

PAPER DETAILS

TITLE: SOLUNUM SISTEMI HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN EVDE BAKIM GEREKSİNİMİ VE
YASAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

AUTHORS: Tugba AKSU,Çiçek FADİLOĞLU

PAGES: 1-12

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825271>

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN EVDE BAKIM GEREKSİNİMİ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

THE EXAMINATION QUALITY OF LIFE AND NEEDS TOWARDS HOME CARE OF PATIENTS WITH RESPIRATORY SYSTEM DISEASE

Araş.Gör. Tuğba AKSU*

Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, solunum sistemi hastalığı olan bireylerin evde bakım gereksinimlerini, yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 25 Mayıs - 27 Haziran 2010 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde tedavi gören 490 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, sosyodemografik soru formu ile yaşam kalitesini inceleyen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama dağılımları, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 50.94 ± 13.39 , hastalık süresi ortalamasının ise 8.91 ± 7.12 olduğu ve %50.20'sinin Kronik Obstrüktif Akciğer hastası olduğu, %60.82'sinin sigara içtiği saptanmıştır. Hastaların % 81.6'sının evde bakıma gereksinim duyduğu, bunlarında %81.5'inin ev işleri, yemek, temizlik gibi konularda evde bakıma gereksinim duyduğu, %87.5'ine ailesi tarafından evde bakım verildiği, %62.5'inin evde bakımdan memnun olmadığı, %40.8'inin evde bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini ifade ettikleri ve en çok nefes darlığı, öksürük, balgam yakınmaları konusunda evde bakıma gereksinim duydukları saptanmıştır. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği en düşük puan ortalamaları fiziksel ve duygusal rol güçlüğü alt gruplarından alınmıştır. Halsizlik, balgam ve hemoptizi semptomları olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol alt grubu yaşam kalitesi puanı daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Hastaların büyük çoğunluğunun evde bakım gereksinimi olduğu ve aileleri tarafından verilen evde bakımdan memnun olmadığı saptanmıştır. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin bakımının istenilen düzeyde sağlanabilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için hemşirelerin hastaların ve aile bireylerinin yaşadıkları sorunların farkında olması ve bu sorunlara yönelik bireyleri evde desteklemesi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: evde bakım, solunum sistemi hastalığı, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Objective: This study descriptive was conducted to investigate quality of life, factors that effect quality of life and needs on home care of patients with respiratory system disease.

Method: The sample of the study consisted of 490 patients treated in respiratory diseases of Dokuz Eylül University Hospital between 25 May - 27 June 2010. The data was collected with a question form for sociodemographic data and Short form 36 to measure the patients' quality of life.. Numerical, frequencies, t test and variance test were used for analysis.

Results: The average age of 50.94 ± 13.39 of the patients, while the average disease duration was 8.91 ± 7.12 and 50.20% percent in chronic obstructive pulmonary disease patients, 60.82% percent were smokers. It was found that patients of 81.6% were receiving home care needs, 81.5% scroll household chores, cooking, cleaning needed on issues such as home care, 87.5% of home care given by family, 62.5% are not satisfied with the care at home, 40.8% Scroll of home care should be given by a nurse, and most expressed their shortness of breath, cough, sputum in the home care. The lowest mean scores of quality of life scale were physical and emotional role difficulties sub-groups. Ones who had fatigue, sputum, and hemoptysis symptoms were lower physical function, role physical and emotional quality of life score

Conclusion: The majority of patients in need of home care and were not satisfied with the home care provided by their families. It is very important that nurses are aware of the patients and their family relatives problems and support towards these problems at home to achieve the desired level of care for individuals with respiratory disease and improve the quality of life.

Key words: Home care, respiratory system disease, quality of life

GİRİŞ

Kronik solunum sistemi hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık, yetersizlik ve ölüme neden olan önemli hastalıklardır. Akciğer fonksiyonlarındaki kayıpların artması, dispne, öksürük ve balgam gibi solunum sistemi hastalıklarında görülen ortak semptomların; bireyi tıbbi yardım arayışına zorlayacak aşamaya getirmesi uzun bir süreç içinde gelişmektedir (Akbay ve ark. 2001).

Son dönemlerde yoğun olarak tartışılan evde bakım hizmetleri, kronik hastalığı olan bireylerin bakım sorununa en uygun çözüm olarak düşünülmektedir. Evde bakımda birey bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirilmeli ve bu konulara yönelik uygulamalar sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetleri bakım veren bireyin ve ailenin motivasyonunu sağlar ve aileyi güçlendirir. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin bakımının istenilen düzeyde sağlanabilmesi için hemşirelerin hasta birey ve ailelerinin yaşadıkları sorunların farkında olması ve bu sorunlara yönelik desteklenmeleri çok önemlidir. Hasta bireyin bakımını sağlayan aile bireylerinin yaşadıkları sorunların ve evde bakımın geliştirilmesine ilişkin düşünceleri belirlenerek bu doğrultuda gerekli önlemler alınarak yaşam kalitelerinin artırılması sağlanabilir (Gudmundsson ve ark. 2005, Ünsar ve ark. 2007). Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım; fiziksel aktivite, eğitim, beslenme, psikososyal destek ve tıbbi girişimleri

içeren; yetersizlikleri azaltmayı ve hasta katılımını arttırmayı amaçlayan multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir (Ferrer ve ark. 1997).

Solunum sistemi hastalıklarında evde bakımın amacı; hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak, tekrarlayan akut atakları önlemek ve/veya tedavi etmek, uzun süreli olarak solunum fonksiyonlarını korumak ve fonksiyonlardaki düşüşü engellemek, egzersiz kapasitesini arttırmak, komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmektir (Falter ve ark. 2003).

Evde bakım gereksinimi olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), akciğer fibrozisi, kifoskolyoz, bronşektazi, kistik fibrozis, kas hastalıkları, astım gibi solunum sistemi hastalıkları kronik progresif hastalıklardır. Sürekli farmakolojik tedavinin yanı sıra, bu hastalara sürekli oksijen tedavisi, ventilatör desteği ve pulmoner rehabilitasyonun değişik bileşenlerinin uygulanması gerekmektedir. Hastalara multidisipliner tedavi ve bakım yaklaşımlarının ev ortamında gerektiği gibi yürütülmesi önem taşımaktadır (Osman ve ark. 1997, Brown ve ark. 2003).

Hasta ve sağlık bakım ekibi, düzenli tedavi ve bakımı sürdüremedikleri durumlarda; hastalık semptomları şiddetlenmekte, yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlar ve önemli fonksiyonel kayıplarla hastalık solunum ya da kalp yetmezliğine doğru ilerlemekte ve hastanın bağımlılık düzeyi artmaktadır. Hastalık tablosunun bu şekilde şiddetlenmesine ve ilerlemesine neden olan en önemli komplikasyon sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarıdır (Lopez ve ark. 2006, Aksu ve Fadiloğlu 2010). Çoğunlukla önlenemez özellikte olan bu komplikasyonların, kontrol altına alınamaması nedeniyle hastalar tekrarlı olarak hastaneye yatmakta, iş gücü ve ekonomik kayıplar yaşanmaktadır. Tekrarlı olarak hastaneye yatan hastalar; sağlığını, bağımsızlığını ve yaşamı üzerinde kontrol gücünü kaybetme duygusunu yoğun olarak yaşamakta ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Bu komplikasyonlarının azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde evde bakım hizmetleri çok etkin bir rol oynamaktadır (Higuchi ve ark. 2002, Mahler 2010).

Yaşam kalitesi kavramı aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (Salvany ve ark. 2002).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQOL) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerinin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Andresen ve Allan 2000, Aksu ve Fadiloğlu 2010).

Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilmektedir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebileceğinden, ayrıca hemşirelik bakımına ve

gereksinimlerine yönelik fikir oluşturabileceğinden son derece önemlidir (Ertem ve ark. 2009). Bunlardan yola çıkılarak planlanan bu araştırmanın amacı solunum sistemi hastalığı olan hastaların evde bakım gereksinimlerini, yaşam kalitelerini ve bunları etkileyen faktörleri saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, 25 Mayıs - 27 Haziran 2010 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine başvuran ayakta ve yatarak tedavi gören 520 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, görme-işitme özürlü olmayan, en az 6 aydır Astım, KOAH ya da Bronşektazi tanısı almış olan, başka bir kronik hastalığı olmayan 490 hasta ile tamamlanmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından 25 Mayıs - 27 Haziran 2010 tarihleri arasında Hastane Başhekimliğinden, Anabilim Dalı Başkanlığı ve Hemşirelik Hizmetleri etik kurulundan izin alındıktan sonra toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın amacı hastalara açıklanarak kendilerinden sözlü izin alınmıştır. Araştırmada veriler, sosyo demografik ve hastalıklarına ilişkin soruların bulunduğu sosyodemografik veri toplama formu, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü değerlendirmesinde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği olmak üzere iki form kullanılarak, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanmış sosyodemografik veri toplama formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik verileri içeren 13 soru ve hastalığı ile ilgili değişkenleri ve evde bakım gereksinimlerini tanımlama ilişkin 12 soru olmak üzere toplam 25 soru içermektedir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Araştırmada kullanılan olan Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastaların yaşamlarının fiziksel, sosyo-ekonomik, psikolojik yönlerinde kendilerini değerlendirmeleri sağlamaktadır. Ölçek klinik araştırmalarda ve tedavide sağlık durumunu değerlendirmek ve medikal tedavinin sonuçlarını belirlemek amacıyla giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Birçok dile çevrilmiştir. Soruların yanıtlanması 10 dakikadan daha az bir süre almaktadır. "Medical Outcomes Study"den geliştirilen daha uzun sorgulamalardan alınan 36 maddeyi temel alan, sekiz skala ve iki özet skoru (özel fiziksel ve mental öğeler) içerir. Her maddeye verilen cevap sıfırdan (negatif, kötü sağlık) 100'e (pozitif, iyi sağlık) kadar puanlanır. Yüksek puanlar daha iyi sağlık durumunu ifade eder. SF-36 skalasından beşi (fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol güçlüğü) kısıtlılık veya yetersizliğin olup, olmadığını sağlık durumlarını tanımlar. Bunlar için 100'lük bir skor, yetersizliğin veya kısıtlılığın olmadığını gösterir. Diğer üç skala (genel sağlık, vitalite ve mental sağlık) bipolarıdır, negatif (kötü) ve pozitif (iyi) sağlık durumlarını ölçerek değerlendirir. Bunlar için 50-100 arası puanlar iyi sağlık durumunu gösterirken 50'lik (orta derecede) bir skor sınırlılığın veya yetersizliğin olmadığını gösterir.

Sorgulamanın belgelenen geçerliliği ve güvenilirliği vardır. SF 36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili çalışma, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Crockett ve ark. 1996, Koçyiğit ve ark. 1999, Juniper ve ark. 2001, Sarpkaya ve ark. 2005). Ölçeğin kullanımı için elektronik posta ile izin alınmıştır.

SF 36 alt grup parametreleri:

- Fiziksel fonksiyon: Gün boyunca yapılan etkinlikler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek vs.) araştırılır. (10 madde)

- Fonksiyonel fiziksel rol güçlüğü: Kişinin bedensel sağlığının sonucu olarak, iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşp karşılaşmadığı (iş veya diğer etkinlikler için harcanılan zamanın süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi vs.) araştırılır. (4 madde)

- Ağrı: Miktarı, kişinin işini engelleyip engellemediği vs. araştırılır. (2 madde)

- Genel sağlık: Kişinin genel sağlığı açısından düşüncesi, diğer insanlarla kendini kıyaslama vs. araştırılır. (5 madde)

- Enerji (vitalite): Kişinin kendini yaşam dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissedip hissetmeme durumları araştırılır. (5 madde)

- Sosyal fonksiyon: Kişinin bedensel sağlığı, duygusal sorunları, çevre ile ilişkisini ne kadar etkilediği araştırılır. (2 madde)

- Ruhsal durum rolü (emosyonel rol güçlüğü): Kişinin duygusal sorunları (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer etkinliklerine etkisi araştırılır. (3 madde)

- Zihin sağlığı (mental sağlık): Kişinin sinirli, üzgün veya sakin ve uyumluluk durumu, kederli, hüznü veya mutlu vs. durumları araştırılır. (5 madde)

Ölçek son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı), dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Brazier ve ark. 1992).

SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0.4712-0.7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0.8353-0.8445 arasında, emosyonel rol kısıtlaması'nda 0.6539-0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlaması'nda 0.6883-0.9034 arasında, ağrıda 0.7887-0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, vitalite (enerji)'de 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.5690-0.7812 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark. 1999).

Veriler SPSS 16 programında değerlendirilmiş, verilerin dökümü yüzdeler, ortalama, standart sapma, analizleri ise "t" testi ve varyans analizi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan 490 hastanın yaş ortalamasının 50.94 ± 13.39 , boy ortalamasının 162.45 ± 6.15 , kilo ortalamasının 74.10 ± 11.68 , beden kitle indeksi ortalamasının 27.17 ± 3.93 ve hastalık süresi ortalamasının ise 8.91 ± 7.12 olduğu belirlenmiştir

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n:490)

Özellikleri	SAYI	%
Cinsiyet		
Erkek	300	61.2
Kadın	190	38.8
Medeni durum		
Evli	290	59.2
Bekar	150	30.6
Boşanmış	50	10.2
Eğitim durumu		
İlk öğretim mezunu	100	20.4
Ortaöğretim mezunu	320	65.3
Üniversite/Yüksekokul mezunu	70	14.3
Ekonomik durum		
İyi	190	38.8
Orta	225	45.9
Kötü	75	15.3
Meslek		
İşçi	120	24.5
Memur	275	56.1
Emekli	95	19.4
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	294	60
Hayır	196	40
Sigara		
İçmiyor	40	8.2
Bırakmış	152	31.0
İçiyor	298	60.8
Tıbbi tanısı		
Astım	148	30.2
KOAH	246	50.2
Bronşektazi	96	19.6
TOPLAM	490	100

Hastaların %61.2'sinin erkek, %59.19'unun evli, %65.31'inin ortaöğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %45.92'si ekonomik durumunun orta seviyede, %56.12'si memur, %60'ı çocuk sahibi, %50.20'si KOAH hastası olduğunu, %60.82'si sigara içtiğini bildirmişlerdir (tablo 1). Bu konuda yapılan diğer araştırmalara

baktığımızda hastaların büyük çoğunluğunun 50 yaş ve üzeri, erkek, evli, ekonomik durumunun orta seviyede, memur, çocuk sahibi olduğu ve sigara içtikleri belirtilmektedir (Guyatt ve ark 1987, Kaptein ve ark. 1993, Herna'ndez ve ark. 2000, Boueri ve ark. 2001, Fan ve ark. 2002).

Tablo 2: Hastaların Evde Bakım Gerekсинimi Durumları (n:490)

	SAYI	%
Evde bakım gerekсинimi		
Var	400	81.6
Yok	90	18.4
Gerekсинim türü		
Ev İşleri, Yemek, Temizlik v.s	326	81.5
Kişisel Bakım	74	18.5
Gerekсинimi karşılayan kişi		
Aile üyesi	350	87.5
Akraba	40	12.5
Evde bakım gerekсинimlerinin karşılanmasından memnuniyet		
Evet	100	25
Kısmen	250	62.5
Hayır	50	12.5
Evde bakım gerekсинimi kim tarafından karşılanmalı		
Aile	130	26.5
Akraba	60	12.3
Hemşire	200	40.8
Hekim	20	4.1
Bakıcı	80	16.3
Hastalığı ile ilgili evde bakım gerekсинim türü		
Öksürük	84	21
Nefes darlığı	130	32.5
Balgam	70	17.5
Göğüs ağrısı	35	8.7
Yorgunluk	46	11.5
Beslenme ile ilgili değişiklikler	10	2.5
Boşaltım ile ilgili değişiklikler	25	6.3

Hastaların % 81.6' sının evde bakıma gerekсинim duyduğu, bunların da %81.5'inin ev işleri, yemek, temizlik gibi konularda evde bakıma gerekсинimi duyduğu, %87.5'ine ailesi tarafından evde bakım verildiği, %62.5'inin ailelerinin verdiği evde bakımdan memnun olmadığı, %40.8'inin evde bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini ifade ettikleri ve en çok nefes darlığı, öksürük, balgam sorunları nedeniyle evde bakıma gerekсинim duyduğunu bildirmişlerdir (Tablo 2). Thome' ve ark. (2003) hastaların %75.4'ünün evde bakıma gerekсинimi duyduğu, %80.2'sinin ailesi tarafından evde bakım gerekсинiminin karşılandığı, %69.4'ünün evde bakımdan

memnun olmadığı ve %55'inin evde bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini ve en çok nefes darlığı ile öksürük sorunlarında evde bakıma gereksinimi olduğunu belirtmektedir.

Araştırmanın bulgularına göre hastaların SF-36 yaşam kalitesi tüm alt ölçek skorlarının 50'nin altında olduğu, buna göre hastaların fonksiyonlarının önemli derecede düştüğü ve olumsuz etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). SF-36 yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları, mental sağlık 49.05 ± 4.99 , sosyal fonksiyon 48.94 ± 7.15 , ağrı 46.21 ± 5.59 , fiziksel fonksiyon 42.31 ± 4.34 , genel sağlık 39.78 ± 5.39 , vitalite 38.68 ± 5.19 , duygusal rol 33.33 ± 9.87 ve fiziksel rol 19.73 ± 5.59 olarak bulunmuştur. En düşük puan ortalamaları fiziksel ve duygusal rol güçlüğü alt gruplarından alınmıştır. Hastalığın sadece fiziksel bir olay olmadığı, psikososyal faktörlerin de rolünün olduğunun anlaşılması açısından önemli bir sonuçtur. Literatür incelendiğinde en düşük puan ortalamalarının fiziksel ve duygusal rol güçlüğü alt gruplarından alındığı belirtilmektedir (Atasever ve Erdiç 2003, Soyyiğit ve ark. 2006, Yorgancıoğlu 2006, Pinto ve ark. 2010). KOAH, astım ve bronşektazi gibi solunum sistemi hastalıkları ciddi mortalite, morbidite ve ekonomik kayıp nedeni olmasının yanı sıra, günlük aktivitelerin kısıtlanmasına zemin hazırlayan önemli hastalıklardır ve kişilerde sosyal izolasyona neden olur, günlük yaşam kalitesini olumsuz etkilerler (Prigatano ve ark. 2004).

Tablo 3. Semptomların Yaşam Kalitesine Etkisi

Semptomların Yaşam Kalitesine Etkisi								
	Fiz fonk	Ağrı	Vitalite	Gen sağ	Sos fonk	Emo rol	Men sağ	Fiz rol
Halsizlik	0.01*	0.32	0.22	0.10	0.28	0.01*	0.26	0.01*
Balgam	0.02*	0.15	0.31	0.12	0.33	0.03*	0.32	0.02*
Öksürük	0.00*	0.09	0.16	0.45	0.09	0.01*	0.58	0.04*
Hemoptizi	0.01*	0.27	0.17	0.25	0.14	0.02*	0.49	0.00*
Zayıflama	0.12	0.31	0.02*	0.01*	0.74	0.00	0.07	0.0
Ağrı	0.17	0.01*	0.31	0.38	0.01*	0.29	0.67	0.08
Dispne	0.21	0.11	0.01*	0.02*	0.07	0.15	0.55	0.12

* $p< 0.05$, Fizfonk: Fiziksel fonksiyon, Gen sağ: Genel sağlık, Sos fonk: Sosyal fonksiyon, Emo rol: Emosyonel rol, Men sağ: Mental sağlık, Fiz rol: Fiziksel rol.

Halsizlik, balgam ve hemoptizinin fiziksel fonksiyon, emosyonel ve fiziksel rolü, zayıflama ve dispnenin vitalite ve genel sağlık durumunu, ağrının sosyal fonksiyon ve ağrı alt gruplarını anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Halsizlik, balgam ve hemoptizi semptomları olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol alt grubu yaşam kalitesi puanı daha düşük olarak saptanmıştır (Tablo 3). Yapılan diğer araştırmalarda; hemoptizi, halsizlik ve balgamın fiziksel fonksiyon, emosyonel ve fiziksel rol alt gruplarında yaşam kalitesi puanını düşürdüğünü göstermektedir. (Anderson 1995, Stahl ve ark 2003, Prigatano ve ark 2004, Amorós ve ark. 2008). Bu üç

semptomun hastaların fiziksel aktivitelerini kısıtladığı, günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasını engellediği ve bunlara bağlı olarak sosyal aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Puhan ve ark. 2009). Zayıflama ve dispnenin genel sağlık ve vitalite alt grubu yaşam kalitesi puanını düşürdüğü sonucu literatürle benzerlik göstermektedir (McSweeney 1990, Mackowiak ve Mahler 1995, Oh 2003, Pinto ve ark. 2010). Zayıflama ve dispne kişilerin kendilerini canlı ve zinde hissetmelerini engelleyip genel olarak sağlık durumlarını kötü hissetmelerine yol açmaktadır (Miravittles ve ark. 2006). Araştırmamızın sonuçlarına göre ağrı sosyal fonksiyon ve ağrı alt grubu puan ortalamasını düşürmektedir. Talley ve Wicks (2009) de yaptığı çalışmada ağrının sosyal fonksiyon yaşam kalitesi puanını düşürdüğünü belirtmektedir. Ağrı semptomunun kişinin çevresi ile ilişkisini kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Reishtein 2005).

Tablo 4: Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalık Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Değişkenler	Fiz fonk	Ağrı	Vitalite	Gen sağ	Sos fonk	Emo rol	Men sağ	Fiz rol
Medeni durum	0.21	0.31	0.28	0.21	0.01*	0.00*	0.02*	0.07
Eğitim durumu	0.29	0.37	0.26	0.28	0.00*	0.44	0.76	0.29
Tıbbi tanısı	0.01*	0.55	0.71	0.43	0.23	0.21	0.47	0.88
Sigara içme durumu	0.00*	0.89	0.47	0.02*	0.76	0.66	0.57	0.01*
Evde bakıma gereksinim durumu	0.00*	0.34	0.58	0.01*	0.34	0.47	0.02*	0.04*
Evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasından memnuniyet	0.75	0.01*	0.26	0.03*	0.34	0.41	0.36	0.65
Hastalığı ile ilgili evde bakım gereksinim türü	0.00*	0.01*	0.67	0.04*	0.39	0.59	0.28	0.48

*p<0.05, Fiz fonk: Fiziksel fonksiyon, Gen sağ: Genel sağlık, Sos fonk: Sosyal fonksiyon, Emo rol: emosyonel rol, Men sağ: Mental sağlık, Fiz rol: Fiziksel rol.

Hastaların medeni durumu, eğitim durumu, tıbbi tanısı, sigara içme durumu, evde bakıma gereksinim durumu, gereksinim türü, hastalığı ile ilgili evde bakım gereksinim türü, evde bakım gereksinimin karşılanmasından memnuniyet durumlarının yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Evlilerin sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık, yüksek okul mezunlarının sosyal fonksiyon, bronşektazili hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, sigara içmeyenlerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve genel sağlık, evde bakım gereksinimi olmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, mental sağlık ve genel sağlık, evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasından memnun olanların ağrı ve genel sağlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4). Araştırma bulguları literatürle benzer sonuçlar göstermektedir.

Ünce ve ark. (2000) evlilerin sosyal fonksiyon ve emosyonel rol, Stahl ve ark. (2003) yüksekokul mezunlarının sosyal fonksiyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olanların ve evlilerin sosyal çevre ve desteğe daha rahat ulaşabilecekleri düşünülmektedir. Özkan ve ark. (2007) sigara içmeyenlerin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık, Smith ve ark. (2008) evde bakım gereksinimlerinden memnun olanların genel sağlık ve emosyonel rol, Ubaïdullaev ve Salaeva (2009) evde bakım gereksinimi olmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Ataseyer ve Erdinç (2003) sigara içmeyenlerin fiziksel sağlık ve fiziksel rol puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Lopez (2006) yaptığı çalışmada evde bakım gereksinimi olmayanların genel sağlık puan ortalamalarının daha iyi olduğunu bulmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Solunum sistemi hastalıkları yaşam boyu süren tedavisi, oluşan semptomları ile bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, yaşam tarzlarını değiştiren ve hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımı gerektiren hastalıklardır. Bu araştırma ile hastaların evde bakım gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, hastaların % 81.6'sının evde bakıma gereksinim duyduğu, %62.5'inin evde aileleri tarafından verilen bakımdan memnun olmadığı, %40.8'inin evde bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini ifade ettikleri ve evde bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Solunum sistemi hastalığı tanısı ile daha önce hastanede tedavi gören hastalar tedaviye uyumsuzluk, yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamama gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatmaktadır ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Aksu ve Fadiloğlu 2010). Bu nedenle, solunum sistemi hastalığı olan bireyler için evde hemşirelik bakımı hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli kaynakların sağlanması ile başlar ve evde bakım kalitesi, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir yaklaşım ile sağlanır. Hemşireler tarafından düzenli aralıklarla yapılacak ev ziyaretleriyle hasta ve ailesine verilecek eğitim, danışmanlık vb. hizmetlerin yaşam kalitesinin artmasında ve gerekli yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlamada önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbay S, Kurt B, Ertürk A ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Test İle İlişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(3): 338-44.
- Aksu T, Fadiloğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalıklarında Evde Bakım Yönetimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;2(3):126-132.
- Amorós Mm, Alorda C, Renom F ve ark. Quality of Life in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Predictive Validity of The Bode Index. Chronic Respiratory Disease 2008;5(1): 7-11
- Anderson KL. The Effect of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Res Nurs Health 1995;18(1): 547-56.

- Andresen EM, Allan RM. Health-Related Quality of Life Outcomes Measures; Arch Phys Med Rehabil 2000;81(2): 30-45.
- Atasever A, Erdiñ E. Koah'ta Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(4):446-55.
- Atasever A, Kaçmaz Ö, Bacakoğlu F. Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi 2005;6(1): 25-30.
- Boueri FM, Bucher-Bartelson BI, Glenn KA ve ark. Quality of Life Measured With A Generic Instrument (Short Form-36) Improves Following Pulmonary Rehabilitation in Patients With Copd. Chest 2001; 119(1):77-84.
- Brazier JE, Harper R, Jones NM ve ark. Validating The Sf-36 Health Survey Questionnaire: New Outcome Measure For Primary Care Bmj 1992;305(1):160-4.
- Brown EL, Mcavay GJ, Raue PJ ve ark. Recognition of Depression Among Elderly Recipients of Home Care Services. Psychiatry Services 2003;54(1):208-13.
- Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR ve ark. The Mos Sf-36 Health Survey Questionnaire in Severe Chronic Airflow Limitation: Comparison With The Nottingham Health Profile. Qual Life Res 1996;5(3):330-8.
- Ertem G, Kalkın A, Bulut S ve ark. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(2): 5-9.
- Falter LB, Gignac MA, Cott C. Adaptation to Disability In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Neglected Relationship to Older Adults' Perceptions of Independence. Disabil Rehabil 2003; 25(1):795-806.
- Fan VS, Curtis JR, Tu SP ve ark. Using Quality of Life to Predict Hospitalization and Mortality in Patients With Chronic Lung Diseases. Chest 2002;122(1): 429-36.
- Ferrer M, Alonso J, Morera J ve ark. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stage and Health-Related Quality of Life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. Ann Intern Med 1997;127(5):1072-9.
- Gudmundsson G, Gislason T, Janson C ve ark. Risk Factors For Rehospitalisation in Copd: Role Of Health Status, Anxiety and Depression. Eur Respir J 2005;26(3): 414-9.
- Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Ve ark. Quality of Life in Patients With Chronic Airflow Limitation. BR J. Dis Chest 1987;81(1):45-54.
- Herna'Ndez Mte, Rubio M, Ruiz Fo ve ark. Results of A Home-Based Training Program For Patients With Copd. Chest 2000; 118(2):106-114.
- Higuchi KAS, Christensen A, Terpstra J. Challenges in Home Care Practice: A Decision-Making Perspective. J Community Health Nurs 2002;19(2): 225-236
- Juniper EF, Norman GR, Cox Fm ve ark. Comparison of The Standart Gamble. Rating Scale. AQLQ and Sf-36 For Measuring Quality of Life in Asthma. Eur Respir J 2001; 18(1): 38-44.
- Kaptein AA, Brand PL, Dekker FW ve ark. Quality-Of-life in A Long-Term Multicentre Trial in Chronic Nonspecific Lung Disease: Assessment At Baseline. The Dutch CNSLD Study Group. Eur Respir J 1993;6(1):1479-84.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G ve ark. Kısa Form-36 (Kf-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12(1): 102-6.
- Lopez Ad, Shibuya K, Rao C. ve ark. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Burden and Future Projections. Eur Respir J 2006; 27(2):397-412.
- Mackowiak JI, Mahler DA. Evaluation of The Short-Form 36-Item Questionnaire to Measure Health-Related Quality of Life Patients With Copd. Chest 1995; 107(3): 1585-9.

- Mahler DA. How Should Health Related Quality of Life Assesses in Patientes With Copd? *Chest* 2000;117(1): 54-7.
- Mcsweeney AJ, Heaton RK, Grant I ve ark. Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Socioemotional Adjusment and Life Quality. *Chest* 1990; 77(2): 309-11.
- Miravitlles M, Calle M, Alvarez-Gutierrez F. ve ark. Exacerbations, Hospital Admissions and Impaired Health Status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Qual Life Res* 2006; 15(1):471-80.
- Oh EG. The Effects of Home-Based Pulmonary Rehabilitation İn Patients With Chronic Lung Disease. *Int J Nurs Stud* 2003;40(1):873-9.
- Osman LM, Godden DJ, Friend JAR. ve ark. Quality of Life and Hospital Re-Admission in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Thorax* 1997;52(2):67-71.
- Özkan S, Durnaz Z, Demir T ve ark. Koah ve Astım Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Solunum* 2007;9(3): 158- 66.
- Pinto J, González J, Ignácio C ve ark. Arenillas J, Maria M Nogueiras A, Pedro G Gómez F. The Health-Related Quality of Life of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma Evaluated By The SGRQ. *Rev Port Pneumol* 2010;16(4):543-58.
- Prigatano GP, Wright EC, Levin D. Quality of Life and Its Predictors in Patients With Mild Hypoxemia and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med* 2004;144(1):1613-9.
- Puhan M, Scharplatz M, Troosters T ve ark. Pulmonary Rehabilitation Following Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Rev Port Pneumol* 2009;127(5):322.
- Reishtein JL. Relationship Between Symptoms and Functional Performance in Copd. *Research in Nursing & Health* 2005;28(2): 39-47.
- Salvany DA, Lamarca R, Ferrer M ve Ark. Healthrelated Quality of Life and Mortality in Male Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *AM J Respir Crit Care Med* 2002;166(3): 680-5.
- Sarpkaya Ü, Tuna H, Tabakoğlu E ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Solunum Kasları Egzersizlerinin ve Aerobik Egzersiz Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005;51(2):14-18.
- Smith B, Appleton S, Adams R ve ark. Home Care By Outreach Nursing For Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Medical Care* 2008;26(1):566-79.
- Soyyigit Ş, Erk M, Güler N ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde Sf- 36 Sağlık Taramasının Değeri. *Tuberk Toraks* 2006;54(2): 259-66.
- Stahl E, Jansson SA, Jonsson AC. ve ark. Health Related Quality of Life, Utility and Productivity Outcomes Instruments: Ease of Completion By Subjects With Copd. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 2(1):1-18.
- Thome´ B, Dykes AK, Hallberg IR. Home Care With Regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. *J Clin Nurs* 2003;12(1): 860-72.
- Ubaiddullaev AM, Salaeva MS. Role Of Social Factors in the Formation Of Life Quality Indices in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Diseases. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2009; 1(6):30-3.
- Ünce D, Tunali N, Savcı S ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2000; 11(1): 333-7.
- Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S ve ark. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5): 89-106.
- Yorgancıoğlu A. Solunum Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketleri. *Sağlıkta Birikim* 2006; 1(2): 27-33.