



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN KRONİK
OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ
BAKIM BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Bahar SALKI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

11/04/2025

Bahar SALKI

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, akademik kariyerimin devamına ve sahada emek veren tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecim boyunca desteğini hiç esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle bana rehberlik eden, bu yolda en büyük şanslarımdan biri olarak gördüğüm ve mezun ettiğim son yüksek lisans öğrencilerinden biri olmanın gururunu yaşadığım kıymetli hocam ve tez danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Lisansüstü eğitim dönemim boyunca yaklaşımlarıyla destek olan, motive eden, bilgi ve tecrübeleri ile akademik kariyerime katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL, Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR, Dr. Öğr. Üyesi Seçil Gülhan GÜNER, Dr. Öğr. Üyesi Bahar Candaş ALTINBAŞ ve Arş. Gör. Müge TEZEL'e,

İngilizce hazırlık sınıfı sayesinde yolumun kesiştiği KTÜ Yabancı Diller Yüksekokulu Öğr. Görevlisi değerli hocam Sayın Tuğba AY'a, Yüksek lisans tezimin istatistiksel analizlerine önemli katkı sağlayan Öğr. Görevlisi Sayın Osman Oğulcan TÜRKMEN'e,

Çalışmamın yürütülmesine izin veren ve desteğini esirgemeyen Vakıfkebir Devlet Hastanesi Başhekimisi Sayın Doç. Dr. Aydın KANT'a,

Yüksek Lisans'ı kazandığım ilk günden itibaren desteğini esirgemeyen, rehberlik eden ve meslek hayatımda çok önemli bir yeri olan Acil Servis Sorumlum Sayın Ali Rıza KAMİLOĞLU'na ve acil serviste birlikte çalıştığım tüm kıymetli mesai arkadaşlarıma,

Tez savunma sınavımda yer alarak değerli katkılar sunan Sayın Doç. Dr. Hilal PEKMEZCİ'ye,

Araştırmamın veri toplama ve SPSS veri girişi aşamalarında bana çok destek olan kıymetli arkadaşlarım Sayın Havise ÖZKIR ve Sayın Elif ÖZKIR'a,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan ve bu yorucu süreçte hayatımı kolaylaştıran sevgili annem Zehra SALKI'ya, maddi ve manevi hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili babam Ömer SALKI'ya; bana güç, sevgi ve neşe veren biricik kardeşlerim Erdem, Ezgi ve Melih'e,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Bahar SALKI

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ix

ÖZET

x

ABSTRACT

xi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı

4

2.2. Epidemiyoloji

4

2.3. Fizyopatoloji ve Patogenez

5

2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişiminde Risk Faktörleri

5

2.4.1. Genetik Faktörler

5

2.4.2. Yaş ve Cinsiyet

6

2.4.3. Tütün Kullanımı

6

2.4.4. İç/Dış Ortam Hava Kirliliği

6

2.4.5. İleri Yaş

6

2.4.6. Astım ve Diğer Solunum Yolu Hastalıkları

7

2.4.7. Sosyoekonomik Faktörler

7

2.4.8. Komorbiditeler

8

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Gelişen Semptomlar

8

2.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Alevlenmeler ve Acil Servis Başvuruları

9

2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi

11

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

11

2.7.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin
Önlenmesi

12

2.8. Bakım Bağımlılığı

14

2.8.1. Bakım Bağımlılığı ve KOAH	14
2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	19
3.5. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	20
3.6. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri	20
3.7. Veri Toplama Araçları	20
3.7.1. Hasta Bilgi Formu	20
3.7.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği	20
3.8. Veri Toplama Yöntemi	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	34
KAYNAKLAR	52
EKLER	72
EK 1. Hasta Bilgi Formu	73
EK 2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği	74
EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	75
EK 4. Kurum İzni	76
EK 5. Etik Kurul İzni	77
EK 6. Bakım Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni	80
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Acil servise başvuran KOAH hastalarının sosyodemografik özellikleri	23
Tablo 2. Acil servise başvuran KOAH hastalarının hastalık özellikleri	24
Tablo 3. KOAH hastalarının acil servise başvuru özellikleri	25
Tablo 4. Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakıma ilişkin özellikleri	26
Tablo 5. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları	27
Tablo 6. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	27
Tablo 7. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması	28
Tablo 8. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının acil servis başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması	29
Tablo 9. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının bakıma ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması	31
Tablo 10. Acil servise başvuran KOAH hastalarının sigara kullanma durumu, evin ısınma biçimi, KOAH tanılma süresi ve evde oksijen kullanımının acil servis başvuru sıklığına göre karşılaştırılması	32

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BKİ	Beden Kütle İndeksi
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Simgeler

α	Alfa
F	Anova testi
n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
SS	Standart sapma
t	t-testi
$\bar{x}$	Aritmetik ortalama
χ^2	Ki-kare testi
<	Küçük
>	Büyük
%	Yüzde

ÖZET

Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Araştırma, acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarının (KOAH) bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla prospektif ve tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin acil servisine KOAH tanısı ile başvuran 208 hasta, örneklemi ise 197 KOAH hastası oluşturdu. Veriler, Hasta Bilgi Formu ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Veriler, sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü ANOVA testi, pearson ki-kare testi ve fisher freeman halton testi ile değerlendirildi. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması 46.09 ± 19.47 olarak ortalamanın altında bulundu. Hastaların bakım bağımlılık düzeyleri ile “cinsiyet, yaş, emeklilik/çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, birlikte yaşanan kişiler, KOAH tanılanma süresi, ek kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa ilişkin ilaç kullanımı, inhaler ilaç kullanımı, evde oksijen kullanımı, evde pulseoksimetre kullanımı, acil servise başvuru şekli, acil serviste refakatçi varlığı, acil servise başvuru sıklığı, acil servise başvuru şikayetlerinde göğüs ağrısı ve ateş varlığı, acil serviste kalma süresi, acil serviste verilen klinik karar, son iki yılda acil servis başvuru sonrası yoğun bakıma yatış durumu, boşaltım şekli, uyku sorunu yaşama algısı, hastalığın ibadet yapmayı güçleştirme durumu, primer bakım verici varlığı, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu, yardımcı araç/kişi kullanımı” arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Ayrıca, hastaların acil servise başvuru sıklığını “sigara kullanma durumu, evin ısınma biçimi, KOAH tanılanma süresi ve evde oksijen kullanımı”nın etkilediği belirlendi ($p < 0.05$). Hastaların sınırlılıklar yaşamasına neden olan KOAH’da bakım bağımlılığını azaltmaya yönelik hemşirelik eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Acil, Bağımlılık, Bakım, Hemşirelik, KOAH

ABSTRACT

Determination of Care Dependency Levels and Related Factors in Chronic Obstructive Pulmonary Patients Admitted to the Emergency Department

The study was conducted prospectively and descriptively in order to determine the care dependency levels and associated factors of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients who were admitted to the emergency department. The universe of the study consisted of 208 patients who were admitted to the emergency department of a state hospital with a diagnosis of COPD between January 2024-June 2024, and the sample consisted of 197 COPD patients. Data were collected using the Patient Information Form and the Care Dependency Scale using the face-to-face interview technique. Data were evaluated using number, percentage, mean, independent groups t-test, one-way ANOVA test, Pearson chi-square test and Fisher Freeman Halton test. The patients' Care Dependency Scale mean score was found to be 46.09 ± 19.47 , which was below the average. A statistically significant difference was found between the care dependency levels of the patients and “gender, age, retirement/employment status, education level, smoking status, people living together, duration of COPD diagnosis, presence of additional chronic disease, use of medication related to chronic disease, use of inhaler medication, use of oxygen at home, use of pulse oximetry at home, type of admission to emergency department, presence of a companion in the emergency department, frequency of admission to emergency department, presence of chest pain and fever among the complaints during admission to emergency department, duration of stay in the emergency department, clinical decision made in the emergency department, status of admission to intensive care unit after emergency department in the last two years, type of discharge, perception of having sleep problems, status of the disease making it difficult to pray, presence of a primary caregiver, status of being registered with home health services, use of assistive device/person” ($p < 0.05$). In addition, it was determined that “smoking status, heating method of the house, duration of COPD diagnosis and oxygen use at home” affected the frequency of patients' admission to emergency department ($p < 0.05$). It is recommended that nursing education and consultancy services be provided to reduce care dependency in COPD, which causes the patient to experience limitations.

Key Words: Care, COPD, Dependency, Emergency, Nursing

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); zararlı partikül ve gazlara karşı havayolları ve akciğerlerin artmış uzun süreli/kronik enflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve çoğunlukla ilerleyici karakterdeki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile uyumlu, önlenabilir, tedavi edilebilir ve yaygın bir hastalık olup komorbiditeler ve alevlenmeler hastalığın şiddetini arttırmaktadır (1). Ayrıca KOAH, acil başvuruların, hastaneye yatışların ve ilaçların doğrudan ve dolaylı maliyetleri ile sağlık bakım hizmetleri açısından ekonomik yük ile ilişkili kronik bir hastalıktır (2).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı dünya çapında ilk üç sırada meydana gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır ve bu ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (3). Türkiye'de en sık görülen üçüncü ölüm nedeni solunum sistemi hastalıklarıdır ve bu ölümlerin %61.5'i KOAH nedeniyle gerçekleşmektedir (4). Dünya genelinde KOAH prevalansının %11.7 olduğu Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Girişim'in (GOLD) 2018 yılında yayımladığı raporda belirtilmiştir (5). Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı sonuçlarında ise KOAH görülme oranı kadınlarda %9, erkeklerde %5.2 ve toplamda %7.1 olarak belirtilmiştir (6).

Solunum semptomlarında ilave tedavi gerektiren ve akut kötüleşme olarak tanımlanan alevlenme KOAH'da sık görülmektedir (7). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar; tipik olarak hırıltılı solunum, dispne, yorgunluk, aktivite kısıtlılığı, göğüste sıkışma ve/veya öksürük şikayetleri ile karakterize akut alevlenmelerle birlikte prognozlarını olumsuz etkileyen ve solunum semptomlarında kötü artışların da olduğu acil durumlar yaşayabilmektedirler (3). Dolayısıyla bu acil durumlar sağlık kurumlarının acil servislere başvuru sayısını artırmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında acil durumlara; solunum yolu enfeksiyonları, hava kirliliği, meteorolojik değişiklikler, çeşitli alerjenlere maruz kalma ve ilaçların yanlış ya da eksik kullanımı gibi birçok faktör neden olmaktadır (8, 9). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmeleri, acil servise sık başvuru nedenlerinden biri olmakla birlikte relapsın da sık görüldüğü durumlardır (10).

Türkiye'de KOAH alevlenmelerinin büyük bir kısmı insan kaynağının ve lojistik olanakların göreceli olarak sınırlı olduğu acil servislerde yönetilmektedir (11). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı akut alevlenmelerinin doğru insidansını vermek oldukça güç olmakla birlikte akut alevlenme nedeniyle hastaneye yatan bir KOAH hastasında beş yıllık

ölüm oranı %50'ye ulaşmakta ve hastane yatışları da KOAH ile ilgili sağlık bakım maliyetlerinin %70'inden fazlasını oluşturmaktadır (12).

Bakım bağımlılığı; hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalma, bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakım talep etme ve profesyonel desteğe ihtiyaç duyması olarak tarif edilmektedir (13). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında maliyet ve sonuçların önemli bir kısmı hastaların hastalıklarına uyumlarından ve sağlık davranışlarından etkilenmektedir (14). Fiziksel aktivite sırasında özellikle KOAH'ın ilerleyen dönemlerinde/evrelerinde oksijen ihtiyacı artmaktadır. Bu nedenle hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırdığı ve minimum düzeyde efor harcadıkları bildirilmektedir (15). Ayrıca KOAH hastaları dypsne, öksürük ve yorgunluk gibi aktiviteleri kısıtlayıcı semptomlar yaşamaları nedeniyle başkalarına bağımlılık düzeyleri de artabilmektedir (15, 16). Hastaların bakım bağımlılık düzeylerine ilişkin literatür incelendiğinde; dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalar, acil servise başvuran yaşlı hastalar ve KOAH hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda yaş arttıkça bakım bağımlılık düzeyinin arttığı ve dahili kliniklerde yatan hastaların hastalıklarının genellikle ilerleyici ve dejeneratif olması nedeniyle bakım bağımlılıklarının cerrahi ünitelerde yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir (13, 15, 17).

Günümüzde modern hemşireliğin en önemli rollerinden biri bakım verici rolüdür (13, 18). Hemşirelik bilim ve sanatının merkezini, sağlıklı/hasta bireye uygulanan bakım oluşturmaktadır (19). Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımının öncelikli amaçları arasında; semptom yönetimini sağlamak, hastaların günlük aktivite düzeylerini iyileştirerek yaşam kalitesini arttırmak, hastalığa özgü sağlık durumunu stabilize etmek ve acil servislere olan başvuru sıklığını azaltmak yer almaktadır (20, 21). Bu sürecin etkili bir şekilde yönetilebilmesinin kendi bakımına katılabilen aktif bir hasta ile mümkün olabileceği belirtilmektedir (20, 22, 23). Bu nedenle hemşirelerin, bakım vermekle sorumlu olduğu bireylerin bakım gereksinimlerini ve bakım bağımlılık düzeylerini belirlemesi, bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sağlayarak hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, bakım bağımlılık düzeyinin azaltılmasında ve bakım yönetiminin sağlanmasında oldukça önemlidir (13, 19, 24). Bu çalışmada acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Aynı zamanda KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeylerinin; tedavi,

bakım ve hastalığa uyum sürecini doğrudan etkilediği öngörülerek hastaların bakım bağımlılık düzeyini minimize edecek ve acil başvuru sıklığını azaltacak eğitim gereksinimleri de belirlenmiş olacaktır. Sağlık profesyonellerinde oluşturulacak olan bu farkındalık ile KOAH hastalarında hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına, acil servis başvuru sıklığının azaltılmasına ve özellikle acil servis personelinin iş yükünün azaltılmasına dolayısıyla ülke ekonomisine katkı sunulabilecektir. Bu kapsamda çalışma için oluşturulan araştırma soruları aşağıda sunuldu.

Araştırma sorusu 1: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların bakım bağımlılık düzeyi nedir?

Araştırma sorusu 2: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların bakım bağımlılık düzeylerini etkileyen ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), genellikle zararlı gazlara ve partiküllere maruziyet ile ortaya çıkan, alveoler anormalliklere ve/veya havayoluna bağlı tam olarak irrevesibl, solunumsal semptomlarla karakterize, kalıcı hava akımı kısıtlanması olan, yaygın görülen, önlenabilir, tedavi edilebilir ve morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksek, sistemik bir hastalıktır (25).

2.2. Epidemiyoloji

Dünya çapında ilk üç ölüm nedeninden biri KOAH'tır ve KOAH'tan ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde meydana gelmektedir (3). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının gelişiminde; genetik faktörler, yaş, beslenme, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, enfeksiyonlar, sigara, dış ortam ve ev içi hava kirliliği, mesleki toz ve kimyasalların etkili olduğu bildirilmektedir (5). Dolayısıyla KOAH prevalansı; yaşam şekline, sosyokültürel yapıya, ülkelere, coğrafi bölgelere, yaş ve cinsiyete göre değişebilmektedir (4, 26).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Küresel Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre yılda 2.9 milyon ölüme yol açmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dünyada üçüncü ölüm nedenidir ve tüm ölümlerin %5.5'inden sorumlu tutulmaktadır (26). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Girişim'in (GOLD) 2018 yılında yayımladığı raporda, KOAH prevalansı dünya genelinde %11.7 olarak belirtilmiştir (5). Solunum sistemi hastalıkları, Türkiye'de en sık görülen üçüncü ölüm nedenleri arasındadır ve bu ölümlerin %61.5'i KOAH nedeniyle gerçekleşmektedir (4, 27). Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerinde, KOAH görülme oranının kadınlarda %9, erkeklerde %5.2 olmak üzere toplam %7.1 oranında olduğu belirtilmektedir (6). Tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH'ın görülme sıklığı 40 yaş üstü yetişkinlerde %15-20'dir (26).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı aynı zamanda acil başvuruların, hastane yatışlarının ve medikal tedavinin doğrudan ve dolaylı maliyetleri ile sağlık bakım hizmetleri açısından da ekonomik yük ile ilişkili kronik bir hastalıktır (28). Avrupa Birliği'nde, KOAH'ın toplam solunum yolu hastalıklarının maliyetinin %56'sını oluşturduğu tahmin edilmektedir (29). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Girişim (GOLD) tanımına göre spirometri verilerine dayalı bir çalışmaya göre küresel

KOAH prevalansının 2050 yılına kadar dünya çapında 600 milyon vakaya yaklaşacağı tahmin edilmektedir. Bu rakam da 2020 yılına kıyasla KOAH'ı olan bireylerin sayısında %23'lük göreceli bir büyümeyi temsil etmektedir. En büyük büyümenin kadınlar arasında, düşük ve orta gelirli ülke ve bölgelerde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (30).

2.3. Fiziopatoloji ve Patogenez

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının patogenezini tam ve kesin olarak bilinmemekle birlikte kronik inflamasyon; hem akciğer parankim dokuda amfizeme hem de tamir ve immün regülasyon sistemlerinin bozulması ile küçük hava yollarında fibroze neden olmaktadır. Bu patolojik değişiklikler hem küçük hava yolu hastalıkları hem de parankimal harabiyet sonucu hava hapsi, hiperinflamasyon ve ilerleyici hava akımı kısıtlılığı ile sonuçlanmaktadır (31, 32).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kronik inflamasyon sonucunda gelişen yapısal değişikliklere bağlı olarak hava akımı kısıtlılığı meydana gelmekte ve özellikle ekspiryumda hava akımı kısıtlılığı sonucu hava hapsi oluşmaktadır. Gelişen bu gaz değişimi anormallikleri; pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale, siliyer disfonksiyon ve mukus sekresyonunda artış gibi fiziopatolojik değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Bu fiziopatolojik değişiklikler KOAH hastalarında balgam çıkarma, dispne, öksürük, hiperkapni, kilo kaybı, yorgunluk, depresyon ve hipoksemi gibi bulgu ve semptomların gelişimine yol açmaktadır (32, 33).

2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişiminde Risk Faktörleri

Tüm bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'ta da koruma, tedavi ve bakım için risk faktörlerinin belirlenmesi ve maruziyetin azaltılması klinik seyir açısından oldukça önemlidir (34).

2.4.1. Genetik Faktörler

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kompleks hastalıklar tek bir genetik varyanttan ziyade genlerden ve proteinlerden oluşan biyolojik ağların bozulması nedeniyle gelişmektedirler. Bununla birlikte kalıtsal alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği, KOAH için en iyi bilinen genetik risk faktörüdür (35, 36).

2.4.2. Yaş ve Cinsiyet

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı açısından erkekler ile kadınlar arasındaki farkların boyutu tam olarak anlaşılamasa da coğrafya ile diğer yapısal ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (37). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması 2017 sonuçlarında, 70 yaş ve üzeri bireylerde KOAH görülme sıklığı %8.6'dır (38). Hastalık nedeniyle kaybedilen yaşam yılı bakımından yapılan incelemede ise erkeklerde oranın (kadın %27; erkek %81) çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir (39). Geçmiş ve günümüzdeki veriler incelendiğinde, özellikle sigara kullanan yaşlı erkeklerde görülen bir hastalık olarak nitelendirilen KOAH'ın son verilerde prevalans ve mortalitesinin kadınlarda erkeklere oranla daha hızlı artış gösterdiği belirtilmektedir (40).

2.4.3. Tütün Kullanımı

Bağımlılık potansiyeli yüksek bir davranış olan tütün kullanımı, dünyada da oldukça yaygındır. Dünya genelinde tütün ve tütün ürünlerini yaklaşık 1.5 milyar insan kullanmaktadır (41). Sigara tüm dünyada KOAH gelişiminden %80 oranında sorumludur (42). Türkiye ise tütün kullanımı açısından yaklaşık 17 milyon (%31.2) kişi sayısı ile ilk 10 ülke arasına girmiştir (41).

2.4.4. İç/Dış Ortam Hava Kirliliği

Az gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede KOAH için risk faktörleri olarak odun ve diğer biyomas yakıt kullanımı nedeni ile gelişen hava kirliliğinin olduğu belirtilmiştir (43). Günümüzde dünya üzerindeki yerleşim alanlarında, üç milyardan fazla insanın ev içi enerji tüketimi için biyomas kullandığı Dünya Sağlık Örgütü verilerinde de belirtilmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde obstrüktif akciğer hastalıklarının patogeneğinde iç/dış ortam hava kirliliği, tütün dışındaki en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir (44).

2.4.5. İleri Yaş

İleri yaş, kronik hastalıkları beraberinde getirmektedir. Solunum sisteminin kronik hastalıkları bireylerde önemli derecede yetersizlik ve sınırlılık yaratarak mortalite artışına neden olmaktadır. Bu hastalıkların en yaygın görüleni KOAH'dır (4, 45). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı özellikle yaşla ilişkili bir hastalıktır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı 45 yaş üstünde %8-12 iken, 65 yaş üstünde %12-22'dir (46). Yaşlanma ile

birlikte pulmonerlerde yapısal değişimler gelişir, bu değişimlerin temelini akciğer parankimi ve göğüs duvarındaki değişimler oluşturur. Alveoller genişlerken periferik hava yollarında yaşa bağlı bronşiyollerin çapı azalır (47). Bunun yanı sıra solunum kas fizyolojisinde yaşlanmaya ek olarak diyafragmatik güçte de azalma meydana gelir (48). Sonuç olarak, göğüs duvarı kompliyansında ve elastik geri çekilmede azalma ile birlikte rezidüel kapasite artar, ventilasyon zayıflar, hava yolu sekresyonları yeterli temizlenemez, pulmoner fonksiyonlar bozulur ve solunum iş yükü artar (49).

2.4.6. Astım ve Diğer Solunum Yolu Hastalıkları

Astımda inflamasyon temel olarak büyük iletili hava yollarındadır ve akciğer parankimini çok etkilememektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında ise primer olarak küçük hava yolları ve akciğer parankimi etkilenmektedir. Bazen bu iki hastalık aynı hastada bir arada bulunmakta ve Astım-KOAH Overlap adını almaktadır (50). Astım-KOAH Overlap hastaları, bu hastalıklardan birini tek başına taşıyan hastalara göre daha fazla solunumsal semptom yaşamakta, yaşam kaliteleri daha fazla bozulmakta, hastane yatışları ve atak riskleri daha fazla olmaktadır. Astım ve KOAH farklı hastalıklar olsa da her ikisi de solunum yollarını etkileyen ve tedavi edilmediğinde ciddi yaşam kalitesi kayıplarına yol açan hastalıklardır (51, 52). Ayrıca GOLD 2020 raporunda, astım tanılı yetişkinlerin astımı olmayan bireylere göre zamanla KOAH gelişme riskinin 12 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (36).

2.4.7. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik faktörler bireyin yaşam kalitesini önemli oranda etkileyen gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek hayatı, beslenme alışkanlıkları, evin ısınma şekli, tütün kullanımı, barınma vb. etmenleri kapsamaktadır (53). Farklı sosyoekonomik düzeye sahip bireyler arasında sağlık eşitsizlikleri meydana gelmektedir. Sosyoekonomik faktörler sağlığın en güçlü belirleyicilerinden biri olmakla birlikte düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler genellikle yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylere göre daha kötü sağlık sonuçları yaşamaktadırlar (54). Ayrıca, düşük sosyoekonomik düzey KOAH insidansını artırmaktadır (55, 56). Düşük sosyoekonomik düzeyle KOAH gelişiminde önemli risk faktörlerinden olan “sigara kullanımı, beslenme, mesleki faktörler, iç-dış ortam hava kirliliği” yakından ilişkilidir (54, 57). Yoksul insanlar; kötü beslenmekte, kirli iç/dış hava ortamına sahip şartlarda çalışabilmekte, ev içi yakıt olarak biyomas kullanmak zorunda kalmakta, bilgiye ve sağlık hizmetlerine daha az ulaşabilmektedirler (54, 58). Böylece

hastalık ve sakatlığa ulaşma riskleri sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylere göre daha yüksek olmakta ve daha kötü sosyal sağlık düzeylerine sahip olabilmektedirler (59, 60). Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, eğitim düzeyi düşük erkek ve kadınlarda KOAH'tan ölüm oranlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (61).

2.4.8. Komorbiditeler

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sıklıkla diğer hastalıklarla (komorbiditeler) bir arada bulunmaktadır (62). Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalarda, KOAH hastalarında en sık olarak sırası ile hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabetes mellitus tespit edilirken, en ölümcül komorbidite olarak akciğer kanseri tespit edilmiştir (63). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan kişiler, yorgunluk ve dispne nedeni ile fiziksel olarak inaktif hale gelebilmekte, eşlik eden komorbid durumlar da prognozu daha da kötüleştirebilmektedir (64). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının şiddetini ve prognozunu komorbid hastalıklar negatif etkilemekle birlikte hastaneye yatış sıklığını, sağlık bakım hizmetleri maliyetleri üzerindeki yükü ve mortaliteyi de artırmaktadır (65).

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Gelişen Semptomlar

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında en sık görülen semptomlar aşağıda verilmiştir.

Nefes Darlığı (Dispne): Dispne, hastalığın en yaygın ve en belirgin semptomudur (66). Hastalar dispneyi, “nefes almada güçlük” veya “hava açlığı” olarak ifade etmektedir. Literatürde dispne; hastaların yoğun bir şekilde korku, stres ve panik yaşamasına neden olan ve baş edilmesi güç bir semptom olarak ifade edilmektedir (20, 67). Nefes darlığı; tek bir patofizyolojik mekanizmanın bozulması ile değil, hastalığın ilerlemesiyle birçok mekanizmadaki bozukluk sonucu gelişmektedir (68). Genellikle hastalığın ilerlemesine bağlı şiddetlenen dispne, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına, azalan fiziksel aktivite ise yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (57). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı olanlarda günlük aktiviteleri ve egzersizi en fazla kısıtlayan semptomun dispne olduğu bildirilmektedir (69). Dispnenin getirmiş olduğu aktivite kısıtlılığına bağlı ilerleyen süreçte kilo kaybı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, uykusuzluk, anksiyete ve hatta depresyon gelişebilmektedir (70, 71).

Öksürük ve Balgam Çıkarma (Mukus Üretimi): Öksürük ve mukus üretimi önce sadece sabahları görülür ve hastalar genel olarak bu şikayetleri pek önemsemez ve sigara içmenin

doğal bir neticesi olarak kabul ederler (72). Öksürük, başlangıçta aralıklı ve sabahlarıdır, ancak zaman içerisinde kronikleşmeye başlar ve gün boyu devam eder (33). Balgam; hastadan hastaya değişmekle birlikte çoğunlukla az miktarda ve yapışkandır fakat diğer solunum yolu hastalıklarının varlığında, akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve alevlenmelerde mukus miktarında artış ile birlikte renk değişimleri de görülebilmektedir (33, 73).

Göğüste Sıkışma ve Hırıltılı Solunum (Wheezing): Göğüs ağrısı (sıkışma hissi) ve hırıltılı solunum, KOAH hastalarında sık görülen, spesifik olmayan fakat görülmemeleri de tanıyı ekarte etmeyen semptomlardır (33, 74). Hırıltılı solunum KOAH'ta sık karşılaşılan solunumsal bir semptom olmakla birlikte oskültasyonda yaygın inspiratuar ve ekspiratuar hırıltılar mevcuttur (75). Göğüste sıkışma hissi ise genellikle eforun ardından dispneye bağlı olarak gelişmektedir (70).

Yorgunluk: Yorulma kavramı öznel olmakla birlikte enerji eksikliği olarak tanımlanmakta ve işlev yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır (76). Akciğerlerin oksijen alımı ve dağılımının zayıflaması nedeni ile hastaların genel enerji seviyeleri düşmekte ve buna bağlı günlük fiziksel aktivite toleransları azalmaktadır (77). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların %43-58'inin yorgunluk yaşadıkları belirtilmektedir (78).

Uyku Bozukluğu: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların uyku kalitesi; balgam, öksürük ve dispne gibi semptomlarla beraber kullanılan ilaçların yan etkileri ve psikososyal faktörlere bağlı olarak hastalığın ilerleyen evrelerinde bozulabilmektedir (79, 80). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; KOAH hastalarında hırıltılı solunum ve öksürük gibi semptomlarla ilişkili artan bir uykusuzluk prevalansı görülmektedir (81, 82). Bir diğer durum ise KOAH hastalarında uyku sırasında mukusa bağlı tıkanıklık ve/veya hipersekresyon gelişimidir (77). Tüm bunlar sağlıklı yaşamın temelini oluşturan ve bedenin yenilenmesini sağlayan uyku kalitesini bozmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (83-85).

2.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Alevlenmeler ve Acil Servis Başvuruları

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Girişim (GOLD) 2023 raporunda KOAH alevlenmesi; enfeksiyon, hava kirliliği, sigara kullanımı ya da bir başka maruziyetle lokal ve sistemik enflamasyon artışı sonucu takipne ve/veya taşikardinin de eşlik edebildiği öksürük, balgam, hırıltılı solunum ve dispne semptomlarının son 14 gün içinde kötüleşmesi olarak tanımlanmaktadır (3). Alevlenmeler ve komorbiditeler hastalığın

şiddetine doğrudan etki etmekle birlikte alevlenme sıklığındaki artış da hastalığın prognozunda önemli rol oynamaktadır (86, 87).

Yılda iki veya daha fazla alevlenme yaşanması, sık alevlenme olarak tanımlanmakta olup sık alevlenmelerin başlıca belirleyicisi daha önce geçirilen alevlenmelerdir (27). Acil klinik başvurusu veya hastane yatışı gerektiren alevlenmeler ise ağır atak şeklinde kategorize edilmektedir (5). İngiltere’de tüm nedenlere bağlı olarak acil servisten yapılan hastane yatışlarının %2.4’ü KOAH alevlenmeleri nedeni ile olmaktadır. Bu tür hastalarda hastane yatış süresi, ortalama olarak yedi gün ve mortalite oranı %11.6 olarak belirtilirken, yeni bir acil servis başvurusu gerektiren alevlenme durumlarında mortalite oranı %37 olarak belirtilmektedir (88).

Acil servisler, aciliyet durumuna göre içerisinde triyaj alanlarına sahip ve 7/24 kesintisiz hizmet sunan sağlık birimleridir (89). Hastanelerin acil servisleri, toplumun akut ve kronik hastalıklarının teşhis edilmesi ve iyileştirilmesi için verdikleri hizmet açısından büyük öneme sahiptir. Türkiye’de KOAH alevlenmelerinin büyük kısmı; insan kaynağının ve lojistik olanakların göreceli olarak sınırlı olduğu acil servislerde yönetilmektedir (11). Hastalar alevlenme ile acil servise başvurdıklarında genellikle düşük oksijen saturasyon değeri, gözle görülür bir yorgunluk, dispne, hırıltılı solunum ve siyanotik bir deri görünümü hakimdir. Dispneye bağlı taşikardi ve göğüste sıkışma hissi ile birlikte nadiren ateş yüksekliği de semptomlar arasında olabilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının alevlenme sıklığı fazla olan hastalarda akciğer fonksiyonlarındaki bozulma giderek daha da artmakta ve bu kısır döngü beraberinde acil başvuru sıklığının artması ile sonuçlanmaktadır (90). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının yaşam kalitesinin daha düşük, hastane yatışlarının ve mortalite riskinin daha yüksek olduğu çalışmalarda belirlenmiştir (91- 93). Altta yatan hastalığın şiddeti ve/veya alevlenmenin şiddetine bağlı olarak hasta acil serviste gerekli tetkik, tedavi ve bakım sonrası ayaktan tedavi ile taburcu edilebilir ya da yatış verilerek hastane ortamında tedavi süreci devam edebilir (4, 88).

Yapılan farklı çalışmalarda, mevsim değişikliklerinin KOAH atak başvuru sayısı üzerinde anlamlı olduğu ve ortalama sıcaklık değerinin düşmesi ile KOAH atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (9, 94). Bununla birlikte özellikle kış aylarında artan enfeksiyonlar, KOAH alevlenmelerinin en sık nedenini oluşturmaktadır. Ancak hastaların %30’undan fazlasında akut alevlenmelerin etiyolojisi bilinmemektedir (95, 96). Enfeksiyonlar ve değişen iklim koşullarının yanı sıra sigara kullanımı, iç/dış

ortam hava kirliliği ve komorbiditeler de akut alevlenme nedenleridir (7). Genellikle kış aylarında artan solunum semptomlarında artış ve ilave tedavi gerektiren akut kötüleşme ile kendini gösteren KOAH alevlenmeleri; sık acil başvurularına neden olmaktadır. Yine alevlenme ve komorbiditeler, KOAH prognozunda önemli etkilere sahiptir (27, 97).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı akut alevlenmelerinin doğru ve gerçek insidansını vermek epey güç olmakla birlikte akut alevlenme nedeni ile hastaneye yatış yapan bir KOAH hastasında beş yıllık mortalite oranı %50'ye çıkmaktadır (12). Akut kötüleşme ile kendini gösteren KOAH alevlenmeleri, sık acil başvuru ve hastane yatışlarında artışa yol açmaktadır. Hastaneye olan yatışlar KOAH'a ait sağlık bakım maliyetlerinin %70'inden fazlasını kapsamaktadır (12). Acil servise başvuran KOAH hastalarının akut gelişen ve yaşamlarını tehdit eden alevlenmeler bakım konusunda da daha fazla desteğe ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır (98). Sonuç olarak, KOAH alevlenmeleri sağlık kaynaklarının kullanımında artışa yol açarak ülke ekonomisine yük getirmektedir (27, 97, 99).

2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavi ve bakımında kullanılan ilaçların, akciğer fonksiyonlarındaki hızlı azalmayı ve hastalığın mortalitesini etkilemediği belirtilmektedir. Bu nedenle KOAH tedavisinin amacı; alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, aktivite toleransını arttırmak, sağlık durumunu iyileştirmek ve semptomları azaltmaktır (4, 31). Bu bağlamda hastaların sigarayı bırakması ve diğer değiştirilebilir risk faktörlerine maruziyetlerinin önlenmesi, hastalığın prognozunda önemlidir (7, 33, 57, 70, 72).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar bronkodilatörler, kortikosteroidler ve mukolitikler olmak üzere üç grup altında toplanmaktadır. Ancak tedaviye antibiyotikler de eklenebilmektedir (100).

Bronkodilatörler: Hava yollarındaki kasların gevşemesi ve bronşiyal tıkanıklığın giderilmesinde etkili olan ilaç grubudur. Özellikle alevlenmelerde hızlı ve kısa etkili bronkodilatörler tercih edilmektedir (101).

Kortikosteroidler: Havayolu inflamasyonu, KOAH'ın önemli bir özelliğidir. Kortikosteroidler gibi antienflamatuvar ilaçlar, semptomatik tedavi olarak hastalığın prognozunu iyileştirme ve özellikle alevlenmelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (7, 70).

Mukolitikler: Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sekresyon artışı yaygındır. Mukolitik ajanlar özellikle kış aylarında sık alevlenme geçiren hastalarda endikedir (102).

Antibiyotikler: Kronik obstrüktif akciğer hastalarında alevlenmeye yol açan enfeksiyonlar, viral veya bakteriyel olabileceği için antibiyotiklerin alevlenme tedavisinde rutin kullanımı tartışmalı olmakla birlikte bakteriyel bir enfeksiyonu düşündüren balgam rengi ve pürülansında artış gibi bulgular varlığında tedavi amaçlı antibiyotik kullanımı önerilmektedir (7, 12).

Oksijen tedavisi: Akut alevlenmelerin genelinde oksijen desteği/tedavisi ile hipoksemi düzelebilmektedir ve oksijen desteğinin saturasyon değeri %88-92 olacak şekilde verilmesi önerilmektedir (12). Venturi maskesi ve nazal kanülle verilen oksijen desteği kontrollü bir dağılım sağlamak ve oksijen desteğinde tercih edilmeleri önerilmektedir (103).

2.7.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi

Maruziyetten kaçınma: İşyeri veya ev ortamındaki solunabilir duman, toz veya gaz partikül şeklindeki maddelerin havadaki konsantrasyonunun azaltılması veya inhale edilmelerinin önüne geçilmesi solunum işlevlerindeki kaybı yavaşlatıp alevlenme sıklığını azaltabilmektedir (104).

Sigaranın bırakılması: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için sigara kullanımı en önemli risk faktörü olmakla birlikte Türkiye, sigara kullanım oranlarının fazla olduğu ülkelerden biridir (105). Sigaray bırakma konusundaki destekler, pulmoner rehabilitasyon, aşılar, kişiselleştirilmiş hasta eğitimleri ve KOAH alevlenmelerinin önüne geçilmesinde etkin olduğu kanıta dayalı olarak ortaya konmuş yaklaşımlardır (12). Sigara ile mücadele KOAH tedavisinde en öncelikli adımdır. Hafif ve orta evre KOAH hastalarında sigaranın bırakılması hastalığın seyrini değiştirebilir, şiddetli evre KOAH hastalarında sigaranın bırakılması, hastalığın klinik seyrinin değişmesinde daha az etkili olmaktadır. Bu nedenle mümkün olduğunca erken dönemde sigara bıraktırma tedavisinin etkin bir şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır (106).

Düzenli fiziksel aktivite: Dispne varlığı fizik aktivitede azalmaya yol açmaktadır (107). Bu durum, hastanın yaşam kalitesini bozmakta hastalığın ilerlemesine, sakatlık ve ölüme neden olmaktadır. Nitekim, yetersiz fiziksel aktivite gösterenlerin oranı KOAH hastalarında %75 gibi oldukça yüksek düzeylere ulaşmakta olup hastalık şiddetlendikçe bu oran daha da yükselmektedir (108). Literatürdeki bulgular incelendiğinde, KOAH'ı olan hastalarda fiziksel aktivite teşvikinin hastalığın prognozunda ve komplikasyon gelişiminin önlenmesinde oldukça önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Dolayısıyla KOAH hastalarında morbidite ve mortalitenin önlenmesi bakımından yaşlı yetişkinlerde sağlığın iyileştirilmesi ve korunması için kişiye uygun beslenme tedavileri ile birlikte fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, tedavi ve bakım programlarının önemli bir unsuru olmalıdır (57, 109).

Hasta eğitimi: Hasta eğitimi, akut alevlenmelerin önüne geçilmesinde önemli bir diğer yaklaşım olarak benimsenmektedir. Ağır KOAH hastalarında hasta eğitiminin, acil servis ve poliklinik başvuru sıklığını düşürdüğü dolayısıyla iş/meslek verimliliğini artırdığı literatürde belirtilmiştir (110, 111). Bu doğrultuda her bir KOAH hastasına ya da primer bakım vericisine KOAH ve akut alevlenmeleri ile ilgili yeterli ve etkin bir eğitim verilmeli ve gerek görülen durumlarda bu eğitimler tekrar edilmelidir (12). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerin eğitiminde; sigara bırakma, hastalık hakkında temel bilgilere sahip olma, inhaler ilaçlar başta olmak üzere tedavilerin özellikleri ve kullanım şekilleri, semptom kontrolü, aşılanma ve alevlenmelerde yönetim gibi konular yer almalıdır (31, 112).

Hasta eğitimleri içinde pulmoner rehabilitasyon da yer almaktadır. Pulmoner rehabilitasyon, kronik solunum sistemi hastalıkları olan kişilerde; fizyolojik ve psikolojik durumu iyileştirmek amacıyla bireye özgü fiziksel egzersiz programları, solunum egzersizleri, beslenme-ilaç kullanımına yönelik eğitimleri içeren, kötü sağlık davranışlarını değiştirmeye ve iyi sağlık davranışlarını arttırmaya yönelik kapsamlı bir girişimdir (113). Pulmoner rehabilitasyonun, alevlenmeleri, tekrar hastane başvurularını ve mortaliteyi azalttığı, dispneyi, yaşam kalitesini ve egzersiz toleransını artırdığı kanıtlanmıştır (12, 114).

Grip Aşıları: Literatürde aşılamanın akut KOAH alevlenmeleri üzerine olan etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (12). İnfluenza aşısının her bir aşılı olguda plaseboya göre toplam alevlenme sayısını azalttığı bildirilmiştir (115).

2.8. Bakım Bağımlılığı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; “birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanırken; bağımlılık, “bir kimseye bağlı olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (116). Yine bakım, sağlık profesyoneli ile ilişkili ve hastaya atfedilebilen bir terimken, bağımlılık hasta ile ilgili bir terimdir (117). Dijkstra ve arkadaşları'na göre bakım bağımlılığı, bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalmaya bağlı olarak subjektif ve desteklenmesi gereken öz bakım eksikliğinin olduğu bakım alanlarını tanımlamaktadır (118-120). Hastanın kendi gereksinimlerini karşılamadaki gücünün ve yeteneklerinin yeterli olmadığı durumlarda ortaya çıkan bakım bağımlılığı; hastanın desteklendiği bir süreç olup profesyonel desteğe gereksinim hissetmesi, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme seviyesinde azalma ve bağımlılık düzeyine göre belli bir seviyede bakım istemesi olarak ifade edilmektedir (13).

Evrensel öz bakım gereksinimleri; kişinin günlük yaşam aktiviteleri için gerekli olan boşaltım, aktivite, yeterli oksijen, beslenme, dinlenme ve sosyal etkileşim gibi faktörler arasındaki dengenin sağlanması ile birlikte iyilik halinin sürdürülmesi ve işlevselliğin geliştirilmesi gibi gereksinimlerdir (121, 122). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının kendi algılarına göre bakım bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi, bakım gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasında önemli bir ölçüttür (98). Son derece karmaşık bir yapıdan oluşan bakım bağımlılığı düzeyini ileri yaş ve kronik hastalıklar artırmaktadır (123-125). Literatürde farklı çalışmalarda, hastaların yaşla doğru orantılı olarak bağımlılık düzeyinin arttığı ve kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin bakım bağımlılığı düzeyinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (13, 98, 126, 127).

2.8.1. Bakım Bağımlılığı ve KOAH

Genel olarak bir yıl ya da daha uzun süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren ya da günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan durumlar kronik hastalıklar olarak tanımlanır (128). Hastanın öz bakım gereksinimlerini ve günlük aktivitelerini karşılamadaki gücünün yeterli olmadığı durumlarda ortaya çıkan bakım bağımlılığı, profesyonel kişiler tarafından hastanın destek aldığı bir süreçtir (13).

Kronik hastalıklar, duyuşsal ve bilişsel kayıplar, psikolojik ve fizyolojik durumlarda gelişen değişiklikler, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada bağımlılığının artmasına yol açmaktadır (13, 123, 127). Özellikle solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde önemli ölçüde yetersizlik ve sınırlılık yaratan, mortalite artışına neden olan ciddi

hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklar arasında en yaygın olanı KOAH'tır (15).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini ve bağımlılık düzeyini olumsuz etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar KOAH evresi, komorbid durumlar, günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanmasına neden olan dispne, öksürük, balgam, yorgunluk gibi semptomların şiddeti ve sıklığı; tedaviye uyum sağlayamama, ileri yaş, sosyal ve psikolojik desteğin olmaması ve olumsuz sağlık davranışları (tütün kullanımı) gibi faktörlerdir (21).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında; akciğer kapasitesi progresif olarak kötüleşmekte, fiziksel ve psikososyal fonksiyonlar bozulmakta, fiziksel aktivite yani efor sırasında ya da sonrasında oksijen gereksinimi artmaktadır (129). Başlangıçta ağır efor ile ortaya çıkan fakat zamanla düşük eforla bile belirginleşen dispne, hastaların günlük aktivitelerini oldukça kısıtlamaktadır (130, 131). Özellikle fiziksel aktivite sırasında/sonrasında veya akut alevlenmelerde görülen şiddetli dispne; hastaların bağımsız hareket edebilme yeteneklerini azaltmakta, kendi bakımlarında bile aile üyelerinden yardım almak zorunda kalmalarına neden olmakta ve böylece bakım bağımlılığı sorunlarını beraberinde getirmektedir (132). Bu nedenle birey hareket etmekten, öz bakım gereksinimlerini karşılamaktan ve günlük aktivitelerini yerine getirmekten kaçınır hale gelmektedir. Sonuç olarak, hastalar minimum düzeyde efor harcama eğiliminde olup günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmakta ve dolayısıyla yaşam kalitelerinde azalma meydana gelmektedir (133). Bu süreç içerisinde bağımsızlığı azalan birey çevresindeki yakınlarından yardım alma ve desteklenme gereksinimi hissetmektedir. Bu bağlamda literatüre bakıldığında, bakım bağımlılığı kavramı ile karşılaşılmaktadır (134).

Hastaların bakım bağımlılık düzeylerine ilişkin literatür incelendiğinde, dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalar, acil servise başvuran yaşlı hastalar ve KOAH hastaları ile yapılan birbirinden bağımsız çalışmalarda, yaş arttıkça bakım bağımlılık düzeyinin arttığı; dahili kliniklerde yatan hastaların hastalıklarının genellikle ilerleyici ve dejeneratif olması nedeni ile bakım bağımlılıklarının cerrahi servislerde yatış yapan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (13, 15, 17). İlerleyen yaşla birlikte farklı servislerde yatan kronik hastalığı olan tüm hastalarda bağımlılık düzeyinin arttığı yine literatürde mevcuttur (120). Başka bir çalışmada da komorbiditelerle ilişkili olarak bakım bağımlılığı düzeyinin arttığı bildirilmiştir (135).

2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre hemşirelik; din, dil, ırk ayrımı yapmaksızın birey, aile ve toplumun sağlığını sürdürmesi, geliştirmesi ve hastalık halinde iyileştirmesini sağlayan profesyonel bir sağlık disiplindir. Hemşirelik bilim ve sanatının merkezini, sağlıklı/hasta bireye uygulanan bakım oluşturur (19). Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde modern hemşireliğin rolleri arasında; tedavi edici, bakım verici, rehabilite edici, hasta hakları savunucu, yönetici, eğitici ve danışmanlık rolleri yer almaktadır (104). Hemşirelik bakımının etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinde bilimsel temeli olan hemşirelik sürecinin etkili uygulanması gereklidir (19, 136).

Hemşirelik bakımının ve sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasında kronik hastalık tanısı alan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirme konusunda bağımsızlığın artırılması ile birlikte hastalıkla baş edebilme gücünü artırmak yer almaktadır (137-139). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hemşirelik bakımı, hastaneye yatıştan itibaren başlayıp hastanede kalış süresi ve taburculuk sonrası hastanın bağımsızlığını en üst seviyede tutacak şekilde organize edilmelidir (15). Hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakım sürecinin planlanması/uygulanması/değerlendirilmesi hemşirelik bakımının tam ve eksiksiz uygulanmasını sağlamaktadır (140). Bu kapsamda nitelikli ve bütüncül bir hemşirelik bakımı vermek ve taburculuk sonrasında değişen yaşam tarzına yönelik hasta ve/veya bakım verici rolünde olan hasta yakınlarına; hastalıkla baş edebilme becerilerini kazanmaları, olumlu sağlık davranışları edinmeleri ya da sürdürebilmeleri için teşvik ve rehberlik edici, uygulanabilir bir planlama yapmak ve hastalığın prognozu, semptomları ve tedavisi ile ilgili eğitim vermek son derece önemlidir. Bütüncül hemşirelik bakımı; bedensel, zihinsel, ruhsal, çevresel faktörlerin, yaşamın ve ilişkilerin sosyokültürel açıdan birbirleri ile bağlı olduğu ve bir bütün olarak değerlendirmeye alınmaları gerektiğini savunan hemşirelik uygulamalarından biridir (141).

Bakım bağımlılığı hemşirelik mesleği için; bakım gereksinimlerini karşılamada başka bir bireye bağımlı olan, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme yeteneği azalan bir hastanın alanında uzman kişiler tarafından desteklendiği bir süreç olarak ifade edilmektedir (13, 118). Bakım, hemşirelik mesleğinin varoluş nedeni ve temel yapı taşıdır (142). Bu doğrultuda hemşirelerin, bakım vermekle yükümlü olduğu bireylerin bakım ihtiyaçlarının

ve bakım bağımlılığının hangi düzeyde olduğunu belirlemesi bakımın yönetilmesinde oldukça önemlidir (13, 19).

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir. Bu aşamada hemşirelerin rolü, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarmak olmalıdır. Hastalar kronik hastalıkların getirdiği değişikliklerle birlikte yaşamaya alışma sürecinde birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik güçlükler ve sınırlılıkların da etkisinde kalabilmektedir (143). Kronik hastalıklar; hastalığın getirdiği semptomlar, tedavi süresinin uzun olması, günde birkaç defa ilaç kullanmak, tıbbi bir cihaza bağlı olmak, sık acil servis ve poliklinik başvuruları ve hastaneye tekrarlı yatışlar gibi durumlar dolayısıyla hastaların fizyolojik ve psikolojik iyilik hallerinde bozulmalara dolayısıyla yaşam kalitelerinin negatif etkilenmesine yol açmaktadır (144). Bununla birlikte kronik hastalıkların bireyin bağımsızlık düzeyini, mahremiyetini, kendi hayatındaki kontrol gücünü, sosyal statü ve rolleri ile kendine olan güvenlerini de etkilediği bildirilmiştir (145). Bu nedenle verilen hemşirelik bakımında en önemli hedeflerden biri, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini ve gereksinimlerini belirleyerek bu doğrultuda hazırlanan hemşirelik bakım planı doğrultusunda hastaların bağımsızlığını desteklemek ve kendi öz bakımlarını yapabilir hale gelmelerini sağlamaktır (146).

Hemşireler farklı bakım bağımlılığı düzeyine sahip hastalara bakım vermeleri nedeni ile bağımlı ve bağımsız hastaların beklentileri de uygulanan hemşirelik bakımları da farklı olmaktadır (125). Bu doğrultuda bireylerin bakım ihtiyaçlarının ve bağımlılık düzeylerinin tanımlanması, kişiye özgü hemşirelik bakım sürecini planlamada hemşireye temel bilgi sağlamakta ve hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesini artırmaktadır (13, 24).

Kronik hastalıklar içerisinde fiziksel yetersizliğin ve bakım bağımlılığının yüksek düzeyde olduğu hastalıklardan biri de KOAH'dır (15, 16, 139, 147). Solunum sistemi hastalıkları gibi KOAH'ta da tedavinin amacı; semptomları azaltmak, egzersiz kapasitesini artırarak kısıtlamaları azaltmak, akut atakları ve solunum fonksiyonlarının kötüleşmesini önlemek, böylece bireyin bağımsızlığını ve dolayısıyla yaşam kalitesini artırmaktır (1). Hemşireler, KOAH'da gelişen semptomlardan dispne başta olmak üzere yaşanan diğer semptomların yönetiminde, hastane yatışlarının düşürülmesinde, fiziksel egzersiz

kapasitesinin artırılmasında ve KOAH'ın yönetiminde önemli role sahiptir (148). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerde dispne, öksürük, mukus artışı; ileri evrelerde ise bu semptomlara ek olarak malnütrisyon, iştahsızlık, konstipasyon, dehidratasyon, güçsüzlük, yorgunluk, anksiyete gibi fiziksel ve psikolojik semptomlar günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olabilmektedir (16). Bu nedenle KOAH hastalarına bakım gereksinimleri doğrultusunda nitelikli bir hemşirelik bakımı verilmesi ve sürecin sistematik bir yaklaşım içinde yönetilmesi, hastalığın seyri ve hastanın günlük aktivitelerindeki kısıtlılıklarının minimum seviyeye indirgenmesi adına son derece önemlidir (149).

Hemşirelik bakımının amacı; KOAH hastalarında etkin öksürme teknikleri ile hava yollarının temizliği ve açıklığının sürdürülmesi, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmesinin sağlanması, gelişebilecek enfeksiyon ve komplikasyonların önlenmesi ve hasta ve aile eğitimi şeklindedir (104). Dolayısıyla KOAH hastalarının tedavi ve bakım sürecinin bütüncül bir yaklaşımla desteklenmesi, alevlenme ve acil başvuru sıklığını azaltmak için oldukça önemlidir (15, 149). Bu doğrultuda KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeylerine göre günlük yaşam aktivitelerinin ne derecede etkilendiği ve etkili olan faktörlerin belirlenmesi, bu hasta gruplarına verilecek tedavi ve bakım sürecinin planlanmasına katkı sağlayarak hemşirelik bakım kalitesinin iyileştirilmesine, bakım verenlere olan bağımlılığın azaltılmasına, alevlenme ve acil servis başvuru sıklığının dolayısıyla tekrarlayan hastane yatışlarının azalmasına ve ülke ekonomisine katkı sunabilecektir (15, 16).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında Trabzon ili Vakfıkebir Devlet Hastanesi Acil Servis’inde yürütüldü. Acil servis; ayaktan başvuran hastaların öncelik durumlarını belirlemek amacıyla bulunan triyaj bölümü, bir yeşil alan muayene odası, beş yataklı sarı alan, iki yataklı kırmızı alan, bir cerrahi müdahale/pansuman/enjeksiyon odası, üç yataklı çocuk müşahade odası, sekiz yataklı yetişkin müşahade odası ve üç yataklı travma müşahade odasından oluşmaktadır. Vardiya usulüne göre çalışılan acil serviste 24 saatlik süre içerisinde üç pratisyen hekim ve beş hemşire nöbetçi iken, mesai saatleri içerisinde bir uzman acil hekimi, üç pratisyen hekim ve acil servis sorumlu hemşiresi ile birlikte yedi hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında Trabzon ili Vakfıkebir Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne başvuran 208 KOAH tanılı hasta oluşturdu. Örneklem alınacak hastaların belirlenmesinde güç analizi yapıldı. Örneklem sayısı G*Power 3.1.9 paket programında, testin türüne göre belirtilen parametreler için hata payı 0.05, güç değeri 0.80 ve etki büyüklüğü Türk ve Üstün’ün çalışması referans alınarak (15) 0.43 olarak hesaplandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çalışmaya minimum 64 kişinin dahil edilmesi gerektiği bulundu. Örneklem büyüklüğü artarsa standart hatanın azalacağı ve çalışma gücünün artacağı göz önünde bulundurularak (150) çalışmaya toplam 197 KOAH hastası dahil edildi. Böylece evrenin %94.7’sine ulaşılmış oldu.

3.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar aşağıda belirtilen ölçütlere göre belirlendi.

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Acil servise KOAH tanısı ile başvurma,
- Sözel iletişim kurabiliyor olma,

- Tedavi gerektiren psikiyatrik bir hastalığı olmama,
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

3.5. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- KOAH tanısı ile klinikte yatıyor olma,
- Yabancı uyruklu hasta olma,
- Kanseri tanısı olma.

3.6. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- Araştırma sorularının tamamını yanıtlanamama ya da yanıtlamak istememe.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veriler, “Hasta Bilgi Formu” ve “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” ile toplandı.

3.7.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (13, 15, 17, 20, 21) oluşturulan bu form dört bölümden oluştu. Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik (cinsiyet, yaş, BKİ, emeklilik/çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, birlikte yaşanan kişiler, evin ısınma biçimi) sekiz soru; ikinci bölümünde hastalık özelliklerini belirlemeye yönelik (KOAH tanılanma süresi, ek kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı, inhaler ilaç kullanımı, evde oksijen kullanımı, evde pulseoksimetre kullanımı) altı soru; üçüncü bölümde acil servise başvuru özelliklerini belirlemeye yönelik (acil servise başvuru şekli, acil serviste refakatçi varlığı, acil servise başvuru sıklığı, acil servise başvuru şikayeti, acil serviste kalma süresi, acil serviste verilen klinik karar, son iki yılda acil servisten yoğun bakıma yatış durumu) yedi soru; dördüncü bölümde bakıma ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik (boşaltım şekli, beslenme şekli, uyku sorunu yaşama algısı, ibadet yaparken güçlük yaşama durumu, primer bakım verici, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu, yardımcı araç/kişi varlığı) yedi soru olmak üzere toplam 28 soru yer aldı (Ek 1).

3.7.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği

Dijkstra ve arkadaşları tarafından 1998 yılında Hollanda’da geliştirilen Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Virginia Henderson’ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiştir. Ölçek, hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir

(118). Aynı zamanda ölçek çeşitli fiziksel ve psikolojik yönleri kapsamakta ve kapsamlı bir şekilde bakım bağımlılığı düzeyinin değerlendirilmesini sunmaktadır. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Hakverdioğlu Yönt ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151). Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test-retest güvenirlik değeri 0.53-1.00 arasında belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach değeri geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 0.91 olarak bulunmuştur. Bakım Bağımlılığı Ölçeği, bireylerin bağımlılık düzeylerini belirleyen, günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşan 5’li likert tipi puanlama ile derecelendirilen bir ölçektir. Ölçek, 1=Tamamen bağımlı, 5=Hemen hemen/tamamen bağımsız şeklinde derecelendirilmektedir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği’nden, alınacak en düşük puan 17 ve en yüksek puan 85’dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu; ölçekten alınan puanının düşük olması ise hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu ifade etmektedir (118, 151) (Ek 2).

3.8. Veri Toplama Yöntemi

“Hasta Bilgi Formu” ve “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hastalara uygulandı. Hastalarla yüz yüze görüşme acil serviste hekim muayenesi ile gerekli tetkik ve tedaviler tamamlandıktan ve hasta stabil hale geldikten (acil servise başvurudan sonraki yaklaşık ilk iki saat) sonra müşahade odasında gerçekleştirildi. “Hasta Bilgi Formu” ve “Bakım Bağımlılığı Ölçeği’nde” yer alan sorular araştırmacı tarafından hastalara sorularak verilen yanıtların ilgili formlara kaydedilmesi yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya yalnızca Trabzon ili Vakfıkebir Devlet Hastanesi Acil Servisine KOAH tanısı ile başvuran hastaların alınması araştırmanın sınırlılığıdır. Ayrıca çalışmaya 18 yaş üstü tüm KOAH hastalarının alınması planlanmışken, veri toplama sürecinde acil servise 65 yaş üstü KOAH hastalarının başvurması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya alınan bireylere araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları ile ilgili bilgi verilip, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edildi. Araştırmada “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” etik ilke olarak yerine getirildi (Ek 3). Araştırmaya katılacak hastalara kendilerine ait bilgilerin başkalarına

açıklanmayacağı ile ilgili açıklama yapılarak “gizlilik ilkesi” yerine getirildi. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni Vakıfkebir Devlet Hastanesi Başhekimliği ve Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü’nden 29/11/2023 tarihli ve 230310658 sayılı (Ek 4), etik kurul izni KTÜ Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 25/10/2023 tarihli ve 436213 sayılı yazı ile alındı (Ek 5). Ayrıca Bakım Bağımlılığı Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Sayın Doç. Dr. Gülendam Hakverdioğlu Yönt’den ölçeğin kullanılmasına dair izin alındı (Ek 6).

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analiz edilmesi için IBM Statistical Package for the Social Sciences 27 paket programı kullanıldı. Sürekli veriler ortalama $\pm$ standart sapma olarak, kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi 0.05 üzerinden değerlendirildi. Acil servise başvuran KOAH hastalarının ölçekten aldıkları puanların çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 aralığında olması normal dağılımın varlığına kanıt olarak değerlendirilmektedir (151). Bu sonuca göre ölçekten alınan puanlarla analizler yapılırken parametrik testlerin kullanılması uygun bulundu. Hastaların ölçekten aldıkları puanların sosyodemografik, hastalık durumuna ilişkin, acil servis başvurusuna ilişkin ve bakıma ilişkin özelliklere göre karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Tek yönlü ANOVA testi sonucu anlamlı çıkanlar için çoklu karşılaştırma testlerini yaparken homojen dağılım gösteren verilerde Tukey, homojen dağılım göstermeyen verilerde ise Tamhane T2 testi kullanıldı. Gruplara göre kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında beklenen değer sayısı 5 ve üzerinde olan ya da beklenen değer sayısı 5’in altında olan hücrelerin oranı %20’yi geçmeyen RxC tablolarda Pearson ki-kare, beklenen değer sayısı 5’in altında olan hücrelerin oranı %20’yi geçen RxC tablolarda da Fisher Freeman Halton testi kullanıldı (151).

4. BULGULAR

Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Acil servise başvuran KOAH hastalarının sosyodemografik özellikleri (N=197)

Sosyodemografik Özellikler		n	%	
Cinsiyet	Kadın	116	58.9	
	Erkek	81	41.1	
Yaş (yıl)	65-74	64	32.5	
	75-84	83	42.1	
	85-94	39	19.8	
	95 ve üzeri	11	5.6	
BKİ (kg/m ²)	Zayıf (<18.5)	16	8.2	
	Orta (18.5-24.9)	110	55.8	
	Fazla kilolu (25-29.9)	66	33.5	
	Obez (>30)	5	2.5	
Emeklilik durumu	Emekli	124	62.9	
	Emekli değil	73	37.1	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	98	49.7	
	Okuryazar/İlköğretim mezunu	99	50.3	
Sigara kullanma durumu	Evet	18	9.2	
	Hayır	108	54.8	
	Bırakmış	71	36.0	
Birlikte yaşanan kişiler	Çocukları	80	40.6	
	Eşi	62	31.4	
	Eşi ve çocukları	46	23.4	
	Yalnız/Bakıcı	9	4.6	
Evin ısınma biçimi	Soba	135	68.6	
	Kalorifer	59	29.9	
	Diğer	3	1.5	
Sosyodemografik Özellikler	Min.	Maks.	$\bar{x}$	SS
Yaş	65	113	79.11	9.08

BKİ: Beden kütle indeksi

Tablo 1’de acil servise başvuran KOAH hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların %58.9’u kadın, %42.1’i 75-84 yaş grubunda, %55.8’inin BKİ orta, %62.9’u emekli, %50.3’ü okuryazar/ilköğretim

mezunu, %9.2'si sigara kullanmaktadır. Hastaların %40.6'sı çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %68.5'i evlerini soba ile ısıtmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 79.11 ± 9.08 'dir.

Tablo 2. Acil servise başvuran KOAH hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri (N=197)

Hastalık Özellikleri	n	%
KOAH tanılanma süresi (yıl)	5 yıl altı	4.6
	5-9 yıl	21.8
	10-14 yıl	31.0
	15-20 yıl	28.9
	20 yıl ve üzeri	13.7
Ek kronik hastalık varlığı	Evet	96.4
	Hayır	3.6
Solunum sistemine ait hastalıklar (n=190)	Evet	55.8
	Hayır	44.2
Kardiyovasküler sisteme ait hastalıklar (n=190)	Evet	84.7
	Hayır	15.3
Endokrin sisteme ait hastalıklar (n=190)	Evet	11.6
	Hayır	88.4
Nörolojik sisteme ait hastalıklar (n=190)	Evet	7.4
	Hayır	92.6
Kas-İskelet sistemine ait hastalıklar (n=190)	Evet	14.7
	Hayır	85.3
Ürolojik sisteme ait hastalıklar (n=190)	Evet	8.9
	Hayır	91.1
Kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı	Evet	93.4
	Hayır	6.6
İnhaler ilaç kullanımı	Evet	86.8
	Hayır	13.2
Evde oksijen kullanımı (saat/gün)	Kullanmıyor	52.3
	Günde 1-2 saat	22.4
	Günde 3-4 saat	14.7
	Günde 4 saat üzeri	10.6
Evde pulseoksimetre kullanımı	Evet	25.4
	Hayır	74.6

Tablo 2'de acil servise başvuran KOAH hastalarının hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların %31'i 10-14 yıl önce KOAH tanısı almış, %96.4'ü ek

kronik hastalığa sahip, ek kronik hastalığa sahip olanların %55.8'i solunum sistemine ait hastalığa, %84.7'si kardiyovasküler sisteme ait hastalığa, %11.6'sı endokrin sisteme ait hastalığa, %7.4'ü nörolojik sisteme ait hastalığa, %14.7'si kas-iskelet sistemine ait hastalığa ve %8.9'u ürolojik sisteme ait hastalığa sahiptir. Hastaların %93.4'ü kronik hastalığa ilişkin ilaç kullanmakta, %86.8'i inhaler ilaç kullanmakta, %22.3'ü evde günde 1-2 saat oksijen kullanmakta ve %25.4'ü evde pulseoksimetre kullanmaktadır.

Tablo 3. KOAH hastalarının acil servise başvuru özellikleri (N=197)

Acil Servise Başvuru Özellikleri		n	%
Acil servise geliş şekli	Özel araç ile	127	64.4
	Ambulans ile	61	31.0
	Yürüyerek	9	4.6
Acil serviste refakatçi varlığı	Evet	188	95.4
	Hayır	9	4.6
Acil servise başvuru sıklığı	Haftada birkaç kez	17	8.7
	Ayda birkaç kez	121	61.4
	Yılda birkaç kez	59	29.9
Acil servise başvuru şikayetinde öksürük varlığı	Evet	131	66.5
	Hayır	66	33.5
Acil servise başvuru şikayetinde nefes darlığı varlığı	Evet	189	95.9
	Hayır	8	4.1
Acil servise başvuru şikayetinde göğüs ağrısı varlığı	Evet	61	31.0
	Hayır	136	69.0
Acil servise başvuru şikayetinde ateş varlığı	Evet	27	13.7
	Hayır	170	86.3
Acil serviste kalma süresi (saat)	1 saatten az	13	6.6
	1-2 saat	83	42.1
	3-4 saat	66	33.5
	4 saat üzeri	35	17.8
Acil serviste verilen klinik karar	Taburculuk	140	68.5
	Kliniğe yatış	42	22.8
	Sevk	15	8.7
Son iki yılda acil servisten yoğun bakım ünitesine yatış durumu	Yok	70	35.5
	Bir kez	69	35.0
	Birden fazla	58	29.5

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının acil servise başvuru özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların %64.5'i acil servise özel araç ile geldiği ve %95.4'ünün acil serviste yanında refakatçisi bulunmaktadır. Hastaların %61.4'ü acil servise ayda birkaç kez başvuru yapmakta, acil servis başvurularında en sık görülen başvuru şikayetleri nefes darlığı (%95.9), öksürük (%66.5), göğüs ağrısı (%31.0) ve ateştir (%13.7). Hastaların %42.1'i acil serviste 1-2 saat kalmış, %68.5'ine acil servis sonrası taburculuk kararı verilmiştir. Hastaların %29.4'üne son iki yılda acil servise başvuru sonrası birden fazla sayıda yoğun bakım ünitesine yatış verilmiştir.

Tablo 4. Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakıma ilişkin özellikleri (N=197)

Bakıma İlişkin Özellikler		n	%
Boşaltım şekli	Kendisi karşılıyor	68	34.5
	Yakınından yardım alıyor	64	32.5
	Bez kullanıyor	55	27.9
	İdrar sondası kullanıyor	10	5.1
Beslenme şekli	Normal diyet	182	92.4
	Özel diyet	15	7.6
Uyku sorunu yaşama algısı	Evet	135	68.5
	Hayır	62	31.5
İbadet yaparken günlük yaşama durumu	Evet	154	78.2
	Hayır	43	21.8
Primer bakım verici	Aile yakını/Bakıcı	162	82.2
	Yok	35	17.8
Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu	Kayıtlı	56	28.4
	Kayıtlı değil	141	71.6
Yardımcı araç/kişi kullanımı	Evet	105	53.3
	Hayır	92	46.7
Yardımcı araç/kişi (n=105)	Baston	45	42.9
	Tekerlekli sandalye	36	34.3
	Sedye	20	19.0
	Kişi yardımı	4	3.8

Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Hastaların 34.5'i boşaltımını kendisi karşılayabilmekte, %92.4'ü normal diyetle beslenmekte, %68.5'i uyku sorunu yaşadığını ifade etmekte, %78.2'si ibadetini yaparken günlük yaşamaktadır. Hastaların %79.7'sinin primer bakım vericisi aile

yakınıdır. Hastaların %28.4'ü evde sağlık hizmetlerine kayıtlıdır. Hastaların %53.3'ü yardımcı araç/kişi kullanmakta ve yardımcı araç kullanan hastaların %42.9'u baston kullanmaktadır.

Tablo 5. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları (n=197)

Ölçekten Alınabilecek Puan		Hastaların Aldığı Puan		$\bar{x}$	SS
Min.	Maks.	Min.	Maks.		
17	85	17	85	46.09	19.47

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları Tablo 5'te yer almaktadır. Buna göre acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması 46.09 ± 19.47 'dir.

Tablo 6. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (N=197)

Sosyodemografik Özellikler		n	$\bar{x}$	SS	t/F	p	Çoklu Karşılaştırma
Cinsiyet	Kadın	116	39.64	16.19	4.199 ^a	<0.001	
	Erkek	81	50.59	20.34			
Yaş (yıl)	65-74 ¹	64	61.39	15.07	44.609 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	75-84 ²	83	44.61	15.93			
	85-94 ³	39	30.77	14.90			
	95 yaş ve üzeri ⁴	11	22.55	5.66			
BKİ (kg/m ²)	Zayıf (<18.5) ¹	16	36.81	20.88	3.997	0.020	1-3
	Orta (18.5-24.9) ²	110	44.65	18.34			
	Fazla kilolu (25-29.9) ya da obez (>30) ³	71	50.42	20.05			
Emeklilik durumu	Emekli	124	49.92	20.24	3.928 ^a	<0.001	
	Emekli değil	73	39.59	16.23			
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	98	37.31	15.56	7.047 ^a	<0.001	
	Okuryazar/İlköğretim	99	54.79	19.10			
Sigara kullanma durumu	Evet ¹	18	63.56	14.59	12.968 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 2-3
	Hayır ²	108	41.18	18.29			
	Bırakmış ³	71	49.14	19.31			
Birlikte yaşanan kişiler	Eşi ¹	62	56.56	18.88	20.822 ^b	<0.001	1-2, 2-3
	Çocukları ²	80	34.86	14.62			
	Eşi ve çocukları ³	46	49.89	16.70			
	Yalnız/bakıcı ⁴	9	54.33	24.84			
Evin ısınma biçimi	Soba	135	45.16	18.99	-0.988 ^a	0.325	
	Kalorifer ve elektrikli ısıtıcı	62	48.11	20.49			

^aBağımsız gruplar t-testi, ^bTek yönlü ANOVA testi, BKİ: Beden kütle indeksi

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırması Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması kadınlarda (39.64±16.19), 95 yaş ve üzerinde (22.55±5.66), zayıf olanlarda (36.81±20.88), emekli değil olanlarda (39.59±16.23), okuryazar olmayanlarda (37.31±15.56), sigara kullanmayanlarda (41.18±18.29), çocukları ile yaşayanlarda (34.86±14.62) ve evin ısınma biçimi soba olanlarda (45.16±18.99) en düşük saptandı.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile cinsiyet (p<0.001), yaş (p<0.001), BKİ (p=0.020), çalışma durumu (p<0.001), eğitim düzeyi (p<0.001), sigara kullanma durumu (p<0.001), birlikte yaşanan kişiler (p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken; evin ısınma biçimi arasında (p=0.325) anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 7. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=197)

Hastalık Özellikleri	n	$\bar{x}$	SS	t/F	p	Çoklu Karşılaştırma
KOAH tanılanma süresi (yıl)	5 yıl altı ¹	9	58.67	20.22	<0.001	1-4, 1-5, 2-4, 2-5, 3-4, 3-5
	5-9 yıl ²	43	58.86	17.91		
	10-14 yıl ³	61	51.00	16.03		
	15-20 yıl ⁴	57	36.67	15.94		
	20 yıl ve üzeri ⁵	27	30.37	15.50		
Ek kronik hastalık varlığı	Evet	190	45.47	19.13	0.019	
	Hayır	7	63.00	22.40		
Kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı	Evet	184	44.94	18.84	0.002	
	Hayır	13	62.38	21.63		
İnhaler ilaç kullanımı	Evet	171	43.04	18.17	<0.001	
	Hayır	26	66.15	15.59		
Evde oksijen kullanımı (saat/gün)	Günde 1-2 saat ¹	44	40.61	13.52	<0.001	1-2, 1-4, 2-3, 2-4
	Günde 3-4 saat ²	29	26.17	10.29		
	Günde 4 saatten fazla ³	21	45.57	23.63		
	Kullanmıyor ⁴	103	54.15	17.92		
Evde pulseoksimetre kullanımı	Evet	50	37.00	18.49	<0.001	
	Hayır	147	49.18	18.87		

^aBağımsız gruplar t-testi, ^bTek yönlü ANOVA testi

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması KOAH tanılanma süresi 20 yıl ve üzeri olanlarda (30.37 ± 15.50), ek kronik hastalığı olanlarda (45.47 ± 19.13), kronik hastalığa yönelik ilaç kullananlarda (44.94 ± 18.84), inhaler ilaç kullananlarda (43.04 ± 18.17), evde günde 3-4 saat oksijen kullananlarda (26.17 ± 10.29) ve evde pulse oksimetre kullananlarda (37.00 ± 18.49) en düşük saptandı.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile KOAH tanılanma süresi ($p < 0.001$), ek kronik hastalık varlığı ($p = 0.019$), kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı ($p = 0.002$), inhaler ilaç kullanımı ($p < 0.001$), evde oksijen kullanımı ($p < 0.001$) ve evde pulse oksimetre kullanımı ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu.

Tablo 8. Acil servise başvuran KOAH Hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının acil servis başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması (N=197)

Acil Servis Başvuru Özellikleri		n	$\bar{x}$	SS	t/F	p	Çoklu Karşılaştırma
Acil servise geliş şekli	Yürüyerek ¹	9	78.22	6.50	76.083 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 2-3
	Özel araç ile ²	127	52.20	15.98			
	Ambulans ile ³	61	28.62	12.33			
Acil serviste refakatçi varlığı	Evet	188	44.80	18.83	-4.443 ^a	<0.001	
	Hayır	9	73.00	12.04			
Acil servise başvuru sıklığı	Haftada birkaç kez ¹	17	38.00	20.27	74.686 ^b	<0.001	1-3, 2-3
	Ayda birkaç kez ²	121	37.68	14.02			
	Yılda birkaç kez ³	59	65.68	14.27			
Acil servise başvuru şikayetinde öksürük varlığı	Evet	131	45.20	19.40	-0.907 ^a	0.366	
	Hayır	66	47.86	19.63			
Acil servise başvuru şikayetinde nefes darlığı varlığı	Evet	189	45.77	19.28	-1.137 ^a	0.257	
	Hayır	8	53.75	23.52			
Acil servise başvuru şikayetinde göğüs ağrısı varlığı	Evet	61	39.84	18.18	-3.085 ^a	0.002	
	Hayır	136	48.90	19.43			
Acil servise başvuru şikayetinde ateş varlığı	Evet	27	29.04	14.29	-6.364 ^a	<0.001	
	Hayır	170	48.80	18.82			
Acil serviste kalma süresi	1 saatten az ¹	13	66.31	12.96	34.114 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	1-2 saat ²	83	54.42	17.93			
	3-4 saat ³	66	42.09	15.80			
	4 saat üzeri ⁴	35	26.37	10.78			
Acil serviste verilen klinik karar	Taburcu ¹	140	52.04	18.06	29.093 ^b	<0.001	1-2, 1-3
	Yatış ²	42	31.45	14.11			
	Sevk ³	15	31.53	16.11			
Son iki yıl içerisinde acil servis başvuru sonrası yoğun bakım ünitesine yatış durumu	Yok ¹	70	53.14	17.62	26.487 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 2-3
	Bir kez ²	69	39.94	18.79			
	Birden fazla ³	58	29.97	13.53			

^aBağımsız gruplar t-testi, ^bTek yönlü ANOVA testi

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının acil servis başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması acil servise ambulans ile başvuru yapanlarda (28.62 ± 12.33), acil serviste refakatçisi olanlarda (44.80 ± 18.83), acil servise ayda birkaç kez başvuru yapanlarda (37.68 ± 14.02), acil servise başvuru şikayetinde öksürük (45.20 ± 19.40) nefes darlığı (45.77 ± 19.28), göğüs ağrısı (39.84 ± 18.18) ve ateşi olanlarda (29.04 ± 14.29), acil serviste dört saat üzeri kalanlarda (26.37 ± 10.78), acil servis sonrası sevk edilenlerde (31.53 ± 16.11) ve son iki yıl içerisinde birden fazla acil servis başvuru sonrası yoğun bakıma yatış yapılanlarda (29.97 ± 13.53) en düşük saptandı.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile acil servise başvuru şekli ($p < 0.001$), acil serviste refakatçi varlığı ($p < 0.001$), acil servise başvuru sıklığı ($p < 0.001$), acil servise başvuru şikayetinde göğüs ağrısı varlığı ($p = 0.002$), acil servise başvuru şikayetinde ateş varlığı ($p < 0.001$), acil serviste kalma süresi ($p < 0.001$), acil serviste verilen klinik karar ($p < 0.001$) ve son iki yılda acil servis başvuru sonrası yoğun bakıma yatış durumu ($p < 0.001$) arasında anlamlı bir farklılık bulunurken; acil servise başvuru şikayetinde öksürük varlığı ($p = 0.366$) ve acil servise başvuru şikayetinde nefes darlığı varlığı ($p = 0.257$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 9. Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının bakıma ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (N=197)

Bakıma İlişkin Özellikler		n	$\bar{x}$	SS	t/F	p	Çoklu Karşılaştırma
Boşaltım şekli	Bez kullanıyor ¹	55	25.15	8.01	155.165 ^b	<0.001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	İdrar sondası kullanıyor ²	10	35.80	7.70			
	Yakınından yardım alıyor ³	64	44.47	9.49			
	Kendisi karşılıyor ⁴	68	66.07	13.44			
Beslenme şekli	Normal diyet	182	46.73	19.39	1.612 ^a	0.109	
	Özel diyet	15	38.33	19.36			
Uyku sorunu yaşama algısı	Evet	135	39.41	16.25	-8.222 ^a	<0.001	
	Hayır	62	60.63	18.01			
İbadet yaparken güçlük yaşama durumu	Evet	154	40.01	15.63	-10.285 ^a	<0.001	
	Hayır	43	67.88	16.03			
Primer bakım verici	Yok	35	72.29	9.98	15.114 ^a	<0.001	
	Aile yakını/ bakıcı	162	40.43	16.09			
Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu	Kayıtlı	56	26.30	9.28	-14.762	<0.001	
	Kayıtlı değil	141	53.95	16.67			
Yardımcı araç/kişi yardımı	Evet	105	34.84	14.04	-10.885 ^a	<0.001	
	Hayır	92	58.93	16.68			
Yardımcı araç/kişi (n=105)	Baston ¹	45	44.49	10.03	23.085 ^b	<0.001	1-2, 1-3
	Tekerlekli sandalye ²	36	29.47	10.84			
	Sedye ³	20	22.40	13.53			
	Kişi yardımı ⁴	4	36.75	6.70			

^aBağımsız gruplar t-testi, ^bTek yönlü ANOVA testi

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının bakıma ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması boşaltımında bez kullananlarda (25.15±8.01), özel diyet ile beslenenlerde (38.33±19.36) uyku sorunu yaşayanlarda (39.41±16.25), ibadet yaparken güçlük yaşayanlarda (40.01±15.63), primer bakım vericisi aile yakını/bakıcı olanlarda, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olanlarda (26.30±9.28), yardımcı araç/kişi kullananlarda (34.84±14.04) ve yardımcı araç olarak sedye kullananlarda (22.40±13.53) en düşük saptandı.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile boşaltım şekli (p<0.001), uyku sorunu yaşama algısı (p<0.001), ibadet yaparken güçlük yaşama durumu (p<0.001), primer bakım verici varlığı (p<0.001), evde sağlık hizmetlerine kayıtlı

olma durumu ($p<0.001$), yardımcı araç/kişi kullanımı ($p<0.001$) ve yardımcı araç/kişi ($p<0.001$) arasında anlamlı bir farklılık bulunurken; beslenme şekli ($p=0.109$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 10. Acil servise başvuran KOAH hastalarının sigara kullanma durumu, evin ısınma biçimi, KOAH tanılanma süresi ve evde oksijen kullanımının acil servis başvuru sıklığına göre karşılaştırılması (N=197)

		Acil Servis Başvuru Sıklığı			χ^2	p*
		Haftada Birkaç Kez (n=17)	Ayda Birkaç Kez (n=121)	Yılda Birkaç Kez (n=59)		
		n (%) ^a	n (%) ^a	n (%) ^a		
Sigara kullanma durumu	Evet	4 (23.5)	4 (3.3)	10 (16.9)	13.934	0.008
	Hayır	9 (53.0)	70 (57.9)	29 (49.2)		
	Bırakmış	4 (23.5)	47 (38.8)	20 (33.9)		
Evin ısınma biçimi	Soba	14 (82.4)	88 (72.7)	33 (55.9)	6.836	0.033
	Kalorifer ve elektrikli ısıtıcı	3 (17.6)	33 (27.3)	26 (44.1)		
KOAH tanılanma süresi (yıl)	5 yıl altı	0 (0.0)	4 (3.3)	5 (8.5)	31.942 ¹	<0.001
	5-9 yıl	5 (29.4)	17 (14.0)	21 (35.6)		
	10-14 yıl	3 (17.6)	34 (28.1)	24 (40.7)		
	15-20 yıl	7 (41.2)	45 (37.2)	5 (8.5)		
	20 yıl üzeri	2 (11.8)	21 (17.4)	4 (6.8)		
Evde oksijen kullanımı (saat/gün)	Günde 1-2 saat	3 (17.6)	36 (29.8)	5 (8.5)	48.145 ¹	<0.001
	Günde 3-4 saat	6 (35.3)	23 (19.0)	0 (0.0)		
	Günde 4 saatten fazla	5 (29.4)	10 (8.3)	6 (10.2)		
	Hiçbir Zaman	3 (17.6)	52 (43.0)	48 (81.4)		

*Pearson ki-kare testi, ¹Fisher Freeman Halton testi, ^aSütun yüzdesi

Acil servise başvuran KOAH hastalarının sigara kullanma durumu, evin ısınma biçimi, KOAH tanılanma süresi ve evde oksijen kullanımının acil servise başvuru sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Sigara kullanmayan hastaların %53'ü haftada birkaç kez, %72.7'si ayda birkaç kez ve %49.2'si yılda birkaç; evin ısınma biçimi soba olan hastaların %82.4'ü haftada birkaç kez, %57.9'u ayda birkaç kez, %55.9'u yılda birkaç kez acil servise başvurmaktadır. Yine KOAH tanılanma süresi 15-20 yıl olan hastaların %41.2'si haftada birkaç kez, %37.2'si ayda birkaç kez, KOAH tanılanma süresi 10-14 yıl olan hastaların %40.7'si yılda birkaç kez acil servise başvurmaktadır. Evde günde 3-4 saat oksijen kullanan hastaların %35.3'ü haftada birkaç kez, evde hiçbir zaman

oksijen kullanmayan hastaların %43'ü ayda birkaç kez, %81.4'ü yılda birkaç kez acil servise başvurmaktadır.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının sigara kullanma ($p=0.008$), evin ısınma biçimi ($p=0.033$), KOAH tanılanma süresi ($p<0.001$) ve evde oksijen kullanımının ($p<0.001$) acil servise başvuru sıklığına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulundu.



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda, acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığı düzeyi, ortalamanın altındadır. Diğer bir ifade ile hastaların giyinme/soyunma, beslenme, beden duruşu, hareketlilik, ibadet yapma, tehlikelerde kaçınma, gece/gündüz döngüsü, kontinans, vücut sıcaklığı, vücut temizliği, iletişim, günlük aktivitelerini sıralayabilme, başkaları ile ilişki kurma, kurallara uyma, eğlence aktiviteleri, bellek/hafıza ve öğrenme yeteneğini kapsayan tüm alanlarda bakım bağımlılıkları ortalamanın altındadır.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, KOAH hastalarının bakım bağımlılığı düzeylerinin bazı sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre değişebildiği görülmektedir (15, 67, 147, 153-155). Bir çalışmada KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tamamen ve orta düzeyde bağımlı oldukları saptanırken (139), Kara'nın KOAH hastalarının bakım bağımlılığı çalışmasında, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı oldukları saptanmıştır (147). Bununla birlikte Aydın ve arkadaşlarının KOAH hastalarında günlük yaşam deneyimlerini inceledikleri çalışmada, hastalar KOAH'ı günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ciddi bir sorun olarak ifade etmişlerdir (153). Çalışmamıza yakın olarak, Türk ve Üstün'ün KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi çalışmasında, hastaların orta düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir (15). Akıncı ve arkadaşlarının KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmada ise benzer şekilde KOAH nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlandığı ve bireysel bakımlarını sağlamada yetersiz kaldıkları raporlanmıştır (154). Çalışmamızda acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığı düzeyinin ortalamanın altında olmasının nedenleri olarak, hastaların 65 yaş üstünde olması, eğitim düzeyinin düşük olması, %75'e yakınının KOAH tanılama süresinin 10 yıl ve üzerinde olması, komorbiditelerin varlığı, kronik hastalığa yönelik ilaç, inhaler ve evde oksijen kullanımlarının olması, yarıdan fazlasının (%53.3) yardımcı bir araç kullanıyor olması, boşaltım şeklinde yalnızca üçte birinin bağımsız olması gibi birçok faktörün etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, kadın KOAH hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamada erkeklerden daha fazla başkalarına bağımlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Burucu ve arkadaşlarının kronik hastalıklar nedeni ile dahili kliniklerde yatarak tedavi alan hastalarda bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmada, kadınların bakımda erkeklerden daha çok desteğe gereksinim duyduğu gösterilmiştir (156). Ancak çalışmamızdan farklı olarak, Türk ve Üstün'ün KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığını değerlendirdikleri çalışmada, erkeklerin kadınlara göre bakım bağımlılığının daha yüksek olduğu gösterilirken; Bayülgen ve arkadaşlarının KOAH olan hastaların öz bakım yönetimlerini etkileyen faktörleri değerlendirdiği çalışmada ise cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (15, 157). Çalışmamızda kadın cinsiyetin bakım bağımlılığının daha yüksek bulunmasının nedeni olarak kadınların bakım alma konusunda daha fazla güven ve destek ihtiyacı hissetmeleri, başkaları ile sözel iletişim kurabilme ve sürdürülebilmede, yeni bilgi/becerileri öğrenmede, daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada ve sosyal aktivitelere katılabilmeye erkeklerle göre daha fazla gereksinimleri olduğu düşünülmüştür. Ayrıca kadınların ekonomik bağımsızlık düzeyinin (düşük gelir/emeklilik güvencesi eksikliği) bakım ihtiyacının karşılanması üzerine etkili olabileceği de düşünülmüştür.

Çalışmamızda yaş arttıkça KOAH hastalarının bakım bağımlılığı düzeyi artmıştır. Bu sonuç, farklı çalışmalarla paralellik göstermektedir (13, 21). Kar ve Zengin'in KOAH'lı hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre sağlık durumunu incelediği araştırmada, 80 yaş üzeri KOAH'lı bireylerin, KOAH semptomlarından büyük ölçüde etkilendiği bildirilmiştir (25). Yaşlanma ile birlikte akciğerlerde gelişen yapısal ve fizyolojik değişiklikler KOAH tanı süresinin ve evresinin ilerlemesiyle meydana gelen değişiklikler ile benzerlik göstermektedir (49). Yaşın ilerlemesi ile birlikte komorbiditelerin artması, çoklu ilaç kullanımlarının olması ve başta nefes darlığı olmak üzere KOAH'a özgü semptomlarda artış olması gibi nedenlerle yaşam kalitesinde bozulmalar meydana gelmektedir. Bu doğrultuda yaşın ilerlemesi ile birlikte özellikle hareketlilikte yaşanan kısıtlanmaların bakım bağımlılığını arttırması beklenen bir sonuçtur. Araştırmamızda 95 yaş ve üzeri KOAH hastalarının bakım bağımlılığı en yüksek düzeyde, 65-74 yaş aralığındaki bireylerin ise en alt düzeyde bulunmuştur. Yaş arttıkça hastanın bağımsızlığının ve yeterliliğinin azalmasının nedeni olarak; hastanın fiziksel gücünde azalma, bilişsel durumunda zayıflama, hastalığını/sağlığını yönetememe, problem çözme

becerisinde azalma, karar alma durumunda ve aldığı kararları uygulama durumunda yaşanan olumsuzluklar düşünülebilir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının ilerleyen evrelerinde hareketsizlik, yetersiz beslenme, sistemik inflamasyon ve solunum güclüğü gibi çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi nedeni ile iştahsızlık ve beslenme sorunları meydana gelmektedir (158). Zayıf ya da fazla kilolu/obez olmanın yaşam kalitesi üzerinde negatif etkiye sahip olduğu ve KOAH hastalarının beslenmeye ilişkin problemler yaşadığı bilinmektedir (159, 160). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı olan bireylerde sıklıkla ortaya çıkan kilo kaybı ve kas kütesinin azalması, egzersiz kapasitesi ve sosyal alanlarda kısıtlanmalar yaşanmasına neden olmaktadır (161, 162). Ayrıca düşük vücut ağırlığının ya da fazla kilonun KOAH hastalarında nefes darlığı ve öksürük şikayetini artırdığı ve hastaların efor sarf etmekten kaçınmasına neden olduğu belirtilmektedir (127). Çalışmamızda KOAH hastalarına yapılan BKİ değerlendirmesinde literatür ile uyumlu olarak, düşük kilolu olan KOAH hastalarında bakım bağımlılığı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Zayıf hastaların bakım bağımlılığının yüksek çıkması; özel bir diyet ile beslenme, günde 3-4 saat ve üzeri oksijen desteğinin olması, inhaler ilaç kullanıyor olma, çoklu ilaç kullanımlarının olması, KOAH tanı süresinin uzun olması gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca sık boşaltım ihtiyacı yaşamamak adına efordan kaçınmak ya da oksijen desteğinden ayrılmak zorunda kalmamak adına da KOAH hastalarının gereğinden az besleniyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, emekli olmayan KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyi daha yüksektir. Farklı çalışmalarda hastaların bakım bağımlılığının emekli olanlarda ve memurlarda düşük, çiftçi ve işsiz bireylerde yüksek olduğu bulunmuştur (15, 146, 163). Durgun ve arkadaşlarının cerrahi ve dahili servislere yatan hastaların bağımlılık düzeyleri ile hemşirelik algısını inceledikleri çalışmada, çalışmaya dahil edilen bireylerin herhangi bir sağlık güvencesinin olma durumuna göre bakım bağımlılığı düzeyleri incelendiğinde, sağlık güvencesi olanların bakım bağımlılıklarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (163). Bu sonucun hastaların sağlık güvencesi olduğunda sağlık hizmetlerine ulaşmada güvencesi olmayanlara göre maddi/manevi olarak daha az zorlukla karşılaşmasından, sağlık kuruluşlarına başvuruda gecikmemesinden, dolayısıyla hastalığın prognozu kötüleşmeden tedavi ve bakım sürecine başlaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ekonomik olarak bağımsız olmanın kişinin maddi zorluklar nedeni ile çocuklarının ya da bir

başkasının yanına taşınma gereksinimi ortadan kaldıracak ve bakım gereksinimlerini azaltabileceği ile ilişkilendirilmiştir.

Eğitim düzeyine göre araştırmaya dahil edilen KOAH hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamadaki bağımlılık düzeyleri incelendiğinde, literatür ile paralel olarak (15, 98) okuryazar olmayan hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına daha bağımlı olduğu görülmektedir. Cingil ve Bodur'un İç Anadolu Bölgesi'nde yürüttükleri yaşlıların bağımlılık düzeyleri ve demografik özelliklerini incelediği çalışmada, öğrenim görmeyen yaşlıların bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (164). Almanya'da yapılan Schnitzer ve arkadaşlarının bakım bağımlılığı için risk profillerini inceledikleri bir kohort çalışmasında, çalışmamızla paralel olarak eğitim düzeyi ile bakım bağımlılığı arasında ters bir ilişki olduğu bulunmuştur (165). Okuma yazma becerilerinin ötesinde KOAH hastalarında ilaçların doğru kullanılması, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında karar verebilme, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilme gibi sağlığa ve hastalığa ilişkin bilgileri kavrama ve değerlendirme yetisi sağlık hizmetlerinden doğru şekilde yararlanmayı beraberinde getirmektedir (166). Bu durum, eğitim seviyesi daha yüksek olan bireylerin sağlıkları konusunda daha bilinçli olmaları ve öz bakım süreçlerinde bağımsız hareket edebilmeleriyle açıklanabilir. Örneğin okuma yazma bilmeyen bir hasta ilaçlarını hangi saat aralıklarında ve hangi dozda kullanacağı konusunda bir başkasına bağımlıdır. Bu doğrultuda çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi ile ilişkili olarak bellek/hafıza ve öğrenme yeteneğinde daha bağımlı oldukları düşünülebilir. Dolayısıyla çalışma bulgumuz da eğitim düzeyinin KOAH hastalarında hastalığın yönetimi, tedavi sürecine uyumu, doğru ilaç kullanımı, acil servise tekrarlayan başvurular ve bakım bağımlılığı üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermiştir.

Uzun süreli sigara kullanımı, KOAH hastalarında fonksiyonel kapasite ve yorgunluk düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir (167). Sigara kullanım durumuna göre araştırma kapsamına alınan KOAH hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamadaki bağımlılık düzeyleri incelendiğinde, çalışmamızda genel algının aksine sigara kullanmayan hastaların bakım bağımlılık düzeyleri daha yüksektir. Kiraz ve arkadaşlarının kırsalda yaşayan kadınlarda KOAH görülme sıklığını incelediği bir çalışmada; şehirde yaşayan grupta sigara içim oranı kırsal kesimde yaşayan gruba göre yüksek bulunmasına rağmen solunum yolu hastalıkları ve KOAH görülme oranının kırsalda yaşayan kadınlarda daha

yüksek olduğu bildirilmiştir (168). Çalışmamıza dahil edilen KOAH hastalarının %60'a yakın bir oranda kadın cinsiyetten oluşması, sigara kullanmayanlarda bakım bağımlılığının yüksek çıkmasında önemli bir neden olarak düşünülmüştür. Uzun yıllardır yapılan çalışmalarda genellikle erkek cinsiyetin daha fazla sigara kullanım oranına sahip olması nedeni ile KOAH, özellikle sigara kullanan erkeklerde görülen bir hastalık olarak ele alınmıştır. Oysaki, literatürde sigaranın akciğer fonksiyonlarına olan etkisi kadın cinsiyette daha belirgin bulunmuştur (43). Geçmiş yıllarda kapalı alanlarda tütün kullanımının yaygın olmasına bağlı olarak pasif içiciliğin KOAH'da kadın cinsiyet üzerinde daha etkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca KOAH genellikle tütün kullanımıyla ilişkilendirilse de sigara kullanan bireylerin tamamında gelişmemektedir. Sigara kullanmayan bireylerde de kronik solunum yolu hastalıklarının varlığı, genetik yatkınlık, biyoyakıt dumanlara, toz ve partiküllere maruz kalma gibi çeşitli faktörlerle KOAH gelişebilmektedir.

Türkiye'de ve gelişmiş ülkelerde, toplumsal yapı değişmekle birlikte yaşlılara %60-80 oranlarında aile bireyleri bakmaktadır (169). Zaybak ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada, bakım veren bireylerin %38'inin çocuklarından bakım aldığı belirtilmiştir (170). Taşdelen ve Ateş'in evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünü değerlendirdiği çalışmasında; hastaların yarısından fazlasının çocuklarıyla birlikte yaşadığı, her 10 hastadan dokuzunun bakımının ailesi tarafından karşılandığı, her beş bakım veren kişiden dördünün kadın olduğu raporlanmıştır. (171). Nitekim çalışma bulgumuz da literatür ile paralel olarak KOAH hastalarının çoğunluğunun (%40.6) çocukları ile birlikte yaşadığını göstermiş olup, çocukları ile birlikte yaşayan KOAH hastaları beslenme, kontinans, giyinme/soyunma, beden duruşu, vücut temizliği, vücut sıcaklığı, ibadet yapma, tehlikelerden kaçınma gibi bakım gereksinimlerini karşılamada daha bağımlıdır. Bakım bağımlılığın çocukları ile birlikte yaşayan KOAH hastalarında daha yüksek bulunmasının nedeni olarak, yaşlılığın getirdiği hareket kısıtlılıkları ve günlük aktivitelerini yerine getirmede başkalarına gereksinim duymanın önemli etkenler olduğu düşünülmüştür. Ayrıca eşin kaybedilmesi, ekonomik nedenler ve eğitim düzeyinin düşük olması ilerleyen yaşla beraber yalnız yaşamayı ve bakım gereksinimlerini karşılamayı zorlaştıran diğer unsurlar olarak sıralanabilir.

Çalışmamızda, KOAH tanılanma süresi arttıkça hastaların bakım bağımlılığı düzeyi artmıştır. Hastalık süresi 20 yıl ve üzeri olan KOAH hastalarının bakım bağımlılığı en

yüksek düzeydedir. Literatürde, KOAH'da yaşam kalitesinin ilerleyen dönemlerde azaldığı bildirilmektedir (172, 173). Fabricus ve arkadaşlarının Kopenhag'da KOAH prevalansını araştırdıkları bir çalışmada, 3. ve 4. evre KOAH'ın genellikle 65 yaş üstü kişilerde görüldüğü belirlenmiştir (174). Durgun ve arkadaşlarının cerrahi ve dahili servislerde yatan hastaların bağımlılık düzeyleri ile hemşirelik bakım algısını inceledikleri çalışmada, Evre-3 ve Evre-4 hastalarının bakım bağımlılığı düzeylerinin gece/gündüz döngüsü, günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri ve hareketlilikte daha yüksek olduğu bildirilmiştir (163). Barriga ve arkadaşlarının KOAH tanısı olan erkek hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörleri incelediği bir çalışmada ise hastaların ortalama günlük adım sayısının, hastalığın evresi ile doğru orantılı olarak arttığını bildirmiştir (175). Hastalığın ilerlemiş olması, semptomlarda artış ve fiziksel güçte azalma olması anlamına gelmektedir (15). Bu doğrultuda hastaların bakım bağımlılık düzeyinin artmış olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda tanı süresi uzun olan KOAH hastalarının bakım bağımlılıklarının daha yüksek bulunmasının nedeni olarak ilerleyen yaş, ek kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımları ile birlikte günlük yaşamı sınırlandıran hareketlilikte kısıtlanmaların yaşanması düşünülmüştür. Ayrıca KOAH tanı süresinin uzaması solunum problemlerinin sık yaşanmasını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kullanılan inhaler ilaçlar ve evde oksijen desteği alıyor olmak da KOAH tanı süresi uzun olan hastaların bakım bağımlılıklarının yüksek çıkmasının diğer önemli nedenleri olarak yorumlanabilir.

Kronik hastalıklar, bireyin fonksiyonel kapasitesinin ve yaşam kalitesinin azalmasına ve bakım bağımlılığının artmasına neden olmaktadır (137). Çalışmamızda örneklemin yaşlı hastalardan oluşması nedeni ile hastaların %96.4'ünde KOAH'a ek kronik hastalık mevcuttur ve ek kronik hastalık varlığı bakım bağımlılığı düzeyini arttırmaktadır. Literatürde çalışma sonuçlarımıza paralel şekilde kronik hastalık sayısı arttıkça bakım bağımlılığı düzeyinin arttığı bildirilmiştir (176). Özbudak ve Oksay Şahin'in hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları ve hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin bakım bağımlılığının, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (177). Etiyolojik faktörleri kesin olmamakla birlikte kardiyovasküler sistem hastalıklarının KOAH ile birlikte en sık görülen komorbiditeler olduğu bildirilmiştir (178). Gelekçi ve Sevda'nın kronik hastalığı olan erişkinlerde bakım bağımlılığını araştırdığı çalışmada, katılımcılarda en fazla kardiyovasküler sistem hastalıklarının görüldüğü ve kronik hastalıkların bakım bağımlılığı düzeyini arttırdığı saptanmıştır (179).

Çalışmamızda, literatür ile benzer olarak KOAH'a ek kronik hastalıklarda sırasıyla en çok kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları mevcuttur. KOAH gelişiminde solunum sistemi hastalıkları risk faktörü olarak bildirilmektedir (36). Bu bağlamda çalışmamızda, hastaların yarısından fazlasında (%55.2) var olan kronik bronşit, astım gibi solunum sistemi hastalıklarının KOAH'da yaşanan semptomları ve alevlenme sıklığını arttıracak şekilde yorumlanmıştır. Ayrıca egzersiz kapasitesinin düşmesine neden olarak evde oksijen desteğine duyulan ihtiyacın artmasına ve inhaler ilaç kullanımlarına neden olmasıyla KOAH'a ek olarak özellikle kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları varlığının bakım bağımlılığının artmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda KOAH ile birlikte özellikle kardiyovasküler ve/veya solunum sistemine ilişkin ek kronik hastalığın var olmasının öksürük ve dispneyi şiddetlendireceği dolayısıyla hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bakım gereksinimlerini arttıracak; özellikle efor gerektiren ibadet yapma, beden duruşu, vücut temizliği, tehlikelerden kaçınma gibi parametrelerde bakım bağımlılığı düzeyinin yüksek saptanmasında önemli rol oynayacağı düşünülmüştür. Ayrıca yaşlanmayla ve KOAH'ın ileri evrelerinde gelişen kas-iskelet sistemi sorunlarının ya da ağrıların getirdiği hareket kısıtlanmaları kişinin yürüme, oturma veya yataktan kalkma gibi temel fiziksel aktivitelerini güçleştirmekte olup bakım bağımlılığını özellikle hareketlilik ve günlük aktivitelerini sıralayabilmede önemli şekilde etkilediği; ek kronik hastalıklardan nörolojik hastalıkların ise bireyin bilişsel fonksiyonlarını bozarak sözel iletişim kurabilme ve sürdürebilmede, başkaları ile ilişki kurmada, ibadet yapmada, kurallara uymada, yeni bilgi/becerileri öğrenmede, sosyal aktivitelere katılabilmeye, daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada bakım bağımlılığını artırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların %93.4'ü kronik hastalığa yönelik ilaç kullanmaktadır ve ilaç kullananların bakım bağımlılığı düzeyleri yüksektir. Benzer şekilde Kara'nın KOAH'da bakım bağımlılığını değerlendirdiği çalışmasında, komorbid hastalıklar nedeni ile daha çok sayıda ilaç kullananlarda ilaç kullanmayanlara göre bakım bağımlılığı düzeyi daha yüksektir (147). Yine Zamzam ve arkadaşlarının KOAH hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada, kullanılan ilaç sayısı arttıkça KOAH hastalarında yaşam kalitesinin azaldığı raporlanmıştır (180). Ayrıca, Janssen ve arkadaşlarının ileri KOAH veya kronik kalp yetmezliği olan hastalarda bozulmuş sağlık durumu ve bakım bağımlılığını incelediği çalışmada, hekim tarafından reçete edilen ilaç sayısının fazla olmasının bireyin bakım bağımlılığının yüksek olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (21). Araştırma grubumuzun ileri yaş ve eğitim düzeyi düşük hastalardan oluşması, hastaların

ilaç kullanımında bir başkasına bağımlı olabileceğinin en önemli nedenleri olarak yorumlanmıştır. Ayrıca çoklu ilaç kullanımlarında gün içerisinde farklı zaman dilimlerinde farklı ilaçların alınıyor olmasının bireyi beslenme, sosyal aktivitelere katılabilme ve sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede yüksek düzeyde bağımlı hale getirmede etkili olabileceği düşünülmüştür. Bunun yanı sıra ek kronik hastalıklara yönelik farklı ilaçların yan etkilerinin bir araya gelerek kontinans, gece/gündüz döngüsü, bellek ve iletişim becerilerinde hastaların bakım bağımlılığını artırdığı şeklinde yorumlanmıştır.

İnhalaler ilaçlar KOAH tedavisinde oldukça önemlidir (181). İnhalasyon yolu ile ilaç kullanımının en önemli avantajlarından biri, havayollarına daha efektif olarak yüksek konsantrasyonda ilaç verilebilmesidir (182). Ancak nebulizatör kullanan hastaların sıklıkla kortikosteroidlerin nebul formunu kullandıkları ve evde nebul formda ilaç kullanan hastalarda daha sık hastane yatışı olduğu bildirilmiştir (183). Literatürde inhaler kullanımına yönelik örnek teşkil edebilecek bir çalışma bulunmamakla birlikte çalışmamızda inhaler ilaç kullanan hastaların bakım bağımlılık düzeyleri daha yüksektir. Bu sonucun nedeni olarak, KOAH'la birlikte ek kronik solunum sistemi hastalığına sahip olmanın etkili olduğu düşünülmüştür. Ek bir solunum sistemi hastalığının var olması nefes darlığı, mukus üretimi ve öksürük semptomlarının sık yaşanması ile ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla inhaler ilaç kullanan KOAH hastalarının efordan yani hareketlilikten kaçınmaları bakım bağımlılık düzeylerinin yüksek çıkmasına bağlanabilir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hava yollarındaki daralmalar nedeni ile yeterli oksijen sağlanamamaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sık oksijen kullanımı ve bakım bağımlılığı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (175). Çalışmamızda, KOAH hastalarının %47.7'si evde oksijen desteği almakta olup günde 3-4 saat ve üzeri oksijen kullananlarda bakım bağımlılığı düzeyi en yüksek seviyededir. Sonuç olarak evde oksijen kullanan KOAH hastalarının beslenme, kontinans, beden duruşu, gece/gündüz döngüsü, giyinme/soyunma, vücut sıcaklığını koruyabilme, vücut temizliği, tehlikelerden kaçınma, ibadet yapma ve günlük aktivitelerini sıralayabilme gibi hareketlilik içeren tüm alanlarda kısıtlamalar yaşamalarına neden olmuştur. Çalışma sonuçlarımız ile paralel doğrultuda Türk ve Üstün'ün KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığını değerlendirdiği çalışmasında, oksijen kullanımı ile ilişkili olarak hastaların yarısından fazlasının hareketlilik alanında oldukça, dörtte birinin tamamen bağımlı olduğu tespit edilmiştir (15). Ayrıca, KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine katılımı sırasında

yaşadıkları fizyolojik kısıtlamaları inceleyen Lahaije ve arkadaşları, hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımlarının azaldığını ve bu azalmanın dispne ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (184).

Pulse oksimetreler yalnızca hastane ortamında değil; KOAH, astım gibi çeşitli solunum sistemi hastalıkları olup taburculukları planlanan hastaların tıbbi tedavilerinin/bakımlarının etkinliğinin takip edilebilmesi için evde de kullanılmaktadır (185). Çalışmamızda, evde pulse oksimetre kullanan KOAH hastalarında bakım bağımlılığı yüksektir. Bu sonuç, evde oksijen desteği alan ve inhaler ilaç kullanan hastaların oksijen satürasyon takibi yapma gereksinimleri ile ilişkilendirilmiştir. Bir KOAH hastasının pulseoksimetre ile evde oksijen seviyesini takip etme ihtiyacı duyması sıklıkla solunum güçlüğü yaşamasına bağlanabilir. Solunum güçlüğü yaşaması da oksijen cihazı, nebulizatör gibi medikal cihazlara bağımlı olduğunun bir göstergesidir. Bu nedenle hasta günlük yaşam aktivitelerini karşılamada bir başkasına bağımlı hale gelmektedir. Ayrıca ileri yaşta, kendini ifade etmekte zorlanan ve KOAH tanısı süresi uzun hastalarda; hipoksinin önlenmesi adına da evde kullanımın sağlanabileceği düşünülmüştür. Ancak KOAH hastalarının sıklıkla pulseoksimetre kullanma ve oksijen satürasyon değerlerini kontrol etme isteğinin oluşması da klinikte sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durumun KOAH hastalarında oksijen satürasyonu ölçümü yapma konusunda bağımlılıklarının gelişmesine ve özellikle hareketlilik içeren tüm alanlarda bakım bağımlılıklarının yüksek bulunmasına neden olmuş olabileceği de düşünülmüştür.

Çalışmamızda, acil servise ambulans ile başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığı en yüksektir. Çalışma sonucumuza paralel olarak Kılıç ve arkadaşlarının dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada, acil servisten yatışı yapılan hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlılıklarının daha yüksek olduğu raporlanmıştır (98). Özbudak ve Şahin ise hastaneye yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları ve hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hastaneye geliş şekli ile bakım bağımlılığı arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (177). Çelik ve arkadaşlarının acil servise başvuran geriatric hasta profilinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, 65 yaş üstü bireyler içerisinde %46.3'ünün acil servise ambulansla getirildikleri belirlenmiştir (186). Varışlı ve arkadaşlarının acil servise başvuran 65 yaş üstü hastaları klinik, demografik ve maliyet

açısından inceledikleri çalışmada; acil servise ambulans ile başvuran hastaların daha yüksek oranda kliniğe yatışının yapıldığını raporlamışlardır (187). Bu doğrultuda çalışmamızda da benzer şekilde acil servise başvuran KOAH hastalarının yaklaşık üçte birinin ambulans ile getirildiği görülmektedir. Bu bağlamda KOAH hastalarının acil servise başvuru şeklinin, hastanın klinik seyri ve bakım bağımlılığı konusunda yol gösterici olduğu söylenebilir. Bu düşüncenin gelişmesinde ambulans ile gelen hastaların ciddi dispne ve oksijen saturasyon değerinin düşüklüğü, ani gelişen göğüs ağrısı/göğüste sıkışma hissi, ateş yüksekliği gibi hayati tehlike arz edebilen; KOAH alevlenmelerinden ya da alevlenmeyi tetikleyebilecek akut bir durum yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir başka açıdan ise oksijene bağlı hastaların ve evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan KOAH hastalarının hastaneye ambulans ile başvurmadan başka seçeneklerinin olmaması durumudur. Bu doğrultuda her açıdan, acil servise ambulans ile başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılıklarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda, acil servise başvuran KOAH hastalarının %95'den fazlasının yanında refakatçisi bulunmakta ve refakatçisi bulunan hastaların bakım bağımlılığı daha yüksek düzeydedir. Literatürde hastaların yanında refakatçileri olmasının bakımlarında aktif rol oynamalarına neden olduğu bildirilmiştir (188, 189). Bakım bağımlılığı düşük olan bireyler nadiren bazı alanlarda desteğe ihtiyaç duyarken, ileri seviyede bakım bağımlılığı olan bireylerin sürekli refakatçiye ihtiyaç duyması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızın acil servise başvuran KOAH hastaları üzerine yapılması; hastaların zaten akut gelişen ve evde toparlanılamayan solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, ateş gibi akut bir durumun ya da alevlenmenin göstergesidir. Bu şikayetleri yaşayan bir hastanın özellikle ileri yaşta olması, KOAH tanı süresinin uzun olması ve hareket kısıtlılığı yaşaması; refakatçisi olmadan hastaneye başvuramayacağını destekler niteliktedir. Bu doğrultuda çalışma sonuçlarımızın tutarlı ve özgün olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, acil servise başvuru sıklığı yönünden değerlendirilen KOAH hastalarının %60 oranında ayda birkaç kez acil servise başvurduğu ve bakım bağımlılığı en yüksek olanların bu grup olduğu anlaşılmıştır. Literatürde acil servise başvuran KOAH hastaları ile ilgili yeterli çalışma olmaması ile birlikte Usul ve Seyhan'ın KOAH akut alevlenmesi ile acil servise başvuran hasta sayısının meteorolojik parametreler ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, iklimsel faktörlerin KOAH alevlenme sıklığı üzerine önemli derecede etkisinin olduğunu ve sıcaklık azaldıkça KOAH alevlenme ile acil servis

başvuru sıklığının arttığını bildirmiştir (9). Çelik ve arkadaşlarının acil servise başvuran 65 yaş üstü hasta profilinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada ise hastaların eğitim düzeyi azaldıkça acil servis kullanım oranının arttığı, ek kronik hastalık varlığının da acil servis başvuru sıklığını arttırdığı raporlanmıştır (186). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının özellikle ileri evrelerde acil servise sık başvuruyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Acil servis başvuru sıklığı yüksek olan KOAH hastalarının aynı zamanda bakım bağımlılıklarının da yüksek olmasının nedenleri olarak; ek kronik hastalıkların varlığı, ileri yaş, KOAH tanı süresinin uzun olması, zayıf ya da fazla kilolu/obez olma durumu, halen sigara kullanıyor olma, idrar sondası kullanıyor olma gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, acil servise göğüs ağrısı ve ateş şikayeti ile başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığı yüksektir. Hastaların klinik seyri ne kadar kötü ve alevlenme şiddeti ne kadar fazla ise bulguları ve bakım bağımlılığı da o kadar fazla olabilir şeklinde yorumlanmıştır. Varışlı ve arkadaşlarının acil servise başvuran 65 yaş üstü hastaları klinik, demografik ve maliyet açısından inceledikleri çalışmada, yaşlıların en çok solunum sistemine ilişkin şikayetler ile acil servise başvurduğu (187); Sert ve arkadaşlarının beş yıllık süre içinde hastalık gruplarına göre hastaların dağılımlarını incelediği bir çalışmada da benzer şekilde %24.71 oranla solunum sistemine ilişkin şikayetler ile acil servise yapılan başvuruların ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (190). Yıldız ve Bilgili'nin acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özellikleri ve başvuru özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada ise paralel şekilde hastaların acil servise en çok solunum problemleri (%34.2) ile başvurduğu ve acil serviste en fazla konulan tanının KOAH atağı (%17) olduğu raporlanmıştır (191). Bu doğrultuda çalışmamızın acil servise başvuran KOAH hastalarını kapsaması zaten hastaların genellikle solunum sistemine ilişkin şikayetler ile başvuracağını öngörmemize neden olmuştur. Fakat çalışma sonuçlarımız nefes darlığı ve öksürük şikayetine ek olarak göğüs ağrısı ve/veya ateş semptomları ile başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum solunum sistemine ait semptomların KOAH tanılı hastaların genelinde yaşayabileceği semptomlar olarak değerlendirilerek bakım bağımlılığı düzeyini ayırt edebileceğimiz bir faktör olarak görülmemiştir. Ancak göğüs ağrısı ve ateş varlığı KOAH hastalarında hareket kısıtlanmasına neden olmakta ve oksijen desteğine olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle KOAH hastalarının bakım bağımlılığının artmış olabileceği düşünülmüştür.

Acil servise başvuran KOAH hastalarında akut alevlenme bulgularında ayırıcı tanıların elenmesi gerektiği bildirilmektedir (12). Bu nedenle vital bulguları iyi olmayan, ciddi solunum güçlüğü, öksürüğü, ateşi ve/veya göğüs ağrısı olan KOAH hastalarında ayırıcı tanıların elenmesi, konsültasyon istemleri, kliniğe yatış veya sevk olma gibi nedenlerle hastaların acil serviste kalma süresi uzayabilmektedir. Koçak ve arkadaşlarının acil servise travma dışı nedenlerle başvuran ve konsültasyon istenen hastaların epidemiyolojik olarak incelendiği bir çalışmada, konsültasyon istenen hastaların ortalama acil serviste kalma süreleri 65 yaş altı hastalarda yaklaşık yedi saat iken, 65 yaş ve üzeri hastalarda ise yaklaşık dokuz saat olarak belirlenmiştir (192). Çalışmamızda KOAH hastalarının acil serviste kalma süresi arttıkça bakım bağımlılık düzeyleri artmıştır. Bakım bağımlılığı en yüksek olanlar acil serviste dört saat ve üzeri kalanlar iken bir saatten az kalanların bakım bağımlılığı en düşüktür. Acil serviste dört saatten fazla kalan hastaların bakım bağımlılığının yüksek düzeyde olmasında oksijen saturasyon değerinin oldukça düşük olması ve oksijen desteği ile tıbbi tedaviye rağmen hastaların kısa sürede stabil hale gelememesi ilk akla gelen nedendir. Ayrıca solunum sistemine ilişkin şikayetlere ek göğüs ağrısı ve ateş varlığının olması KOAH hastalarının tetkik ve tedavilerinin uzamasına dolayısıyla acil serviste kalma sürelerinin uzamasına neden olmaktadır. Bunlara ek olarak hastanın ileri yaşta olması, komorbiditelerin varlığı, KOAH tanı süresinin uzun olması, kurallara uyma ve iletişim kurup sürdürebilmede problem yaşıyor olması gibi nedenler de acil serviste uzun süre kalan hastaların bakım bağımlılıklarının yüksek bulunmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Acil servisten kliniğe yatış oranlarının yaşlılarda gençlere göre daha fazla olduğu literatürde bildirilmiştir (193). Almagro ve arkadaşlarının KOAH'ın akut alevlenme nedeniyle hastaneye yatırılan hastaları incelediği bir çalışmada, acil servis başvurusunda hastane yatışı gereken olguların %71'inde daha önce de hastanede yattıkları raporlanmıştır (194). Çalışmamızda, acil servise başvuran KOAH hastalarına yapılan tetkik ve tedaviden sonra verilen klinik karar doğrultusunda, hastaların yaklaşık üçte birinin taburcu edilmeyip kliniğe yatışının yapıldığı ya da üçüncü basamak bir hastaneye sevkinin gerçekleştiği ve aynı zamanda bakım bağımlılığı yüksek olanların başka bir hastaneye sevki gerçekleşen hastalar olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda kliniğe yatışı yapılan ya da ileri bir merkeze sevki gerçekleşen KOAH hastalarının acil serviste kalma süresi 3-4 saat ve üzeridir. Bu bağlamda tüm alanlarda bakım bağımlılığı yüksek olan KOAH hastalarının acil serviste kalma süresi ile verilen klinik karar doğrultusunda birbirini destekler nitelikte

olduğu görülmektedir. Yapılan tetkik ve tedavi sonrası yatış verilen ve üçüncü basamak bir hastaneye sevki gerçekleşen hastaların bakım bağımlılığının yüksek düzeyde bulunmasında; KOAH'a ek kronik hastalık bulunmasının, KOAH tanı süresinin 15 yıl ve üzeri olmasının, yaştan, BKİ'nin, günde dört saat ve üzeri oksijen desteği alıyor olmanın ve yardımcı araç kullanıyor olmanın etkili faktörler olabileceği düşünülmüştür.

Kırkıl ve arkadaşlarının KOAH olgularının hastanede yatış süresini etkileyen faktörleri inceledikleri bir çalışmada, yılda birden fazla KOAH alevlenme geçirmenin ve yoğun bakımda yatış öyküsü varlığının hastanede yatış süresini uzattığı raporlanmıştır (161). Esatoğlu ve Bozat ise KOAH tanı süresi ile hastanede yatış süresinin doğru orantılı olduğunu bildirmiştir (195). Literatürde; geçirilen her KOAH alevlenmesinin ve hastane yatışının, hastalığın bir sonraki evreye geçtiğinin göstergesi olduğu ifade edilmiştir (196). Bu nedenle hastane yatışlarının, KOAH şiddetini ve bakım bağımlılığı gösteren parametreler ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda, son iki yıl içinde acil servis başvuru sonrası birden fazla sayıda yoğun bakıma yatışı yapılan KOAH hastaları neredeyse üçte bir oranında olup bu hastaların tüm alanlarda bakım bağımlılıklarının en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bakım bağımlılığını bu doğrultuda etkileyen faktörlerin; KOAH tanı süresi, yaş, ek kronik hastalık varlığı, kronik hastalıklara yönelik ilaç kullanımının olması, inhaler ilaç kullanımı, evde 3-4 saat ve üzeri oksijen desteği alıyor olma, idrar sondasının ya da hasta bezi kullanıyor olmanın, özel bir diyetle beslenmenin, yardımcı araç olarak sedye kullanımının etkili olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, boşaltımını hasta alt bezi kullanarak karşılayan KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyi en yüksek olup bu bulguyu idrar sondası kullananlar takip etmektedir. Boşaltımda hasta alt bezi ya da idrar sondası kullanıyor olmak başkalarına bağımlı olmayı beraberinde getirmektedir. Ayrıca bu sonuçta; yaşın, KOAH tanılama süresinin, ek kronik hastalıkların, yardımcı araç kullanıyor olmanın ve günde 3-4 saat ve üzeri oksijen desteği alıyor olmanın da etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hastaların %70'e yakını uyku problemi yaşadığını ifade etmiştir. Uyku sorunu yaşadığını ifade eden KOAH hastalarının bakım bağımlılığı yüksektir ve bu bulgu beklenen bir sonuçtur. Çalışma sonuçlarımıza paralel olarak Ünsal ve Yetkin'in KOAH olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunu değerlendirdikleri bir çalışmada, KOAH hastalarının uyku konusunda neredeyse yarısının

(%48) “çok etkilendiği” raporlanmıştır (16). Türk ve Üstün’ün KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların yarısından fazlasının gece/gündüz döngüsünde oldukça bağımlı olduğu bildirilmiştir (15). Değer ve Ordu’nun bir taşra örneği olan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada da benzer şekilde uyku sorunu yaşamayan hastaların yaşam kalitesinin, gece/gündüz döngüsünde güçlük yaşayan hastalara göre yüksek bulunduğu bildirilmiştir (197). Uyku sorunlarının KOAH hastalarında sık karşılaşılan sorunlar olduğu belirtilmekte (198) ve uyku sorunlarının nedenleri arasında, uyku sırasında daha da kötüleşen akciğer fonksiyonu, hiperinflasyon, öksürük, balgam ve solunum güçlüğü gösterilmektedir (199). Sonuç olarak, KOAH semptomları arttıkça uyku sorunları da artmaktadır (200) ve bu beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda uyku sorunu yaşayan KOAH hastalarının bakım bağımlılıklarının yüksek bulunmasında literatüre ek olarak yatma pozisyonunun öksürüğü tetiklediği ve solunum güçlüğü artırmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca KOAH tanı süresi uzun, son iki yıl içerisinde yoğun bakım yatışı olan ve evde pulseoksimetre kullanan hastaların oksijen saturasyon değerini kontrol etme ihtiyacı duyabilecekleri ve bu durumun da verimli bir uyku geçirmelerini etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmüştür.

İbadet ve bakım bağımlılığı arasındaki ilişki kişinin niyetine, sınırlılıklarına ve öz-değer algısına bağlıdır. Literatürde, KOAH hastalarında ibadetini yerine getirme ve bakım bağımlılığı arasındaki ilişkiyi gösteren sınırlı sayıda çalışma olup Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, hastaların bakım bağımlılığı ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (201). Çalışmamızda ise benzer şekilde KOAH hastalarının yaklaşık %80’i, hastalıklarının ibadet yapmada güçlük yaşamalarına neden olduğunu bildirmiş olup bakım bağımlılıklarının ibadet gereksinimlerini karşılayabilmede en üst düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulgunun nedeni olarak ise ibadet gereksinimlerini karşılayabilmek için bireyin giyinme/soyunma, vücut temizliğini yapabilme, boşaltımını kontrol edebilme gibi hareketlilik içeren alanlarda bağımsız olması; hatta ibadetin içerdiği ritüelleri yerine getirebilmek için daha önce öğrendiği bilgi ve becerileri de kullanabiliyor olması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, acil servise başvuran KOAH hastalarının %80’den fazlasının primer bir bakım vereninin olduğu görülmektedir. Aile yakını ya da bir bakıcı tarafından bakım verilen hastaların bakım bağımlılığı, bakımını kendi karşılayan hastalara göre yüksektir. Sağlam ve arkadaşlarının 65 yaş üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım

verme yükünü etkileyen faktörleri belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, bakım veren hasta yakınlarının üçte ikisinin orta yaş grubunda yer alan kadınlardan oluştuğu ve yaşlı bireyin bakım gereksinimlerinin genellikle yaşlı bireyin çocukları tarafından karşılandığı bildirilmiştir. (202). Tel ve arkadaşlarının KOAH hastalarının bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada; KOAH tanılı hastaların primer bakım vericilerinin tamamına yakınının kadın olup, bunların çoğunluğunun ise hastanın kızı ya da gelini olduğu raporlanmıştır (203). Arpacı'nın yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerini incelediği bir çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerinin büyük bir kısmının yaşlı bireyin kızı ya da gelini olduğu bildirilmiştir (204). Bir bakım verene ihtiyaç duyulması aynı zamanda birlikte yaşanan kişilerin hatta yaşanan ortamın değişmesine sebebiyet vermektedir. Bu doğrultuda sosyal çevrede de daralmalar meydana gelebileceği ve hastaların iletişim kurabilme ve sürdürebilmede, başkaları ile ilişki kurmada, sosyal aktivitelere katılabilmeye ve eğlence aktivitelerinde de bakım bağımlılığını etkileyeceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışma bulgumuzda yaşlılık, eşin kaybedilmesi, kronik hastalıkların varlığı, ekonomik nedenler, yardımcı bir araç kullanımı, hasta alt bezi ya da idrar sondası kullanıyor olma gibi faktörlerin bakım bağımlılığını doğrudan etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, acil servise başvuran KOAH hastalarının yaklaşık %30'u evde sağlık hizmetlerine kayıtlıdır ve evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan hastaların bakım bağımlılıkları yüksektir. Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan KOAH hastalarının hasta alt bezi ya da idrar sondası kullandığı, yardımcı araç olarak sedye ya da tekerlekli sandalye kullandığı, çoğunluğunun evde oksijen desteği aldığı ve evde pulseoksimetre kullandığı görülmektedir. Bu da evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan KOAH hastalarının genel durumlarının daha kötü olduğunu ve takip edilmesi gerektiğini göstermektedir. Önder ve arkadaşlarının evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarını değerlendirdiği çalışmada, KOAH hastalarının evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan hastalar arasında dördüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (205). Ayrıca bu kadar bağımlı yaşayan bir hasta grubunun yalnız banyo yapamayacağı, tek başına giyinip soyunamayacağı, yemeğini kendi başına hazırlayamayacağı, ev işlerine katılamayacağı, oksijen-nebülizatör gibi medikal cihazlarını kendi başına kullanamayacağı ve ilaçlarını uygun doz ve saatte alamayacağı göz önünde bulundurularak yalnızca evde bakım hizmetlerine değil, bakım gereksinimlerini karşılamada primer bakım veren bir kişiye de gereksinimi olduğunu düşündürmüştür. Nitekim çalışma sonuçlarımız da evde

sağlık hizmetlerine kayıtlı olan hastaların aynı zamanda bir bakım vereninin olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda, KOAH hastalarının yarıdan fazlası günlük yaşam aktivitelerini ve gereksinimlerini yardımcı bir araç/kişi yardımı ile karşıladığını ifade etmiştir. Yardımcı araç olarak sedye kullanan hastalarda bakım bağımlılığı en yüksek bulunmuş olup bu bulguyu sırasıyla tekerlekli sandalye kullananlar, kişi yardımı ile ihtiyaçlarını karşılayanlar ve baston kullananlar izlemektedir. Yardımcı bir araç kullananların ya da bakım gereksinimlerini karşılamada bir kişinin desteğine ihtiyaç duyan bireylerin bakım bağımlılığının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Uçakkuş ve Yıldırım'ın evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada; hasta yatağı, tekerlekli sandalye ve baston kullanan hastaların yaşam kalitesinin yardımcı araç kullanmayanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir (206). Boşaltım ihtiyacını karşılama, bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilme, giyinme/soyunma, vücut temizliğini yapabilme, tehlikelerden kaçınma, ibadet yapma ve günlük aktivitelerini yerine getirme gibi parametreleri yerine getirmede güçlük yaşatması nedeniyle yardımcı araç kullanımının ya da bir kişinin yardımına ihtiyaç duyanın bakım bağımlılığını etkileyen en önemli nedenler olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, halen sigara kullanmaya devam edenlerde, KOAH tanılama süresi 10 yıl ve üzeri olanlarda, evin ısınma biçiminde soba kullananlarda ve evde günde 3-4 saat ve üzeri oksijen kullananlarda acil servis başvuru sıklığı yüksek bulunmuştur. Evin ısınma biçimi soba olanların acil servis başvuru sıklığının yüksek olmasında; soba kullanımının havadaki oksijen ve nem oranını düşürerek zaten solunum güçlüğü yaşayan KOAH hastalarında solunum yollarının kurumasına ve tahrişine dolayısıyla öksürük ve dispne şiddetinde artışa sebebiyet vermiş olabileceği ile ilişkilendirilmiştir. Bir başka açıdan ise soba ile ısınan evlerde ortam sıcaklığında dengeyi yakalamak güç olacağından ev içerisinde günlük aktivitelere bağlı olarak ani sıcaklık değişimlerine maruz kalmanın akciğer fonksiyonlarını kötü etkileyebileceği ve enfeksiyonlara yol açabileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda çalışma sonuçlarımız literatür ile paraleldir (57, 105, 207). Bakım bağımlılığı ile farklı bir sonuç çıkan bir diğer faktör ise sigara kullanma durumudur. Çalışmamızda sigara kullanmayan hastalarda bakım bağımlılığı daha yüksek bulunmuşken halen sigara kullanmaya devam eden hastaların acil servis başvuru sıklığı en yüksektir. Bu bulgu kişinin halen sigara içebiliyor olmasının hareketlilikte önemli bir kısıtlanma

yaşamadığını göstermekte olup bakım bağımlılığının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Öte yandan KOAH hastalarının sigara kullanmayı sürdürmesinin, morbidite ve mortalite oranını arttırdığı bilinmektedir (208, 209). İnce ve arkadaşları KOAH hastalarında sigara öyküsü ve fonksiyonel kapasite arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, sigara kullanmaya devam etmenin KOAH’da alevlenmeye neden olan en önemli dördüncü etken olduğunu ifade etmiştir (167). Çalışma sonuçlarımız da halen sigara kullanmaya devam eden KOAH hastalarının acil servis başvuru sıklığının en yüksek düzeyde olduğunu dolayısıyla bu grubun daha sık KOAH alevlenmesi yaşadığını destekler niteliktedir.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Acil servise başvuran KOAH hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması 46.09 ± 19.47 olarak ortalamanın altında bulundu.
- Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığını sosyodemografik özelliklerden “cinsiyet, yaş BKİ, çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu ve birlikte yaşanan kişiler”in anlamlı olarak etkilediği saptandı.
- Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığını hastalık özelliklerinden “KOAH tanılanma süresi, ek kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı, inhaler ilaç kullanımı, evde oksijen kullanımı ve evde pulseoksimetre kullanımı”nın anlamlı olarak etkilediği belirlendi.
- Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığını acil servis başvuru özelliklerinden “acil servise başvuru şekli, acil serviste refakatçi varlığı, acil servise başvuru sıklığı, acil servise başvuru şikayetinde göğüs ağrısı ve ateş varlığı, acil serviste kalma süresi, acil serviste verilen klinik karar ve son iki yılda acil servis başvuru sonrası yoğun bakıma yatış durumu”nın anlamlı olarak etkilediği bulundu.
- Acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılığını bakıma ilişkin özelliklerden “boşaltım şekli, uyku sorunu yaşama algısı, ibadet yaparken güçlük yaşama durumu, primer bakım verici varlığı, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu ve yardımcı araç/kişi kullanımı”nın anlamlı olarak etkili olduğu saptandı.

- Acil servise başvuran KOAH hastalarının acil servise başvuru sıklığını “sigara kullanma durumu, evin ısınma biçimi, KOAH tanılanma süresi ve evde oksijen kullanımı”nın anlamlı olarak etkilediği bulundu.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığını etkileyen sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri, acil servis başvuru özellikleri ve bakıma ilişkin özellikleri belirlenmeli ve bu özelliklere göre hemşirelik bakımı planlanmalıdır.
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığı düzeylerini azaltacak eğitim ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır.
- Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan KOAH hastalarının bakım gereksinimleri bakım bağımlılığı düzeyleri açısından da ele alınmalıdır.
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının acil servis başvuru özellikleri belirlenmeli, acil servis çalışanlarına bakım bağımlılığının KOAH alevlenmelerini hangi noktalarda etkileyebileceği konusunda eğitim verilmelidir.
- Bakım bağımlılık düzeyi ve bakım gereksinimleri belirlenen KOAH hastalarının akut alevlenme dönemlerinde acil servis başvurularında, hasta ya da refakatçi/primer bakım verene hastanın bakım gereksinimlerine göre eğitim planlanmalıdır.
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının tekrarlayan bulgular yaşamalarının önüne geçebilmek için eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2014 report. Erişim adresi: https://www.gold.uclg.org/sites/default/files/GOLD_III_ENG_final.pdf. Erişim tarihi: 13.11.2024.
2. Fletcher JM, Dahl HB (2013). Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care. Primary Care Respiratory Journal 22(2): 230-233.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2023 report. Erişim adresi: <https://www.goldcopd.org/2023-gold-report-2/>. Erişim tarihi: 12.12.2024.
4. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Erişim adresi: <https://www.toraks.org.tr>. Erişim tarihi: 23.12.2024.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2018). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2018 report. Erişim adresi: <http://www.goldcopd.org>. Erişim tarihi: 17.12.2024.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri2019-33710>. Erişim tarihi: 22.11.2024.
7. Ertan E (2018). KOAH akut alevlenme. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 6(2): 44-49.
8. Behçet M, Avcıoğlu F, Özseri E, Tuğ T, Kurtoğlu GM (2020). KOAH akut atak nedeniyle yatan hastalarda bakteriyel enfeksiyon etkenleri, antibiyotik direnci ve komorbiditenin araştırılması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 10(1): 6-11.
9. Usul E, Seyhan AU (2021). KOAH akut alevlenmesi ile acil servise başvuran hasta sayısının meteorolojik parametreler arasındaki ilişki. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 54(1): 112-116.
10. Durmaz D (2013). KOAH Alevlenmesi olan hastalarda relapsın öngörülmesinde ekshale nitrik oksitin değeri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Acil Tıp Uzmanlık Tezi, Antalya.

11. Türkiye Acil Tıp Derneği, Türk Toraks Derneği (2021). KOAH Alevlenmesi Yönetimi Klinik Uygulama Rehberi. Erişim adresi: <https://tatd.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/2021-TATD-TTD-KOAH-Alevlenmesi-Yo%CC%88netimi-Klinik-Uygulama-Rehberi-4.pdf>. Erişim tarihi: 17.12.2024.
12. TÜSAD KOAH Çalışma Grubu (2018). KOAH alevlenmeleri; tanı, değerlendirme ve tedavi önerileri Erişim adresi: <https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/756/2612201892435AlevlenmeraporTUSADson.pdf>. Erişim tarihi: 24.12.2024.
13. Korhan EA, Yönt GH, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarioğlu E, Yıldız K (2013). Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 16(4): 199-204.
14. Schmid Mohler G, Clarenbach C, Brenner G, Kohler M, Horvath E, Spielmanns M, Petry H (2020). Advanced nursing practice in COPD exacerbations: the solution for a gap in Switzerland. ERJ Open Res 6: <https://doi.org/10.1183/23120541.00354-2019>.
15. Türk G, Üstün R (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 11(1): 19-25.
16. Ünsal A, Yetkin A (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(1): 42-53.
17. Gökğöz R, Yılmaz CK (2023). Acil servise başvuran yaşlı bireylerde bakım bağımlılığının kırılganlık düzeyine etkisi. Ege Tıp Dergisi 62(2): 195-204.
18. Akça FA (2011). Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul Sayfa: 2-28.
19. Köksal N, Durgun H (2022). KOAH tanısı ile izlenen bireyin Watson İnsan Bakım Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 4(1): 82-93.
20. Ay A, Çıray N (2023). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 16(1): 39-50.

21. Janssen DJ, Franssen FM, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA (2011). Impaired health status and care dependency in patients with advanced COPD or chronic heart failure. *Quality of life Research* 20: 1679-1688.
22. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research* 40(61): 1918-1930.
23. Koşar C, Büyükkaya BD (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(1): 45–51.
24. Kissel EJ, Dassen T, Lohrmann C (2010). The clinical utility of the care dependency scale in rehabilitation: Nurses' perception. *Journal of Research in Nursing* 15(6): 547-561.
25. Kar S, Zengin N (2019). KOAH'lı hastalarda sağlık durumunun sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklere göre incelenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi* 1(1): 1-7.
26. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2023). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronik-hava-yolu-hastaliklari/koah.html>. Erişim tarihi: 12.11.2024.
27. Türk Toraks Derneği, KOAH Tanı ve Tedavi Raporu (2014). Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/community/library/1682>. Erişim tarihi: 13.11.2024.
28. Durna Z, Akın S (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1-8.
29. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (2022). GOLD 2022 ve KOAH yönetiminde yenilikler. KOAH Akademi Tam Metin Bildiri Kitapçığı. Erişim adresi: <https://solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/koahakademi2022sempozyumu.pdf>. Erişim tarihi: 17.12.2024.
30. Boers E, Barrett M, Su JG, Benjafield AV, Sinha S, Kaye L, Malhotra A (2023). Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. *JAMA Network Open* 6(12): e2346598. Doi: doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.46598.

31. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2022). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2022 report. Erişim adresi: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>. Erişim tarihi: 15.12.2024.
32. Üçsular DF, Karadeniz G (2022). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında patoloji, patogeneze ve patofizyoloji. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Mehmet Karadağ, Ahmet Erbaycu, Muhammed Emin Akkoyunlu (Ed). Dünya Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 17-24.
33. Başıyigit İ (2010). KOAH tanımı ve özellikleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 1(2): 102-104.
34. Türkmen E (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 37-49.
35. Öz M, Saryal SB (2022). Alfa-1 antitripsin eksikliği ile ilişkili KOAH. Türk Toraks Dergisi 11(1): 134-148.
36. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2020). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2020 report. Erişim adresi: <http://goldcopd.org/gold-reports>. Erişim tarihi: 09.10.2024.
37. Mirici A, Turan MO, Hoca Taci N (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-orta vadeli çözümler, Mehmet Akif Karan, İlhan Satman (Ed.), İstanbul, Sayfa: 258-266.
38. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri, prevalansı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf. Erişim tarihi: 16.12.2024.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık istatistikleri yılı. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50207/0/siy2023turkcepdf.pdf>. Erişim tarihi: 07.03.2025.
40. Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou MA, Markozannes G, Altman P, Evangelou E (2018). Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. International journal of COPD, 13: 1507-1514.

41. Pesen SF, Karadoğan S, Akbulut A (2021). Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontrol Politikalarına Genel Bir Bakış. Turkey Health Literacy Journal 2(3): 191-196.
42. Sonnex K, Alleemudder H, Knaggs R (2020). Impact of smoking status on the efficacy of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. BMJ Open 10(4): e037509.
43. Polatlı M (2013). Tütünle ilişkisiz KOAH. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 1(1): 105-114.
44. Türk Toraks Derneği (2017). Kadınlarda biyomas maruziyeti. Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/news/3825>. Erişim tarihi: 19.11.2024.
45. McKay A, Mahesh PA, Fordham JZ, Majeed A (2012). Prevalence of COPD in India: a systematic review. Primary Care Respiratory Journal 21(3): 313-321.
46. Mahesh PA, Jayaraj BS, Chaya SK, Lokesh KS, McKay AJ, Prabhakar AK, Pape UJ (2014). Variation in the prevalence of chronic bronchitis among smokers: A cross-sectional study. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 18(7): 862-869.
47. Coşkun F (2015). Yaşa bağlı solunum fizyolojisinde değişiklikler ve KOAH. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 41(3): 159-162.
48. Yurdalan SU (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında enerji korumaya yönelik yaklaşımlar. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, Ankara, Sayfa: 183-187.
49. Biber Ç (2018). Yaşlılık ve KOAH. Yaşlılık ve solunum hastalıkları, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, Ankara, Sayfa: 165-175.
50. Özden Ş (2020). Astım-KOAH overlap. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 8(2): 117-124.
51. Yanagisawa S, Ichinose M (2018). Definition and diagnosis of asthma–COPD overlap (ACO). Allergology International 67(2): 172-178.
52. Maselli DJ, Hardin M, Christenson SA, Hanania NA, Hersh CP, Adams SG, Martinez FJ (2019). Clinical approach to the therapy of asthma-COPD overlap. Chest 155(1): 168-177.

53. Grigsby M, Siddharthan T, Chowdhury MA, Siddiquee A, Rubinstein A, Sobrino E, Checkley W (2016). Socioeconomic status and COPD among low-and middle-income countries. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 11: 2497-2507.
54. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B (2012). Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: A systematic review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9(3): 216-226.
55. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Zielinski J (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 176(6): 532-555.
56. Prescott E, Lange P, Vestbo J (1999). Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: Results from the Copenhagen City Heart Study. *European Respiratory Journal* 13(5): 1109-1114.
57. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiñç E, Ergan B, Gürgün A, Yıldırım N (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAHA) koruma, tanı ve tedavi raporu. *Official Journal of The Turkish Thoracic Society* 15(2): 1-72.
58. Sipahi BB (2021). Türkiye’de obezite üzerine sosyoekonomik faktörlerin etkisi ve gelir eşitsizliği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 76(2): 547-573.
59. World Health Organization (2008). Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Erişim tarihi: 29.12.2024.
60. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358(23): 2468-2481.
61. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Mackenbach JP (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet* 365(9458): 493-500.

62. Smith MC, Wrobel JP (2014). Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *International journal of COPD* 9: 871-888.
63. Türk Toraks Derneği (2023). Türk Toraks Derneği KOAH çalışma grubunun GOLD 2023 güncellemesine bakışı. Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/sf/books/2023/04/451237c5d09de052c343bf1557612d93167bfdb0bea46c5a872971d9b3faa78a.pdf>. Erişim tarihi: 05.01.2025.
64. Keskin T, Başkurt Z (2021). KOAH tanılı yaşlı bireylerde pulmoner rehabilitasyon. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(1): 157-161.
65. Türk Toraks Derneği (2010). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşı raporu. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/4c7675c72ac9e447ed2bb60b62de19123d9ce59140f401f84124f21c6b2e4531.pdf. Erişim tarihi: 05.01.2025.
66. Arslan C, Ünsar S (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 24(1): 42-50.
67. Gökçek Ö, Doğru Hüzmeli E, Katayıfçı N (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(1): 84-88.
68. Eakin EG, Resnikoff PM, Prewitt LM, Ries AL, Kaplan RM (1998). Validation of a new dyspnea measure: the UCSD Shortness of Breath Questionnaire. *Chest*, 113(3): 619-624.
69. Wasserman K, Hansen J, Sue D, Whipp Bj (2007). Principles of exercise testing and interpretation. *Canadian Journal of Cardiology* 23(4): 274.
70. Neşe A (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Yönetimi. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları, Özgür Yayınları, Gaziantep*. Sayfa: 27-43.
71. Özkaraca F, Yılmaz CK (2024). KOAH hastalarında dispne şiddetinin ve genel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 38(1): 37-60.
72. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (2025). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH). Erişim adresi: <https://www.solunum.org.tr/menu/54/koah.html>. Erişim tarihi: 07.01.2025.

73. Altın R (2003). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında klinik özellikler. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine 1(1): 13-17.
74. Pauwels RA, Rabe KF (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The Lancet 364(9434): 613-620.
75. Sazak Y (2023). KOAH hastalarında kronik bakım modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin öz-etkililik ve hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerine etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Gaziantep.
76. Saza S, Çevik K (2020). Effect of progressive muscle relaxation exercises on the quality of life and fatigue in COPD patients. Çukurova Medical Journal 45(2): 662-667.
77. Bozkurt C, Akay B, Sınmaz T (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde yorgunluk düzeyi ile uyku kalitesinin ilişkisi. Osmangazi Tıp Dergisi 42(6): 627-638.
78. Wong CJ, Goodridge D, Marciniuk DD, Rennie D (2010). Fatigue in patients with COPD participating in a pulmonary rehabilitation program. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 5: 319-326.
79. Bülbül Y (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında uyku sorunları. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 1(1): 80-85.
80. Öztürk Ö (2011). Chronic obstructive pulmonary disease and sleep. Eurasian Journal of Pulmonology 13(2): 67-77.
81. Klink M, Quan SF (1987). Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. Chest 91(4): 540-546.
82. Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P, Habib MP, Wendel C, Quan SF (2012). Insomnia in patients with COPD. Sleep Research Society 35(3): 369-375.
83. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. Toraks Dergisi 8(4): 234-240.

84. Altun ÖŞ, Özer D, Parlak MF (2024). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Uyku Kaliteleri ile Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine* 11(3): 160-168.
85. Özlü ZK, Özer N (2015). Richard-Campbell uyku ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Turkish Sleep Medicine* 2(2): 29-32.
86. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, 2017 Report. Erişim adresi: www.goldcopd.org. Erişim tarihi: 22.09.2024.
87. Celli BR, MacNee W (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: A summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal* 23: 932-46.
88. Pozo-Rodriguez F, López-Campos JL, Alvarez-Martinez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Hueto J, AUDIPOC Study Group (2012). Clinical audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042156>
89. Beştemir A, Aydın H (2022). Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 12(3): 496-502.
90. Yegin D (2022). Acil servise başvuran KOAH atağındaki hastalarda atağın ciddiyeti, tekrar başvuru ve mortaliteyi belirlemede inspiratuar kas ultrasonografisinin rolü. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Acil Tıp Uzmanlık Tezi, Pamukkale.
91. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R (2010). Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine* 363(12): 1128–38.
92. Garcia-Aymerich J, Farrero E, Felez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Anto JM (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: A prospective study. *Thorax* 58(2): 100-105.
93. Kale Y (2018). Acil servisimize başvuran akut KOAH atak hastalarının klinik, demografik özelliklerinin ve maliyetlerinin analizi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Acil Tıp Uzmanlık Tezi, Bolu.

94. Gönlügür U, Gönlügür T (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastada akut ilerleyici nefes darlığı. Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri 10(3): 272-274.
95. Sapey E, Stockley RA (2006). COPD exacerbations. 2: Aetiology. Thorax 61(3): 250-258.
96. Sethi S, Murphy TF (2008). Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. New England Journal of Medicine 359(22): 2355-2365.
97. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Remuzzi G (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 380(9859): 2095-2128.
98. Kılıç HF, Cevheroğlu S, Grgl RS (2017). Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 10(1): 22-28.
99. zdemir T, Aydın L, Trkkanı M, Kılıç T (2015). KOAH hastaları hastaneden çıkmıyor mu. Ankara Medical Journal 15(1): 6-9.
100. Kocabaş A (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Orhan Arseven (Ed). Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 143-188.
101. Çelik G, Kaya A, Çiledağ A (2010). KOAH'da bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 1(2): 124-35.
102. Keen C, Medarov BI (2017). Current strategies in chronic obstructive pulmonary disease management. Journal of Public Health and Emergency 1(2): 1-10.
103. Wedzicha JA, Miravitlles M, Hurst JR (2017). Management of COPD exacerbations: a European respiratory society/American thoracic society guideline. European Respiratory Journal 49(1600791): 10-1183.
104. Enç N, Dünya PC (2020). İç hastalıkları hemşireliğinin rol ve sorumlulukları. Nuray Enç (Ed). İç Hastalıkları Hemşireliği, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 1-12.

105. Abul Y, Özlü T (2013). Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 1(1): 7-12.
106. Karadağ M (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 1(1): 98-104.
107. Casaburi R (2011). Activity promotion: A paradigm shift for chronic obstructive pulmonary disease therapeutics. Proceedings of the American Thoracic Society 8(4): 334-337.
108. Troosters T, Sciurba F, Battaglia S, Langer D, Valluri S, R Martino L, Decramer M (2010). Physical inactivity in patients with COPD, a controlled multi-center pilot-study. Respiratory Medicine 104(7): 1005-1011.
109. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Castaneda-Sceppa C (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 116(9): 1094.
110. Gallefoss F, Bakke PS (2000). Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine 94(3): 279-287.
111. Effing T, Monninkhof EE, Van Der Valk PP, Zielhuis GG, Walters EH, Van Der Palen JJ, Zwerink M (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (4). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub2>
112. Türk Toraks Derneği (2021). Türk Toraks Derneği’nin GOLD 2021 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. Erişim adresi: <https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf>. Erişim tarihi: 02.01.2025.
113. Türk Toraks Derneği (2017). Türk Toraks Derneği’nin GOLD 2017 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/03267789948f0540f997eada8f65abfb1f817248df9eed5a3df450bb937fca9f.pdf. Erişim tarihi: 18.01.2025.

114. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane database of systematic reviews (12). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4>
115. Poole P, Chacko EE, Wood-Baker R, Cates CJ (2006). Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (1). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002733.pub2>
116. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 19.01.2024.
117. Bilgin Ö, Özdemir D, Saçkan F, Güney İ (2020). Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2(1): 14-23.
118. Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen T (1999). Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. Journal of Clinical Nursing 8(4): 380-388.
119. Boggatz T, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T (2007). The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 60(5): 561-569.
120. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. Journal of advanced nursing 50(4): 410-416.
121. Felipe LC, Araújo ARA, Vitor AF (2014). Nursing process according the model of self-care in a cardiac bed idden patient. Journal of Research Fundamental Care 6(3): 897-908.
122. Meneguessi GM, Teixeira JPDS, Jesus CAC (2012). Rehabilitation in spinal cord: reflection on the applicability of the Orem's self-care theory. Journal Nursing UFPE 6(12): 3006-3012.
123. Düzgün F, Yılmaz D, Kara H, Durmaz H (2019). Bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 11(4): 367.
124. Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T (2020). Care dependency and related factors in patients with chronic renal failure. Kocaeli Medical Journal 9(1):32-40.

125. Kavuran E, Türkoğlu N (2018). The relationship between care dependency level and satisfaction with nursing care of neurological patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 11(2): 725-733.
126. Baksi A, Genç H (2020). Cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığı durumlarının bakım algısı, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 12(4): 465-472.
127. Özbudak G, Yeşilbalkan ÖU, Akyol A (2022). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan malnütrisyonlu bireylerde hemşirelik yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 15(3): 387-394.
128. Centers for disease control and prevention about chronic illness (CDC). Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik hastalıkların yaygınlığı, maliyetleri, riskleri, önlenmesi ve yönetimi (2020). Erişim adresi: www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm. Erişim tarihi: 30.12.2024.
129. Gregersen TL, Green A, Frausing E, Ringbæk T, Brøndum E, Suppli Ulrik C (2016). Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of COPD* 11: 809-822.
130. Anzueto A, Miravittles M (2017). Pathophysiology of dyspnea in COPD. *Postgraduate Medicine* 129(3): 366-374.
131. Sharma S, Sharma P (2019). Prevalence of dyspnea and its associated factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Indian Journal of Respiratory Care* 8(1): 36.
132. Nakken N, Janssen DJ, Wouters EF, van den Bogaart EH, Muris JW, de Vries GJ, Spruit MA (2020). Changes in problematic activities of daily living in persons with COPD during 1 year of usual care. *Australian Occupational Therapy Journal* 67(5): 447-457.
133. Esen M, Metin ZG (2024). Dyspnea, care dependency, and frailty in older adults with chronic obstructive pulmonary disease: A correlational study. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 7(2): 94-112.
134. Altunışık B, Doğan N (2023). KOAH'lı bireylerde dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 25(3): 1-22.

135. Köberich S, Lohrmann C, Dassen T (2014). Care dependency in patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure—a secondary data analysis of German prevalence studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(4): 665-674.
136. Bozkurt C, Yıldırım Y, Aykar FŞ, Fadıloğlu ZÇ (2021). Henderson hemşirelik modeli'ne göre kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir bireyin değerlendirilmesi. *Institute of Health Sciences Journal* 6(1): 59-68.
137. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(2): 62-70.
138. Akpınar NB, Ceran MA. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3(2): 140-152.
139. Yönt GH (2023). Kronik hastalıklarda bakım bağımlılığı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 8(2): 575-578.
140. Akyüz E, Büyükyılmaz F (2024). Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası hemşirelik bakım gereksinimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 9(1): 87-93.
141. Bayındır SK, Biçer S (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 25-29.
142. Perry A, Ostendorf W, Potter P (2017). Skill Performance Checklist for Clinical Nursing Skill and Techniques, Dokuzuncu Baskı, Elsevier Yayınları, United States of America, Sayfa: 88.
143. Akpınar NB, Ceran MA (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3(2): 140-152.
144. Teschendorf B, Schwartz C, Ferrans CE, O'Mara A, Novotny P, Sloan J (2007). Caregiver role stress: When families become providers. *Cancer Control* 14(2): 183-89.
145. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American Journal of Managed Care* 11(8): 478.

146. Güler S, Terzi Z, Gündoğan R (2022). Investigation of Fatigue, Care Dependence and Affecting Factors in Hemodialysis Patients. *Journal of Nephrology Nursing*: 17(3): 83-9.
147. Kara N (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığı. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
148. Bilgehan T, Koç A, İnkaya B (2020). KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 7(3): 231-238.
149. Turhal E, Koç Z (2021). KOAH Tanısı Alan Bir Bireyin Nanda'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri: Olgu Sunumu. *Sağlık ve Toplum* 31(3): 194-204.
150. Keskin B (2020). İstatistiksel güç bir araştırmanın sonuçlarına etki eder mi? Örneklem büyüklüğüne nasıl karar verilmeli? *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 18(Armağan Sayısı): 157-174.
151. Hakverdioğlu Yönt G, Akın Korhan E, Khorshid L, Eşer İ, Dijkstra A (2010). Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nin (Care Dependency Scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenirliğin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 13(Özel Sayı): 12.
152. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL (2013). *Multivariate data analysis*. Pearson Education Limited.
153. Aydın HT, Yıldız FT, Karagözoğlu Ş, Özden D (2012). Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 20(3): 177-183.
154. Akıncı AC (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *Medical Sciences* 6(1): 9-18.
155. Çakıcı M, Meti ZG (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan geriatrik bireylerde dispne, bakım bağımlılığı ve kırılabilirlik arasındaki etkileşim. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 34(3): 95-104.

156. Burucu R, Çömlekci R, Sağlam Ş, Pınar Y (2023). Dahili kliniklerde yatarak tedavi gören hastaların bakım bağımlılıkları, düşme riskleri ve ilişkili faktörler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 6(3): 505-514.
157. Bayülgen MY, Gün M, Erdoğan S (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi 4(2): 106-112.
158. Hallin R, Janson C, Arnardottir RH, Olsson R, Emtner M, Branth S (2011). Relation between physical capacity, nutritional status and systemic inflammation in COPD. Clin Respir J 5: 136-142.
159. Hsieh MJ, Yang TM, Tsai YH (2016). Nutritional supplementation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. JFMA 115: 595-601.
160. Öztürk C, Ayar D (2017). Tip 1 diabetes mellitus'lu çocuklarda yaşam kalitesi ve önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 6(2): 15-8.
161. Kırkıl G, Deveci F, Turgut T, Muz MH, Türkoğlu S (2013). KOAH'lı olguların hastanede yatış süresini etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 18(3): 171-175.
162. Uzun K, Maden E (2013). KOAH'da sistemik sorunlar ve yaklaşım. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 1(1): 152-160.
163. Durgun H, Duman S, Şahin K (2022). Cerrahi ve Dahili Servislerde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. Journal of Nursology 25(1): 31-35.
164. Cingil D, Bodur S (2001). Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 11(3): 33-39.
165. Schnitzer S, Blüher S, Teti A, Schaeffner E, Ebert N, Martus P, Kuhlmeier A (2020). Bakım bağımlılığı için risk profilleri: Almanya'da nüfusa dayalı bir kohort çalışmasının kesitsel bulguları. Yaşlanma ve Sağlık Dergisi 32(5-6): 352-360.
166. Barrett SE, Puryear JS (2006). Health literacy: Improving quality of care in primary care settings journal of health care for the poor and underserved. Journal of Health Care and Poor Underserved 17: 690-697.

167. İnce D, Savcı S, Sağlam M, Güçlü MB, Arıkan H, Çöplü L (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sigara öyküsü ve fonksiyonel kapasite arasındaki ilişki. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 22(1): 39-43.
168. Kiraz K, Kart L, Demir R (2003). Chronic pulmonary disease in rural women exposed to biomass fumes. *Clinical and Investigative Medicine* 26: 243-248.
169. Kalımkara V, Kalaycı İ (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 10(2): 19-39.
170. Zaybak A, Güneş ÜY, İsmailoğlu EG, Ülker E (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 15(1): 48-54.
171. Taşdelen P, Ateş M (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 9(3): 22-29.
172. Soyyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 54(3): 259-266.
173. Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıyıkoglu G (2003). KOAH'da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 51(4): 365-372.
174. Fabricus P, Lokke A, Louis MJ, Vestbo J, Lange P (2011). Prevalence of COPD in Copenhagen. *Respiratory Medicine* 105: 410- 417.
175. Barriga S, Rodrigues F, Barbara C (2013). Factors that influence physical activity in the daily life of male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Portuguese Journal of Pulmonology* 192: 1-7.
176. Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019). Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health* 19: 1-10.
177. Özbudak E, Şahin AO (2021). Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 9(1): 307-322.

178. Irmak İ, Bodur S, Karabay CY, İçmeli ÖS, Kasapoğlu US, Atagün PG, Türker H (2014). KOAH olgularında komorbiditenin sık hastane yatışına etkisi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 28(2): 75-80.
179. Gelekçi EÖ, Efil S (2023). Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Bakım Bağımlılığı. Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences 8(4): 926-933.
180. Zamzam MA, Azab NY, El Wahsh RA, Ragab AZ, Allam EM (2012). Quality of life in COPD patients. The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis 61(4): 281-289.
181. Takaku Y, Kurashima K, Ohta C, Ishiguro T, Kagiya N, Yanagisawa T (2017). How many instructions are required to correct inhalation errors in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine 123: 110-115.
182. Özel F, Gündüzoğlu NÇ, Akyol A (2018). KOAH ve astımlı hastaların inhalasyon cihazlarını kullanma becerileri ve memnuniyet durumları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (3): 266-271.
183. Yarkın T, Ağca M, Acar G, Göl G, Tokgöz F, Baran R (2014). Sık hastane yatışı olan KOAH hastalarında, komorbid faktörler ve aşırı dinamik hava yolu kollapsının yatış sıklığı ile ilgisinin araştırılması. Eurasian Journal of Pulmonology 16: 169-174.
184. Lahaije A, Van Helvoort H, Dekhuijzen P, Heijdra Y (2010). Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients. Respiratory Medicine 104(8): 1152-1159.
185. Marlı EP, Dinçer NÜ (2020). Accurate and safe pulse oximeter use: Doğru ve güvenli pulse oksimetre kullanımı. Journal of Human Sciences 17(1): 369-379.
186. Çelik P, Çelik Ş, Hastaoglu F (2022). Acil servise başvuran geriatrik hasta profilinin belirlenmesi. Geriatrik Bilimler Dergisi 5(3): 72-80.
187. Varışlı B, Doğan F, Yiğitbaş M (2018). Acil servise başvuran geriatrik yaş grubu hastaların klinik, demografik ve maliyet açısından incelenmesi. Anatolian Journal of Emergency Medicine 1(2): 18-24.

188. Çevik K, Eşer İ (2014). Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. FN Hemşirelik Dergisi 2(22): 76-83.
189. Koç S, Büker N, Şavkın R, Kiter E (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 23(3): 130-136.
190. Sert ET, Mutlu H, Kokulu K, Yeşildağ K, Sarıtaş A (2021). Acil servisimize başvuran hastaların 5 yıllık analizi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 8(1): 1-4.
191. Yıldız S, Bilgili N (2016). Acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özellikleri ve başvuruların değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1): 15-31.
192. Koçak Y, Durak VA, Çıkrıklar Hİ (2018). Acil servise travma dışı nedenlerle başvuran ve konsültasyon istenen 65 yaş üstü ve altı hastaların epidemiyolojik incelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 44(3): 179-183.
193. Karadağ B, Çat H, Öztürk AO, Basat O, Altuntas Y (2010). Acil polikliniğine başvuran ve gözleme alınan hasta profili: Üç yıllık inceleme, Akad Geriatri 2: 176-185.
194. Almagro P, Cabrera FJ, Diez J, Boixeda R, Ortiz MBA, Murio C (2012). Comorbidities and short-term prognosis in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD. Chest 142: 1126-1133.
195. Esatoğlu AZ, Bozat S (2002). Survey on the lenght of stay for the patients with chronic obstructive pulmonary disease: An application on Atatürk Chest Disease Hospital. Journal of Ankara University Faculty of Medicine 24: 165-76.
196. Fan VS, Curtis R, Tu SP, McDonell MB, Fihn SD (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. Chest 122: 429-436.
197. Değer TB, Ordu Y (2022). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Bir taşra örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11(2): 574-585.

198. Clímaco DCS, Lustosa TC, Lins-Filho OL, Rodrigues VK, de Oliveira-Neto, Pedrosa RP (2022). KOAH hastalarında uyku kalitesi: Hastalık şiddeti ve sağlık durumu ile korelasyon. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 48: e20210340.
199. Kwon JS, Wolfe LF, Lu BS, Kalhan R (2009). Hiperinflasyon, birlikte var olan obstrüktif uyku apnesi ile KOAH'da daha düşük uyku etkinliği ile ilişkilidir. *KOAH* 6(6): 441-445.
200. Vicdan AK (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(1): 14-18.
201. Taşkın A (2024). Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kırşehir.
202. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M (2016). 65 yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(2): 40-60.
203. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi* 13(3): 87-92.
204. Arpacı F (2009). Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 1: 61-72.
205. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım A (2015). Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 42(3): 342-345.
206. Uçakkuş P, Yıldırım T (2021). Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 24(2): 319-334.
207. Raheison C, Girodet PO (2009). Epidemiology of COPD. *European respiratory review* 18(114): 213-221.
208. Demirci Üçsular F, Kayık Demir A, Polat G (2004). KOAH'lı olguların sigara içme özellikleri. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 18: 107-112.
209. Bartal M (2005). COPD and tobacco smoke. *Monaldi Archives for Chest Disease* 63: 213-225.



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
2) Yaş:
3) BKİ: Boy: Kilo:.....
4) Emeklilik durumu: Emekli () Emekli Değil ()
5) Eğitim düzeyi: Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim ()
6) Sigara kullanma durumu: Evet () Hayır () Bırakmış ()
7) Birlikte yaşanan kişiler: Eşi () Çocukları () Eşi ve Çocukları () Bakıcı () Yalnız ()
8) Evin ısınma biçimi: Soba () Kalorifer () Diğer ()

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

- 9) KOAH tanılanma süresi:.....
10) Ek kronik hastalık varlığı: Evet ise Hayır ()
11) Kronik hastalığa yönelik ilaç kullanımı: Evet () Hayır ()
12) İnhaler ilaç kullanımı: Evet () Hayır ()
13) Evde oksijen kullanımı: Günde 1-2 saat () Günde 3-4 saat () Günde 4 saat ve üzeri () Kullanmıyor ()
14) Evde pulseoksimetre kullanımı: Evet () Hayır ()

C. ACİL SERVİSE BAŞVURU ÖZELLİKLERİ

- 15) Acile servise geliş şekli: Yürüyerek () Özel araç () Ambulans ()
16) Acil serviste refakatçi varlığı: Evet () Hayır ()
17) Acil servise başvuru sıklığı: Haftada birkaç kez () Ayda birkaç kez ()
Yılda birkaç kez ()
18) Acil servise başvuru şikayeti: Öksürük () Nefes Darlığı () Göğüs Ağrısı ()
Ateş ()
19) Acil serviste kalma süresi: 1 saatten az () 1-2 saat () 3-4 saat ()
4 saat ve üzeri ()
20) Acil serviste verilen klinik karar: Taburcu () Kliniğe yatış () Sevk ()
21) Son iki yılda acil servisten yoğun bakıma yatış durumu: Yok () Bir kez ()
Birden fazla ()

D. BAKIMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

- 22) Boşaltım şekli: Bez kullanıyor () İdrar sondası kullanıyor ()
Yakınından yardım alıyor () Kendisi karşılıyor ()
23) Beslenme şekli; Normal diyet () Özel diyet ()
24) Uyku sorunu yaşama algısı: Evet () Hayır ()
25) İbadet yaparken güçlük yaşama durumu: Evet () Hayır ()
26) Primer bakım verici: Yok () Aile yakını () Bakıcı ()
27) Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olma durumu: Kayıtlı () Kayıtlı değil ()
28) Yardımcı araç/kişi varlığı: Evet ise Hayır ()

Ek 2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği

BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlı m	Oldukça bağımlı m	Kısmen bağımlı m	Çok az bağımlı m	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece Döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmede					
Bellek/ hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada					

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” olup, bu çalışma primer olarak acil servise başvuran KOAH hastalarının bakım bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılacaktır. Çalışmada Hasta Bilgi Formu (anket) ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın veri toplama süresi altı aydır. Bu çalışma süresince sizlerden anket sorularına açık ve dürüst cevap vermeniz beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Hemşire Bahar SALKI

Adresi: Vakfikebir Devlet Hastanesi/ Acil Servis

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 5. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/77
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Bahar SALKI
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Bahar SALKI
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Giresun Üniversitesi	2019
Lise	Akçaabat Fen Lisesi	2014

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Vakıkebir Devlet Hastanesi	2019-
2. Hemşire	Akçaabat İlçe Sağlık Müdürlüğü	2020-2021

YABANCI DİL

İngilizce