

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) dünya çapında yaygın bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre KOAH, ölüm nedenleri arasında beşinci sıradadır (Robinson ve ark, 2007). Gelecek yüzyıl içinde hastalığa bağlı ölümlerde artış olacağı, 2020 yılında KOAH'ın mortalite oranının üçüncü sıraya yükseleceği ve bireysel yetersizliğe neden olan beşinci hastalık olarak yer alacağı öngörülmektedir (Havlucu, 2005; Curtis, 2005; Kanervisto, 2006; Kara-Kaşıkçı ve Alberto, 2007). Amerika Bileşik Devletleri (ABD)'nde yaklaşık 16 milyon insan KOAH'dan etkilenmiş durumdadır. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde pnömoni ve astımla birlikte KOAH, üçüncü en yaygın ölüm nedenidir (Kanervisto, 2006). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 2004 verilerine göre, KOAH'ın, İngiltere ve Galler'de 23.204 kişinin birincil nedenle ölümüne neden olduğu belirtilmiştir (Halpin ve Miravittles, 2006).

Türk Toraks Derneği (TTD)'nin raporuna göre ülkemizde 2.5-3 milyon KOAH hastası olduğu tahmin edilmektedir (www.toraks.org.tr). Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması (UHY-ME) Raporu'nda KOAH'ın ölüm nedenleri arasında % 5.8 ile üçüncü sırada, sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık yükü kapsamında ilk on hastalıktan birisi olarak 8. sırada yer aldığı belirtilmektedir (UHY-ME, 2005).

Günümüzde, sigara kullanımının yaygınlaşmasına ve yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak, KOAH da tüm dünyada giderek ivme kazanan bir salgın haline gelmektedir (Pauwels ve ark., 2004). Bununla birlikte KOAH günümüzde tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir ve oldukça büyük ve giderek artan ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. KOAH'ın küresel bir sağlık sorunu olduğu anlayışı ile birlikte kamuoyu, sağlık görevlileri, hükümetler ve araştırmacılar yönünden büyük oranda ihmal edilmiş bir hastalık özelliğini sürdürmektedir. Hastaların büyük kısmı halen teşhis edilmemiş durumdadır ve tanı konulanların çoğu yetersiz tedavi almaktadırlar. Bu durum hastalık morbidite ve mortalitesini artırmaktadır (Kocabaş, 2004).

Gelişen teknoloji ile birlikte kronik hastalık prevalansında ve beklenen yaşam süresinde artış gözlenmektedir. 65 yaş üzeri yetişkinlerin yaklaşık %25'i yaşlılıkla birlikte gelen kronik hastalıklar ve buna bağlı zayıflık/güçsüzlük nedeniyle uzun dönem bakıma gereksinim duymaktadırlar. Toplumlarda aile içi bakım vericileri ile yaşayan kronik hastalıklı, bakıma gereksinim duyan bireyler vardır. Aileye dayalı/ aile temelli uzun dönem bakım, bakım vericiler için pahalı, sorumluluk ve rolleri değiştiren bir süreç olup bakım veren bireyler psikolojik, sosyal, fiziksel olarak olumsuz etkilenebilmektedir (Cain ve Wicks, 2000).

Günümüzde hasta bakım ekibi içerisinde ailenin yer alması gereği kaçınılmazdır. Kronik hastalıklı bireylerin sınırlılıkları nedeni ile primer bakım vericiler, bakım sürecinde en önemli yeri alır. Primer bakım vericiler, hastalığın tanı evresinden taburculuk ve evde bakımın sürdürülmesine kadar her noktada sağlık ekibi ile yakın iletişim içerisinde. Bu nedenle hemşireliğin bütüncül yaklaşımı çerçevesinde; hasta ve primer bakım verici birlikte değerlendirilmelidir.

Hasta ve primer bakım vericilerde, bireyin eğitimi sürecinden sonra rutin sorumluluklarının dışında yeni sorumluluklarla da baş etme problemi ortaya çıkabilir. Bu problemler hem hasta hem de primer bakım verici bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönlerden yaşam kalitesini olumsuz yönden etkileyebilir. Günümüz sağlık sisteminde ayaktan tedavi ve evde bakımın benimsenmesi nedeniyle kronik hastalıklı bireylere bakım veren primer bakım vericilerin bakım verme yükü artmıştır. Buna yönelik olarak bu araştırma, KOAH tanısı almış olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Tanım ve Kavramlar

Primer Bakım Verici; Hastalık ile baş etme ya da fiziksel bakımda yardım eden bireydir (Given ve ark., 1992). Herhangi bir ücret ödenmeksizin kronik hastalığı olan bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik destek sağlayan bireydir (Archbold ve ark., 1990). Bu çalışmada hasta tarafından bakım verici olarak tanımlanan, hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan aile bireyi, primer bakım verici olarak belirlenmiştir.

Bakım Verme Yükü; Herhangi bir bakım vericinin, yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireye bakım verdiği süre içerisinde, bakım verici kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilmektedir (Kasuya ve ark, 2000).

Bakım Verici Tükenmişliği; “Akraba ya da arkadaşların gerekli primer bakımı sağlamasıyla ortaya çıkan sonuçların bakım verici üzerinde gözlenen ve algılanan durumu” olarak tanımlanabilir. Bu durum bakım verici üzerinde rahatsızlık ortaya çıkarabilir (Hunt, 2003).

Bakım Verici Rolünde Zorlanma; Bir başkasına (özürlü, bağımlı vb. aile üyesi) bakım verme sürecinde fiziksel, duygusal, sosyal ve/veya ekonomik sıkıntı(lar) yaşayan bir bireydeki durumdur (Erdemir, 2005).

Bakım Verici Gereksinimi; Bakım verici bireyin psiko-sosyal, fiziksel ve spritüel konularda iyilik halini sürdürmek için ihtiyacı olan faktörlerin tümüdür.

Araştırmanın Soruları

1. Hasta ve primer bakım verici bireylerin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Hasta bireyin öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmede primer bakım vericisine bağımlılık düzeyi nasıldır?
3. Hasta bireyin KOAH tanısı, kullandığı tedaviler ve evde oksijen tedavisi alma durumuna ilişkin özellikler nelerdir?
4. Hasta birey ve bakım vericisinin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi durumu, bilgi kaynakları ve karşılanmamış bilgi gereksinimleri nelerdir?
5. Primer bakım vericinin bakım süresince karşılaştığı güçlükler nelerdir?
6. Bakım vericinin aile ve iş yaşamındaki rol etkilenimi nasıldır ve hastasına hangi boyutlarda destek olmaktadır?
7. Bakım vericinin bakımda destek kaynakları, yardımcı kişi sayısı ve yakınlık derecesi nedir?
8. Bakım verme sürecinde baş etme yöntemleri olarak neler geliştirilmiştir?
9. Bakım vericilerin “bakım verme yükü” ölçeğine göre puan ortalamaları nedir?
10. Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) terimi, hava yollarında kronik obstrüksiyon ile karakterize, oldukça sık rastlanan klinik bir durumu tanımlamakta kullanılır. KOAH terimine alternatif, günümüze dek pek çok terim kullanılmıştır. Bunlardan başlıcaları “Kronik Obstrüktif Hava Yolu Hastalığı”, “Generalize Obstrüktif Akciğer Hastalığı” ve “Kronik Obstrüktif Bronşit” terimleridir (Kara-Kaşıkcı ve Alberto, 2007).

KOAH için kullanılan tanım, Amerikan Toraks Derneği'nin KOAH tanı ve tedavisine ilişkin 2004 yılında yayınladığı “Tanı ve Tedavi Rehberi”nde önerdiği tanımlamadır (Snider, 2003; Baran, 2005). Amerikan Toraks Derneği ve Avrupa Solunum Derneği (2004)'nin tanımına göre; KOAH, tam olarak geri dönüşümü olmayan bir havayolu kısıtlılığı ile karakterize, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık durumudur. Havayolu kısıtlılığı genellikle ilerleyicidir ve akciğerlerin zararlı partiküllere ya da gazlara karşı verdiği anormal bir inflamatuvar yanıt ile ilişkili olup, ana nedeni sigara kullanımınıdır (Viegi ve ark, 2007).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD) tanımına göre; bazı hastalarda hastalığın şiddetine katkıda bulunabilecek önemli bazı akciğer-dışı etkileri de olan, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık durumudur. KOAH, kronik bronşit, kronik astım ve amfizeme bağlı olarak gelişen, geri dönüşsüz, ilerleyici ve solunum yollarında obstrüksiyon ile karakterize bir hava yolu hastalığıdır (Havlucu, 2005).

KOAH'ın tanımlanması konusunda da günümüze kadar pek çok zorluk yaşanmıştır. Bu konudaki gelişmeler gözden geçirildiğinde öksürük, balgam çıkarma, wheezing (hışıltı) ve nefes darlığı ile karakterize hastalıkların varlığının Hipokrat zamanından bu yana bilinmekte olduğu görülmektedir (Tatlıcıoğlu, 2008). Obstrüktif hava yolu hastalıklarını sınıflamak üzere girişimler, ilk kez 19. yüzyılın başlarında fiziksel tanı gereçlerine Laennec tarafından bulunan steteskobun ilavesi ile başlamıştır ve amfizemi bugün bilinen anlamda ilk olarak ifade etmiştir (Snider, 1999).

Her ne kadar KOAH akciğerleri etkilemekteyse de aynı zamanda önemli sistemik sonuçlara da neden olur. KOAH, büyük oranda sigara içiminin neden olduğu progresif ve irreversibl hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, aynı zamanda önemli sistemik etkiler ve komorbiditeler ile seyreden, öldürücü bir akciğer hastalığıdır. Dünya genelinde, sigara içme salgını ve yaşlı nüfusun artışına paralel olarak yaygınlığı giderek artan birkaç hastalıktan biridir. KOAH küresel bir sağlık sorunu, dünya sağlığını tehdit eden bir salgındır. Gelişmiş ülkelerde modern bir veba olarak kabul edilirken, üçüncü dünya ülkelerinde en hızla artan hastalıklar arasında yer almaktadır (Tatlıcıoğlu, 2008).

Kronik bronşit ve amfizemli hastalarda kronik hava akımı obstrüksiyonu gelişmediği sürece KOAH varlığından söz edilemez. KOAH'ta kronik hava akımı obstrüksiyonunun nedeni, akciğerlerde gelişen inflamasyonun yol açtığı parankim harabiyeti (amfizem) ve/veya küçük hava yollarındaki daralma ve peribronşiyal fibrozistir (küçük hava yolu hastalığı). KOAH'lı hastalarda amfizem ve küçük hava yolu hastalığı genellikle bir arada bulunur. KOAH'ta saptanan temel fizyopatolojik değişiklik, ekspiratuar hava akımı obstrüksiyonudur. Bu sonuçtan sorumlu iki temel patofizyolojik süreç bulunmaktadır. Bunlardan ilki, proteolitik akciğer parenkim hasarıdır. Bu hasar, amfizem gelişimine ve akciğer esnekliğinde kayba neden olmaktadır. İkinci süreç ise, küçük hava yolu hastalığıdır. Küçük hava yollarındaki inflamasyon ve peribronşiyal fibrozis, bu hava yollarının daralmasına yol açmaktadır. Küçük hava yolu hastalığı ve amfizem, hem hava yolu direncinde artmaya, hem de maksimum ekspiratuar hava akım hızında azalmaya neden olur (Kocabaş, 2004).

KOAH'ın temel özelliği olan kronik hava yolu obstrüksiyonu, ekspiratuar akım hızında azalmaya, ventilasyon dağılımı ve gaz değişiminde bozulmaya ve akciğerlerde aşırı havalanmaya neden olur. Kronik bronşitte hava yolu darlığının yeri düzensiz bir dağılım gösterirken, amfizematöz lezyonların şiddeti de bölgelere göre farklılık gösterir. Bu durum ventilasyonun tüm akciğerde benzer bir dağılım göstermemesine ve bazı akciğer bölgelerinin diğerlerine göre daha az ventile olmasına yol açar (Kocabaş, 2004)

2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Nedenleri

KOAH için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu faktörler konağa ait olan ve konağın maruz kaldığı etkenler olarak ikiye ayrılabilir. Konağa ait olanlar; genetik yatkınlık (alfa-1-antitripsin), hava yolu aşırı duyarlılığı ve doğum ağırlığıdır. Konağın maruz kaldığı faktörler ise; sigara, pasif içicilik, mesleki toz ve kimyasallar, ev içi ve dışı hava kirliliği, infeksiyonlar, beslenme şekli ve sosyo-ekonomik durumdur (Erk, 2001; Kara, 2005; Koçyiğit, 2007).

Doğrudan ve dolaylı (pasif) sigara içimi KOAH gelişimi için önemli risk faktörüdür (WHO, 2002). Gelişmiş ülkelerde KOAH gelişiminden büyük oranda sigara içiminin sorumlu olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde, sigara içimi giderek artan bir sorun haline gelmekte ise de, KOAH'ın sigara içmeyen kişiler arasında da yaygın olarak bulunduğu izlenmektedir. Bu durum, çevresel/mesleki karşılaşmanın bu ülkelerde KOAH gelişiminde daha büyük rol oynadığını düşündürmektedir (Kocabaş, 2004).

Son yıllarda çocuklukta geçirilen solunum sistemi infeksiyonlarının KOAH gelişme riskini artırdığına dair düşünceler mevcuttur (Erk, 2001). Çocuklukta geçirilmiş şiddetli solunum infeksiyonları akciğer işlevlerini azaltır ve semptomları artırır. Ayrıca bu faktörlerin yanı sıra beslenme bozukluğu, düşük doğum ağırlığı ve çoklu akciğer infeksiyonları diğer önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Erk, 2001; WHO, 2002).

Amfizem meydana gelmesine yol açan ve herediter bir faktör olan alfa-1-antitripsin (AAT) eksikliği de KOAH meydana getiren genetik faktörler arasında yer almaktadır (Erk, 2001).

2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Klinik Özellikleri

Akciğer fonksiyonlarının kaybı anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir. KOAH' da yaygın görülen semptomlar dispne ve özellikle sabahları görülen öksürük olduğu bilinmektedir (Kanervisto, 2006).

KOAH'ın kronik semptomları öksürük, balgam çıkarma ve dispnedir. Klinik uygulamalarda KOAH hastaları iki alt gruba ayrılabilir. Tip A ya da "pink puffer" olarak adlandırılan grup amfizemli hastalar olup Tip B "blue bloater" olarak adlandırılan gruptakiler ise kronik bronşitli kişilerdir (Erk, 2001). Tip A hastalarda en sık görülen semptom dispnedir. Tip B hastalarda diğerlerine göre öksürük ve balgam çıkarma semptomları fazladır (Erk, 2001; Baran, 2005).

Hastalığın ileri evrelerinde toraks ön-arka çapı artar, diyafragma hareketi sınırlı hale gelir, solunum sesleri azalır ve kalp sesleri derinden duyulur. İleri evredeki KOAH hastaları, özellikle efor sırasında dudaklarını büzerek sesli ekspirasyon yaparlar. Daha da ileri evrede sağ kalp yetmezliği (cor pulmonale) ortaya çıktığında, boyun venlerinde dolgunluk, periferik ödem saptanır (Erk, 2001).

2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Evrelendirilmesi

KOAH'daki en belirgin fonksiyonel bulgu ekspiratuar akım hızlarında meydana gelen azalmadır. Zorlu vital kapasite (FVC) derin inspirasyondan sonra zorlu, hızlı ve derin inspirasyonla atılan hava volümü olarak tanımlanır ve zamanla ilişkilendirilerek ifade edilir. Zorlu vital kapasite (FVC) ve akım hızları, hem volüm zaman, hem de akım volüm eğrilerinden elde edilebilirler. Zorlu ekspirasyon eğrisi üzerinde hesaplanan birinci saniye ekspirasyon volümü (FEV₁), ölçümünün kolaylığı ve değişkenliğinin az olması nedeniyle hava yollarının obstrüksiyonunun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan parametredir (Koçyiğit, 2007). FEV₁, arter kan gazı analizinde PaO₂ ve CO₂ değerleri, egzersiz ve istirahatte ölçülen akciğer volümleri ile objektif olarak belirlenebilir. Bu belirteçler hastalığın tanısında, hastalığın ciddiyetinin belirlenmesinde, morbiditenin nedeni olan mekanizmaların belirlenmesinde kullanılabilecek objektif fizyolojik parametrelerdir (Cazzola ve ark., 2008). FEV₁'in azalması hava yolları obstrüksiyonunun tipik bulgusudur, ancak genellikle büyük hava yollarındaki değişimleri yansıtmaması nedeniyle KOAH'ın erken dönemlerinde hassas olmayabilir. Bu nedenle hafif şiddette KOAH' da; FEV₁ / FVC oranı duyarlı bir indeks olarak kabul edilirken, orta-ileri dereceli

KOAH'da; FEV₁ değerinin hava yolundaki kısıtlanmayı daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla GOLD, KOAH' da hava akımının şiddetinin ve hastalığın evresinin belirlenmesinde FEV₁'in mutlak değeri ve FEV₁/FVC oranının birlikte değerlendirilme zorunluluğunu getirmiştir (Tablo 1. ve Tablo 2.) (Jeffery, 1999; Baran, 2005; Koğyiğit, 2007).

Tablo 1. Türk Toraks Derneği'nin KOAH Evrelendirmesi (2004)

Derecesi	Özellikleri
Hafif	FEV ₁ >% 70 (beklenenin)
Orta	%50 < FEV ₁ < %70
Ağır	%35 < FEV ₁ < %50
Şiddetli	FEV ₁ < %35

Tablo 2. GOLD KOAH Evrelendirmesi (Koğyiğit, 2007)

Derecesi	Özellikleri
0: Risk Altında	Spirometre: Normal Kronik semptomlar var (öksürük, balgam)
I: HAFİF KOAH	FEV ₁ /FVC < %70 FEV ₁ ≥ %80 beklenen Kronik semptomlar var veya yok
II: ORTA KOAH	FEV ₁ /FVC < %70 %50 ≤ FEV ₁ < %80 Kronik semptomlar var veya yok
III: AğIR KOAH	FEV ₁ /FVC < %70 %30 ≤ FEV ₁ < %50 Kronik semptomlar var veya yok
IV: ÇOK AğIR KOAH	FEV ₁ /FVC < %70 FEV ₁ < %30 veya FEV ₁ < %50 + Kronik solunum yetersizliği mevcut

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Epidemiyolojisi

KOAH, DSÖ 2006 verilerine göre, ölüm nedenleri arasında beşinci sıradadır. Gelecek yüzyıl içinde hastalığa bağlı ölümlerde artış olacağı, 2020 yılında KOAH'ın mortalite oranının üçüncü sıraya yükseleceği ve bireysel yetersizliğe neden olan beşinci hastalık olarak yer alacağı öngörülmektedir (Seamark ve ark., 2004; Curtis, 2005; Kanervisto, 2006; Robinson ve ark., 2007; Kara-Kaşıkçı ve Alberto, 2007; Given ve ark., 2008). Amerika Bileşik Devletleri (ABD)'nde yaklaşık 16 milyon insan KOAH'dan etkilenmiş durumdadır. Türkiye'de 2.5-3 milyon civarında KOAH hastası olduğu, mortalite ve prevalans oranının arttığı belirtilmektedir (TTD, 2004; Kara-Kaşıkçı ve Alberto, 2007; Kurtar ve ark., 2007).

Mortalite: KOAH ve diğer hava yolu hastalıklarıyla ilgili mortalite hızları, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Risk faktörleri ile karşılaşmadaki farklılıkların ve metodolojik farklılıkların (ölüm kayıtlarında ve kodlamada) bu sonuçlardan sorumlu olduğu düşünülmektedir. En düşük mortalite hızı Japonya'da gözlenirken, en yüksek mortalite hızı Romanya'dan bildirilmiştir (Kocabaş, 2004).

Morbidite - prevalans: KOAH'da semptomlar ve fizik muayene bulguları ile hastalığın şiddeti ve hatta varlığı arasında zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum hastaların büyük bir kısmının teşhis edilmesini güçleştirmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde bulunan KOAH'lı hastaların sadece %25'inin bir sağlık kuruluşunda KOAH tanısı aldığı bildirilmiştir. DSÖ 2004 verilerine göre, tüm dünyada, tüm yaş gruplarında KOAH prevalansı; erkeklerde binde 9.34, kadınlarda ise binde 7.33'dür (www.who.int/respiratory/copd/en/index.html).

2.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tedavisi

Uluslararası kanıta dayalı KOAH yönetiminin amaçları arasında hastalığın ilerlemesinin önlenmesi için; semptomların rahatlatılması, egzersiz toleransının ve sağlık durumunun geliştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi, mortalitenin azaltılması yer almaktadır (Pauwels ve ark., 2004).

KOAH tedavisinde temel yaklaşım hastalığın derecesine bağlı olarak tedavinin basamak şeklinde yükseltilmesidir. KOAH'da kullanılan ilaçlar, semptomları ve/veya komplikasyonları azaltmak için verilmektedir (Koçyiğit, 2007).

KOAH yönetimi bütüncül bir yaklaşımla hastalığı önleme, tıbbi yönetim ve rehabilitasyonu içermektedir. Primer önlemeyi, sigara kullanımının önlenmesi ve immünizasyon programları oluşturur. Hastalığın akut ve kronik aşamalarındaki tıbbi yönetim, eşlik eden diğer durumların/hastalıkların tedavisi, farmakoterapi, ventilatör desteği, uzun dönem oksijen kullanımı ve nutrisyonel girişimleri içermektedir. Pulmoner rehabilitasyon; fonksiyonel kapasite, hasta ve ailesinin eğitimi, egzersiz ve yaşam kalitesini geliştirmeyi hedeflemektedir (Havlucu, 2005; Kara, 2005; Kara-Kaşıkçı ve Alberto, 2007).

2. 6. 1. Sigaranın bırakılması

Gelişmiş ülkelerde KOAH riskinin %80-90'ından sigara sorumludur. Başta KOAH olmak üzere sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi bu hastalıkların tedavi edilmesinden daha büyük öneme sahiptir (Şahbaz ve ark., 2007). Sigaranın bırakılması akciğer fonksiyonlarının, özellikle mukozal yapının yenilenmesinde önemli bir adımdır (Booker, 2007).

Sigara içmeyen sağlıklı kişilerde FEV₁ değeri, yaklaşık 35 yaşından sonra her yıl 25-30 ml kadar azalır. Sigara içicilerde, FEV₁'deki yıllık azalma miktarı sigara içmeyenlerin yaklaşık 2 katıdır. Sigaranın bırakılması FEV₁'deki azalma hızını yavaşlatır. Bu nedenle sigaranın bırakılması hangi yaşta olursa olsun, prognozu olumlu yönde etkilemektedir (Yücel, 2004).

2. 6. 2. Pulmoner Rehabilitasyon

KOAH için pulmoner rehabilitasyon multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Fonksiyonel kapasitenin ve bağımsızlığın artırılması, sağlık statüsünün geliştirilmesi, dispnenin azaltılması, hastaneye yatışın azaltılması pulmoner rehabilitasyonun öğelerini oluşturmalıdır (Booker, 2007).

Egzersiz toleransındaki azalmanın nedeni dispne, periferik kas güçsüzlüğü ve düşük seviyedeki egzersizde, laktik asidozisin oluşmasıdır. Solunum kaslarındaki ve perifer kaslardaki zayıflık; hiperkapni, noktürnal oksijen desatürasyonu, dispne ve mortalite gibi klinik olarak önemli durumlarla ilişkilidir. Dispneyi artıran nedenler, düşük ventilatuvar kapasiteye rağmen artmış ventilatuvar gereksinimlerdir. Yaşam kalitesini ve egzersiz kapasitesini artırması nedeni ile pulmoner rehabilitasyon programları KOAH hastalarında tedavi için gittikçe artan bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Pulmoner rehabilitasyon, pulmoner fonksiyonlarda değişiklik oluşturmazken, aynı egzersiz seviyesinde daha düşük kalp hızı, solunum hızı, dakika ventilasyonu ve CO₂ üretimi sağlamaktadır. Bu fizyolojik yararlar, oksijenin egzersiz kaslarında kullanımını artırarak hareket etkinliğini güçlendirmektedir (Gökoğlu ve ark., 2006; Özkan ve ark., 2007).

Düzenli egzersiz nefes darlığı problemini en az düzeye indirmektedir. Haftada 2-3 kez 20 dakikalık yürüme egzersizinin kişinin kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemleri üzerine olumlu etkileri olmaktadır. Ayrıca egzersizler, nefes darlığının azaltılması, fonksiyonel yeterlilik ve bağımsızlığın da artmasını sağlamaktadırlar (Booker, 2007).

2. 6. 3. Tedavi Sürecinde Kullanılan İlaçlar

Bronkodilatörler, KOAH önlenmesi ve tedavisinde önemli role sahiptir. Tedavi sürecinde, semptomları yatıştırmak, fizyolojik durumu iyileştirmek ve solunum yetersizliğini önlemek ya da geri döndürmek üzere tasarlanmış birincil tedavi yöntemidir (Celi ve Barnes, 2007).

Antikolinergik bronkodilatör olarak uygulanan tedavinin amacı parasempatik aktivitenin blokajı ve bronkomotor tonüsün azaltılmasıdır (Booker, 2007).

Beta₂ agonist bronkodilatörler ise düz kasların hareketlerini ve bronkospazmı azaltmak için kullanılmaktadır. Kısa etkili formları acil semptomların düzeltilmesinde oldukça etkindir. Beta₂ agonist bronkodilatörlerin bu iki formu, akciğer fonksiyonlarının gelişmesi/düzelmesi, nefes darlığının

azaltılması ve akut atakların azaltılmasında oldukça etkin yöntemlerdir (Booker, 2007).

Kortikosteroid kullanımı; FEV₁'in %50'den az olduğu, iki ya da daha fazla akut atak durumlarında düzenlenmektedir. İn hale kortikosteroidler uzun etkili bronkodilatör, antikolinergik ve beta₂ agonist bronkodilatör kullanımına eklenebilmektedir (Booker, 2007). Ayrıca sistemik kortikosteroidler hem sistemik hem de bazı havayolu inflamasyonu tiplerini azaltmakta yardımcıdır. KOAH hastalarında kortikosteroid (30 mg; 2 hafta süreyle), balgamdaki eozinofil sayısını altı kat azaltmaktadır (Celi ve Barnes, 2007).

Mukolitikler, Kronik öksürük durumunda mukolitik kullanımı mukusun kolaylıkla atılmasına ve havayolunun temizlenmesine, böylelikle akut atak sıklığının azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Booker, 2007).

2. 6. 4. Oksijen Kullanımı

Alveol yıkımı ve hava yolu tıkanıklıkları gaz değişimini önleyerek ciddi hipoksemiye neden olmaktadır. Klinik göstergeler hipokseminin eklem ödemi ve siyanoza neden olduğunu göstermiştir. FEV₁ %50'den az olan bireylerin 6 aylık süre ile oksijen saturasyonunun takip edilmesi ve olası hipoksi durumunun belirlenmesi ile oksijen kullanımına hazırlanması gerekmektedir (Booker, 2007).

Son yıllarda KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesinde artış ve sağlık giderlerinde azalma sağlamak amacı ile uzun süreli oksijen tedavisi geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Oksijen tedavisinin yaşam süresini uzatıp yaşam kalitesini düzelttiği gösterilmiştir. Türkiye'de her yıl 1500-2000 konsantratör reçete edildiği ve oksijen tedavisi alan hasta sayısının 10000-15000 olduğu tahmin edilmektedir (Kurtar ve ark., 2007).

2. 6. 5. KOAH'da Akut Atak Yönetimi

Akut atak gelişimi KOAH'ın progresyonunun kötüleştiğini gösteren önemli bir klinik bulgudur. Akut atak; nefes darlığında artış, öksürük ve sekresyon purülansında artış olmaktadır. Hastalar akut atak yönetimi konusunda sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmelidir. Akut atakta kısa etkili

bronkodilatörlere nefes darlığını kontrol altına alacak farklı kısa etkili tedaviler eklenmektedir (Booker, 2007).

KOAH akut atakta risk faktörleri; ağır KOAH, FEV₁<%50, hipoksi, hiperkarbi, yılda 4'ten fazla atak geçirme, altta yatan başka bir hastalığın olması, ileri yaş, kronik sistemik kortikosteroid kullanımı, geçirilmiş pnömoni, yoğun bakıma yatış, sigara içmeye devam edilmesi, düşük vücut-kitle indeksi, anksiyete/depresyon, yetersiz/yanlış tedavi ve tedavi uyumsuzluğudur (Umut, 2008).

KOAH atak'da ventilasyon/perfüzyon dengesi daha da bozularak hipoksemi ve solunum kas disfonksiyonu sonucu alveoler hipoventilasyon ve CO₂ retansiyonu gelişebilir. Atak FEV₁'deki yıllık düşüşü arttırmakta hastalığın ilerlemesini hızlandırmaktadır (Umut, 2008).

KOAH atak semptomları; nefes darlığında artma, göğüste sıkışma hissi, öksürük ve balgam, balgam miktarında artma, pürülanlık kazanmasıdır. Atak, semptom ve sistemik etkileri artırır, yaşam kalitesini düşürür, ekonomik olarak da ciddi bir yük yaratır, hastalığın ilerlemesini hızlandırır ve mortaliteyi artırır. Atak tedavisinde, inhaler bronkodilatörler, teofilin, sistemik steroidler, gerekirse antibiyotikler, hipoksi mevcutsa oksijen tedavisi atak tedavisinde etkilidir. Hastanın kullandığı bronkodilatör sayısı ve dozu artırılarak atak nedenine göre tedaviye eklemeye yapılabilir (Umut, 2008).

2.7. KOAH'lı Bireye Yönelik Girişimler

Günümüzde KOAH fizyopatolojisi konusundaki bilgilerin artması ile hastalar daha iyi tanımlanmakta, kapsamlı ve daha iyi tedavi edilebilmektedir. Ancak KOAH'ın nasıl tanımlanacağı, nasıl teşhis ve tedavi edileceği tartışmaları sürmektedir. KOAH'ta sigara bırakma dışında kullanılan tedavilerin hastalığın doğal seyrine etkileri halen bilinmemektedir. Bu durum hastalığın moleküler ve hücresel alt yapılarını henüz yeterince anlaşılmadığının göstergesidir. KOAH'ta daha etkili sigara bıraktırma stratejileri ve yeni farmakolojik tedavilerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu gibi, mevcut farmakolojik tedavilerin etkinliğine dair bilgiler de eksik olup, bu konuda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüz farmakolojik tedavilerinin hava akımı obstrüksiyonu, semptomlar,

egzersiz performansı ve ataklara etkileri iyi bilindiği halde, hastalığın doğal seyrine ve sağkalıma etkileri henüz bilinmemektedir. Sigarayı bırakmak için yeni nikotin dışı ilaçlar geliştirilmekle beraber uzun dönemde yararı olabilecek bir yaklaşım nikotine karşı aşı geliştirilmesidir (Tatlıcıoğlu, 2007).

KOAH tedavisinde ilaç dışı tedaviler ve multidisipliner ekip çalışmalarına ilgi giderek artmaktadır. Kronik solunum hastalığı olanlarda pulmoner rehabilitasyon gibi yaşam boyu uygulanması gereken tedaviler KOAH tedavisinin vazgeçilmez komponenti olmaktadır. Çünkü pulmoner rehabilitasyon orta ve ağır KOAH'ta oldukça etkili bir tedavi seçeneğidir. Pulmoner rehabilitasyonun KOAH'ı olan tüm hastalara verilmesi önerilmektedir. Pulmoner rehabilitasyon konusunda, hekim olmayanların bu konuda sınırlı role sahip olduğu, pulmoner rehabilitasyonun hava akımı sınırlandırılması üzerine etkisinin olmadığı, KOAH'ın son evrelerinde prognoz zaten kötü olduğu, komorbidite mevcudiyetinin pulmoner rehabilitasyon için kontrendikasyon oluşturduğu gibi inanışların yanlış olduğunun anlaşılması ile pulmoner rehabilitasyon son 10-15 yılda KOAH tedavisinde altın standart olarak gündeme gelmiştir. Çalışmalar pulmoner rehabilitasyonun ağır hastalar dahil nefes darlığında azalmaya, yaşam kalitesinde iyileşmeye, hastane başvuruları ve yatışlarında azalmaya neden olabildiğini göstermiştir. Ancak bu yararlar zaman içinde azalma eğilimindedir. Pulmoner rehabilitasyon programları yaygınlaştırılmalı ve hastaların bu programlara daha erken dönemlerde ve daha kolay ulaşmaları sağlanmalıdır (Tatlıcıoğlu, 2007; Jonsdottir, 2008).

Sigaranın bırakılmasından sonra KOAH'lı bireylerin rutin kontrollerinin yapılması, yaşadıkları ev ortamının temiz hava sirkülasyonunun olmasının sağlanması, günlük solunum egzersizlerinin öğrenilmesi, düzenli olarak egzersizlerin yapılması, vücut ağırlığının uygun aralıkta tutulması ve yeterli beslenmesinin sağlanması da bakım süreci için göz önünde bulundurulmalıdır (Buist, 2008).

2.8. Bakım Verici (Caregiver) ve Bakım Verme (Caregiving)

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2005).

Bakım verici hastalıkla baş eden ya da fiziksel bakım ile birlikte bireye yardımcı bir kişidir. Diğer bir tanımlama olarak, resmi olmayan/ gayri resmi bakım verici (lay caregiver) "akraba ya da arkadaşlar tarafından yardım ya da destek sağlayan kişiler" olarak tanımlanmıştır (Hunt, 2003). Merriam-Webster sözlüğü (2001) bakım verici için "bir çocuk ya da kronik bir şekilde hasta için direkt bakım sağlayan birey" tanımlamasını yapmıştır.

Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (Toseland ve ark, 2001). Diğer yardım çeşitleri ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb) ulaşım, alış-veriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmadır (İnci, 2006).

Bakım verme, formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (Karahan ve Güven 2002). Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılardır (İnci, 2006; Colello, 2007).

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme: bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir (Kasuya, 2000). İnformal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (Karahan ve Güven, 2002). Kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan informal bakım verme; bireyin banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süregelen bakımının yanısıra, trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması

gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (İnci, 2006).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Toseland ve ark, 2007). Yapılan çalışmalarda yaşlı bakımını üstlenen primer bakım vericilerin emosyonel stres, fiziksel hastalık, sosyal aktivitelere katılımında azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (İnci, 2006)

Toplumlarda bakım vericileri ile yaşayan birçok kronik hastalıklı, bakıma ihtiyaç duyan bireyler vardır. Aileye dayalı/ aile temelli uzun dönem bakım, bakım vericiler için pahalı, sorumluluk ve rolleri değiştiren bir süreç olup bakım veren bireyler psikolojik, sosyal, fiziksel olarak olumsuz etkilenebilmektedir (Cain ve Wicks, 2000).

KOAH hastalığının geriye dönüşsüz ve ilerleyici olması, akut ataklar sırasında hastanın bir bakım vericiye ihtiyaç duyması nedeniyle bireyde bağımlılık duygusu yarattığı bilinmektedir. Bu durumların bakım vericiye birçok yükümlülük getirmesine rağmen, aile bireylerinin primer bakım verici kimliklerini benimsediği ve sorumluluklarını sürdürdüğü belirtilmektedir (Cain ve Wicks, 2000).

Hasta ve primer bakım vericilerde, bireyin eğitimi sürecinden sonra rutin sorumluluklarının dışında yeni sorumluluklarla da baş etme problemi ortaya çıkabilir. Bu problemler hem hasta hem de primer bakım verici bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönlerden yaşam kalitesini olumsuz yönden etkileyebilir.

2.9. Primer Bakım Vericiler

Primer bakım vericiler, sağlık kurumu ortamı dışında kronik hastalıklı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında primer destek grubunu oluştururlar. Bu grup profesyonel ya da profesyonel olmayan bireylerden oluşabilir. Grubun oluşturulmasında aile içi destek sistemi göz önünde bulundurulur. Hasta bireyin ailesinin profesyonel bakım verici sağlaması sosyo-kültürel ve ekonomik statüye göre belirlenebilir. Ülkemizde kronik hastalıklı bireylerin bakım vericilerine ilişkin yapılan çalışmalarda primer bakım vericilerin aile içerisinden seçildiği belirlenmiştir (Karahana ve Güven, 2002).

Daha çok eş durumundaki bireyler kronik hastalıklı bireyin bakımını üstlenmiştir. Ailede yaşlı ya da kronik hastalıklı bireyin, primer bakım vericisine karar verme geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bunu izlemektedir (Toseland ve ark., 2001). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur. Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (Akın ve Demirel, 2003). Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi başdebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (Bilgili, 2000).

Bakım verme sorumluluğu, aile yeleri arasında nadir olarak eşit paylaşılır. Ailede genellikle bir primer (bakımının ana sorumluluğunu üstlenen birey), bir ya da daha fazla sekonder bakım veren (primer bakım vereni destekleyen, aile yesi, akraba ya da arkadaş) bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda primer bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın, evli, ortalama 40–59 yaşlarında, yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Toseland ve ark., 2001; Given ve ark., 2001).

Yapılan araştırmalarda kronik hastalıklı bireylerin bakımlarının, bakım vericiler üzerinde çok boyutlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Schulz ve Sherwood, 2008). Fakat bu bakım sürecinde bakım verici rolünü üstlenen bireylerin, bakımın hangi boyutunda ele alındığına ilişkin veriler sınırlıdır. Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenmektedirler. Bakım verme genellikle sevgi sonucu yapılabilen bir davranış olarak ortaya çıkmaktadır (Erdem, 2005). Bakım verme gibi büyük bir sorumluluğu üstlenmede ve sonuçlarına katlanmada etkili olan faktörler arasında, anne-babalar ve çocukları arasındaki ilişkide yardım ve destek beklentisinin tek taraflı olmaması ve bakımında aile üyelerini güdüleyen duygusal yakınlık veya bağlılık, empati kurma, sevme gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler, kişisel doyumunu artırmaktan daha çok suçluluk duygusundan kurtulma isteği, bakım verenin değerleri ve inançları, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanının hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, “aile dayanışması” ve “evlat olma sorumluluğu” gibi toplumsal değer varlığının hissedilmesi yer almaktadır (Toseland ve ark., 2001)

Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; güçlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (Given ve ark., 2008; Feinberg, 2008).

2.10. Bakım Verme ile İlgili Kavramlar

Literatürde bakım verme ile ilgili birçok tanımlama yapılmaktadır. Birçok araştırmacı, bakım vericiler için bakım vermenin hem negatif hem de pozitif etkilerinin olduğunu belirtmektedir (Hunt, 2003; Honea ve ark., 2008).

2.10.1. Bakım Vermenin Negatif Kavramları

2.10.1.1. Bakım Verici Tükenmişliği (Caregiver Burden)

The Merriam-Webster sözlüğü (2001) tükenmişliği “Bunaltıcı ya da kaygı verici durumlar” olarak tanımlanmıştır. Bu yüzden bakım verici tükenmişliği, “kronik hastalıklı birey için primer bakım sağlayan bireyler tarafından yaşanan/hissedilen aşırı kaygı ve bunaltının ortaya çıkardığı durum” olarak tanımlanabilir.

Literatürde bakım verici tükenmişliğinin farklı tanımlamaları vardır. Bakım verici tükenmişliği, “akraba ya da arkadaşların gerekli primer bakımı sağlamasıyla ortaya çıkan sonuçların bakım verici üzerinde gözlenen ve algılanan durumu” olarak da tanımlanabilir. Bakım verici tükenmişliğinin subjektif ve objektif türleri olup bunlar arasında tanımlanan bazı farklılıklar vardır. Objektif tükenmişlik gözlenebilen ve ölçülebilen sonuçtur. Subjektif tükenmişlik bakım verilirken edinilmiş pozitif ya da negatif duygularla ilgilidir ya da içinde bulunulan duruma bireyin verdiği değer olarak da tanımlanabilir (Hunt, 2003).

Bakım verici tükenmişliği, bakım verici birey tarafından sağlanan bakımın fiziksel, duygusal ve ekonomik yönlerini ele almaktadır. Birçok araştırmacı bakım verici tükenmişliğinin psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu olumsuz etkiler arasında en yaygın olarak depresyon, anksiyete, alkol kullanımı görülmektedir (Parks ve Novielli, 2000)

2.10.1.2. Bakım Vermede Telaş/Koşturmaca (Hassles)

“Telaş/Koşturmaca” kavramı “yücelme (uplift)” kavramı ile birlikte incelenmekte olup “bireyin iyiliğini/refahını tehdit eden ya da sinir bozucu/bıktırıcı kaygılar” olarak değerlendirilen küçük olaylar şeklinde tanımlanmaktadır (The Merriam-Webster, 2001).

Telaş/koşturmacanın bireysel olarak çok az etkisi olabilir ya da olmayabilir. Ancak bu küçük olayların yoğunlaşmış durumlarının, sağlık üzerine önemli etkileri olabilir. Yaşanan telaş/koşturmaca, bakım verici olmanın gerçek

stresörüdür. Günlük yaşam aktiviteleri üzerine negatif etkiler bırakır. Örneğin bakım vericinin, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olması, bakım vericinin yaşadığı gerçek bir telaş/koşturmacadır (Hunt, 2003).

2.10.1.3. Bakım Verici Rolünde Zorlanma (Caregiver Strain)

Bakım verici bireyin yoğun ya da zor çaba/ emek sonucunda fiziksel ve mental gerilimde olma durumudur (The Merriam-Webster, 2001). Bakım verici literatüründe bakım verici rolünde zorlanma hem bir stresör hem de algılanan stres olarak tanımlanmıştır. Örneğin, Pearlin (1994) “Bireyin üzerine görev olarak yüklenilmiş özel rol ve statünün deneyimlendiği katlanılan problemler” olarak tanımlamıştır. Özet olarak bakım verici rolü yerine getirilirken hissedilen zorlukları kapsadığı söylenebilir (Hunt, 2003). Bakım vericiler yaşadıkları zorlukların/güçlüklerin tükenmişlik durumları ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Yapılan çalışmalarda, birçok bakım verici ailenin en önemli stres kaynaklarının güçlük yaratan durum varyanslarından kaynaklandığı gösterilmiştir (Almberg ve ark., 2000).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarından biri olan “*Bakım Verici Rolünde Zorlanma*” tanısı, bir başkasına (özürlü, bağımlı vb. aile üyesi) bakım verme sürecinde fiziksel, duygusal, sosyal ve/veya ekonomik sıkıntı(lar) yaşayan bir bireydeki durumdur. Bu tanı için tanımlayıcı özellikler:

- Zamanın ve fiziksel enerjinin yetmediğini bildirmesi,
- Gerekli bakım verme aktivitelerini yerine getirmede güçlük,
- Bakım verme sorumluluklarının diğer önemli rolleri engellemesi,
- Kendisinin bakım sağlama yeteneği ve bakım alıcının sağlığının gelecekte ne olacağı konusunda endişe hissedilmesi,
- Bakım verici hastalanırsa ya da ölürse bakım alıcının bakımının ne olacağı konusunda endişe, moral bozukluğu/deprese duygular, öfke durumları şeklinde sıralanmaktadır (Erdemir, 2005).

2.10.1.4. Bakım Verici Stresi (Caregiver Stres)

Stres, “bedensel ya da mental gerilime neden olan fiziksel, kimyasal ya da duygusal faktörler” olarak açıklanabilir. Nolan ve arkadaşları (1990) bakım verici stresini bireyin yetenekleri ve doğal ihtiyaçları arasındaki düşünsel dengesizliklerden kaynaklanan durum olarak tanımlamışlardır (Hunt, 2003).

Bakım verici stresi birçok faktör tarafından etkilenebilir. Bakım verilen bireyin yakınlık derecesi, bakım vericiye yardımcı bireylerin olması, bakım verici bireyin duygusal durumu bakım vericide stres oluşturabilecek faktörler arasındadır (O'Brien, 2000).

Bakım verme stresi, primer bakım verici bireyleri birçok yolla etkilemektedir. Primer bakım verici bireyler, kendilerini fiziksel ve psikolojik olarak karmaşanın içinde bulabilirler. Anksiyete, depresyon, sosyal yaşamdan çekilme, kendi bakımlarını erteleme, iş performansında azalma gibi problemlerle başetme zorunluluğu içinde kalabilirler (Parks ve Novielli, 2000; Given ve ark., 2004).

Genel olarak bakım verici stresinin iki tipi gözlenmiştir. Bu stres tipleri birincil ve ikincil olarak açıklanmaktadır. Birincil stres, primer bakım vericinin, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerinin planlanması ve yürütülmesi, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanması gibi durumlardan kaynaklanır. İkincil stres ise, hasta bireye doğrudan bakım verme dışında olan faktörlerden kaynaklanır. Diğer aile üyeleriyle çatışma, ekonomik yetersizlikler, iş kaybı, sosyal aktivitelerde azalma gibi durumlar ikincil stresin nedenleri arasındadır (Parks ve Novielli, 2000).

Primer bakım vericilerde gözlenen stresin bireylerin direk olarak sağlığına etkileri gözlenmiştir. Bu etkiler arasında çoğunlukla anksiyete ve depresyon gözlenmektedir. Jones (2002) eş ve kız çocuğu bakım vericiler arasında yaptığı çalışmada, kız çocuklarının daha çok anksiyete ve depresyon yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca bu bakım vericilerin kendi aile yönetiminde zorlandıkları, tam ya da yarı zamanlı işlerde çalışmadıklarını ifade etmiştir (Knittweis, 2002).

Bakım verici stresinin sağlık üzerine etkileri incelendiğinde anksiyete ve depresyon dışında diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, uyku düzensizliği,

bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı, başağrısı da gözlenmektedir. Bununla birlikte bakım vericide alkol, sigara ve psiko trop ilaç kullanımında artış gözlenmiştir (Parks ve Novielli, 2000). Vedhara ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerle vermeyenler arasında anksiyete, depresyon ve stres görülme durumu açısından ileri derecede fark olduğu bulunmuştur (Vedhara ve ark., 2000).

2.10.2. Bakım Vermenin Pozitif Kavramları

2.10.2.1. Bakım Verici Saygısı (Caregiver Esteem)

Bakım verici saygısı, bakım vericinin kendi saygısı/değeri bakım verme performansı ile arttırmasını kapsar. Kendine saygınlık, bireyin kendi memnuniyeti ve kendine güvenidir (Merriam-Webster,2001). Bu nedenle bakım verici saygısı, bakım verme sonucunda kendini memnun ya da güvende hisseder. Given ve arkadaşları (1992) yaşlı ve kanserli hastaların bakım vericilerinde bakım verici saygısının depresyonla ters bir ilişki içerisinde olduğunu açıklamışlardır. Bakım verici saygısı üzerine yapılan çalışmalarda kadın bakım vericilerin verilen bakıma saygısı, erkek bakım vericilerin bakım saygısından daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Hunt, 2003).

2.10.2.2. Bakım Verici Yüceliği (Uplifts of Caregiving)

Yücelme, kaldırma ya da manevi yükseliş anlamına gelen “uplift”, “bir bireyin spiritüel, sosyal ya da entelektüel durumunun gelişmesi”dir (Merriam-Webster, 2001). Mücadele yaratan durumların etkisine karşı bir tampon görevi görmekte ve bakım vericilerin daha az distres yaşamasına destek olmaktadır (Hunt, 2003).

Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilir. Ödül; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğer aile üyeleri ya da akrabalar tarafından

tanınma, kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı için doyum, çözülmemiş sorun ve duyguların çözülmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğerlerinin problemlerine hoşgörölü yaklaşmak gibi ailenin bütünlüğünü sağlayan yararları da vardır (Toseland ve ark., 2001)

2.10.2.3. Bakım Verici Memnuniyeti (Caregiver Satisfaction)

Memnuniyet, bakım vermenin pozitif yaklaşımını anlatan en yaygın terimdir. İlk tanımlama Lawton ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Subjektif algılama bakımın pozitif olarak etkilenmesini ve istenilir yaklaşımların kazanılmasını sağlar. Bakım verici memnuniyeti daha sonradan tanımlanmıştır ve bakım verici deneyimlerine pozitif etkide bulunur (Hunt, 2003).

2.10.2.4. Bakım Vermede Anlam Bulma (Finding or Making Meaning Through Caregiving)

Kalitatif araştırmalarda araştırmacılar bakım vermenin anlam bulmayı kolaylaştırdığını/sağladığını belirtmişlerdir. Araştırmacılar bakım verme sorumluluğunun bakım vericiler üzerine önemli etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (Hunt, 2003).

Bakım vermeyi anlamlandırma süreci, beklentileri, açıklamaları/ tanımlamaları ve stratejileri içermektedir. Bakım vericiler kendi sorumlulukları ve bakım verme deneyimleriyle birlikte anlam çıkarmayı, bireysel yaşamlarının büyük bir bölümünde kullanırlar. Beklentiler, davranışlar ya da karşılaşılabilecekleri durumları tahmin etmeyi içerir. Açıklamalar/tanımlamalar, beklenen ve gerçek sonuçlar arasındaki uyumsuzluğun moral ve mantık ile birleştirmesidir. Stratejiler ise, beklentilerin davranış biçimini oluşturması, tanımlamaların oluşumu ve istenen sonuçlar tarafından etkilenmektedir (Ayles, 2000).

2.10.2.5. Bakım Verme Deneyiminden Kazanım (Gain in the Caregiving Experience)

Bakım verme deneyiminden kazanım “Bakım verme rolünün, bakım vericinin bireysel yaşam alanını geliştirmesini ve güçlendirmesini” açıklamaktadır. Bakım verme deneyiminin sonuçları olarak bakım vericiye pozitif anlamda geri dönmesidir. Kavram olarak “bakım verme kazanımı” Kramer (1997) tarafından “rol kazanımının değeri” olarak belirtilmiştir (Hunt, 2003).

2.11. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Kronik hastalığı ve eşlik eden çeşitli sağlık sorunları olan bireylerin bakımı ve karmaşık tedavileri bakım verici bireylerin katılımını gerektirmektedir. Tedavideki gelişmelerle kronik hastalıklı bireylerin yaşamının uzaması bakım verici bireylerin de uzun süre bakıma katılımlarını gerekli kılmaktadır. Ancak bakım verici aile bireylerinin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir; kendini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilmektedir. Sağlık ekibinden aldıkları rehberlikle bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı içerisinde olduklarını; gereksinim duyulan ve daha önce deneyimlemedikleri bakımı verme, kaynaklara nasıl ulaşacağı ve kullanacaklarını bilmemekten dolayı belirsizlik yaşadıklarını belirtmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008; Schumacher ve ark., 2008).

Literatürde bakımverici bireyin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimi olduğu sürekli belirtilmektedir. Bu gereksinim hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel bakımı, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların ne olduğu, bu semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi rejimleri, gelecekteki durumu, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri, toplumsal ve mali kaynaklar gibi birçok konuyu kapsayabilir. Ayrıca bakım verici bireyin hasta transportu, semptomları izleme ve rapor etme, hastasının kişisel bakımını sağlama (banyo, yürüme, giyinme gibi), beslenme konuları, bakımın koordinasyonu (randevu alma ve doktoru arama), hastalık durumunu izleme ve finansal aktivite gibi konuları nasıl yapılandıracağı ve kontrol

edeceğine yönelik yardım gereksinimi olduğu belirtilmektedir (Given ve ark., 2001).

Karahan ve Güven'in belirttiğine göre Aksayan ve Çimete'nin (1998), kronik hastalığı olan bireylere evde bakım veren aile bireylerinin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastalık nedeniyle aile bireylerinin %66.2' sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğu, aile üyelerinin %66' sının yorgunluk, bunalıtı hissi, sosyal yaşantı değişikliği gibi sorunlar yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın evdeki bakımları ile ilgili hiçbir eğitim veya bilgi almadığı, kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, durumun onların aile, iş ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Karahan ve Güven, 2002).

Bakım vericiler üzerine yapılmış birçok çalışma kanser, demans ve mental hastalıklı bireylere yardım eden aile bireyleri gibi özel gruplar üzerinde odaklanmıştır. Önemli bir fonksiyonel yetersizlik ve ölüm nedeni olmasına rağmen KOAH'lı hastalarla baş etmeye çalışan bakım vericilerin deneyimlerinin yalnızca yüzeysel olarak incelendiği görülmektedir (Cain ve Wicks, 2000; Pinto ve ark., 2007). KOAH akut ataklar ve buna bağlı fonksiyonel yetersizlikle seyreden ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte fonksiyon kapasitesinin azalması, aile bireylerine bağımlılığın artmasına ve bu durum da ailede tükenmişlik riskinin artmasına yol açabilir. KOAH hastaları fonksiyonel sınırlılıkları nedeniyle yaşamlarında ciddi şekilde bir başkasına/ bakım vericiye ihtiyaç duyarlar (Pinto ve ark., 2007). Hastalık kötüye gittikçe yeni sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olur. Böylece bakım vericilerin daha çok yüklenmesi/tükenmesi ve kaynaklarının sınırlanması kaçınılmaz olmaktadır. Yapılan araştırmalarda KOAH tanısı almış bireylerin bakım vericilerinin hem psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik, hem de ekonomik anlamda tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (Cain ve Wicks, 2000).

2.12. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım vericilerin tamamının bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların ise, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme güçlüğüne etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Ambivalan duygular yaşanması,
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorunluluktan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasındadır (Bilgili, 2000; Erdem 2005; İnci, 2006; Schulz ve Sherwood, 2008).

2.13. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler

Bakım verenin güçlük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilemesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır (Kasuya ve ark., 2000).

Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım alan bireyin bitmeyen gereksinimleri nedeniyle yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel problemler görülebilir. Fiziksel yorgunluk ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyetede artışa neden olabilmektedir. Hasta bakımını üstlenen primer bakım verenler, fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (Toseland ve ark., 2001).

Fiziksel güçlükler, bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetlerin artabilmesidir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir. Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (İnci, 2006; Saunders, 2008; Beaudreau ve ark., 2008).

Emosyonel güçlükler; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşanmasıdır. (Kasuya, 2000). En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır. Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebilir. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (İnci, 2006; Sherwood ve ark., 2005; Schulz ve Sherwood, 2008).

Sosyal güçlükler; kronik hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (Kasuya, 2000). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinlerinden fedakarlık eden primer bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu

nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yasama olasılığı artmaktadır (İnci, 2006).

Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler; evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, informal bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemlidir. Bu ekonomik sorunlar içinde en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır. Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (İnci, 2006; Saunders, 2008).

2.14. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım verme yükünün ölçülmesi ya da değerlendirilmesi klinisyenler ve araştırmacılar için özellikli bir konu olmuştur. Değerlendirilme bakım vericinin durumunu tanımlamak için bilgi sağlamada sistematik bir süreç olup bakım vericinin kendi sağlık ve iyilik durumunu sürdürmeye yardım için kendi kültürü ve algısıyla durumuna bakışı, özel problemleri, gereksinimleri, kaynaklar ve güçlü yönlerini belirlemek amaçlanır (Feinberg, 2008; Montgomery ve Kwak, 2008).

Bakım sağlayan aile üyelerinin bakım yükünün ölçülmesi için birçok ölçek geliştirilmiştir (Tablo 3). Klinisyenler ve araştırmacılar bu ölçüm araçları ile bakım yükü hakkında çok yönlü bilgi sağlayabilmektedir. Geliştirilen bakım yükü ölçüm araçlarının çoğu kanserli hastalara bakım veren bireyler için oluşturulmuş ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri için kullanılmıştır (Honea ve ark., 2008; Higginson ve Gao, 2008). Ölçekler, bakım yükünü objektif, subjektif ya da her iki yönden değerlendirmeyi sağlamaktadır. Bakım verici yükünün objektif ölçümleri ile hasta adına gerçekleştirilen görevlerin/işlerin sayısı ya da sağlanan bakımın süresi gibi değişkenleri içermektedir. Objektif ölçümlerin avantajları, bakım vericinin sıkıntı hissinden kaynaklanan hatalara yatkınlığı önlemesidir. Kısa, kolay uygulanabilir ve girişimleri açık-net değerlendiren ölçeklerdir. En önemli dezavantajı bakım vericinin yaşamına

etkisini tüm boyutlarıyla değerlendirememesidir. Bu yüzden bu gibi ölçümler bakımverici yükünün bir bileşenini değerlendirdiğinden karmaşık bakımverici sıkıntısını doğru olarak yansıtmayabilir ve sıkıntı nedenleri göz ardı edilebilir (Honea ve ark., 2008).

Subjektif ölçümler bakım verici üzerindeki emosyonel distresin derecesini elde etmek için kullanılmaktadır. Bakım verenin emosyonel tepkilerini, sağlanan bakıma karşı oluşan tepkileri ve özellikle depresif semptomların gelişmesiyle ilişkisini ölçer (Sherwood ve ark., 2005). Bunun yanısıra çeşitli araştırmacılar objektif olarak ölçülen görevlerin bakım vericide sıkıntıya yol açmadığı, ancak daha ziyade bu görevlerle ilişkili sıkıntıyı algılama şeklinde olduğunu öne sürmektedir. Araştırmacılar bakımverici yükünün objektif ölçümlerinin bakım vermenin negatif sonuçları için risk altında olan bakımvericileri doğru tanımlamadığını belirtmektedir (Schulz ve Beach, 2000). Subjektif ölçümler, birçok madde içermesi, uzun olması ve klinik uygulanabilirliğinin sınırlı olması nedeniyle bakım vericilerin yanıtlamasını zorlaştırabilir. Klinik uygulanabilirliğini geliştirmek için kısa tarayıcı ölçekler ya da alt ölçekleri kullanılabilir (Honea ve ark., 2008).

Klinik ve araştırma alanında bakım verici yükünün ölçümünde ideal olarak çok boyutlu, geçerli, güvenilir ve klinik olarak uygun aracın kullanılması gerekir. Bakım vericinin güçlüğü/zorlukları ya da yükünün değerlendirilmesi bu etkileri azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması için önemlidir (Becze, 2008; Montgomery ve Kwak, 2008).

Ülkemizde Babaoğlu (2001) tarafından "Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri"ni belirlemek üzere 52 maddeli bir form geliştirilmiş ve diğer çalışmalarda kullanılmıştır (Aslan ve ark., 2006). Bunun dışında bakım verme güçlüğünü belirlemeye yönelik bir ölçeğe rastlanmamasına rağmen, yurt dışında geliştirilmiş pek çok ölçek bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım Verme Yüğü Belirlemek İçin Kullanılan Ölçüm Araçları (Honea ve ark., 2008).

Ölçek	Yazar ve Yılı	Faktörler/ Boyutları	Madde sayısı	Derecelendirme	evrildiğı Diller
Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Zarit Burden Inventory)	Zarit ve ark., 1980	Sağlık, psikolojik iyilik, finans, sosyal yaşam, hastasıyla ilişkileri	22	Beş dereceli ölçüm: “0” (asla), “4” (her zaman)	İngilizce, Türkçe, İspanyolca, Japonca, Fransızca, ince
Caregiver Strain Index	Robinson, 1983	İşsizlik, finansal, fiziksel, sosyal, zaman durumu	13	“Evet” ya da “Hayır”	İngilizce
Caregiver Reaction Assessment	Given ve ark., 1992;Stommel ve ark., 1992	Bireysel iyilik, aile desteğinin yokluğu, finans ve sağlık üzerine etkileri	24	Beş dereceli ölçüm: “1” (kesinlikle katılıyorum), “5” (kesinlikle katılmıyorum)	İngilizce, Japonca, Almanca, Norvece, Korece
Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (Memorial Symptom Assessment Scale)	Portenoy ve ark., 1994	Sıklık, ciddiye ve hasta semptomlarının distresi	24	Dört dereceli ölçüm	İngilizce
Caregiver Demands Scale	Stetz, 1987	Hijyen bakımı, hareket ve konfor, tedavileri, denetlemesi, dinlenmesi, yeni becerilerin elde edilmesinin	46	Beş dereceli ölçüm, “1” (hiçbiri zor değil), “5” (ok zor)	İngilizce
Appraisal of Caregiving Scale	Oberst et al., 1989	Zarar/ kayıp, tehdit, mücadele ve yararına ilişkin yük	72	Beş dereceli ölçüm: “1” (hiç doğru değil), “5” (ok doğru)	İngilizce

2.15. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

KOAH'lı bireyler hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerdeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıyadırlar. KOAH'lı bireylerin hastalık sürecinin getirdiği problemlerle başedebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgi ve becerileri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkili yolu, planlı ve sürekli bir hasta ve aile eğitimi olarak görülmektedir. KOAH'lı bireyin eğitiminin taburculuktan önceki bir dönemde hastanede başlatılması, evde toplum sağlığı hemşireleri tarafından sürdürülmesi, ailenin ve hasta için önemli olan kişilerin de eğitimin içine katılması önerilmektedir. KOAH'lı bireylerin sağlık ekibinden yeterince yardım ve destek görmesi, yaşam durumuyla ilgili iyi şeyler hissetmesine, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine ve hastaların hastalıkla daha uyumlu yaşamasına yardım etmektedir (Tel ve Akdemir, 1998).

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için bireyin temel insan gereksiniminin karşılanması gerekmektedir. Hemşireliğin tanımında da belirtildiği gibi, hasta ya da sağlıklı bireyin hastalık vb. nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları zaman, onlar adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu hemşirelerin üstlendiği, tüm hemşire kuramcılar tarafından ifade edilmektedir. Bağımlı bir yaşama doğru giden, yeterli ve dengeli beslenmeyen, uyku durumu bozulan, sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan ve ikincil enfeksiyon riski altındaki KOAH'lı bireyin varolan sorunlarını saptama ve çözüme hemşirelerin sorumlulukları vardır. Hemşire bilinen sorunları önlemek üzere harekete geçerek hastayı hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlatmalı ya da hastanın, bağımlılığını en aza indirerek kişisel bakımı için sorumluluk duygusunu uyandırmalıdır (Acar, 2002; Türk, 2004).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin bakım vericileri kapsamlı ve kaliteli hemşirelik bakımı ile desteklenmelidir. Hemşirelik bakımında genellikle hastalığın akut bakımı üzerinde durulmakta, kronik, uzun dönemlerdeki bakıma daha az önem verilmektedir (Jonsdottir, 2008).

KOAH'da hemşirelik yaklaşımı, hasta ve ailesinin hastalık hakkında, akut ataklar, oksijen kullanımı, beslenme, sigaranın bırakılması, semptom yönetimi ve rehabilitasyon konularında bilgilendirilmesini içerir (Türk, 2004; Akdemir ve Birol, 2004). Bu süreçte primer bakım vericilerin birçok sorumluluğu vardır

KOAH'lı hastalar hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerinin getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerindeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıyadırlar. KOAH'lı bireylerin hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başatabilmeleri için bazı özel bilgi ve beceri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkin yolu, planlı ve sürekli bir hasta-aile eğitimi olarak görülmektedir (Türk, 2004).

Kronik hastalığı olan bireylerin bakımvericileri için öz-yönetim eğitim programları bireylerin öz-etkililiği, sağlık değerlendirmesi, bilişsel semptom yönetimi ve aerobik egzersiz gibi küçük ve kısa dönem gelişmeler sağlayabilir. Henüz psikolojik sağlık, semptomlar, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ya da sağlık bakım hizmetlerinin kullanımında önemli etkisine ilişkin henüz bir kanıt yoktur (Effing ve ark., 2007). Öz-yönetimin güçlendirilmesine yönelik eğitim programları yazılı ve sözlü bilgilendirme, hastalık yönetimi ve tedavisi, semptomlar, ataklar, egzersiz, relaksasyon, enerji depolama, beslenme, iletişim ve sosyal ilişkiler, sağlık personeli ile etkileşim ve kendi eylem planını oluşturma gibi konuları içerebilir (Jonsdottir, 2008).

Bakım verici yükü ve güçlüğüne yönelik girişimlerin yer aldığı araştırma sayısı sınırlıdır. Geniş literatür taramalarında sadece 20 girişimsel çalışma bulunmuş bunlardan sekizi yük ve güçlük ölçümü sonuçlarına yönelik girişimler olduğu ifade edilmiştir. Bu girişimler; psiko-eğitim, destekleyici, psikoterapi ve/veya bilişsel davranışlar, masaj ya da iyileştirici dokunma, günlük erişkin bakımı ve bakım alıcının yeterliliğini geliştirmeye yönelik girişimlerdir (Tablo 4.) (Honea ve ark., 2008).

Tablo 4. Bakım Vericinin Yükü ve Zorlanmayı Azaltıcı Girişimler (Honea ve ark., 2008)

Girişim	Tanımı/Kapsamı
Psiko-eğitimsel	Bakım vericiler için bilginin programlanması/düzenlenmesidir. Hastanın hastalık sürecini, ulaşılabilir kaynakların belirlenmesi ya da bakım vericiye yardımcı olacak eğitim konularını tanımlar. Bazı psiko-eğitim girişimleri bireysel, bazıları ise gruplar için düzenlenmektedir. Semptom yönetiminin öğretimi, psiko-sosyal konuların tartışılması, kaynakların tanımlanması, hizmet koordinasyonunun tartışılması ve bakım vericinin kendi bakımının öğretilmesini içermektedir.
Destekleyici	Bakım vericilerin bireysel ya da grup içindeki yerlerinin desteklenmesidir. Destekleyici girişimler bakım verme hakkındaki duyguları, başarıların ve zorlukların tartışılması üzerine odaklanmıştır.
Psikoterapi ve bilişsel davranışlar	Bakım verici ve eğitilmiş profesyoneller arasında terapötik ilişkinin gelişimini bakım vericinin yaklaşımlarını kolaylaştırılmasında kullanılmaktadır. Profesyonel terapistler, bakım vericinin kişisel distressinin yönetimi, bakım verici stratejilerinin tanımlanmasına yardımcı olmaktadır. Psikoterapi ve bilişsel davranışlar, negatif düşünceler ya da yaklaşımların tartışılması, problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, zaman yönetimi, iş yükü artışı ya da emosyonel yönetimi gibi konularda girişimleri içermektedir.
Masaj/ terapötik dokunma	Sertifikalı terapistler tarafından sağlanan, bakım vericinin yükünü ve güçlüğü azaltmasının demonstrasyonunu sağlar. Bakım vericinin depresyon ve anksiyete puanlarını önemli ölçüde azalmasını da sağlamaktadır.
Günlük erişkin bakımı	Bakım vericiye zaman tanıyacak şekilde günlük yaşam aktiviteleri, denetleme ya da hemşire bakımını sağlama girişimleridir.

Bakım gereksiniminin arttığı bir ortamda hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, hasta bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, hastanın iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele almalıdır. Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında hasta, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (Allender ve Spradley, 2001). Hemşire ayrıca primer bakım verenin hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve hasta bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Bakım verenlerin kendi fiziksel ve psikoloji sağlığını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (Arpacı ve Arlı, 2001).

Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir. Bakım verenin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, bakım vericilerin yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır (Kasuya ve ark., 2000).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak öz bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi

ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler, alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına ye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (Kasuya ve ark., 2000). Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir (Dilekz, 2003).

Halk sağlığı hemşireleri bakım verilere uygun yaklaşımda bulunarak, hastaların bakımını başarılı bir şekilde yönetmelerine yardım edebilir (Allender ve Spradley, 2001). Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında hastaya primer bakım verenleri belirleyebilir, bakım verenin güçlük yaşayıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Bakım veren bireyle görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için bakım alan bireyin olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, primer bakım verenin en çok kaygı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım veren bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması, bakım verme aktivitesini etkileyeceği için primer bakım verenin fiziksel ve emosyonel sınırlılıklarını tanımlanması, düzenli olarak yürütülmesi, gereken görüşmelerin primer bakım verenin gereksinim duyduğu zamanlarda da sürdürülmesi, mümkün olduğunca hastanın diyet ya da tedavi yönetiminin basitleştirilmesi, sosyal izolasyon nedeniyle primer bakım verenin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi, hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konular arasındadır (Kasuya ve ark., 2000) .

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

KOAH'lı bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk Sanatoryumu Yatan Hasta Servisleri'nde yürütülmüştür.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde göğüs hastalıklarına hastalarına özel olarak ayrılmış kat ya da servis bulunmamakla birlikte hastalar dört ayrı serviste izlenmektedir. Göğüs hastalıkları bölümü olarak bir profesör, iki yardımcı doçent, altı araştırma görevlisi görev yapmaktadır. Yatan hasta servisi hemşireleri çalıştıkları servislerde KOAH'la gelen hastalara da bakım vermektedirler. Hastalara poliklinik hizmeti, yatarak tedavi-bakım verme, yoğun bakım hizmeti, bronkoskopi gibi hizmetler verilmektedir. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hasta sayısının 2007 yılında 172 kişi olduğu belirlenmiştir.

Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk Sanatoryumu Yatan Hasta Bölümü 3 katlı, her katta 13 -15 odalı, her odada en az 2 yatak olmak üzere planlanan yatan hasta servislerinden oluşmaktadır. Servislerde 24 saat hizmet verilmekte olup araştırmanın yapıldığı tarihte iki uzman, on iki asistan hekim ve on altı hemşire ya da sağlık memuru vardiyalı olarak görev yapmaktadır. Servislerde acil müdahale, oksijen tedavisi ve hastaların günlük izlemi yapılmaktadır. KOAH tedavisi alan hastalar, tedavi hakkında hekimler tarafından bilgilendirilmekte, hemşire ya da sağlık memurları tarafından günlük izlemi yapılmaktadır. Hemşirelerin özel olarak KOAH'lı hastalara uyguladıkları öğretileri olmadığı gözlenmiştir. Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk

Sanatoryumu Yatan Hasta Servisleri'nde 2007 yılında 7260 hastaya bakım verildiği belirlenmiştir.

Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi Yatan Hasta Servisleri ise yine 3 katlı olup, bir kat yoğun bakım ünitesine ayrılmıştır. Diğer iki kat ise yatan hasta servisi olarak planlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde servislerde 24 saat bir uzman, altı asistan hekim ve yedi-dokuz hemşire ya da sağlık memuru hizmet vermektedir. Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi Yatan Hasta Servisleri'nde ise 2007 yılı hasta sayısı 5241 olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk Sanatoryumu'nda 1 Ocak 2008- 31 Mayıs 2008 tarihleri arasında yatan, hastayı izleyen doktorlar tarafından Evre II-III KOAH olarak tanımlanmış hasta bireylerin primer bakım vericileri oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada evrenin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçimine gidilmemiştir. Belirlenen tarihler arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk Sanatoryumu hastanelerinde yatarak tedavi gören Evre II-III KOAH'lı hastaların, 18 yaşından büyük, mental rahatsızlığı ya da iletişimi engelleyebilecek diğer bir sorunu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 245 bakım verici araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bakım vericilerin 117'si Ankara Göğüs Hastalıkları Hastanesi Atatürk Sanatoryumu, 106'sı Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Hastanesi, 22'si Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'ndendir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak hasta ve primer bakım vericilere yönelik hazırlanan 2 ayrı soru formu (Cain ve Wicks, 2000; Aslan ve ark., 2006; İnci, 2006; Pinto ve ark., 2007; Bachner ve O'Rourke, 2007) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview) kullanılarak toplanmıştır. Hasta için oluşturulan anket formunda sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, meslek, iş durumu, alışkanlıkları), ek sağlık sorunu/hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve öz-bakım yeteneğine yönelik 2 açık ve diğerleri kapalı uçlu olmak üzere 12 soru yer almaktadır (Ek-II). Bakım vericiler için oluşturulan anket formunda ise; sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, gelir durumu, meslek, iş durumu, alışkanlıkları), ek sağlık sorunu/hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve öz-bakım yetenekleri, KOAH tanısı ve tedavi süreci, oksijen kullanımı ve karşılaşılan güçlükler, oksijen kullanımına yönelik eğitim ve önerileri, bakım vericinin aile içindeki rolü ve rol üzerine etkileri, bakım verme sürecinde varolan destekler ve hangi konularda yardım aldıkları ve bakım verirken karşılaşılan güçlüklerine yönelik açık ve diğerleri kapalı uçlu olmak üzere toplam 40 soru bulunmaktadır (Ek-III). Araştırmada bakım vericilerin bakım verme yükünü değerlendirmek amacıyla Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview) kullanılmıştır (Ek -IV).

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde "0" dan "4" e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit ve Zarit 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit 1990, İnci 2006).

Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin geçerlilik çalışması Fadime Hatice İnci tarafından 2006 yılında, ölçeğin dil eşdeğerliği içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri, güvenilirlik çalışmasında ise iç tutarlılık, madde analizi ve test-tekrar test güvenilirliği yöntemleri kullanılarak incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur (İnci, 2006). Bu çalışmada elde edilen alpha değeri ise 0.79 olarak belirlenmiştir.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya başlamadan önce, örnekleme alınması planlanan KOAH hastalarının primer bakım vericilerine araştırmanın amacı açıklanarak soru formları araştırmacının gözetiminde primer bakım vericiler tarafından yanıtlanmıştır. Okur-yazar olmayan primer bakım vericilere soru formları araştırmacı tarafından okunarak uygulanmıştır. Tüm bakım vericilere buldukları hastane ortamında, kendileri için uygun olan günlerde soru formları uygulanmış olup her bir soru formu 20-30 dakikada uygulanmıştır.

3.5.3. Ön Uygulama

Araştırmanın yürütülmesinde kullanılacak formların anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 15 Aralık-17 Aralık 2007 tarihleri arasında rastgele seçilen 10 primer bakım vericiye, yazılı onamları alınarak, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda soru formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır ve ön uygulamaya alınan primer bakım vericiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 12.0 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı, iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Benferoni düzeltmeli Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

İki değişken arasındaki ilişkiye ise Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3. 7. Araştırmanın Etik Yönu

Çalışma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu, Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Etik Kurulu ve Ankara Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek V).

Anket ve ölçek uygulamalarından önce primer bakım verici bireylere ve hastalara araştırmanın amacı açıklanarak onamları alınmıştır. Ayrıca primer bakım verici bireylerin isimleri araştırma süresince gizli tutulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde 22 KOAH'lı bireyin primer bakım vericisine ulaşılmıştır. Bu durum hastane genelinde yatan hasta bireylerin yanlarında primer bakım vericilerinin olmamasından kaynaklanmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında araştırmaya katılmayı istemeyen primer bakım vericiler ve Evre IV KOAH'lı bireylerin primer bakım vericileri (yoğun bakım süreçlerinin varlığı nedeniyle) araştırma kapsamına alınmamışlardır.

Çalışmada elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki hasta ve primer bakım vericilerinin öz-bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında özetlenmiştir.

1. KOAH'lı Hasta Birey ve Primer Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri ve Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikler
2. Primer Bakım Vericilerin Bilgi Durumu, Gereksinimleri ve Yaşadıkları Güçlükler
3. Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörler

4.1. KOAH'lı Hasta Birey ve Primer Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri ve Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikler

Tablo 4.1.1 Hastaların ve Primer Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Hasta (n=245)		Bakım Verici (n=245)		
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Yaş \bar{X} = 67.05 ± 9.779; min-max: 47-89			Yaş \bar{X} = 53.94±9.293;min/max=32-69		
< 40	-	-	25	10.2	
41-50	9	3.7	48	19.6	
51-60 yaş	53	21.6	97	39.6	
61-70 yaş	99	40.4	75	30.6	
71-80 yaş	63	25.7	-	-	
81 ve üzeri	21	8.6	-	-	
Cinsiyet					
Kadın	57	23.3	217	88.6	
Erkek	188	76.7	28	11.4	
Medeni Durum					
Evli	205	83.7	209	85.3	
Bekâr	-	-	36	14.7	
Dul	40	16.3	-	-	

Tablo 4.1.1'in devamı

Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	36	14.7	38	15.6
Okur-yazar	23	9.4	23	9.4
İlkokul	144	58.8	65	26.5
Ortaokul	37	15.1	113	46.1
Lise	5	2.0	6	2.4
Meslek/Çalışma Durumu				
İşçi	24	9.8	6	6.6
Memur	16	6.5	14	5.7
Emekli	148	60.4	98	40.0
Ev hanımı	57	23.3	117	47.7
Sosyal Güvencesi				
Emekli Sandığı	122	49.8	80	32.7
Bağ-kur	26	10.6	13	5.3
SSK	69	28.2	138	56.3
Yeşil Kart	28	11.4	14	5.7
Ek Hastalık Durumu				
Var	212	86.5	57	23.3
Yok	33	13.5	188	76.7
Varolan Diğer Hastalıklar				
Hipertansiyon	138	65.1	27	47.4
Diyabet	47	22.2	16	28.0
Kalp Hastalığı	19	8.94	9	15.8
Diğer*	8	3.76	5	8.8
Toplam	212	100.0	57	100.0

*Diğer: Hipotiroidi, Koroner Arter Hastalığı, Romatizmal Rahatsızlıklar

Tablo 4.1.1' de hasta ve primer bakım vericilerinin demografik özellikleri verilmiştir. KOAH'lı hasta bireylerin yaş ortalaması 67 olup %40.4'ünün 61-70 yaş arasında, buna karşın primer bakım vericilerin yaş ortalamasının 54 olup %39.6'sının 51-60 yaş arasında dağılım göstermiştir. Cinsiyet yönünden incelendiğinde hastaların çoğunluğunu erkek (%76.7), bakım vericilerin

çoğunluğunu kadınların (%88.6) oluşturduğu görülmektedir. Her iki grupta da bireylerin çoğu evlidir.

KOAH'lı hasta ve primer bakım vericilerin eğitim durumlarına bakıldığında hasta bireylerin çoğunluğunun ilkokul mezunu (%58.8) olduğu, bakım vericilerin ise ortaokul mezunu (%46.1) olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %60.4'ü emekli durumdayken bakım vericilerin %47.7'sinin ev hanımı olduğu ve hastaların yaklaşık yarısı (%49.8) emekli sandığı sağlık güvencesine sahip olduğu belirlenmiştir.

Primer bakım vericilerin sistemik sağlık sorunlarını incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun (% 76.7) ek sağlık sorunu olmadığı belirlenmiştir. Sağlık sorunu olduğunu belirten bakım vericilerin %47.4'ünde hipertansiyon ve %28'inde diyabet hastalığı olduğu görülmektedir. Hasta bireyler arasında ek sağlık sorunu olduğunu belirten hastaların % 65.1'inde hipertansiyon ve %22.2'sinde diyabet hastalığı görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Primer Bakım Verici Bireylere İlişkin Diğer Özelliklerin Dağılımı
(n= 245)

Diğer Özellikler	Sayı	(%)
Yakınlık Derecesi		
Eş	141	57.6
Kızı	94	38.4
Kardeşi	4	1.6
Diğer (Kuzen, yengesi, gelini)	6	2.4
Yaşadığı Yer		
İl	184	75.1
İlçe	52	21.2
Kasaba	9	3.7
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşi ve Çocukları	237	96.7
Eşi	8	3.3
Hastası ile aynı evde yaşama durumu		
Evet	176	71.8
Hayır	69	28.2
Gelir Durumu		
Geliri giderine eşit	210	85.7
Geliri giderinden az	35	14.3
Geliri giderinden fazla	-	-

Tablo 4.1.2'de primer bakım verici bireylere ilişkin diğer özelliklerin dağılımı görülmektedir. Primer bakım vericilerin hasta bireye yakınlık derecesine bakıldığında % 57.6'sının eş, %38.4'ünün kızı olup, çoğunluğu il merkezinde (%75.1) ve hasta birey ile aynı evde (%71.8) yaşamaktadır. Bakım vericilerin gelir durumları incelendiğinde ise %85.7'sinin gelir ve giderlerinin birbirine eşit olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Hasta ve Primer Bakım Vericilerin Alışkanlıkları (n=245)

Alışkanlıklar	Hasta		Bakım Verici	
	Sayı	%	Sayı	%
Sigara				
Kullanmayan	37	15.1	236	96.3
Kullanan	62	25.3	9	3.7
Önceden kullanıp bırakan	146	59.6	-	
Alkol				
Kullanmayan	220	89.8	236	96.3
Kullanan	25	10.2	9	3.7

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin hasta olmalarına rağmen %25.3'ünün sigara, % 10.2'sinin alkol kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir. Hasta bireylerin %59.6'sının daha önceden sigara kullanıp bıraktığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin ise % 3.7'sinin sigara ve alkol kullandığı ve devam ettiği saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Hasta Bireylerin Öz-bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumlarının Dağılımı (n=245)

Öz-Bakım Gereksinimleri	Bağımsız		Yardımcı araçlarla		Başkalarının yardımıyla		Başka kişi ve araç yardımıyla		Bağımlı	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*
Yeme/içme	218	89	-	-	27	11	-	-	-	-
Banyo-yıkanma	175	71.4	-	-	70	28.6	-	-	-	-
Giyinme/çeki düzen	175	71.4	-	-	70	28.6	-	-	-	-
Tuvalete girme	182	74.3	-	-	63	25.7	-	-	-	-
Yürüme-gezinme	174	71.0	8	3.3	63	25.7	-	-	-	-
Merdiven çıkma	94	38.4	32	13.1	63	25.7	56	22.9	-	-
Alışveriş yapma	94	38.4	25	10.2	63	25.7	56	22.9	7	2.9
Yemek pişirme	85	34.7	-	-	63	25.7	56	22.9	7	2.9
Evin bakımı	55	22.7	-	-	63	25.7	56	22.9	-	-

*Satır yüzdesi olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin öz bakım gereksinimlerini karşılama durumlarına bakıldığında; yeme- içme, banyo-yıkanma, giyinme-çeki düzen, tuvalete girme, yürüme-gezinme aktivitelerini bireyler çoğunlukla bağımsız olarak gerçekleştirebilirken, merdiven çıkma, alışveriş yapma, yemek pişirme, evin bakımı aktivitelerinde %22.9'unun başka kişi ve/veya araç yardımıyla gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.1.4).

Tabloda verilmemekle birlikte araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin de öz bakım gereksinimlerini karşılama durumları incelenmiş yukarıda belirtilen öz-bakım gereksinimlerini bağımsız olarak gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.5. KOAH'lı Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ve Evde Oksijen Tedavisi Alma Durumu Dağılımı (n=245)

	Sayı	%
KOAH Tanı Süresi ($\bar{x} = 7.43 \pm 3.6$; min-max: 1-20)		
≤ 5 yıl	79	32.2
6-10 yıl	123	50.2
11-15 yıl	39	16.0
> 16 yıl	4	1.6
KOAH'a Yönelik Alınan Tedaviler		
Bronkodilatör kullanımı	3	1.2
Bronkodilatör ve oksijen kullanımı	219	89.4
BIBAP ve oksijen kullanımı	23	9.4
Evde Oksijen Tedavisi Alma Durumu		
Evet	242	98.8
Hayır	3	1.2

Tablo 4.1.5'te araştırma kapsamına alınan hastaların ortalama 7.4 yıl önce tanı almış olduğu, %50.2'sinin tanı alma süresinin 6-10 yıl olduğu belirlenmiştir. KOAH'a yönelik alınan tedavi durumu incelendiğinde, hastaların %1.2'sinin yalnızca bronkodilatör tedavi kullandığı, %89.4'ünün bronkodilatör tedavisi ile birlikte oksijen kullandığı, %9.4'ünün de oksijen tedavisi ile birlikte BIBAP kullandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırma kapsamına alınan hastaların %98.8'inin evde oksijen tedavisi aldığı saptanmıştır.

4. 2. Primer Bakım Vericilerin Bilgi Durumu, Gereksinimleri ve Yaşadıkları Güçlükler

Tablo 4.2.1. Oksijen Tedavisine İlişkin Alınan Bilgi ve Tedavi Süresince Yaşanan Güçlüklerin Dağılımı

Oksijen Tedavisi İçin Bilgi Alma		
Durumu (n=242)	Sayı	%
Evet	99	40.9
Hayır	143	59.1
Bilgiyi Kimden Aldı (n=99)		
Doktor	67	67.7
Hemşire	9	9.1
Kullanım talimatı	23	23.2
Evde Oksijen Tedavisi Süresince Yaşanan Güçlükler (n=242)		
Oksijen makinesi kullanımı	26	10.7
Oksijen cihazı ve hasta transportu	54	22.3
Güçlük yaşanmadı	162	67.0
Yaşanan Güçlüklerle Baş Etmek İçin Yapılanlar (n= 80)		
Kullanım kılavuzuna bakma	4	5.0
Oksijen line uzatma	12	15.0
Doktora başvurma	64	80.0

Evde oksijen tedavisi alan hastaların bakım vericileri (%59.1) oksijen kullanımına ilişkin bilgi almadığını ifade ederken, bilgi alan bakım vericilerin (%40.9) çoğunlukla doktordan (%67.7) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Evde oksijen tedavisi alma süresince yaşananan güçlüğe bakıldığında bakım vericilerin %10.7'sinin oksijen makinesinin kullanımında, %22.3'ünün ise oksijen cihazı ve hasta transportunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşanan güçlükle başetme yöntemi olarak, bakım vericilerin çoğunluğunun (%80.0) doktora başvurma yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Primer Bakım Vericilerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Alma Durumu ve İçeriğinin Dağılımı

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Alma Durumu	Sayı	(%)
(n=245)		
Evet	193	78.8
Hayır	52	21.2
Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgiyi Kimden Aldı		
(n=193)		
Doktor	115	46.9
Hemşire	55	22.4
Hemşire ve Doktor	3	0.8
Kitap/internet	20	8.2
Alınan Bilginin İçeriği (n=295)*		
Hastalığın genel tanımı/ne olduğu	126	65.4
Tedavi, türü ve seçenekleri ile ilgili	56	29.0
Yapılacak tetkikler ve kontroller ile ilgili	113	58.6
Alınan Bilginin Yeterliliği (n= 193)		
Evet	34	17.7
Kısmen	58	30.0
Cevapsız	101	52.3
Daha Kapsamlı Bilgi İstenen Konular(n=219)		
Tanı ve hastalığın süreci ile ilgili	142	58.0
Yan etkilerin kontrolü ile ilgili/Akut atak yönetimi	77	31.4
Tercih Edilen Bilgi Edinme Yöntemi (n=245)		
Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim	213	86.9
Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim	32	13.1

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan primer bakım vericilerin %78.8'i hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi aldığını belirtirken bu bilgi içeriğinin çoğunlukla (%65.4) hastalığa ilişkin genel bilgileri kapsadığı ve %46.9'unun doktordan bilgi aldığı belirlenmiştir. Bilgi aldığını belirten bakım vericilerin %17.7'sinin aldıkları bu bilgileri "yeterli"; %30.0'ı ise "kısmen yeterli" olarak değerlendirdikleri

görülmektedir. Bakım vericilerin önemli bir kısmı (%58) “tanı ve hastalığın süreci ile ilgili” daha kapsamlı bilgi almak istediklerini ifade ederken, diğerleri ise “yan etkilerin kontrolü ve akut atak yönetimi” konularında daha kapsamlı bilgi istediklerini ifade etmişlerdir. Tercih edilen bilgi edinme yöntemi olarak bakım verici bireylerin %86.9’u “sağlık personeli tarafından anlatılması” isterken, az bir kısımda (%13.1) “yazılı bilgi şeklinde verilmesini” istediğini belirtmiştir. (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Primer Bakım Vericinin Bakım Sürecinde Hastasına Sağladığı Destek, Bakım Vericinin Rol Etkilenimi ve Yaşadıkları Güçlükler (n=245)

Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?	Sayı	%
Psikolojik/duygusal destek	157	64.1
Fiziksel bakımda yardım	88	35.9
Aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz etkilendi mi?		
Evet	96	39.2
Hayır	149	60.8
Bakım verirken karşılaştıkları güçlükler		
Ulaşım/transport güçlüğü	36	14.7
Güçlük yaşanmıyor	100	40.8
Cevapsız	109	44.5

Primer bakım vericinin bakım sürecinde hastasına sağladığı destek, bakım vericinin rol etkilenimi, yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); bakım vericilerin hastasına en çok (%64.1) psikolojik/duygusal yönlerden destek olduğu, fiziksel bakımda yardımcı olduğunu ifade edenlerin ise %35.9 olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin % 60.8’i aile içindeki rolünün etkilendiğini ifade ederken, bakım sürecinde bakım vericilerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde ise çoğunluğun bu soruya yanıt vermediği, %40.8’inin güçlük yaşamadığı, %14.7’sinin ise hastaneye ulaşım ve hasta transportunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4. Primer Bakım Vericilerin Meslek/Çalışma Durumlarının Aile İçi ve İş Ortamındaki Rol Etkilenimi Üzerine Etkisi

	Rol Etkilenimi			
	Evet (n=96)		Hayır (n= 149)	
Meslek/Çalışma Durumu	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	2	2.3	4	3.4
Memur	9	9.8	5	4.6
Emekli	73	76.4	25	12.8
Ev Hanımı	11	11.5	106	72.2

Araştırma kapsamına alınan primer bakım vericilerin meslek/çalışma durumlarının rol etkilenimi üzerine etkisi incelendiğinde “ev hanımı” grubunun % 72.2’sinin aile içi ve iş ortamındaki rollerinin etkilenmemiş olduğu, “emekli” grubunun % 76.4’ünün de aile içi ve iş ortamındaki rollerinin etkilenmiş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Primer Bakım Vericiye Destek Olan Diğer Bireyler, Sayısı, Yakınlık Derecesi ve Destek Oldukları Konular

Hasta Bakımında Yardımcı Başka Bireyin Olması	Sayı	%
(n=245)		
Evet	201	82.0
Hayır	44	18.0
Hasta Bakımında Yardımcı Olan Kişi Sayısı (n=201)		
1	39	19.4
2	77	38.3
3 +	85	42.3
Yakınlık derecesi (n=245)		
Kızı / oğlu / gelini	165	67.3
Kardeşleri	80	32.7
En fazla hangi konularda yardımcı oluyor?		
(n=201)		
Parasal yardım	88	43.8
Fiziksel bakımda yardım	51	25.4
Ev temizliği	26	12.9
Yemek Yapma	36	17.9

Tablo 4.2.5'te primer bakım vericiye destek olan diğer bireyler, sayısı, yakınlık derecesi ve destek oldukları konuların dağılımı gösterilmiştir. Bakım vericilerin %82.0'ının hasta bakımına yardımcı bireylere sahip olduğu ve bu bireylerin (%42.3) üç ve daha fazla kişi olduğu belirlenmiştir. Yardım eden kişilerin primer bakım vericiye yakınlık durumlarına bakıldığında da çoğunluğun (%67.3) bakım vericinin kızı/oğlu/gelinlerin olduğu saptanmış, bakım vericiye yardımcı olan kişilerin en çok (%43.8) parasal yardımda buldukları belirlenmiştir.

4.3 Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler

Tablo 4.3.1. Primer Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Dağılımları

Ölçek Toplam Puanı	Sayı	\bar{x}	ss	Minimum	Maksimum
	245	50.2	8.7	40	64

Çalışmaya katılan bakım vericilerin bakım verme yüğü ölçeği puan ortalamaları 50.2 ± 8.7 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Ölçekten elde edilen bu değer, bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.3.2. Primer Bakım Vericilerin Yaşları ve Bakım Verme Yüğü Arasındaki İlişki

		Ölçek Toplam Puanı
Bakım Verici Yaşı	R	-0.352
	P	0.000
	Hasta Sayısı	245

Bakım verici yaşı ile bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiş olup; bu ilişkinin önemli olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.2). Yaş arttıkça bakım yüğü puanı azalmaktadır ($p < 0.001$; $r = -0.352$).

Tablo 4.3.3. Primer Bakım Vericilerin Hastaya Yakınlık Derecesi, Yaşadıkları Yer ve Aynı Evde Kalma Durumu ile Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max	Sıra Ort.	U**	p
Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesi						
Eşi	141	46.6 ± 7.7	40 -61	91	2794	0.000*
Kızı/Gelini/Kardeşi	104	55.8 ± 7.0	40-64	167		
Yaşanılan Yer						
İl	184	49.7 ± 8.6	40-64	116.8	4471	0.016*
İlçe-Kasaba	61	53.0 ± 8.5	40-64	141.7		
Birlikte Kalma Durumu						
Evet	176	49.4 ± 9.8	40-64	112.8	4270.5	0.000*
Hayır	69	53.3 ± 3.8	40-61	149.1		

* $p < 0.05$; **U: Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.3.3'te hasta bireylerin eşine göre kızı, gelini ve kardeşlerinin bakım yükü puan ortalamasının fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p < 0.001$).

Bakım vericilerin yaşadığı yere göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilçe ve kasabada yaşayan bakım vericilerin bakım yükü puanının yüksek; il merkezinde yaşayan bireylerin bakım verme yükü puan ortalaması daha düşük olduğu belirlenmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Bakım vericilerin hasta bireyle birlikte kalma durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ayrı ortamlarda yaşayan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.3.4. Primer Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max	Sıra Ort.	U**	p
Cinsiyet						
Kadın	217	51.1 ± 8.8	40-64	126.9	2181	0.014*
Erkek	28	46.3 ± 6.2	40-61	92.4		
Medeni Durum						
Evli	209	48.2 ± 7.2	40-61	105	2194	0.000*
Bekar	36	64.0 ± 0.0	64-64	227.5		
Çocuk Sayısı						
Yok	57	62.9 ± 1.5	61-64	216.3	193.2	0.000*
2 Çocuk	97	51.1 ± 3.8	40-54	133.1		
3+ Çocuk	91	42.2 ± 4.5	40-61	53.8		
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	38	49.5 ± 8.5	41-61	118.0	113.2	0.000*
Okur-yazar	23	29.9 ± 5.4	40 -61	44.7		
İlkokul	65	42.4 ± 5.6	40-61	50.7		
Ortaokul ve Lise	119	55.5 ± 6.4	40-64	165.1		
Meslek						
İşçi	27	46.5 ± 6.2	44-61	94.8	18.8	0.000*
Memur	56	54.0 ± 0.0	54-54	156.5		
Ev Hanımı	162	50.0 ± 10.0	40-64	116.1		
Sağlık Güvencesi						
Yeşil Kart	14	40.0 ± 0.0	40-40	28.5	74.02	0.000*
SSK	138	48.0 ± 5.5	40-54	106.1		
Bağ-Kur	13	47.2 ± 9.6	41-61	102.8		
Emekli Sandığı	80	57.2 ± 9.4	40-64	171.9		
Ek Hastalık Durumu						
Evet	57	47.4 ± 8.5	40-61	97.8	3919	0.002*
Hayır	188	51.5 ± 8.5	40-64	130.7		
Gelir Durumuna Göre						
Gelir<Gider	35	54.6 ± 7.2	45-61	156.5	2501	0.002*
Gelir=Gider	210	49.8 ± 8.7	40-64	117.4		

* $p < 0.05$; **U: Mann-Whitney U Testi

Bakım vericilerin demografik özellikleri ile bakım verme yükü puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 4.3.4'de verilmiştir.

Bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması cinsiyet ve medeni durum yönünden incelendiğinde kadın ve bekar olan bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım vericilerde çocuğu olmayanların, 2 çocuk ve 3 ve daha çok çocuğu olanlara göre bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0.05$). İki çocuğu olanların bakım verme yükü puan ortalamaları, 3 ve daha çok çocuk olanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0.05$).

Okur-yazar olmayanların bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması ile ilkokul mezunu olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının ortaokul ve üstüne göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

“Memur” bakım vericilerde bakım yükü puanı işçi ve ev hanımlarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmasına paralel olarak “Emekli Sandığı”na bağlı olanlarda “SSK” ve “Bağ-Kur”lulara göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puanların anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0.05$). Ayrıca Yeşil Kartlı'larda diğer sosyal güvence gruplarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Bakım vericilerde herhangi bir sağlık sorunu ya da hastalık durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorunu olmayan grupta bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Gelir durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamasına göre karşılaştırıldığında ise geliri giderinden az olan grupta bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.5. Primer Bakım Vericilerin Hastalık ve Evde Oksijen Tedavisine İlişkin Bilgi Alma Durumu ile Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max	Sıra Ort.	U**	p
Oksijen Tedavisine İlişkin Bilgi Alma Durumu						
Evet	99	43.9 ± 5.2	40-61	66.9	1674	0.010*
Hayır	144	55.0 ± 7.6	41-64	159.9		
Hastalık ve Tedavi Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Evet	193	51.8 ± 9.0	41-61	93.2	3466	0.001*
Hayır	52	45.7 ± 5.0	40-64	131.0		

* $p < 0.05$; **U: Mann-Whitney U Testi

Bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması evde oksijen tedavisi, hastalık ve tedavi hakkında bilgi alma ve bakım vericiye yapılan destek yönünden incelendiğinde; evde oksijen tedavisine ilişkin bilgi almayanların, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almış olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.5).

5. TARTIŞMA

Araştırmada KOAH'lı hastaların $\frac{3}{4}$ ünün 60 yaş üzerinde, bakım vericilerin 40- 60 yaş arasında olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1). KOAH'ın klinik özelliklerine bakıldığında, hastalığın 40-45 yaş üzeri bireylerde gelişim gösteriyor olması araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin ön görülen yaş aralığında tanı alıp, tedaviye başladığını göstermektedir.

Çalışmamızda primer bakım vericilerin çoğunluğunu kadınlar (%88.6) oluşturmaktadır (Tablo 4.1.1). Bu primer bakım vericilerin %57.6'sı eş, %38.4'ü kızı konumundadır (Tablo 4.1.2). KOAH'lı hastaların bakım vericilerini kapsayan çalışmalarda, primer bakım verici bireylerin çoğunlukla kadın/eş ve hastanın kızı konumundaki bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (Cain ve Wicks, 2000; Belasco ve Sesso, 2002; Fried ve ark., 2005; İnci, 2006).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Türk aile yapısı araştırmasında (2006) hanehalkları içinde ev işlerinin genellikle (%74.1) kadınlar tarafından yapıldığı belirtilmektedir (TÜİK, 2006). Bu sonuç toplumumuzda da kadından beklenen eş-anne-bakım verici rollerin benimsendiği ve bakım verici durumunda primer düzeyde olduklarını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin çoğunun (%85.7) gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Bununla birlikte araştırma kapsamındaki primer bakım vericilerin yaşadıkları yere göre dağılımlarında çoğunlukla (%75.1) il merkezinde, ikinci olarak (%21.2) ilçe de yaşadıkları saptanmıştır. Genel popülasyonun il merkezinde yaşayan bireylerin oluşturmasını, araştırmanın yapıldığı üç hastanenin de il merkezinde bulunup her türlü sosyal güvenceye sahip bireylerin tedavi ve bakım için tercih ettiği kurumlar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.1.2).

Araştırma kapsamındaki primer bakım vericiler ile hasta bireylerin çoğunlukla (%71.8) aynı ev ortamında yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca bakım vericiler ve hasta bireylerin yaşadıkları ortamda çoğunlukla (%96.7) çocuklarının da olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.2). TÜİK Aile Yapısı Araştırması'nda da (2006) hane yapısının %80.7'sinin çekirdek aile (anne-baba-çocuk(lar) yapısına sahip olduğu belirtilmektedir. Belasco ve Sesso (2002) tarafından yapılan

çalışmada (n= 100) primer bakım vericiler ile hastaların çoğunlukla (%91) aynı ev ortamında yaşadıkları ifade edilmiştir.

Hasta ve bakım verici bireylerin aynı ev ortamında kalma durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden edilen puan ortalaması karşılaştırıldığında; ayrı ortamlarda yaşayan primer bakım vericilerin bakım verme yükü ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.3). Hasta birey ve primer bakım vericilerin aynı ev ortamında yaşıyor olması, bakım sürecinin devamlılığı ve etkinliği açısından daha yararlı olabileceği gibi, primer bakım verici bireyin kendine ait aktivitelerini gerçekleştirebileceği ortamı kısıtlayabileceği düşünülmektedir. Araştırma kapsamına alınan primer bakım verici bireylerin hastayla aynı ev ortamında kalması, bakım vericilerin bakım vermeyi pozitif bir davranış olarak tanımladıkları da söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin hastalık durumuna rağmen %25.3'ünün sigara, %10.2'sinin alkol kullanmakta olduğu, bakım vericilerin ise %3.7'sinin sigara ve alkol kullandığı saptanmıştır. (Tablo 4.1.3.). Hasta bireylerin %59.6'sının ise daha önceden sigara kullanıp bıraktığı saptanmıştır. Kara-Kaşıkçı ve Alberto (2007) tarafından KOAH'lı Türk hastaların öz-bakım, öz- etkililik davranışları ve aile desteğinin incelendiği çalışmada (n= 200) katılımcıların %8'sinin hastalığa rağmen sigara ve alkol kullandığı belirtilmiştir. Bu duruma yönelik hasta bireylere ve bakım vericilerine sigara ve alkol kullanımının, hastalığın daha ileri evrelerinin ortaya çıkmasına neden olabileceği bilgisi verilebilir. Ayrıca sigara kullanımının zararları ve KOAH için önemli bir risk faktörü olduğu hakkında toplumsal bilinçlendirme programları düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir

Bireylerin öz bakım gereksinimlerini karşılama durumlarına bakıldığında; yeme-içme, banyo-yıkanma, giyinme-çeki düzen, tuvalete girme, yürüme-gezinme aktivitelerini hasta bireyler çoğunlukla bağımsız olarak gerçekleştirebilirken, merdiven çıkma, alışveriş yapma, yemek pişirme, evin bakımı gibi aktivitelerde %22.9'unun başka kişi ve araç yardımıyla gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.1.4). Kara-Kaşıkçı ve Alberto (2007) tarafından KOAH'lı Türk hastaların öz-bakım, öz- etkililik davranışları ve aile desteğinin incelendiği çalışmada KOAH'lı bireylerin çoğunluğunun (%73) öz-

bakım aktivitelerini yeterli ve etkili düzeyde gerçekleştirebildiğini belirtmiştir. Araştırma kapsamında bakım verici bireylerin de öz bakım gereksinimlerini karşılama durumları incelenmiş yukarıda belirtilen öz bakım gereksinimlerini bağımsız olarak gerçekleştirdiklerini belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ortalama 7.4 yıl önce tanı almış olduğu, yaklaşık yarısının (%50.2) tanı alma süresinin 6-10 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.5). Örneklem kapsamına alınan bireylerin Evre II-III olması nedeniyle bu beklenen bir sonuçtur. Hastaların %86.5'inin KOAH'dan başka en az bir hastalık durumu daha olduğu görülmektedir. Ekşlik eden diğer hastalıklar arasında hipertansiyon (HT) % 65.1 oranda en fazla görülen sistemik hastalık olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). KOAH'ın sistemik etkileri ve yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeniyle, başka kronik hastalıkların görülme olasılığı da artabilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin $\frac{3}{4}$ 'ünün de 60 yaş üzerinde olması da eşlik eden kronik hastalıkların varlığına neden olan bir faktördür.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %98.8'inin evde oksijen tedavisi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.5). Kanervisto ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan KOAH hastalarının ailelerinde aile dinamikleri çalışmasında (n= 35 hasta, n= 30 aile üyesi) ciddi dereceli KOAH hastalarında oksijen kullanımının yüksek düzeyde olduğu ifade edilmiştir. KOAH evrelendirmesine bakıldığında, Evre II-III olan bir hastanın, oksijen kapasitesinin düştüğü ve ek olarak oksijene gereksinim duyduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun Evre II-III KOAH'lı olması nedeniyle bu sonuç kaçınılmaz olmuştur. Buna rağmen evde oksijen tedavisi alan hastaların primer bakım vericilerinin %59.1'i oksijen kullanımına ilişkin bilgi almadığını, bilgi alan bakım vericilerin (%40.9) çoğunluğu doktordan (%67.0) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Evde oksijen tedavisi alma süresince yaşanan güçlüğü bakıldığında ise, bakım vericilerin %10.7'sinin oksijen makinesinin kullanımında, %22.3'ünün ise oksijen cihazı ve hasta transportunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşanan güçlekle başetme yöntemi olarak, bakım vericilerin çoğunluğunun (%80.0) doktora başvurma yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Oksijen

konsantratörü kullanımında dikkat edilmesi gereken birçok nokta bulunmaktadır. Kullanım sürecinde hasta bireyin güvenliği göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım vericiler ve hastaların, herhangi bir patlama, yangın durumuna neden olmaması, tehlike anında nasıl hareket edilecekleri konusunda bilgilendirilmesi; başetme yöntemlerini geliştirebileceği gibi, hasta bireyin akut atak yaşama, hastaneye yatış sıklığında azalma, güvenliği, bakımın planlanması ve yürütülmesi gibi konularda primer bakım vericiye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Hasta bireyin hastalık süresince komplikasyon yaşamaması, hastaneye yatış sayısının azalması gibi durumların da hasta birey ve primer bakım vericinin yaşam kalitesini olumlu düzeyde artıracığı düşünülmektedir.

Primer bakım vericinin aile ve iş ortamındaki rol etkilenimi, bakımda yardımcı kişi sayısı, yakınlık derecesi dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); bakım vericilerin %60.8'inin aile ve iş ortamındaki rolünün etkilenmediğini, bakım vericiye ev ortamında yardımcı olan kişi sayısının çoğunlukla (%42.3) üç ve daha fazla kişi olduğu belirlenmiştir. Yakınlık derecesi durumundan bakıldığında çoğunluğun (%67.3) bakım vericinin kızı/oğlu/gelinlerin oluşturduğu saptanmış, bakım vericiye yardımcı olan kişilerin de parasal yardımda (%43.8) buldukları belirlenmiştir. Primer bakım verici bireylerin çoğunluğunun (60.8) aile ve iş ortamındaki rolünün etkilenmemesi toplumumuz kültürel faktörlerinden (eş ya da anne-baba olan bireye bakma, saygı, aile içi bağları) ve bakım vermenin pozitif kavramlarından (bakım verici saygısı, bakım verici mutluluğu, bakım verici memnuniyeti, bakım vermede anlam bulma, bakım verme deneyiminden kazanım) etkilendiği düşünülmektedir.

Bakım sürecinde bakım vericilerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde ise %40.8'inin güçlük yaşamadığı, yalnızca hastaneye ulaşım ve hasta transportunda güçlük (%14.7) yaşadıkları belirlenmiştir. Bakım verici ve hasta arasındaki destek konusunda ise, bakım vericilerin %64.1'i, hastaya psiko-sosyal destek (yanında olma, zaman paylaşımı gibi konularda) olduğunu ifade etmiştir. Fiziksel bakımda yardımcı olduğunu ifade edenler ise %35.9 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Hasta bireylerin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmeleri gözönünde bulundurulduğunda (Tablo 4.1.4), primer bakım verici bireylerin hastalarını daha çok psiko-sosyal yönden destekledikleri

sonucunun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Hauser ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada da (n= 893) bakım vericilerin sadece %18'inin bakım sürecinde güçlük yaşadığı ve bu güçlüğün fiziksel ortamın yönetiminde olduğunu belirtilmiştir. Göktalay ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir başka çalışmada ise hastaların fiziksel yetersizlik hissettiği kadar psikososyal olarak da etkilendiğini belirtmiş ve hastaların psikososyal yönden desteklenmesinin yaşam kalitesi ve hastalıkla baş etme yeterliliğinin olumlu yönden etkilendiğini belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan primer bakım vericilerin meslek/çalışma durumlarının rol etkilenimi üzerine etkisi incelendiğinde "ev hanımı" grubunun % 72.2'sinin aile içi ve iş ortamındaki rollerinin etkilenmemiş olduğu, "emekli" grubunun % 76.4'ünün de aile içi ve iş ortamındaki rollerinin etkilenmiş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Çalışmamızda da iş sahibi olan primer bakım vericilerin ev hanımlarına göre rol etkileniminin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cannuscio ve arkadaşları (2004) iş durumu, sosyal bağlar ve bakım vericinin mental sağlığı çalışmasında da (n=61.383), bakım vericilerin depresyon belirtilerinde ciddi artış ve sosyal bağlarında zayıflama olduğu belirtilmiştir. Bu durumun bakım verici üzerinde olumsuz etkilenimi, bakım vericiden beklenen rollere ek yük getirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin çoğunluğunun (%78.8) hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi edindiği; edinilen bilgi içeriğinin çoğunlukla (%65.4) hastalığın genel tanımı, hastalığın ne olduğu konusunda olduğu belirlenmiştir. Bilgi edinen bakım vericilerin %17.7'si bilginin yeterli olduğunu ifade ederken, bilginin kısmen yeterli olduğunu düşünen bakım vericiler %30.0 olarak belirlenmiştir. Alınan bilginin yeterliliği durumuna primer bakım vericilerin %52.3'ünün cevapsız bırakması, edinilen bilginin yeterlilik düzeyini yanılttığı düşünülmektedir. Bakım vericilerin çoğunluğu (%58.0) tanı ve hastalığın süreci ile ilgili daha kapsamlı bilgi istediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum primer bakım verici bireylerin, KOAH ile ilgili daha kapsamlı bilgi gereksinimi olduğunu düşündürmektedir. Bakım vericilerin %86.9'u verilecek bilginin sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından verilmesini istediklerini ifade etmişlerdir. (Tablo 4.2.2).

Hastalık süreci, evde bakım verme süreci ile ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olması, bakım verme sürecini ve bakım vermenin pozitif yönlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bu konularda bakım vericiye yeterli bilgi vermesi ya da bakım vericilerin farkındalıklarını ortaya çıkarmakta yardımcı olması gerekliliği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaşları arttıkça, bakım verme yükü puanlarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Bakım vericilerin yaşlarındaki artışla birlikte bakım vermede bakım vericiye yardımcı bireylerin çoğalmasının, primer bakım vericinin bakım yükünü azalttığı düşünülebilir.

Araştırmada bakım yükü puan ortalamaları diğer yakınlarla göre eşlerde anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3). Kara-Kaşıkçı ve Alberto (2007) tarafından yapılan KOAH'lı Türk hastalarda aile desteği, öz-etkililik ve öz-bakım davranışı çalışmasında ($n=200$) aralarında kan bağı olan bakım vericilerin aile değerlerine bağlılığının önemli olduğunu açıklanmış ve hastalarını daha çok benimsedikleri ifade edilmiştir. Ayrıca yaşlı bakım vericilerin bağlılık konusunda daha çok sorumluluk duyduklarını belirtmişlerdir.

Bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması cinsiyet ve medeni durum yönünden incelendiğinde kadın ve bekar olan bakım vericilerde bakım verme yükü puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Toplumda kadından beklenen rollere ek olarak, kronik hastalığı olan bireye bakım verici olma, bakım verici bireyin emosyonel ve fiziksel yönden performansının olumsuz olarak etkilenmesine neden olduğu düşünülebilir. Diğer yandan, eğlence faaliyetlerinde değişim ile rol performansında değişim arasında ilişki olduğu ve rol performansında değişimin de sosyal izolasyonla ilişkili olduğu söylenebilir.

Fried ve ark.'nın (2005) bakım verici-hasta iletişimi ve bakım verici yükünde artış ilişkisini inceledikleri çalışmalarında da ($n=60$) bakım verici yükü ölçeğine göre, bakım vericilerin genel olarak bakım verme yükü ölçek puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hastanın tanısı, fonksiyonel durumu, bakım vericinin yaşı, cinsiyeti ve hastaya yakınlığı

konularından etkilendiğini belirtmişlerdir. Halm ve ark.'nın (2007) koroner arter by-pass cerrahisi sonrası hastaların eşlerinde bakım verme sonuçları ve bakım verici yükünün incelendiği çalışmada da hastaların eşlerinin bakım verme yükü ölçeğine göre puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım verme süresine göre yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin 3., 6. ve 12. aylarda bakım yükü ölçeği puanları incelenmiş ve bakım verme süresi uzadıkça ölçek puanlarının da arttığı ifade edilmiştir.

Bakım sürecinde çocuğu olmayan bakım vericilerin, 2 çocuk olanlara ve 3 ve fazla çocuğu olanlara göre bakım yükü puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Yapılan çalışmada bakım vericilerin çocuklarının yaşları sorulmamakla birlikte bu sonucun daha fazla sayıda çocuk sahibi olan bakım vericilerin çocuklarının bakım vericiye yardımcı kişiler arasında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Okur-yazar olmayanların bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması ile ilkokul mezunu olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının ortaokul ve üstüne göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Bu durumun eğitim durumu ile sosyalleşme yeteneği gelişiminin paralel olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Sosyalleşmenin sınırlı olması, bakım sürecinin planlanması, yürütülmesi ve paylaşımı konularında bakım vericiye kısıtlılık getirebileceği düşünülmektedir.

“Memur” bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamasının işçi ve ev hanımlarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmasına paralel olarak “Emekli Sandığı”na bağlı olanlarda “SSK” ve “Bağ-Kur”lulara göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca Yeşil Kartlı'larda diğer sosyal güvence gruplarına göre bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım vericilerin gelir durumunun bakım verme yüküne etkisi incelendiğinde de geliri giderinden az olan gruplarda bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Geliri giderinden az olan bakım vericilerin hasta bireylerin beslenme, barınma, ısınma gibi ihtiyaçlarını yeterli karşılayamamasının, bakım verme yükünü artırmış olabileceği düşünülmektedir. Maddi refahın yetersiz olması

durumunun, primer bakım verici bireyin psiko-sosyal olarak da etkileyebileceği ve bakım sürecinin de olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir

Bakım vericilerde herhangi bir sağlık sorunu ya da hastalık durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorunu olmayan grupta bakım verme yükü puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Herhangi bir sağlık sorunu olmadığını belirten bireylerin çoğunlukta olmasının istatistiksel dağılımı etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Evde oksijen tedavisi, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi alma durumu ve bakım vericiye yapılan destek yönünden bakım verme yükü puanları incelendiğinde; evde oksijen tedavisine ilişkin bilgi almayanların, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almış olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.5). Evde oksijen tedavisine ilişkin bilgi almayanların bakım verme yükü puanının anlamlı derecede yüksek olması, evde oksijen tedavisi sürecinde karşılaşılabileceği güçlüklerle başetme yöntemlerini geliştirememesi, akut atak yönetimin yapılamaması ve bakımın planlanamamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almış olanların bakım verme yükü puan ortalamasının yüksek olmasının ise, alınan bilginin yeterli olmaması ya da bakım verme sürecine entegre edilememesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KOAH tanısı almış olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

a. Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 67; primer bakım vericilerin ise 54 olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin çoğunluğunun kadın, ev hanımı, ortaokul mezunu ve SSK sağlık güvencesine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

b. Bakım verici bireylerin yarıdan fazlası hastanın eşi; il merkezinde ve aynı evde yaşamaktadır. Bireylerin dörtte üçü gelir durumunu “geliri giderine eşit” olarak belirtmektedir (Tablo 4.1.2) .

c. Araştırma kapsamına alınan KOAH’lı bireylerin hastalık durumuna rağmen dörtte biri sigara kullanımına devam etmektedir (Tablo 4.1.3.).

d. Hasta bireyler yeme-içme, banyo, giyinme, tuvalete girme ve yürüme-gezinme gibi öz bakım aktivitelerini çoğunlukla bağımsız olarak gerçekleştirebilirken; merdiven çıkma, alışveriş yapma, yemek pişirme, evin bakımı gibi aktiviteleri çoğunlukla başka kişi ve araç yardımıyla gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.1.4.).

e. Hastaların ortalama 7 yıldır KOAH tanısı ile izlendiği; çoğunluğunun en az ek bir kronik hastalığı olduğu ve bu ek hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

f. Hastaların tamamına yakınının evde oksijen tedavisi aldığı; ancak bakım vericilerin yarıdan fazlasının oksijen tedavisine ilişkin bilgi almadığı belirlenmiştir. Evde oksijen tedavisine ilişkin yaşanan sorunlar oksijen makinesi kullanımı, oksijen cihazı ve hasta transportu olarak ifade edilmiştir. Bakım vericilerin güçlük yaşadıkları durumlarda baş etme yöntemi olarak “doktoru arama” davranışı içinde oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

g. Bakım vericilerin çoğu aile içindeki rolünün etkilenmediğini ve hastasına en fazla psikolojik/duygusal yönden destek olduğunu ifade etmiştir.

Bakım vericilerin çoğunluğunun kendilerine destek olan 2 ve daha fazla kişi olduğu; bu kişilerin yarısından fazlasının bakım vericinin kızı/oğlu/gelini gibi birinci derece yakını olduğu ve daha çok parasal yardımda buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2.3-4).

h. Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin beşte biri (n=52) hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almadığını belirtirken, aldıkları bilgi içeriğinin çoğunlukla hastalığa ilişkin genel bilgileri kapsadığı belirlenmiştir. Bilgi aldığını belirten bakım vericilerin yarısından fazlası bu bilgileri “yeterli”; geri kalanı ise “kısmen yeterli” olarak değerlendirmiştir. Bakım vericilerin önemli bir kısmı (n=219) daha kapsamlı bilgi almak istedikleri konuları “tanı ve hastalığın süreci ile ilgili” ve “yan etkilerin kontrolü ve akut atak yönetimi” şeklinde sıralamışlardır. Tercih edilen bilgi edinme yöntemini çoğunluğu “sağlık personeli tarafından anlatılması” ve daha az bir kısmı ise “yazılı bilgi şeklinde verilmesi” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.2).

i. Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre puan ortalaması 50.2 ± 8.7 (40 -64) olarak elde edilmiş olup yaş ilerledikçe puan ortalamasının azaldığı ($p < 0.001$; $r = -0.352$) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1 ve 4.3.2).

j. Bakım vericiler arasında kadın, yakınlık derecesi “kızı/gelini/kardeş” olan, ilçe/kasabada ve ayrı evde yaşayan, bekar, çocuğu olmayan, eğitim düzeyi düşük, memur, geliri giderinden düşük olanlarda bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puanların anlamlı derecede yüksek olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Ayrıca herhangi bir sağlık sorunu olmayan, hastalık ve evde oksijen tedavisi hakkında bilgi almayan bakım vericilerde bakım verme yükü puanının yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). (Tablo 4.3.3-5).

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda:

- KOAH'lı hastanın bakım vericilerinin yaşayabilecekleri güçlüklerin farkında olunması,
- Hasta ve bakım verici bireylerin gereksinim duydukları hemşirelik bakımına ulaşmalarının sağlanması,
- Günlük yaşam aktiviteleri kısıtlı, sık akut atak geçiren hastaların bakım vericilerinin güçlük yaşama yönünden risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Primer bakım vericilerin, bakım vericiye yardımcı bireylere göre daha fazla güçlük yaşayabileceklerinin farkında olunması
- Hasta ile ayrı evi paylaşarak bakım verenlerin, aynı ev ortamında bakım verenlere göre daha fazla zorlanabileceklerinin göz önünde bulundurulması,
- Primer bakım vericilerin yaşadıkları güçlükler ile objektif ve subjektif bakım yükünün ölçme araçları kullanılarak somutlaştırılması ve gerekli hemşirelik girişimlerinin yapılması,
- Bakım verme yükü zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla veri toplamaya devam edilmesi,
- Hemşirelerin bakım verenin üstlendiği rol nedeniyle erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile bakım vericiyi tanımlayıcı ve destek faktörlerinin ortaya çıkarıcı ve bakım sürecinin planlanmasına yardımcı olunması,
- KOAH hastasına bakım veren primer bakım vericilere hastalık ve evde oksijen tedavisine ilişkin belirtilen gereksinimler doğrultusunda bilgi verilmesi,
- KOAH gelişiminin sigara içimi ile paralel olmasından dolayı sigara tüketiminin zararları ve bırakma konusunda bilgilendirme yapılması (Basın-yayın, broşür, internet),

- Primer bakım vericilerin hasta ve oksijen makinesi transportunda güçlük yaşamaları sonucuna yönelik olarak oksijen konsantratörü üreten firmaların transportu kolaylaştırıcı özellikler üzerinde tekrar yapılanması için öneride bulunulması,
- Primer bakım vericilerin karşılaştıkları güçlüklerde başvurabilecekleri danışma merkezlerinin oluşturulması önerilebilir.
- Bu çalışmada bakım vericilerin yaşadıkları güçlükler ve gereksinimlerinin neler olduğuna ilişkin cevap oranı düşüktür ve sınırlı veri elde edilmiştir. Bu konuya ilişkin daha kapsamlı ve kalitatif çalışma yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. ACAR, N., (2002), KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
2. AKDEMİR, B., BİROL, L., (2004), Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıkları (KOAH), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, s: 368- 373.
3. AKIN, A., DEMİREL, S., (2003), Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, **25 (4)**:73-82.
4. ALLENDER, J.A. AND SPRADLEY, B.W., (2001), Clients In Home Health, Hospice, and Long-Term Settings”, Community Health Nursing Concepts and Practice, Lippincott, p: 739-753.
5. ALMBERG, B., GRAFSTRÖM, M., KRICHBAUM, K., WINBLAD, B., (2000), The Interplay of Institution and Family Caregiving: Relations Between Patient Hassles, Nursing Home Hassles And Caregivers' Burnout, International Journal of Geriatric Psychiatry, **15 (10)**: 931 – 939.
6. ARCHBOLD, P.G., STEWART, B.J., GREENLICK, M.R., & HARVATH, T., (1990), Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain, Research in Nursing and Health, **13**: 375–384.
7. ARPACI, F., ARLI, M., (2001), Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar, 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, s: 332– 344.
8. ASLAN, O., KAV, S., MERAL, C., TEKİN, F., YEŞİL, H., ÖZTÜRK, U., BULUT, Z., ANABOİFO, A., DOVER, M., YAZAR, B., (2006), Needs of Lay Caregivers of Bone Marrow Transplant Patients in Turkey: A Multicenter Study, Cancer Nursing, **29(6)**: E1-7.
9. AYRES, L., (2000), Narratives of Family Caregiving: The Process of Making Meaning, Research in Nursing & Health, **23(6)**: 24 – 34.

10. BABAOĞLU, E (2001) Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri”, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
11. BACHNER, Y.G., O'ROURKE, N., (2007), Reliability Generalization of Responses by Care Providers to The Zarit Burden Interview, Aging Ment Health, **11(6)**: 678-85.
12. BEAUDREAU, S. A., SPIRA, A.P, GRAY, H. L., DEPP, C. A., LONG, J., ROTHKOPF, M., GALLAGHER-THOMPSON, D., (2008), The Relationship Between Objectively Measured Sleep Disturbance and Dementia Family Caregiver Distress and Burden, Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology / **21(3)**: 159-165
13. BECZE, E., (2008), Put Evidence Into Practice to Manage Caregiver Strain and Burden, ONS Connect, November: 18-19.
14. BELASCO, A., SESSO, R., (2002), Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients, American Journal of Kidney Diseases, **39 (4)**: 805-812.
15. BİLGİLİ, N., (2000), Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
16. BOOKER, R., (2007), Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Part 2: Management, Nursing Times, **103 (18)**: 20-29.
17. BUIST, S. A., (2008), Executive Summary: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, www.goldcopd.org/Guidelineitem, Erişim Tarihi: 30.10.2008.
18. CAIN, C., WICKS, M., (2007), Caregiver Attributes as Correlates of Burden in Family Caregivers Coping With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Journal of Family Nursing, **20;6(1)**: 46-66.

19. CANNUSCIO, C. C., COLDIT, G.A., RIMM, E.B., BERKMAN, L.F., CAMARA, P.C., JONES, P., KAWACHI, I., (2004), Employment Status, Social Ties, And Caregivers' Mental Health, *Social Science & Medicine*, **58 (7)**: 1247-1256.
20. CAZZOLA, M., MACNEE, W., MARTINEZ, F.J., RABE, K.F., FRANCIOSI, L.G., BARNES, P.J., BRUSASCO, V., BURGE, P.S., CALVERLEY, P.M.A., (2008), KOAH Farmakolojik Çalışmalarının Sonuçları: Solunum Fonksiyonlarından Biyobelirteçlere, ATS/ERS Görüş Birliği Raporu, *European Respiratory Journal Türkçe Baskı*, **3(1)**: 87-136.
21. CELI, B.R., BARNES, P.J. (2007), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Alevlenmeleri, *European Respiratory Journal Türkçe Baskı*, **2(2)**: 158- 172.
22. COLELLO, K.J., (2007), Family Caregiving to the Older Population: Background, Federal Programs, and Issues for Congress, Key Workplace Documents Federal Publications, Cornell University ILR School, p: 1-32.
23. CURTIS, R., ENGELBERG, R., (2005), Communication About Palliative Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Journal of Palliative Care*, **21 (3)**:157-164.
24. DİLEKÖZ, A.Y., (2003), Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
25. EFFING, T. W., MONNINKHOF, E. M., VAN DER VALK, PDLPM., ZIELHUIS, G. A., VAN HERWAARDEN, CLA., PARTRIDGE, M. R., WALTERS, E. H., VAN DER PALEN, J., (2007), Self-Management Education for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2.
26. ER, M., (2001), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Göğüs Hastalıkları, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, Cilt: 2, s: 663-689.
27. ERDEM, M., (2005), Yaşlıya Bakım Verme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **8(3)**: 101–106.

28. ERDEMİR, F., (2005), Bakım Verici Rolünde Zorlanma, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevi, s: 39-44.
29. FRIED, T., BRADLEY, E., (2005), Unmet Desire for Caregiver-Patient Communication and Increased Caregiver Burden, Journal of American Geriatrics Society, **53**: 59-65.
30. FEINBERG, L. F., (2008), Caregiver Assessment: Understanding the issues. American Journal of Nursing, **108 (9)**: 38-39, <http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers>, Erişim Tarihi:8.11.2008.
31. GIVEN, B., SHERWOOD, P. R., GIVEN, C. W., (2008), What Knowledge and Skills Do Caregivers Need?, American Journal of Nursing, **108 (9 Suppl)**: 28-34. <http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers> Erişim Tarihi: 8.11.2008.
32. GIVEN, B. A., GIVEN, C. W., KOZACHIK, S., (2001), Family Support in Advanced Cancer, CA Cancer J Clin, **51(4)**: 213-31.
33. GIVEN, B., WYATT, G., GIVEN, c., SHERWOOD, P., GIFT, A., DeVOSS, D., RAHBAR, M., (2004), Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Cancer at the End of Life, Oncology Nursing Forum , **31 (6)**: 1105-1117.
34. GÖKTALAY, T., AKIN, M., AYDEMİR, Ö., (2001), Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi, VI. Uludağ Onkoloji Sempozyumu, Solunum Hastalıkları, **3 (1)**: 265-270.
35. GÖKOĞLU, F., BİLGİN, G., OKUMUŞ, M., VURAL, A., YORGANCIOĞLU, Z., PALULU, N., (2006), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Ayaktan Takip Edilen Hastaların Pulmoner Rehabilitasyon Sonrası Kısa Dönem Sonuçları, Toraks Dergisi, **7(3)**: 173-177.
36. HALM, M., TREAT-JACOBSON, D., LINDQUIST, R., SAVIK, K., (2007), Caregiver Burden and Outcomes of Caregiving of Spouses of Patients Who Undergo Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Heart Lung, **36**: 170-187.

37. HALPIN, D., MIRAVITLLES, M., (2006), Chronic Obstructive Pulmonary Disease The Disease and Its Burden to Society, Proceedings of The American Thoracic Society, **3**: 619-623.
38. HAVLUCU, Y., ÇELİK, P., DİNÇ, G., ŞAKAR, A., YORGANCIOĞLU, A., (2005), Assessment of Quality of Life in COPD, Turkish Respiratuar Journal, **6(2)**: 78-83.
39. HIGGINSON, I.,J., GAO, W., (2008), Caregiver Assessment of Patients With Advanced Cancer: Concordance With Patients, Effect of Burden and Positivity, Health Qual Life Outcomes, **2(6)**: 42.
40. HONEA, N., BRINTNAL, R., GIVEN, B., COLAO, D., (2008), Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden, Clinical Journal of Oncology Nursing, **12 (3)**: 507-516.
41. İNCİ, F., (2006), Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli.
42. JEFFERY, P.K., (1999), Inflammation in Chronic Obstructive Lung Disease, American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, **106**, p: 3-4.
43. JONSDOTTIR, H., (2008), Nursing Care in The Chronic Phase of COPD: A Call for Innovative Disciplinary Research, Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing **17, 7b**: 272–290.
44. KANERVISTO, M., PAAVILAINEN, E., (2007), Family Dynamics in Families Of Severe COPD Patients, Journal of Clinical Nursing, **16**: 1498-1505.
45. KARA, M., (2005), Preparing Nurses for the Global Pandemic of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Journal of Nursing Scholarship, **37(2)**: 127-133.
46. KARA-KAŞIKCI, M., ALBERTO, J., (2007), Family Support, Perceived Self-Efficacy And Self-Care Behavior Of Turkish Patients With Chronic

- Obstructive Pulmonary Disease, Journal of Clinical Nursing, **23**: 1498-1505
47. KARAHAN, A., GÜVEN, S., (2002), Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics, **5(4)**: 155-159.
 48. KASUYA, R. T., POLGAR-BAILEY, P., (2000), Caregiver Burden And Burnout A Guide For Primary Care Physicians, Postgraduate Medicine, **108 (7)**: 119-123.
 49. KNITTWEIS, J., (2002), How Caregiver Stress Is Measured Negative Effects of Caregiving Stress Specific Health Effects of Caregiving Stress, Alzheimer Solutions, www.alzheimersolutions.caregivingstressmeasured/ Erişim 26.08.2008
 50. KOCABAŞ, A., (2004), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Epidemiyoloji ve Doğal Gelişimi Derleme, Türk Toraks Derneği Yayınları, s: 1-13
 51. KOÇYİĞİT, E., (2007), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisi, Nobel Medicus, **3 (1)**: 4-11.
 52. KURTAR, N., UÇAN, E.S., ŞAHBAZ, S., ELLİDOKUZ, H., ÇIMRIN, A., KURTAR, E., (2007), Uzun Süreli Oksijen Tedavisinin Etkinliği ve Hasta Uyumu, Toraks Dergisi, **8(3)**: 163-169.
 53. McMILLAN, S.C., SMALL, B.J., WEITZNER, M., SCHONWETTER, R., TITTLE, M., MOODY, L., (2006), Impact of Coping Skills İntervention With Family Caregivers of Hospice Patients With Cancer: A Randomized Clinical Trial. Cancer, **106**: 214–222.
 54. MONTGOMERY, R., KWAK, J., (2008), TCARE: Tailored Caregiver Assessment and Referral: An evidence-Based Model to Target Services for Caregivers, American Journal of Nursing, **108 (9 Suppl)**: 54-57. <http://www.nursingcenter.com/ajncaregivers> Erişim Tarihi: 8.11.2008.
 55. O'BRIEN, J., (2000), Caring for Caregivers, American Family Physician, **62**: 2584-5.

56. ÖZKAN,S., DURNAZ, Z., DEMİR, T., GEMİCİOĞLU, B., (2007), KOAH Ve Astım Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Solunum Dergisi, **9 (3)**: 158- 66.
57. PARKS, S.M., NOVIELLI, K.D., (2000), A Practical Guide to Caring for Caregivers, American Family Physician, **62**: 2613-22.
58. PAUWELS, R.A., RABE, K.F., (2004), Burden and Clinical Features of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), The Lancet, **64**; 613-620.
59. PINTO, R., MARCELO, H., MEDEIROS, M., MOTA, R., PEREIRA, E. (2007), Assessment of The Burden of Caregiving For Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Respiratory Medicine, **101(11)**: 2402-8.
60. ROBINSON, A., COURNEY-PROTT, H., (2007), Transforming Clinical Practice Amongst Community Nurses: Monitoring For COPD Patient Self Management, Journal of Clinical Nursing, **17 (11c)**: 370 – 379.
61. SAUNDERS, M.M., (2008), Factors Associated With Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers, West J Nurs Res., Jul 8. [Epub ahead of print].
62. SCHULZ, R., SHERWOOD, P.R., (2008), Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving, American Journal of Nursing, **108 (9 Suppl)**: 23-27. <http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers> Erişim Tarihi: 8.11.2008.
63. SEAMARK, D.A., BLAKE, S.D., SEAMARK, C.J., HALPIN, D.M., (2004), Living With Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Perception of Patients and Their Carers, Palliative Medicine; **18**: 619-625.
64. SCHUMACHER, K.L., STEWART, B.L., ARCHBOLD, P.G., CAPARRO, M., MUTALE, F., AGRAWAL, S., (2008), Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment, Oncol Nurs Forum, **35(1)**: 49-56.

65. SHERWOOD, P.R., GIVEN, C.W., GIVEN, B.A., & VON EYE, A. (2005), Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients, *Journal of Aging and Health*, **17(2)**: 125–147.
66. SORENSEN, S., PİNQUART, M., DUBERSTEIN, P. (2002), How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis, *Gerontologist*, **42**: 356–372.
67. STOLTZ, P., UDÉN, G., WILLMAN, A., (2004), Support For Family Carers Who Care For An Elderly Person At Home - A Systematic Literature Review, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18 (2)**: 111-119.
68. ŞAHBAZ., S., KILINÇ, O., GÜNAY, T., CEYLAN, E., (2007), Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri, *Toraks Dergisi*, **8 (2)**:110-114.
69. TATLICIOĞLU, T., (2007), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Geleceği, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **55 (3)**: 303-318.
70. TATLICIOĞLU, T., (2008), Küresel Bir Salgın Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), *TÜSAD KOAH Bülteni*, **1**: 1-3.
71. TEL, H., AKDEMİR, N., (1998), KOAH'lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Başetme Durumlarına Etkisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2 (2)**: 44-52.
72. THE WORLD HEALTH REPORT 1998 (1998), “Life in the 21st century” A vision for all Report of the Director-General World Health Organization Geneva, www.who.com. Erişim Tarihi: 17.05.2008
73. TOSELAND, R.W., SMITH, G., McCALLION, P., (2001), Family Caregivers of The Frail Elderly”, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press, Second Edition, p: 548

74. TOSELAND, R. W., CHAPMAN, D. G., (2007), Effectiveness Of Advanced Illness Care Teams For Nursing Home Residents With Dementia, Social Work, 10; **52 (4)**: 321-9.
75. TÜRK, D., (2004), KOAH'lı Hastaların Sık Hastaneye Yatma Durumlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
76. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK), Türk Aile Yapısı Araştırması 2006. www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 30.07.2008.
77. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK), Türkiye Yoksulluk Çalışması, 2005. www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 30.07.2008.
78. TRAVIS, S., MCAULEY, W., DMOCHOWSKI, J., (2006), Factors Associated With Medication Hassles Experienced By Family Caregivers Of Older Adults, Patient Education and Counselling, **66 (1)**: 51-7.
79. T C Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, (2005).
80. UMUT, S., (2008), Kronik Obstruktif Akciğer Hastalıda Atak, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No: **61**: 117-128.
81. VEDHARA, K., SHANKS, N., ANDERSON, (2000), The Role of Stressors and Psychosocial Variables In The Stress Process: A Study of Chronic Caregiver Stress, Psychosomatic Medicine, **62**: 374-385.
82. VIEGI, G., PISTELLI, F., SHERRIL, D., MAIO, S., BALDACCI, S., CARROZZI, L., (2007), KOAH'ın Tanımı, Epidemiyolojisi ve Doğal Seyri, European Respiratory Journal, **3 (1)**: 5-26
83. YÜCEL, H., (2004), KOAH Akut Atakta Chlamydia Pneumoniae ve Mycoplasma Pneumoniae İnfeksiyonunun Yeri, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
84. ZARIT, S.H., ZARIT, J.M., (1990), The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview", University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.

85. <https://ons.org/outcomes/measures/pdf/CaregiverStrain-SUMMARY.pdf>,
Erişim Tarihi: 14.05.2007
86. www.emedicine.com/med/2004, Erişim Tarihi: 26.06.2008.
87. www.who.int/respiratory/copd/en/index.html, Erişim: 26.06.2008.
88. www.toraks.org.tr/egitim_seri/pdf/07_KOAH_hekim_brosur_son.pdf, Erişim
Tarihi: 21.09.2008.
89. <http://tdk.org.tr/tdksozluk/sozbul>, Türk Dil Kurumu Web Sayfası, Erişim
Tarihi: 12.05.2008.
90. <http://www.merriam-webster.com/dictionary>, Erişim Tarihi: 24.06.2008

EK- I.

GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Araştırmanın konusu	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Araştırmanın amacı	: KOAH tanısı almış olan bireylerin primer aile içi bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.
Araştırmaya katılma süresi	: 30 dakika
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı	: 200

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım gereksinimleri önemli ölçüde siz aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. KOAH'lı bireyler hastalık süreci ilerledikçe yorgunluk, nefes darlığı ve iştahsızlık gibi yakınmalarında artma belirtmekte ve sizlere olan bağımlılıkları artmaktadır. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal sıkıntılar, aile bireylerinde zaman zaman güçlük yaratabilmektedir. Bu çalışmayı hastanıza bakım vermede yaşadığınız güçlükleri ve gereksinimlerinizi belirlemek amacıyla yapıyoruz. Sizlerin yaşadığı sorunlar ve güçlüklerinizin neler olduğunu öğrenmek size nasıl yardımcı olabileceğimizi anlamada ve daha iyi bakım vermede yardımcı olacaktır.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Bilgi verebilecek kişi:	<i>İmza</i>
VELİ , VASİ VEYA VEKİL	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Yakınlığı:	<i>İmza</i>
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)

EK- II.
HASTA BİREY İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

- 1.Anket no:..... Tıbbi Kayıt No:
- 2.Yaşı:
- 3.Cinsiyeti: Kadın Erkek
- 4.Medeni Durumu: Evli Bekar Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor
5. Çocuk sayısı? (varsa).....
6. Eğitim durumu:
() Okur-yazar değil () Okur Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Üniversite () Diğer:.....
7. Mesleği:
8. İş durumu:
() Emekli () Tam gün () Yarım gün () Diğer:.....
9. Sosyal güvencesi:
() Yeşil Kart ()SSK () Bağ-kur () Emekli Sandığı () Diğer.....
10. Alışkanlıkları

Alışkanlıklarınız	Kullanma Durumu		Halen kullanıyor musunuz	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara				
Alkol				
Diğer (açıklayınız)				

11. Ek bir sağlık sorunu/hastalığı var mı?
 Evet (Varsa lütfen belirtin).....
 Hayır
12. Kullandığı diğer ilaçlar
13. Öz-bakım yeteneği:
(0= Bağımsız 1= Yardımcı araçlarla 2= Başkalarının yardımı ile 3= Başka kişinin ve araçların yardımı ile 4= Tamamen bağımlı)

	0	1	2	3	4
Yeme/içme					
Banyo-yıkanma					
Giyinme/çeki düzen					
Tuvalete girme					
Yürüme-gezinme					
Merdiven çıkma					
Alış veriş yapma					
Yemek pişirme					
Evin bakımı					

EK-III.

BAKIM VERİCİ BİREY İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Anket No: Tarih:...../...../.....
2. Yaşınız:
3. Yakınlık derecesi:.....
4. Yaşadığınız Yer: İl İlçe Kasaba Köy
5. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz? Evet Hayır
6. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
7. Birlikte yaşadığınız kişiler: () Yalnız () Çocuklarıyla () Eşiyle
8. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor
9. Çocuk sayınız? (varsa).....
10. Eğitim durumunuz:
() Okur-yazar değil () Okur Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Üniversite () Diğer:.....
11. Mesleğiniz:
12. İş durumunuz: () Emekli () Tam gün () Yarım gün () Diğer:.....
13. Sosyal güvencesi: () Yeşil Kart () SSK () Bağ-kur () Emekli Sandığı
() Diğer.....
14. Alışkanlıklarınız

Alışkanlıklarınız	Kullanma Durumu		Halen kullanıyor musunuz	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara				
Alkol				
Diğer (açıklayınız)				

15. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı? Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız
 Evet:
 Hayır

16. Gelir düzeyiniz
Gelir giderden düşük ()
Gelir ve Gider eşit ()
Geliri giderden yüksek ()

17. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğü var mı? Varsa lütfen açıklayınız
 Evet:
 Hayır

18. Hastanıza ne zaman tanı konuldu?.....

19. Hastanıza yapılan/uygulanan tedaviler nelerdir?

20. Hastanız evde oksijen tedavisi alıyor mu? (Cevabınız Hayır ise 26. soruya geçebilirsiniz)

- Evet
 Hayır

21. Oksijen tedavisi için eğitim aldınız mı? (Cevabınız Evet ise eğitim içeriğini lütfen açıklayınız)

- Evet
 Hayır

22. Eğitimi kimden aldınız?.....

23. Oksijen tedavisi süresinde hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz? (Lütfen yazılı bir şekilde belirtiniz.)

24. Oksijen tedavisi süresince karşılaştığınız zorluklar karşısında neler yapabiliyorsunuz?

25. Oksijen tedavisi süreci için önerileriniz var mı? (Varsa lütfen belirtiniz)

26. Öz-bakım yeteneği: (0= Bağımsız 1= Yardımcı araçlarla 2= Başkalarının yardımı ile 3= Başka kişinin ve araçların yardımı ile 4= Tamamen bağımlı)

	0	1	2	3	4
Yeme/İçme					
Banyo-yıkanma					
Giyinme/çeki düzen					
Tuvalete girme					
Yürüme-gezinme					
Merdiven çıkma					
Alış veriş yapma					
Yemek pişirme					
Evin bakımı					

27. Hastanız size, gün içerisinde en çok hangi zaman aralığında ihtiyaç duyuyor?

- Gece.....
Gündüz.....
Öğlen.....

28. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

29. Cevabınız evet ise bu konuda kimden bilgi aldınız ?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Doktor Başka bir hasta
 Hemşire Kitap/internet
 Diğer (Açıklayınız):.....

30. Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):
- Hastalıkla ilgili
 - Tedavinin ne olduğu
 - Tedavinin yan etkileri
 - Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım
 - Yapılacak tetkikler ve kontroller
 - Diğer (lütfen açıklayınız):.....
31. Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz?
- Evet Hayır
32. Başka hangi konularda bilgi verilmesini isterdiniz?
- Hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili
 - Tedavi seçenekleri ile ilgili
 - Akut atak yönetimi
 - Diğer:.....
33. Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):
- Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim,
 - Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim
 - Görerek/yaparak öğrenmek isterim
 - Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim
34. Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?
- Psikolojik/duygusal destek
 - Fiziksel bakımda yardım
 - Parasal yardım
 - Diğer.....
35. Aile içi ortamdaki rolünüzü açıklayınız?
36. Hastanıza sağladığınız bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz olumsuz etkilendi mi?
- Evet
- Hayır
37. Hastanızın bakımında size yardımcı/ alternatif bireyler var mı?(Cevabınız Hayır ise lütfen 40. soruya geçiniz)
- Evet Hayır
38. Cevabınız 'evet' ise yardımcı olan kişilerin sayısını ve yakınlık derecesini yazınız.
- Kişi sayısı :.....
- Yakınlık derecesi :.....
39. Hastanızın bakımında yardımcı olan bu kişilerin size hangi konularda yardımcı olduğunu açıklayınız.
- Parasal yardım
 - Fiziksel bakımda yardım
 - Ulaşım/transport hizmeti
 - Diğer.....
 - Randevular
 - Ev temizliği
 - Yemek
40. Hastanıza bakım verirken karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

EK-IV. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4) Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Oldukça sık (4)Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

(0) Hiç (1) Biraz (2) Orta (3) Oldukça (4) Aşırı

EK V. KURUM ONAYLARI

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
05/12/2007	07/177	KA07/188

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde görev yapmakta olan Filiz Yaşar. tarafından yürütülecek olan KA07/188 no'lu ve "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

• Prof. Dr. İ. Haldun MÜDERRİSOĞLU
Başkan

• Prof. Dr. A. Eftal YÜCEL

• Prof. Dr. Feride Şahin

• Doç. Dr. Banu Bilezikçi

• Doç. Dr. Sercan AKPINAR

• Doç. Dr. Derya ALDEMİR

• Yrd. Doç. Cevahir HABERAL

• Yrd. Doç. Dr. Hale TUFAN

• Yrd. Doç. Dr. Erhan BÜKEN

• Ecz. Münire TURAN



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI ve GÖĞÜS CERRAHİSİ
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Karar No : 136
Karar Tarihi : 23.01.2008

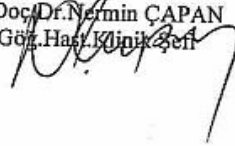
YEREL ETİK KURUL KARARI

Md1/ “ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri , Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” konulu tez çalışmasının Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Filiz YAŞAR tarafından yürütülmesine karar verilmiştir.

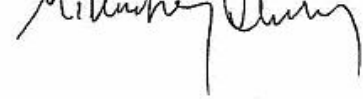
Doç.Dr.Yurdanur ERDOĞAN
Göğ.Hast.ve Tbc Klinik Şefi



Doç.Dr.Nermin ÇAPAN
Göğ.Hast.Klinik Şefi



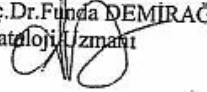
Uzm.Dr.Mihriban ÖĞRETSOY
Göğ.Hast.ve Tbc Klinik Şefi



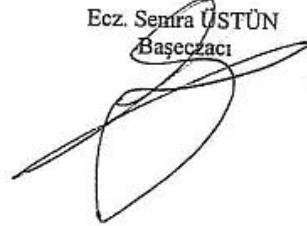
Uzm.Dr. Özgül KAPLAN
Biyokimya Uzmanı



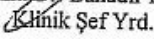
Doç.Dr.Funda DEMİRAĞ
Patoloji Uzmanı



Ecz. Semra ÜSTÜN
Başeczacı



Uzm.Dr. Bahadır BERKTAŞ
Klinik Şef Yrd.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ
.....Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.....

Kısm :
Dosya No..... Sayı : 2464 / 4166
Konu :
.....


28 Ankara 07
...../...../20.....

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına

İlgi : 26.12.2007 tarih ve 1-10.y./2904- 27092 sayılı yazınız;

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Filiz Yaşar'ın 01.01.2008-01.04.2008 tarihleri arasında, pazartesi ve Perşembe günleri KOAH izlem polikliniği ve klinikte yatan uygun hastalarımızla görüşmesinde sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Öya Kayacan
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı