarda bakteriyel enfeksiyon etkenleri, antibiyotik direnci ve komorbiditenin araştırılması”, *DÜ Sağlık Bil Enst.Derg.*, 10(1), 6-11, 2020.
55. Kocabaş A., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri”, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113, 2010.
56. Tanik, A., Dermirci, F., Doğan, M. D., Doğru, A. G., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periodontal hastalık ilişkisi”, *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 274-278, 2015.
57. Atasoy, P., “KOAH’da patoloji”, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 119-123, 2010.
58. Baraldo, S., Turato, G., Saetta, M., “Pathophysiology of the small airways in chronic obstructive pulmonary disease”, *Respiration*, 84, 89-97, 2012.
59. Başığit, İ., “KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi”, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 114-118, 2010.
60. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdinç, E., Ergan, B., Gürgün, A., Köktürk, N., Polatlı, M., Şen, E., Yıldırım, N., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014”, *Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu*, 15, İstanbul, s.1-85, 2014.
61. Elbi, H., “GOLD 2013 reberine göre aile hekimliği sisteminde KOAH'a yaklaşım”, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 108-113, 2014.
62. Divo, M., Cote, C., Torres, J. P., Casanova, C., Marin, J. M., Pinto-Plata, V., Zulueta, J., Cabrera, C., Zagaceta, J., Hunninghake, G., Celli, B., “Comorbidities and risk of mortality in patient with chronic obstructive pulmonary disease”, *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186, 155-161, 2012.
63. Sungur, G., “Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi”, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 2.baskı, Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, s. 90-112, 2017.
64. Polatlı, M., Bilgin, C., Şaylan, M., Başlılar, Ş., Toprak, E., Ergen, H., Bakan, N. D., Kart, L., Kılıç, Z., Üstünel, A., Şengün, A., Varol, Y., Yılmaz, A., Ataol, Ç., Bozdoğan, S., Tunaboyu, İ., Özkan, Z. G., Uysal, E., Gülgösteren, S., Akın, N., İntetepe, Y. S., Irmak, M., Turgur, E., Keskin, O., Bektaş Uysal, H., Sofuoğlu, N., “A cross sectional

- observational study on influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living : the COPD life study”, *Tüber Toraks*, 6(1), 1-12, 2012.
65. Karadağ, M., “KOAŞ tedavisinde sigaranın bırakılması”, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104, 2013.
66. Mermit Çilingir, B., “Hava kirliliği ve akciğer”, *J Contemp Med.*, 6, 132-137, 2016.
67. Paulin, L, M., Diette, G, B., Blanc, P, D., Eisner, M, D., Kanner, R, E., Belli, A, J., Christenson, S., Tashkin, D, T., Han, M., Barr, G., Hansel, H,H., “Occupational exposures are associated worse morbidity in patients chronic obstructive pulmonary disease”, *Am J Respir Crit Care Med.*, 191(5), 557-565, 2015.
68. Çalık Kütükçü, E., Arıkan, H., Sağlam, M., Vağdar Yağlı, N., İnal İnce, D., Öksüz, Ç., Savcı, S., Düger, T., Çöplü, L., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2), 53-60, 2015.
69. Vieira, F, O, C, S., Pereira, D, S., Costa, T, B., Souza, R, C, A., Castro, C, M, M, B., Andrade, A, D., Melo Marinho, P., E., “Effects of long-term pulmonary rehabilitation program on functional capacity and inflammatory profile of older patients with COPD”, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prensvention*, 38, 12-15, 2018.
70. Uysal, H., “Oksijen tedavisi ve hemşirelik bakımı”, *Türk Kardiyol Dern. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 28-34, 2010.
71. Ortaç Ersoy, E., Topeli, A., “Solunum Yetmezliğinde Oksijen Uygulama Sistemleri”, *Yoğun Bakım Derg.*, 7, 99-105, 2016.
72. Brill, S,E., Wedzicha, J, A., “Oxygen therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease”, *international of COPD*, 9, 1241-1252, 2014.
73. Karaca, T., İster, E, D., “Uzun süreli oksijen tedavisi alan KOAŞ hastalarında hemşirelik bakımı”, *journal of human Sciences*, 13(2), 2588-2599, 2016.
74. Çelik, G., Kaya, A., Çiledağ, A., “KOAŞ’da bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri”, *TTD Toraks Cerrahii Bülteni*, 1(2), 124-135, 2010.
75. Miravittles, M., Urzo, A, D., Singh, D., Koblizek, V., “Pharmacological strategies to reduce exacerbation risk in COPD:a narrative review”, *Respiratory Research*, 17, 112, 2016.
76. Coşkun, F., “KOAŞ alevlenmelerinin önlenmesinde farmakolojik ajanlar”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 43 (1), 37-40, 2017.

77. T.C Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni”, 4(3), 6, 2017.
78. Miravitlles, M., “Long-termantibiotics in COPD:more benefit than harm? ”, *Prim Care Respir J*, 22(3), 261-270, 2013.
79. Çörtük, M., Kiraz, K., “Kronik Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bronkodilatör İlaçlara Uyumu”, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 92-97, 2014.
80. Efraimsson, E, Ö., Hillervik, C., Ehrenberg, A., “Effect of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic”, *Scand J Caring Sci.*, 22, 178-185, 2008.
- 81.Ünsal, A., Yetkin, A., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilene durumunun incelenmesi”, *Atatürk Üniv.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 42-53, 2005.
82. Özkan, S., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan (KOA) hastalarda fonksiyonel performans,yaşam kalitesi ve solunum parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Nobel Medicus*, 8(2), 91-97, 2012.
83. Tuna, M., Olgun, N., “İnmeli hastalara bakımveren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52, 2010.
- 84.Yıldızeli Topçu,S.,Ergül Baskın, B., “Cerrahi girişim bekleyen kolorektal kanser hastalarında sosyal destek algısı ve etkileyen faktörler”, *Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 423-430, 2019.
- 85.Yıldırım Usta, Y., “Kanser hastalarında sosyal desteğin önemi”, *Asian Pacific J Cancer Prev.*, 13, 3569-3572, 2012.
86. Cırık, İ., Oktay, A., Fer, S., “İlköğretim öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ”, *Eğitim ve Bilim*, 39(173), 169-181, 2014.
87. Aktaş, A., Sertel-Berk, H, Ö., “Verilen sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özellikleri”, *Psikoloji Çalışmaları*, 32(2), 71-84, 2012.
88. Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S., Tekir, Ö., “Kanser hastalarının yaşam kalitesi sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi”, *KÜ Tıp Fakültesi Derg.*, 17(1), 27-36, 2015.
89. Korkmaz, T., Tel, H., “KOA'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi”, *Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi*, 13(2), 79-86, 2010.

90. Apss, L. D., Harrison, S. L., Williams, J., Hudson, N., Steiner, M., Morgan, M. D., Singh, S. J., “How do informal self -care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care?A qualitative study”, *international journal of COPD*, 9, 257-263, 2014.
91. Bentsen, S. B., Langeland, E., Holm, A. L., “Evaluation of self-managemnt interventions for chronic obstructive pulmonary disease”, *Journal of nursing managemnet*, 20, 802-813, 2012.
92. Akduman, S., Tarıkçı Kılıç, E.,” İleri dönem KOAH hastalarında algılanan sosyal destek ölçeğinin palyatif bakım üzerindeki etkileri”, *2.Palyatif bakım Sempozyumu*, s:8, İzmir, 2019.
93. Dinicola, G., Julian, L., Gregorich, S. E., “The role of social support in anxiety for persons with COPD”, *J Psychosom Res.*, 74 (2), 110-115, 2013.
94. Lee, S. H., Lee, H., Kim, Y. S., Park, H. K., Lee, M. K., Kim, K. U., “Social support is a strong determinant of life satisfaction among older adults with chronic obstructive pulmonary disease”, *Clin Respir J.*, 14, 85-91, 2019.
95. Gallant, M. P., “The influence of social support on chronic illness self- management: A review and directions for research”, *Health education&Behavior*, 30(2), 170-195, 2003.
96. Vassilev, I., Rogers, A., Sanders, C., Kennedy, A., Blickem, C., Protheroe, J., Bower, P., Kirk, S., Chew-Graham, C., Morris , R., “Social Networks ,social capital and chronic illness self-management: A realist review”, *Chronic Illness*, 7, 60-86, 2011.
97. Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., Nguyen, H. Q., “Association between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, *AnnalsATS*, 14(9), 1419-1427, 2017.
98. Muz, G., Eğlence, R., “Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Derg.*, 2(1)., 15-21, 2013.
99. Taylor, S. G., Renpenning, K., “Self-care science,nursing theory and evidence- based practice”, *Splinger Publishing Company*, Newyork, 3-105, 2011.
100. Yavaş Çelik, M., “Orem’in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı”, *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 99-104, 2019.
101. Yıldırım, A., Çevik, B., “Diyabetik ayak vaka örneğinde hemşirelik gereksinimlerinin Orem özbakım kuramına göre değerlendirilmesi”, *Sted*, 25(5), 205-212, 2016.

102. Tok Yıldız, F., Kaşıkçı, M., “Koroner arter hastalığı tanısı ile izlenen bireyin Orem’in özbakım yetersizlik kuramı’na göre bakımı(olgu sunumu) ”, *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 114-120, 2018.
103. Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş, T., Altıparmak, O., “Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi”, *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102, 2011.
104. Asgar Pour, H., Gökçe, S., Kunter, D., Yöner, H., “Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi”, *F.N.Hem.Derg.*, 24(2), 66-71, 2016.
105. Pehlivan, S., Ersoy, S., Ugan, Y., Fadiloğlu, Ç., “Romatoid Artritli hastalarda öz bakım gücü ve etkileyen faktörler”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 27-38, 2015.
106. CLari, M., Matarese, M., Ivziku, D., De Marinis, M, G., “Self-care of people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-synthesis”, *Patient*, 10, 402-427, 2017.
107. Gül, A., Üstündağ, H., Zengin, N., “Böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi”, *Genel Tıp Derg.*, 20(1), 7-11, 2010.
108. Hançerlioğlu, S., Şenuzun Aykar, F., “Kronik hastalıklarda öz bakım gücü ölçeğinin türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği”, *GÜSBD*, 7(1), 175-183, 2018.
109. Özalp Gerçekler, G., Beytut, D., KarayağızMuslu, G., Yardımcı, F., “Olgu sunumu:Orem’in öz bakım teorisine göre juvenil dermatomiyozitli hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planı”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 123-133, 2012.
110. Savaşan, A., “Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz bakım ilişkisi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(19), 13-17, 2009.
111. Erci, B., Yılmaz, D., Budak, F., “Yaşlı bireylerde öz bakım gücü ve yaşama doyumunun umut düzeylerine etkisi”, *Psikiyatri hemşireliği dergisi*, 8(2), 72-76, 2017.
112. Bringsvor, H, B., Langeland, E., Oftedal, B, F., Skaug, K., Assmus, J., Bentsen, S, B.,”Effects of a COPD self-management support intervention:a randomized controlled trial”, *international journal of COPD*, 13, 3677-3688, 2018.
113. Farmer , A., Williams, V., Velardo, C., Shah, S, C., Yu, M., Rutter, H., Williams, N., Hanneghan, C., Price, J., Hardinge, M., Tarassenko, L., “Self-management support using a digital health system compared with usual care for chronic obstructive pulmonary disease: Randomized cotrolled trial”, *J Med internet Res*, 19(5), 1-15, 2017.

114. Rogliani, P., Ora, j., Puxeddu, E., Matera, M, G., Cazzola, M., “Adherence to COPD treatment:Myth and reality”, *Respiratory Medicine*, 129, 117-123, 2017.
115. Sriram, K, B., Percival, M., “Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients”, *Chronic Respiratory Disease*, 13(1), 13-22, 2016.
116. Mollaoğlu, M., "Perceived social support , anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis", *Dialysis Transplantation*, 1-7, 2006.
117. Nahcıvan N, O., “A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale”, *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824, 2004.
118. Karadağ, E., Vardar İnkaya, B., Kunduracı, E., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) olan hastalarda yeti yitimi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki”, *sted*, 25(5), 175-180, 2016.
119. Zimet, G, D., Dahlem, N, W., Zimet, S, G.&Farley, G, K, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41, 1988.
120. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H., “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25, 2001.
121. Kearney, B,Y., Fleischer BJ. “Development of an instrument to measure exercise of self care”, *Nurs Health*, 22, 25-34, 1979.
122. Ermiş, N., Sayın Kasar, K., Karaman, E., Yıldırım, Y., “Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk”, *Turk J Cardivasc Nurs*, 9(20), 105-112, 2018.
123. Wang, K., Sung, P., Yang, S., Chiang, C., Perng,W., “İnfluence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in taiwan”, *Respir Care*, 57(2), 263-272, 2012.
124. Kılıç, Z., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) olan bireylerin öz bakım gücü ve etkileyen faktörler”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.34-47, Kayseri, 2013.

125. Demirel, U., “KOAHLı bireylerde fonksiyonel performans ve öz bakım gücünün belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s:32, 2014.
126. Nazik, S., Nazik, H., Şahin, A, R., Ateş, S., “Evaluation of self-care agency of patients with diabetic foot infection: A cross-sectional descriptive study”, *J Surg Med.*, 3(3), 214-217, 2019.
127. Park, S, K., “Factors affecting self-care behavior in Koreans with COPD”, *Applied Nursing Research*, 38 (2), 29–3730, 2017.
128. İstek, N., Karakurt, P., “Effect of activities of daily living on self-care agency in individuals with type 2 diabetes”, *Journal of Diabetes Mellitus*, 6, 247-262, 2016.
129. Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F., “Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 62-70, 2014.
130. Bahar, A., “Hipertansiyonu olan hastaların öz bakım gücünün belirlenmesi”, *Nefroloji hemşireler dergisi*, 8(1), 18-23, 2011.
131. Saweh, M, I, B., Lotfi, A., Ghasemi, S, S., “Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients”, *Int J of BioMed&Public Health*, 1(1), 42-47, 2018.
132. Kirik, B. “Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün değerlendirilmesi”, *Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.29-33, Adana, 2017.
133. Aşker, S., Ekin, S., Arısoy, A., Yıldız, H., Günbatır, H., Sertoğullarından B., “Sigara içenlerde ve tandır dumanı maruziyeti olanlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişme riski”, *Van Tıp Dergisi*, 21(4), 225-229, 2014.
134. Çetin Kargın, N., Marakoğlu, K., “Sigarayı bırakmanın solunum işlevleri üzerine etkisi”, *Türk Aile Hek Derg.*, 19 (3), 129-133, 2015.
135. Kurban, H., Metin Akten, İ., “Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Turk Neph Dial Transpl*, 27(3), 277-287, 2018.
136. Aldan, G., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.2, Ankara, 2014.
137. Görüş, S., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere verilen inhaler eğitiminin yaşam kalitesine etkisi” *Eciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.65-76, 2010.

138. Kar, S., Zengin, N., “ KOAH’ lı hastalarda sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklere göre sağlık durumunun incelenmesi”, *J Pro Health Res*, 1(1), 1-7, 2019.
139. Uğurlu, N., Bolat, M., Erdem, S., “Yaşlılarda öz bakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği dergisi*, 1(2), 56-62, 2010.
140. Çilli, A., Uslu, A., Ögüş, C., Özdemir, T., “KOAH’da Komorbiditenin Prognoza Etkisi”, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(1), 52-55, 2004.
141. Burgel, P., Escamilla, R., Perez, T., Carre, P., Caillaud, D., Chanez, P., Pinet, C., Jebrak, G., Brinchault, G., Court-Fortune, I., Paillasseur, J., Roche, N., “Impact of Comorbidities on COPD-specific health-related quality of life”, *Respiratory Medicine*, 107, 233-241, 2013.
142. Song, H, Y., Yong, S, J., Hur, H, K., “Effectiveness of brief self- care Support intervention for pulmonary rehabilitation among the elderly patients with of chronic obstructive pulmonary disease in Korea”, *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*, 39, 147-156, 2014.
143. Özdemir, A., Kavak, F., Gültekin, A., “Tip II Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ile Öz Etkililik Durumunun Belirlenmesi”, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 11(3), 305-12, 2019.
144. Kubat Bakır, G., Akın, S., “Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi İle İlişkili Faktörler”, *Sağlık ve Toplum*, 29(2), 17-25, 2019.
145. Karakurt, P., Ünsal, A., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 65 yaş ve üstü bireylerin moral, sosyal destek durumları ile depresif semptomlarının belirlenmesi”, *5.Uluslararası Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özetleri*, s.153, Ankara, 2017.
146. Bugajski, A., Frazier, S, K., Moser, D, K., Lennie, T, A., Chung, M., “Psychometric testing of the multidimensional scale of perceived social support in patients with comorbid COPD and heart failure”, *Heart & Lung*, 48, 193-197, 2019.
147. Korkmaz, T., "Konya numune hastanesi göğüs hastalıkları servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı (koah) ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi", *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.26, Konya, 2008.
148. Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohamamdbeigi, A., Rajati, F., “Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics:A cross sectional study”, *Journal of Education and Promotion*, 1-6. 2018.

149. Trivedi, R, B., Bryson, C, L., Udriș, E., Au, D, H., “The influence of informal caregivers on adherence in COPD: Patients”, *Ann Behav.Med*, 44, 66-72, 2012.
150. Graven, L, J., Grant, J, S., “Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review”, *International Journal of Nursing Studies*, 51 , 320–333, 2014.
151. Chen, Y, C., Chang, L, C., Liu, C, Y., Ho, Y, F., Weng, S, C., Tsai, T, I., “The Roles Social Support and Health Literacy in Self-Management Among Patients With Chronic Kidney Disease”, *Journal of nursing scholarship*, 50(3), 265-273, 2018.
152. Song, Y., Nam, S., Park, S., Shin, I., Jeong Ku, B., “The impact of social support on self-care of patients with diabetes: What is the effect of diabetes type?”, *The Diabetes Educator*, 43(4), 396-412, 2017.
153. Yunus, H, D., Saharoni, S, K, A., “Social support and self-care management among patients with chronic heart failure”, *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 16(1), 96-98, 2016.
154. Rosland, A, M., Piette, J, D., Lyles, C, R., “Social support and lifestyle vs. medical diabetes selfmanagement in the Diabetes Study of Northern California (distance)”, *Ann Behav Med* 2, 48, 438-447, 2014.

EKLER

HASTA TANITIM FORMU (EK-1)

1-Kaç Yaşındasınız?

2- Boy: Kilo: BKI:

3- Cinsiyetiniz

1 Kadın 2 Erkek

4- Eğitim Durumunuz Nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-Yazar 3.İlköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul /
üniversite

5- Medeni Durumunuz Nedir?

1 Evli 2 Bekar 3 Eşi vefat etmiş 4 Boşanmış

6- Çocuğunuz Var mı?

1. Evet (ise sayısı.....) 2.Hayır

7- Aile tipiniz Nedir?

1.Çekirdek aile 2. Geniş aile 3.Parçalanmış aile 4. Yalnız 5.Diğer

8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Yalnız yaşıyorum 2.Eşimle birlikte 3.Eşim ve çocuklarımla birlikte
4.Çocuklarımla birlikte 5. Diğer(ise belirtiniz.....)

9- Halen bir işte çalışıyor musunuz?

1 Çalışmıyorum 2 Çalışıyorum

10- Mesleğiniz

1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Emekli
5. Serbest meslek 6. Çiftçi 7.Diğer.....

11- Gelir Durumunuz Nedir?

1 Gelirim giderlerimden az 2 Gelirim giderlerime eşit 3 Gelirim giderimden
fazla

12- Sosyal Güvenceniz var mı?

1 Var 2 Yok

13-Yaşadığınız Yer

1.il merkezi 2.İlçe 3.Kasaba 4.Köy

14. Yasadığı ev tipi nedir?

1. Evet (ise belirtiniz)

2. Hayır

30. Evde ya da yaşadığınız yerde tedaviye yardımcı cihazlar var mı?

1) Hayır, cihaz yok. 2) Nebulizatör 3) BPAP/CPAP (Mekanik solunum cihazı) 4) Oksijen Konsantratörü 5) Diğer (belirtiniz): _____

31. Evde uzun süreli oksijen tedavisi alıyor musunuz?

1. Evet (Günde kaç saat.....) 2. Hayır

32. Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?

1. Evet (ise Kimden.....) 2. Hayır

33. Günlük ihtiyaçlarınızı karşılarken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

34. Yardıma ihtiyacınız oluyor ise yardımcı olacak kişi / kişiler var mıdır?

1. Var (Kim/kimler) 2. Yok

35. Bu hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

1)Etkilemiyor 2) düşük düzeyde 3) orta düzeyde 4) yüksek düzeyde

36. Size göre sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

37. Solunum fonksiyon testleri

Solunum fonksiyon testleri	Beklenen Değer		Ölçülen Değer
	Litre	%	
FVC			(litre)
FEV1			(litre)
FEV1/FVC (%)			

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (EK-2)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet



ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (EK-3)

Aşağıda kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz.

ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	0 Beni hiç tanımlamıyor	1 Beni pek tanımlamıyor	2 Fikrim yok	3 Beni biraz tanımlıyor	4 Beni çok tanımlıyor
1.Eger sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm					
12.Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığımın dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15. Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					

18. Vücutumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					
20. Kendimle dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfî bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücutumun çalışmasıyla ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31. Bazen hastalandığımda, Rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					