

ARAŞTIRMA/RESEARCH

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA DİSPNE ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Canan ARSLAN¹ 

Serap ÜNSAR² 

Alınış Tarihi/Received	Kabul Tarihi/Accepted	Yayın Tarihi/Published
05.05.2020	14.03.2021	21.03.2021

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

Arslan C, Ünsar S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 24(1): 42-50. DOI: 10.17049/ataunihem.732692

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları (KOAH) 'nda dispne algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile planlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan araştırma bir üniversite hastanesinde 75 KOAH tanısı olan birey ile yürütülmüştür. Çalışmanın verileri Hasta Bilgi Formu, dispne algısını belirlemek için Modified Medical Research Council Skalası ve yaşam kalitesi düzeyini ölçmek için Saint George Solunum Anketi ile toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 60.86 ± 9.4 yıldır, %73.30'u erkektir. Dispne algısının hastaların yarısında (%53) şiddetli olduğu, yaşam kalitesi düzeyinin ise iyi olduğu görülmüştür. Bu çalışmada yaş, sigara kullanımı, pasif sigara dumanına maruz kalma gibi faktörlerin dispne algısı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızda dispne ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların dispne şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlenmiştir.

Sonuç: KOAH'lı bireylerin kişisel (yaş, sigara kullanımı vb) ve hastalığa ilişkin özelliklerinin (tanı süresi, dispne şiddeti vb) dispne algısı ve yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Bu özellikler dikkate alınarak verilecek eğitim ve bakımın dispne algısı ve yaşam kalitesini iyileştireceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dispne; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Evaluation of Dyspnea and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Aim: The study was conducted to determine the relationship between the perception of dyspnea and quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and affecting factors.

Methods: Seventy-five COPD patients treated in a University Hospital in Edirne province were included in this descriptive cross-sectional study in order to evaluate the dyspnea and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The data of the study were collected by The Modified Medical Research Council scale to determine the dyspnea of the patients and the Saint George Respiratory Questionnaire to measure the quality of life and Patient information form.

Results: The average age of the patients was 60.86 ± 9.4 years, 73.30% of them were male. It was observed that the perception of dyspnea was severe in half of the patients (53%) and the quality of life was well. In this study, factors such as age, smoking, exposure to passive tobacco smoke were found to be effective on perception of dyspnea and quality of life ($p < 0.05$). In our study, a negative relationship was found between dyspnea and quality of life ($p < 0.05$). It was determined that the quality of life deteriorated as the severity of dyspnea increased.

Conclusions: It was found out that personal characteristics of patients with COPD (age, smoking, etc.) and the characteristics related to the disease (duration of diagnosis, severity of dyspnea, etc.), affects dyspnea and quality of life. By taking these characteristics into account, education and nursing care practices are thought to have a positive effect on improving dyspnea and quality of life.

Keywords: Dyspnea; Chronic Obstructive Pulmonary Disease; quality of life.

¹ **Sorumlu Yazar:** Ayvansaray Üniversitesi, Plato Meslek Yüksekokulu, (Öğr. Gör.), ORCID: 0000-0001-7202-9185, e-posta: cananarslan@ayvansaray.edu.tr

² Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, (Prof. Dr.), ORCID: 0000-0001-7723-8816, e-posta: serapunsar@trakya.edu.tr

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalık durumudur (1). KOAH, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra Türkiye'deki en sık rastlanan üçüncü ölüm nedenidir (%6). Dünya genelinde 65 milyon kişinin orta derece ya da şiddetli KOAH'ı olduğu ve 2015 yılında yaklaşık 3 milyon kişinin KOAH nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu 2017 yılı verilerine göre toplam 416.881 ölümden 49.855'inin solunum sistemi hastalıklarına bağlı olduğu bildirilmiştir (3).

Kronik solunum hastalıklarının önemli bir kısmını da KOAH oluşturur. KOAH en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden birisidir ve her geçen gün de önemli boyutta giderek yükselen bir ekonomik ve sosyal yüke sebep olmaktadır (4). Dünyada beklenen yaşam süresinin uzaması ve maruziyetlerin de artması ile KOAH yükünün daha da artacağı tahmin edilmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü KOAH için iki farklı değerlendirme ölçütü oluşturmuştur. Bunlar; hastalık yükü değerlendirmek için "Years of healthy life lost due to disability" (YLD) (sakatlık nedeniyle kaybedilen sağlıklı yıllar) ve "Disability adjusted life years" (DALY) (yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları)'dır. 2010 yılındaki istatistiksel verilere göre küresel hastalık yüküne en çok katkıda bulunan hastalıklar sıralamasında KOAH 9. sıradadır (1). Yapılan çalışmalar 2030 yılında KOAH'ın engelli geçen yaşam yılları (DALY) sıralamasında dünyada 7. kayıp nedeni olacağını göstermektedir (6). KOAH'nın en önemli semptomları efor dispnesi, balgam çıkarma ve öksürüktür.

Dispne KOAH'nın en belirgin semptomudur (7). Genellikle hastalığın ilerlemesine bağlı olarak şiddetlenen dispne, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olur (1). KOAH olanlarda egzersizi en fazla kısıtlayan semptomun dispne olduğu bildirilmektedir (8). Hastalığın ilerlemesi, hava yolu obstrüksiyonu şiddetinin artması ve dispne, yorgunluk; genellikle yemek yeme, yürüme, merdiven inip çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerinin güçleştiği noktaya kadar ilerler (9). Hastalarla ilk ve en yakın temasta bulunan hemşireler, KOAH için önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin solunum sistemi hastalıklarında hemşirelik bakım uygulamalarını inceleyen bir çalışmada KOAH ve astım gibi

solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 oranında hemşirelerin aktif olarak rol oynadığı bildirilmiştir (10).

Hemşireler farmakolojik tedavinin yanı sıra farmakolojik olmayan tedavi uygulamalarında da önemli rol oynamaktadır (11) Zakrisson ve ark. yapmış oldukları çalışmada hemşire önderliğinde gerçekleştirilen pulmoner rehabilitasyon programının olumlu sonuçlar doğurduğunu bildirmişlerdir (12). Benzer şekilde Wood-Baker ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada da KOAH yönetiminin, hastane yatışlarının ve süresinin azaltılmasında, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde hemşirelik bakımının önemli olduğunu ifade etmişlerdir (13).

AMAÇ

Hemşirelerin önderliğinde, KOAH olan bireylerin etkin katılımıyla hastalığa bağlı oluşan semptomlar hafifletilerek yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabilir. Bu çalışma, KOAH tanısı olan bireylerde yaşam kalitesi ve dispne algısının değerlendirilmesi, etkileyen unsurların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amaç ve Tipi: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Algısı ve Yaşam Kalitesi arasındaki ilişkiyi, etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Edirne'de bulunan bir üniversite hastanesinde 10.12.2016 ve 10.12.2017 tarihleri arasında göğüs hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi: Örneklem sayısı power (güç) analizi ile belirlenmiştir. Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Ölçeği ve Saint George Solunum Anketi (SGRQ) arasında minimum $r = -0.40$ düzeyinde korelasyon öngörülerek $\alpha = 0.05$ hata payı ve %95 power değeriyle $n = 75$ hastanın çalışmaya dahil edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; göğüs hastalıkları uzmanlarınca kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan, ağır hiperkapnisi ve hipoksemisi olmayan, 18 yaşından büyük, iletişime açık ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerdir. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; ağır hiperkapnisi ve hipoksemisi olan, akut atak döneminde olan, şizofreni, demans gibi verbal iletişimi bozan psikiyatrik rahatsızlığı bulunan, 18 yaşından küçük bireylerdir.

Veri Toplama Araçları: Veriler Hasta bilgi formu, Modified Medical Research Council

Skalası ve Saint George Solunum Anketi kullanılarak toplandı. Tüm formlar göğüs hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören hastalara tedavi ve bakım saatlerinin yoğun olmadığı saatlerde hasta odasında yalnızca araştırmacı ve hastanın olduğu, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış, yanıtlar araştırmacılar tarafından formlara işaretlenmiştir. Tüm formların uygulama süresi toplam 15-20 dakika sürmüştür.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan form, hastaların sosyodemografik özellikleri (eğitim durumu, yaş, medeni durum, cinsiyet, kiminle yaşadığı) ve hastalığı etkileyen durumları, hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerini (kaç yıldır KOAH olduğu, BKİ(Beden Kitle İndeksi) , sigara kullanma durumu, pasif sigara dumanına maruz kalma durumu, ısınma şekli, KOAH dışında kronik hastalık varlığı, hastaneye yatma durumu, uygulanan tedavi, kontrollere düzenli gitme, ilaç kullanma, evde cihaz bulundurma durumu) sorgulayan 19 sorudan oluşmaktadır.

Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Ölçeği: Hastaların dispne düzeyini belirlemek amacıyla 1952’de ilk kez Fletcher ve arkadaşlarının oluşturduğu, bundan 7 yıl sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu’nun epidemiyolojik çalışmalarla desteklediği, 5 basamaklı ölçektir. Ölçekte hastaların dispne oluşturan aktivite düzeyini belirlemesi istenmiştir. Bu ölçekte ‘4’ dispne açısından en kötü, ‘0’ ise en iyi durumu göstermektedir (14).

Saint George Solunum Anketi (Saint George Respiratory Questionnaire – SGRQ): Saint George (SGRQ) Solunum Anketi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı olan hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla P. Jones tarafından 2009 yılında oluşturulmuş bir ankettir. Anket 50 madde ve 3 ana bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; semptomlar (8 madde), aktivite (16 madde) ve hastalığın etkileri (26 madde)’dir (15). Anket solunum ile ilgili semptomlar, dispne sebebiyle kısıtlanan aktiviteler ve bütün bu durumun günlük yaşantıya olan etkisini değerlendirir. Değerlendirmede anket toplam puanı 0 ile 100 arasında değişir. 0 yaşam kalitesinde bozulma olmadığını gösterirken, 100’e doğru yaşam kalitesinin giderek kötüleştiğini göstermektedir (16). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 2013 yılında Polatlı ve ark. tarafından

yapılmıştır (17). SGRQ’nun güvenilirlik analizinde cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için 0.88 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Paket Programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, standart sapma, ortalama dağılımları ile verilmiştir. Parametrik olan ikili değişkenlere ilişkin karşılaştırmalarda bağımsız değişkenler t testi, çoklu değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), parametrik olmayan ikili değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda Mann Whitney U test, çoklu değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Elde edilen veriler %95 anlamlılık düzeyinde ($p < 0.05$) değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Araştırmada, SGRQ Solunum Anketini kullanabilmek için Polatlı ve ark.’dan dan izin alınmıştır. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan (etik kurul no:2016/24) ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneden gerekli resmi izinler alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

KOAH tüm dünyada en önemli sağlık sorunları arasında gösterilmektedir. En yaygın kronik mortalite ve morbidite nedenleri arasında 4. sıradadır. Bununla birlikte hastalık prevalansının ve mortalitesinin ilerleyen yıllarda artacağı öngörülmektedir (18).

Bu araştırmaya dâhil edilen KOAH’lı bireylerin yaş ortalaması 60.86 ± 9.40 yıl, BKİ ortalaması 27.84 ± 3.68 kg/m^2 olup, %73.3’ü erkek, %89.3’ü evli, %64.0’inin ilköğretim mezunu olduğu, %92.0’sinin aileleriyle birlikte yaşadığı, %64’ünün sigarayı bıraktığı, %49.3’nün pasif sigara dumanına maruz kaldığı, %48.0’inin ısınmak için soba kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların %44’ü 1-5 yıldır KOAH tanısı aldığını, %66,7’si KOAH dışında başka kronik hastalığının olduğunu (%18,7’si diyabet, %28’si hipertansiyon, %21,3’ü kalp hastalığı, %18,7’si pnömoni-astım), %34,7’si 1 veya 2 kez hastaneye yattığını ya da acil servise başvurduğunu, %40’ı KOAH nedeniyle düzenli kontrole gittiğini, %90,7’si solunum rahatsızlığıyla ilgili ilaç kullandığını ifade etmiştir. (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özelliklerine ve Hastalığa İlişkin Bulgulara Göre Dağılımı

		N	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	20	26.70
	Erkek	55	73.30
Medeni Durum	Evli	67	89.30
	Bekar	8	10.70
Eğitim	Okur-Yazar değil	4	5.30
	İlköğretim	48	64.0
	Ortaöğretim	12	16.0
	Lise	11	14.70
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	6	8.0
	Aile	69	92.0
Sigara Kullanımı	Hiç içmedim	8	10.70
	İçiyorum	19	25.30
	Bıraktım	48	64.0
Pasif Sigara Dumanına Maruz Kalma	Evet	37	49.30
	Hayır	38	50.70
Isınma Şekli	Soba	36	48.0
	Klima	13	17.30
	Kalorifer	26	34.70
Yaş (yıl)	Ort. ± SS	60.86 ± 9.4	Min.-Max 42-84
BKİ (kg/cm²)	Ort. ± SS	27.84 ± 3.68	Min.-Max 20.76-38.06

BKİ: Beden Kitle İndeksi, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

Türkiye’de 25 merkezin dâhil edildiği 514 KOAH hastası üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmanın KOAH’a eşlik eden hastalık verileri incelendiğinde çalışmaya dâhil edilen hastaların yarısından fazlasında en az eşlik eden bir başka hastalığının olduğu, en sık eşlik eden hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar, uyku bozuklukları ve hiperlipidemi olduğu bildirilmektedir. (19).

Hastaların mMRC dispne ölçeğine göre dispne düzeylerinin dağılımı incelendiğinde; %53,3’ünün şiddetli, %32’sinin orta derecede şiddetli dispne algısı yaşadığı belirlenmiştir. Dispne, KOAH hastalarında gözlenen en belirgin semptom olup kronik, progresif ve devamlıdır (20). Dispne şiddetinin artması kötü prognozu işaret eder (21). Çalışmada KOAH olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, meslek, evlerinin ısınma şekli ve kiminle yaşadığının dispne düzeyini

etkilemediği bulundu ($p>0.05$). Dispne, hastaların acil servise başvurmalarını sağlayan en yaygın ve ciddi nedenler arasında yer almaktadır (22). Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yatırılmakta olan hastaların %50’sinde, ayaktan tedavi edilen hastaların ise %25’inde görülen ciddi bir semptomdur (23). Currow ve ark. tarafından Güney Avustralya’da gerçekleştirilen bir araştırmada dispne prevalansının %8.9 olduğu, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (24). Çalışmamızda hastaların eğitim durumu, aylık geliri, sigara kullanımı ve pasif sigara içiciliğinin dispne düzeyini etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eğitim düzeyi ve aylık gelirdeki artışa bağlı olarak dispne şiddetinde düşme olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların daha bilinçli hale geldiği, hastalıklarına uyum sağladıkları, ekonomik açıdan sorun yaşamayan kişilerin sağlıklı beslenme ve gerekli olan tedavilere ulaşma açısından daha avantajlı oldukları ve önemli bir semptom olan dispneyi yönetebildikleri söylenebilir. Huisman ve ark. sosyoekonomik durumun KOAH ile ilişkili olduğunu, kötü sosyoekonomik duruma bağlı olarak kötü beslenme, iç ve dış ortam hava kirliliği, kalabalık hane, intrauterin dönemden itibaren geçirilen ve üzerinde durulmayan enfeksiyonlar, sağlık hizmetlerine daha zor ulaşılmasının da beraberinde getireceği sorunlar ve tüm bunların KOAH gelişimini etkileyeceğini bildirmişlerdir (25).

Çalışmamızda sigara içtiğini ifade edenlerin yaşam kalitesi düzeyi sigarayı bıraktığını ifade edenlerden veya hiç içmediğini ifade edenlerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Riesco ve ark tarafından 1610 KOAH hastası üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da aktif sigara içmenin hastaların yaşam kaliteleri üzerine olan etkisi anlamlı olarak pozitif bulunmuştur (26). Wijnhoven ve ark. tarafından astım ve KOAH hastaları ile yapılan çalışmada aktif sigara içiminin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (27). Sigara içenler sigarayı en önemli stres atıcı faktörlerden birisi olarak değerlendirmektedirler ki bu da onların sigara içtiklerinde rahatlamalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla da sigara içenlerde yaşam kalitesi algısının her ne kadar doğru olmasa da daha yüksek çıkması normal sonuçlardan birisi olarak değerlendirilebilir. Kutlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (28). Cheruvu ve ark. tarafından KOAH hastaları arasında yaşam kalitesi ve sigara

içme durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada; mevcut sigara kullanımının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (29). Çalışmamızda pasif sigara dumanına maruz kalanların yaşam kalitesi düzeyi maruz kalmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 3). Hagstad ve ark. yaptıkları çalışmada pasif sigara dumanı veya

çevresel tütün dumanına maruziyetin KOAH prevalansı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (30). Jordan ve ark. KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmada pasif sigara dumanına maruziyetin solunum semptomlarını etkilediği bulunmuştur (31). Pasif sigara dumanına maruziyet KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

		N	Yüzde (%)
KOAH Süresi	1-5 yıl	33	44.0
	6-10 yıl	32	42.70
	11 ve daha fazla	10	13.30
Eşlik Eden Kronik Hastalık	Evet	50	66.70
	Hayır	25	33.30
Kronik Hastalık Varlığı	Diyabet	14	18.70
	Hipertansiyon	21	28.0
	Kalp Hastalığı	16	21.20
	Pnömoni-Astım	14	18.70
	Demans	2	2.70
	Böbrek Hastalığı	8	10.70
	Gece Horlaması veya Uyku Apnesi	2	2.70
Hastane Yatma Durumu (Son 1 Yıl)	Hiç Yatmadım	25	33.30
	1 veya 2 kez	26	34.70
	3 ve daha fazla	10	13.30
	Ayaktan Tedavi	14	18.70
Düzenli Kontrol Durumu	Evet	30	40.0
	Hayır	20	26.70
	Kısmen	25	33.30
İlaç Kullanma Durumu	Evet	68	90.70
	Hayır	7	9.30
Cihaz Bulundurma Durumu	Evet	20	26.70
	Hayır	55	73.30

Hastaların BKİ'nin dispne düzeyini etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4). Salepci ve ark tarafından 43-83 yaş arasında 65 KOAH hastası üzerinde gerçekleştirilen çalışmada BKİ ile MMRC dispne skoru arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir ($p=0.074$) (32). Dispne şiddetinin yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir (Tablo 4). Aytac ve ark tarafından 85 KOAH hastası üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hastaların yaşı ile dispne şiddeti arasında istatistiksel olarak pozitif ve orta derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir ($p<0.05$) (33). KOAH olan bireylerde yaş arttıkça semptomlar kötüleşmekte, eşlik eden hastalıklarda da artış görülmektedir. Hastaların semptom, aktivite ve etkilenme düzeyleri değerlendirildiğinde yaşam kalitesi düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklar neden oldukları organlardaki fonksiyon kaybının yanı sıra devamlı ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörlerden ötürü geleceğe yönelik kaygıları artırmakta ve ümitsizliğe neden olmaktadır. Bu hastalıklar içerisinde akciğer hastalıklarında gözlenen nefes darlığının çoğu hastalıktan daha çok yetersizlik hissine neden olduğu ve yaşam kalitesini de ciddi manada bozduğu bilinmektedir (34). KOAH pek çok hastalığa benzer şekilde ciddi fiziki zorluk ve ekonomik maliyetin yanı sıra ruh sağlığı, işlevsellik ve yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açmaktadır. KOAH, pek çok sistemik hastalık ve nörolojik durumdan daha fazla yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiye ve yeti kaybına yol açabilir (35).

Tablo 3. Hastaların Sigara Kullanımı, Pasif Sigara Dumanına Maruz Kalma ile St. George Solunum Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sigara Kullanımı		N	St. George solunum anketi Ort. ± SS	χ^2 ¶	P
Semptom	Hiç içmedim	8	14.62 ± 7.46	5.867	0.053
	İçiyorum	19	14.42 ± 5.76		
	Bıraktım	48	17.77 ± 4.30		
Etkilenme	Hiç içmedim	8	12.25 ± 9.40	16.820	0.00
	İçiyorum	19	8.89 ± 5.06		
	Bıraktım	48	16.93 ± 6.88		
Aktivite	Hiç içmedim	8	6.50 ± 4.56	28.677	0.00
	İçiyorum	19	5.42 ± 1.89		
	Bıraktım	48	10.66 ± 3.74		
Toplam	Hiç içmedim	8	33.37 ± 20.52	15.857	0.00
	İçiyorum	19	28.73 ± 11.52		
	Bıraktım	48	45.37 ± 13.03		
Pasif Sigara Dumanına Maruz Kalma	N	St. George solunum anketi Ort. ± SS	t*	P	
Semptom	Evet	37	15.21 ± 5.65	-2.290	0.025
	Hayır	38	17.92 ± 4.52		
Etkilenme	Evet	37	11.91 ± 7.19	-2.945	0.04
	Hayır	38	16.81 ± 7.20		
Aktivite	Evet	37	7.18 ± 4.24	-3.777	0.00
	Hayır	38	10.55 ± 3.43		
Toplam	Evet	37	34.32 ± 15.66	-3.289	0.02
	Hayır	38	45.28 ± 13.12		

*: t testi

¶:Kruskal Wallis H testi

Ort. ± SS: Ortalama ± standart sapma

Çalışmamızda BKİ ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların BKİ'deki artışa bağlı olarak yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4). BKİ'deki artış kişinin günlük aktivitelerini kısıtlayıcı etkenlerin başında yer almaktadır. Bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Öztürk ve Ayar vücut ağırlığının günlük yaşamsal olayları kısıtladığını ve bu nedenle de BKİ'deki artışın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu bildirmiştir (36). Scichilone ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada normal BKİ'ye sahip olsa da malnutrisyon riski taşıyan KOAH hastalarında dispne skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (37). Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (Tablo 4). Yaşla birlikte fiziksel aktivitelerde

kısıtlamalar ortaya çıkmakta, kişi yapmak istediği pek çok şeyi yapamaz hale gelmekte, ya da birilerinin yardımıyla gerçekleştirmektedir ki bu ve benzeri durumlar kişinin yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır. Gülseren ve ark tarafından diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada yaştaki artışa bağlı olarak yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (38).

Dispne düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4). KOAH'lı hastaların dispne düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de kötüleşmektedir. Akbay ve ark. KOAH olan birey ile yaptıkları çalışmada hastalık şiddetindeki artışın hastaların yaşam kalitelerini düşürdüğünü bildirmişlerdir (39). Yapılan çalışma ciddi hipokseminin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.

Tablo 4. Hastaların Yaşı, BKİ ve Dispne Algısı ile St. George Solunum Anketi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Yaş	BKİ	Semptom	Etkilenme	Aktivite	Dispne	
Yaş	r	1	0.373**	0.501**	0.342**	0.548**	0.436**
	p		0.01	0.00	0.03	0.00	0.00
BKİ	r	.373**	1	0.165	0.213	0.278*	0.118
	p	0.01		0.157	0.067	0.016	0.013
Semptom	r	0.501**	0.165	1	0.701**	0.663**	
	p	0.00	0.157		0.00	0.00	
Etkilenme	r	0.342**	0.213	0.701**	1	0.768**	
	p	0.03	0.067	0.00		0.00	
Aktivite	r	0.548**	0.278*	0.663**	0.768**	1	
	p	0.00	0.016	0.00	0.00		
	Dispne	Semptom	Etkilenme	Aktivite	Toplam		
Dispne	r	1					
	p						
Semptom	r	0.551**	1				
	p	0.00					
Etkilenme	r	0.456**	0.701**	1			
	p	0.00	0.00				
Aktivite	r	0.429**	0.663**	0.768**	1		
	p	0.00	0.00	0.00			
Toplam	r	0.530**	0.868**	0.942**	0.878**	1	
	p	0.00	0.00	0.00	0.00		

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma verilerinin Edirne bulunan bir üniversite hastanesinde tedavi görmekte olan KOAH olan bireylerden toplanmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, sadece bu araştırma grubuna genellenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada KOAH'lı hastalarda algılanan dispne şiddetindeki artışın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

KOAH'lı hastalara dispne yönetimine ilişkin kişisel özellikleri (sigara, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum vb) ve hastalığa ilişkin özellikleri (dispne derecesi, tanı süresi, eşlik eden

hastalık vb) göz önünde bulundurularak eğitim verilmesi,

Hemşirelik bakım uygulamalarının KOAH'lı hastaların dispne algısını iyileştirmeye yönelik planlanması,

KOAH'lı hastaların dispne algısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin hemşireler tarafından geçerli ve güvenilir ölçekler ile değerlendirilmesi,

Bu araştırmanın daha fazla sayıda hasta ile karşılaştırmalı çalışmalar ile tekrarlanması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Araştırma kapsamında makalenin yazarları arasında kişisel ve finansal açıdan çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı: Çalışmanın fikir ve tasarımı; S.Ü, C.A; Veri toplama; C.A; Verilerin analiz ve yorumlanması; S.Ü, C.A; makalenin yazımı, revize edilmesi ve eleştirel inceleme; C.A, S.Ü

KAYNAKLAR

1. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiç E, Ergan B, Gürgün A, ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. Official Journal of the Turkish Thoracic Society 2014;2(15):15-35.
2. Demirel İ, Altun AY, Bolat E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Anestezi Yönetimi. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation 2017;15(3):100-9.
3. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> Erişim Tarihi: 10.02.20184.
4. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS. et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Burden and Future Projections. European Respiratory Journal 2006; 27(2): 397-412.

5. Kaptan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalığı Hemşireliği. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul 2012:200-4.
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine* 2006;3(111):e442.
7. Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıykoğlu G. KOAH'da Dispne ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51(4):365-72.
8. Wasserman K, Hansen J, Sue D, Whipp Bj. Principles of Exercise Testing and Interpretation. *Canadian Journal of Cardiology* 2007;23(4):274.
9. Falter LB, Gignac MA, Cott C. Adaptation to Disability in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Neglected Relation Relationship to Older Adults, Perceptions of Independence. *Disability and Rehabilitation* 2003;25(14):795-806.
10. Blake D, Roberts NJ, Partridge MR. How Much of a Primary Care Nurse's Time is Spent on those with Respiratory Disease, A pilot study. *Primary Care Respiratory Journal* 2007;16(5):319-20.
11. Meguro M, Barley EA, Spencer C, Jones P. Development and Validation of an Improved COPD Specific Version of the SGRQ. *Chest* 2007;132(2):456-63.
12. Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglung D, Odencrants S, Hasselgren M, Arne M. et al. Nurse-led Multidisciplinary Programme for Patients with COPD in Primary Health Care: a Controlled Trial. *Primary Care Respiratory Journal* 2011;20(4):427-33.
13. Wood-Baker R, Reid D, Robinson A, Walters E. Clinical Trial of Community Nurse Mentoring to Improve Self-Management in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2012;7:407-13.
14. Fletcher CM. The Clinical Diagnosis of Pulmonary Empyema: An Experimental Study. *Proceeding of the Royal Society of Medicine* 1952;45(9):577-84.
15. Jones PW. Health Status Measurement in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Thorax* 2001;56(11):880-7.
16. Jones PW, Carone M. Health status "Quality of Life". *European Respiratory Monograph* 2000;13(5):22-35.
17. Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Demirci N, Kırkal K, Naycı S, ve ark. St. George Solunum Anketinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Tuberk Toraks* 2013;61(2):81-7.
18. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, 2005:193-200.
19. Kuyucu T, Güçlü SZ, Saylan B, Demir C, Senol T, Güner S, ve ark. A Cross-Sectional Observational Study to Investigate Daily Symptom Variability, Effects of Symptom on Morning Activities and Therapeutic Expectations of Patients and Physicians in COPD-SUNRISE study. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011;59(4):328-39.
20. Saryal S. KOAH'ta Etyopatogenez ve Tanı Yöntemleri. *Toraks Derneği 1. Kış Okulu*, 2002: 23-37.
21. Gündüz C, Erdinç M. Dispnenin Pulmoner Nedenlerine Yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi* 2014;53(0):7-13.
22. Ahmed A, Graber M. Evaluation of the Adult With Dyspnea in The Emergency Department. *UpToDate*;2017:22-6.
23. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2012;185(4):435-52.
24. Currow DC, Plummer JL, Crockett A, Abernethy AP. A Community Population Survey of Prevalence and Severity of Dyspnea in Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(4):533-45.
25. Huisman M, Kunst A, Bopp M, Borgan JK, Borrel C, Costa G, et al. Educational Inequalities in Cause-Specific Mortality in Middle-aged and Older Men and Women in Eight Western European Populations. *Lancet* 2005; 365(9458): 493-500.
26. Riesco J, Alcázar B, Trigueros J, Campuzano A, Pérez J, Lorenzo J. Active Smoking and COPD Phenotype: Distribution and Impact on Prognostic Factors. *International Journal of COPD*. 2017;12:1989-99.
27. Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, de Haan M. Determinants of Different Dimensions of Disease Severity in Asthma and COPD: Pulmonary Function and Health-related Quality of Life. *Chest*.2001;119(4):1034-42.
28. Kutlu R, Demirbaş N, Çivi S, Can A. Göğüs Cerrahisi Servisinde Yatan Hastalarda Depresyonun ve Yaşam Kalitesinin Kısa Form 36 ile Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2015;23(3):524-31.
29. Cheruvu V, Odhiambo L, Mowls D, Zullo M, Gudina A. Health-related Quality of Life in Current Smokers with COPD: Factors Associated With Current Smoking and New Insights Into Sex Differences. *International Journal of COPD*. 2016;11:2211-9.
30. Hagstad S, Bjerg A, Ekerljung L, Backman H, Lindberg A, Rönmark E, Lundbäck B. Passive Smoking Exposure Is Associated With Increased Risk of COPD in Never Smokers. *CHEST* 2014; 145(6):1298-1304.
31. Jordan R, Cheng K, Miller M, Adab P. Passive Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Cross-sectional Analysis of Data From the Health Survey for England. *BMJ Open* 2011;1(2):e000153.
32. Salepci B, Eren A, Çağlayan B, Fidan A, Torun E, Kırkal N. The Effect of Body Mass Index on

- Functional Parameters and Quality of Life in COPD Patients. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2007;55(4):342-9.
33. Aytac S, Kilic S, Ovayolu N. Effect of Inhaler Drug Education on Fatigue, Dyspnea Severity, and Respiratory Function Tests in Patients with COPD. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(4):709-16.
34. Taytard A, Cousson F. Symptoms and Life of Patients with Chronic Bronchitis. Preliminary Results. *Revue de Pneumologie Clinique* 1996; 52(6): 379-85.
35. Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, Bottema BJ, van der Zee JS, Ijzermans CJ. et al. The Influence of COPD on Health-related Quality of Life Independent of the Influence of Comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56(12):1177-84.
36. Öztürk C, Ayar D. Tip 1 Diabetes Mellitus'lu Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017;6(2):15-8.
37. Scichilone N, Paglino G, Battaglia S, Martino L, Interrante A, Bellia V. The Mini Nutritional Assessment is Associated with the Perception of Dyspnoea in Older Subjects with Advanced COPD. *Age Ageing* 2008;37(2):214-7.
38. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(2):89-98.
39. Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Testi ile İlişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001; 49(3):338-44.