

## KOAH Hastalarında Sosyal İlişkilerin Değerlendirilmesi

### Evaluation of Social Relationships in COPD Patients

Arzu Kuzulu<sup>1</sup>, Gülden Bilgin<sup>2</sup>, İsmail Arslan<sup>3</sup>, Havva Öznur<sup>3</sup>, Özlem Kızıltaş<sup>3</sup>, Oğuz Tekin<sup>4</sup>, Nevgül Demir<sup>4</sup>, Zühal Albayrak<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ankara Sincan Yenikent Aile Sağlığı Merkezi

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

<sup>4</sup>Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

#### Öz

**Amaç:** Çalışmamızda KOAH hastalarının uzun süren ve ilerleyici bu hastalıkla yaşarken aile ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerini değerlendirerek hastaların takibi boyunca sosyal destek ihtiyacını ortaya koymayı amaçladık.

**Materyal ve Metot:** Mayıs–Eylül 2015’de Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde yürütüldü. Çalışmaya KOAH tanısı olan 303 ve olmayan 297 kişi alındı. Katılımcılara demografik sorular, “Lubben Sosyal Ağ Ölçeği” ve KOAH tanısı olanlara Solunum Fonksiyon Testi uygulandı. Veri analizinde SPSS 16.00 istatistik programı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 350 (%58,33) erkek ve 250 (%41,67) kadın olmak üzere 40-80 yaş aralığındaki 600 kişi alındı. Katılımcılar KOAH olan 303 (%50,50) ve olmayan (kontrol) 297 (%49,50) kişi olarak 2 gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan KOAH olan ve kontrol grubu arasında sosyal ağ ölçeği skorlarında anlamlı farklar bulundu. KOAH grubunda aile ve arkadaş skorları daha düşükken komşu skorları iki grupta da yakın bulundu. Ek kronik hastalık aile, komşu ve arkadaş gruplarının tümünde skorları düşürürken, madde kullanımı aile ve arkadaş skorları üzerinde olumsuz etkili bulunmuştur. Ayrıca KOAH şiddetlendikçe genel olarak skorların düştüğü belirlenmiştir.

**Sonuç:** KOAH hastası olmak ve hastalığın şiddetinin artmasıyla sosyal ilişkiler azalmaktadır. KOAH hastalarının takibinde medikal tedavinin yanı sıra sosyal ilişki durumlarının da ele alınması gerekmektedir. Tanı sonrasında en kısa süre içinde hastalara rehberlik, sosyal ve psikososyal desteğin verilmesi hastaların hem tedavisi hem de sosyalleşmesi açısından uygun olup yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** KOAH, Sosyal İlişki, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği

#### Abstract

**Objectives:** This study aimed to demonstrate COPD patients need of social support by evaluating relationship between family and social environment while follow-up.

**Materials and Methods:** The present study was conducted in outpatient clinics of Family Medicine Department and Chest Diseases Department at Ankara Training and Research Hospital between May-September 2015. Three hundred three individuals with COPD and 297 individuals without COPD were included in the study. Demographics and Lubben Social Network Scale were administered to participants and patients with COPD also performed pulmonary function test. The data were analyzed using SPSS statistical software version 16.0.

**Results:** Six hundred individuals in the age range of 40-80 years including 350 males (58.33%) and 250 females (4.67%) were enrolled in the study. Participants were divided into two groups as follows: participants with COPD (303 participants, 50.50%) and controls (297 participants, 49.50%). It was detected significant differences between groups in the social network scale scores. COPD patients had lower scores of family and friends network but neighbor section scores were found similar in the groups. However, presence of comorbid chronic illnesses lowered the scores of family, neighbor and family sections, it was found that substance abuse had negative effects on the scores of family and friend sections. It was identified that when COPD severity increases, overall scores decrease.

**Conclusion:** Social relations decrease in Chronic Obstructive Pulmonary Disease based on increased severity of the disease. It should be evaluated in COPD patients for social relation status besides medical treatment. After the diagnosis of COPD, if patients receive guidance, social support and psychosocial

assistance as soon as possible, it will improve the quality of life and be appropriate for both therapy and socialization.

**Key words:** COPD, Social Relation, Lubben Social Network Scale

**Yazışma Adresi / Correspondence:**

Dr. İsmail Arslan

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Altındağ, Ankara

**e-posta:** ismailarsalan@doctor.com

**Geliş Tarihi:** 13.06.2017

**Kabul Tarihi:** 07.12.2017

## Giriş

Günümüzde çevresel, sosyal, psikolojik etkenlere artan maruziyet nedeniyle prevalansı artan kronik hastalıklardan biri olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm dünyada yaygın bir hastalık olup, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.<sup>1</sup> Kronik hava yolu hastalıkları dünyada ve ülkemizde hastalık yükünde önemli bir paya sahip olmaları, ekonomik ve sosyal sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>2</sup>

Yakın zamana kadar KOAH, ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir akciğer hastalığı olarak tanımlanırken, son zamanlarda hava akımı kısıtlanmasının anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili olduğunun, hatta akciğerlere sınırlı olmayıp sistemik etkilerinin de var olduğunun ortaya sürülmesi KOAH tanımının değişmesine yol açmıştır.<sup>3</sup> Yenilenen GOLD 2017 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) rehberine göre KOAH; hastalık şiddetini arttırabilecek belirgin akciğer dışı etkileri de olan önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.<sup>4</sup>

KOAH yaygın görülen ve ileri evrelerinde yaşam kalitesini belirgin şekilde bozan ölümcül bir hastalık olduğu için hastalara yönelik bütüncül, kapsamlı yaklaşımların geliştirilmesi ve hastaların yaşam kalitelerini artırıcı girişimlerin ortaya konması gerekmektedir. Hastalığın son aşamasının, malnütrisyonun ve KOAH alevlenmesinin engellenmesi için; sigarayı bırakma, egzersiz yapma, eşlik eden rahatsızlıkları ilaç-dışı müdahalelerle tedavi edilmesinin pozitif etkili olduğu çoğu çalışmada gösterilmiştir.<sup>5</sup> KOAH; özellikle orta ve ağır evrelerinde hastaların nefes almasını büyük ölçüde sınırlandırır. Hastalar, çok az bir eforla bile nefes darlığı çeker ve inhaler tedavi alması gerekir. Daha ağır durumlarda oksijen tüpüne bağımlı olarak yaşarlar. Bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmakta ağır evrelerde ise genellikle bir yardımcıya ihtiyaç duymaktadırlar. Tüm bunların sonucunda hastalığın şiddetine ve hastanın yaş, ek kronik hastalık, ekonomik durum ve çevresel etken maruziyetine de bağlı olarak hastaların sosyal iletişimleri kısıtlanmakta ve sosyal ilişkileri zayıflamaktadır.<sup>6-8</sup>

Fonksiyonel kayıplar hastayı fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan da ciddi şekilde etkilemektedir.<sup>9</sup> Hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına, anksiyete, depresyon görülme sıklığının ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır.<sup>10,11</sup> KOAH'lı hastalarca algılanan aile ve arkadaş desteğinde önemli değişimler olmakta, sosyal ağdaki birey

sayısı azalmakta ve hastalara sosyal destek daha çok aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır.<sup>12</sup>

Sosyal destek, güç durumdaki ya da stres altındaki bireye eş, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir.<sup>13,14</sup>

Çalışmada KOAH hastalarında hastalığın şiddetine göre sosyal ilişkilerinin incelenerek, KOAH olmayanlara göre sosyal anlamda iletişimine yönelik aile ve çevre desteğinin etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

### Materyal ve Metot

Çalışmamız gözlemsel, analitik ve prospektif yöntemlerle; Mayıs–Eylül 2015 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerine başvuranlara anket uygulanması ile yürütüldü (Anket çalışması öncesinde S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 24.06.2015 tarih 0598 toplantı no ve 5043 numaralı onay alındı).

En az altı aydır KOAH tedavisi alan, 40-80 yaş arası iletişim kurabilen, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip ve çalışmaya katılmaya istekli hastalar ile herhangi bir solunum sistemi hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çocuk sayısı, aylık gelir düzeyi, gelir algısı ve sağlık güvencesi gibi sosyodemografik bilgilerin yanında madde kullanımı, sigara ve/veya alkol tüketimi, kronik hastalıklar gibi bilgilerin de olduğu genel demografik bilgiler soruldu. Katılımcılardan KOAH tanısı konulan hastalara biomass maruziyeti (yaşayan ya da yakın zamanda yaşamış canlılardan elde edilen fosilleşmemiş tüm biyolojik malzemenin ev içinde yakılması ile oluşan kirli havaya maruz kalma), ilaçlarının düzenli kullanımı, kontrollere düzenli gidilmesi, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve evde oksijen tüpü veya nebulizatör varlığı gibi sorular soruldu.

Hastaların KOAH tanısı ve evreleri GOLD 2015'e göre yapıldı (Tablo 1).

En az altı aydır KOAH tedavisi alan, 40-80 yaş arası hastalara V max encore 229 C/ Carefusion-Yorba Linda, CA 92887 USA cihazında, oturur pozisyonda solunum fonksiyon testi (SFT) üç kez yapıldı. Elde edilen değerlerin en iyisi alındı. FVC (zorlu vital kapasite), FEV<sub>1</sub> (1. saniye zorlu ekspirasyon volümü), FEV<sub>1</sub>/FVC ve PEF değerlerine bakıldı.

Hava akım kısıtlaması varlığı bronkodilatör sonrası FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,70 şeklinde tanımlandı. Yaşlılarda yanlışlıkla olduğundan daha fazla KOAH tanısı konulmasını önlemek için bu oran yaşla ilişkili normal değerlerle karşılaştırıldı (GOLD 2015).

Daha sonra hastalara 18 sorudan oluşan "Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS)" uygulandı. LSNS ilk olarak Dr. James Lubben tarafından 1988'de geliştirilmiş olup katılımcının sosyal ilişkisinin kalitesini, yakınlık ve sıklığını ölçer.<sup>15</sup> LSNS; 5-10 dakikada cevaplanabilen ve bireylerde sosyal desteğin algılanma düzeyini ölçerek sosyal

izolasyonu hesaplayan bir skaladır. 18 tutum cümlesinden ve her birisi altı soru içeren üç faktörden oluşur. Bu faktörler aile, komşu ve arkadaşlar hakkında sorular içerir. Her faktörün toplam skoru o'dan 5'e kadar puanlandırılarak değerlendirilir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 90 puandır ve puan yüksekliğiyle sosyal ilişki düzeyi doğru orantılıdır.<sup>16</sup>

**Tablo 1.** KOAH'ın spirometrik sınıflaması

Evre I: Hafif	FEV <sub>1</sub> /FVC <0,70 FEV <sub>1</sub> ≥%80 (beklenenin)
Evre II: Orta	FEV <sub>1</sub> /FVC <0,70 %50 ≤FEV <sub>1</sub> <%80 (beklenenin)
Evre III: Ağır	FEV <sub>1</sub> /FVC <0,70 %30 ≤FEV <sub>1</sub> <%50 (beklenenin)
Evre IV: Çok ağır	FEV <sub>1</sub> /FVC <0,70 FEV <sub>1</sub> <%30 (beklenenin) ya da FEV <sub>1</sub> <%50 (beklenenin) ve kronik solunum yetmezliği

Veriler, SPSS istatistik paket programı 16.00 versiyonu ile değerlendirildi. Öncelikle faktör skorlarının genel ortalaması ile ölçeklerin total skoru hesaplandı. Hasta ve kontrol grubunun genel özellikleri yaş gruplarına göre dağılımı gibi özellikler deskriptif tipte analizlerle [sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma (s.s)] belirlendi. Analitik analizlerde, faktörlerin birbirleri üzerine etkileri Faktöryel Anova testi ile analiz edildi. Bir sonraki aşamada ise ikili bağımsız grup karşılaştırmaları Mann Whitney-U gruplar testi ile yapıldı. 'p' değeri 0.05'ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Bulgular

Çalışmaya 40-80 yaş arası 350 (%58,33) erkek ve 250 (%41,67) kadın olmak üzere toplam 600 kişi alındı. Çalışmaya katılan kişiler KOAH tanısı olan 303 (%50,50) ve KOAH tanısı olmayan (kontrol grubu) 297 (%49,50) kişi olarak 2 gruba ayrıldı. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. KOAH tanısı olan grupta 190 (%62,71) erkek ve 113 (%37,29) kadın, kontrol grubunda 160 (%53,87) erkek ve 137 (%46,13) kadın bulunmaktaydı. KOAH grubunda ortalama yaş 59,09 ± 8,77, kontrol grubunda 52,04 ± 8,74 idi.

Katılımcıların alışkanlıkları, kronik hastalıkları ve Lubben ortalama puanları Tablo 3'te verildi. Gruplara göre Lubben ortalamaları karşılaştırıldığında KOAH grubunda genel olarak Lubben test skorlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu gözlemlendi. KOAH grubunda Lubben aile ortalaması 14,05±6,52, komşu ortalaması 13,92±6,39 ve arkadaş ortalaması 13,80±6,44 idi. Kontrol grubunda bu değerler sırası ile 18,35±6,04, 14,67±6,65 ve 17,14±5,97 idi. Komşu ortalamaları arasındaki fark daha az olmakla birlikte aile ve arkadaş ortalamaları kontrol grubunda belirgin olarak yüksek bulundu.

**Tablo 2.** Çalışmaya katılanların demografik özellikleri

Parametre	KOAH		KONTROL		GENEL	
	Sayı	Ort±SS/%	Sayı	Ort±SS/%	Sayı	Ort±SS/%
<b>Yaş</b>	303	59,09 ± 8,77	297	52,04 ± 8,74	600	55,60 ± 9,43
<b>Gelir düzeyi</b>						
Kötü	78	25,74	58	19,53	136	22,67
Orta	186	61,39	152	51,18	338	56,33
İyi	39	12,87	87	29,29	126	21,00
<b>Çocuk Sayısı</b>	303	3,40 ± 1,62	297	2,01 ± 1,23	600	2,72 ± 1,60
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	190	62,71	160	53,87	350	58,33
Kadın	113	37,29	137	46,13	250	41,67
<b>Meslek</b>						
Memur	37	12,50	76	27,94	113	19,89
Emekli	68	22,97	32	11,76	100	17,61
Ev hanımı	106	35,81	51	18,75	157	27,64
Serbest	42	14,19	29	10,66	71	12,50
İşçi	41	13,85	33	12,13	74	13,03
Sağlıkçı	2	0,68	21	7,72	23	4,05
Diğer	0	0,00	30	11,03	30	5,28
<b>Medeni durum</b>						
Bekar	15	4,95	29	9,76	44	7,33
Evli	214	70,63	243	81,82	457	76,17
Dul	74	24,42	25	8,42	99	16,50
<b>Gelir algısı</b>						
Geliri fazla	35	11,55	87	29,29	122	20,33
Eşit	48	15,84	117	39,39	165	27,50
Gider fazla	220	72,61	93	31,31	313	52,17

KOAH'lı kadınlarda biomass maruziyeti erkeklerden daha fazla saptandı. Biomass maruziyeti olan kadın sayısı 40 (%35,40) iken, erkek sayısı 20 (%10,53) idi. Cinsiyete göre KOAH şiddetine bakılacak olursa kadınlarda hafif şiddet 37 (%32,74) orta şiddet 39 (%34,51) ağır şiddet 37 (%32,74) iken erkeklerde bu rakamlar 64 (%33,68), 72 (%37,89) ve 54 (%28,42) olarak tespit edildi.

KOAH hastalarında hastalık süresi ortalama 19,77 yıldır. Bu rakam 113 kadın hastada ortalama 17,99 yıl iken 190 erkek hastada 20,83 yıl idi. Buna göre çalışma grubundaki erkeklerin hastalıklı süresinin daha uzun olduğu saptandı.

Cinsiyete göre KOAH'lılarda Lubben skorlarına bakacak olursak kadınlarda aile skoru ortalama 14,19, komşu skoru 14,06 ve arkadaş skoru ortalama 13,98 idi.

Erkeklerde aile skoru ortalama 13,97, komşu skoru 13,83 ve arkadaş skoru ortalama 13,70 olarak tespit edildi. Cinsiyetle arkadaş skoru neredeyse aynı olup değişmemekte; aile ve komşu skorları kadınlarda daha yüksek bulundu.

**Tablo 3.** Çalışma gruplarının genel özellikleri

Parametre	KOAH		KONTROL		GENEL	
	Sayı	Ort±SS%	Sayı	Ort±SS/%	Sayı	Ort±SS/%
<b>Alkol kullanımı</b>						
Yok	182	60,07	225	75,76	407	67,83
Var	121	39,93	72	24,24	193	32,17
<b>Sigara</b>						
Yok	44	14,52	161	54,21	205	34,17
Kullanıyor	115	37,95	89	29,97	204	34,00
Bırakmış	144	47,52	47	15,82	191	31,83
<b>Madde kullanımı</b>						
Yok	294	97,03	296	99,66	590	98,33
Var	9	2,97	1	0,34	10	1,67
<b>Ek kronik hastalık</b>						
Yok	159	52,48	154	51,85	313	52,17
Var	144	47,52	143	48,15	287	47,83
<b>Lubben ortalama</b>						
Aile	303	14,05±6,52	297	18,35± 6,04	600	16,18± 6,64
Komşu	303	13,92±6,39	297	14,67 ±6,65	600	14,29± 6,53
Arkadaş	303	13,80±6,44	297	17,14 ±5,97	600	15,46± 6,43

Genel olarak 303 KOAH hastasında spirometrik veriler değerlendirildiğinde; FEV<sub>1</sub> (L) 1,39±0,59, FEV<sub>1</sub> %50,92±16,42, FVC (L) 1,96±0,78, FVC %57,25±16,66, FEV<sub>1</sub>/FVC (L) 0,70±0,13 FEV<sub>1</sub>/FVC %90,94±18,63 PEF (L/min) 218,99±99,68, PEF %50,91±19,82 olarak tespit edildi.

Lubben aile skoru üzerine diğer faktörlerin muhtemel etkilerini görmek için multifaktöryel analizlerden Faktöriyel Anova testi uygulandı (Tablo 4). Lubben Aile skorları üzerine “KOAH tanısı olması”, “Madde kullanma” ve “Ek Kronik Hastalık Olması” faktörlerinin etkili oldukları görüldü.

KOAH grubu ile kontrol grubunun Lubben Aile skor ortalamaları bağımsız gruplarda Student’s t testi ile karşılaştırıldı. KOAH grubunun skorları (n=303) kontrol grubunun skorlarından (n=297) daha düşük olduğu gözlemlendi (14,05±6,52, 18,35±6,04; p<0,001).

Madde kullananlar ile madde kullanmayanların Lubben Aile skor ortalamaları bağımsız gruplar testi ile karşılaştırıldı. Madde kullananların skorlarının (n=10) madde kullanmayanların skorlarından (n=590) daha düşük olduğu gözlemlendi (9,50±5,46, 16,30±6,60; p=0,001).

Ek kronik hastalığı olanlar ile olmayanların Lubben Aile skor ortalamaları bağımsız gruplar testi ile karşılaştırıldı. Ek kronik hastalığı olanların skorları (n=287) olmayanların skorlarından (n=313) daha düşüktü ( $15,26 \pm 6,86$ ,  $17,02 \pm 6,32$ ;  $p=0,001$ ).

**Tablo 4.** Lubben aile skoru üzerine diğer faktörlerin etkileri  
(Bağımlı değişken: Lubben Aile)

Kaynak	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Model	161005,66	12	13417,13	348,89	<0,001	0,877
KOAH	1198,46	1	1198,46	31,16	<0,001	0,050
Cinsiyet	20,77	1	20,77	0,54	0,463	0,001
Medeni durum	92,22	2	46,11	1,19	0,302	0,004
Tütün kullanma	168,21	2	84,10	2,18	0,113	0,007
Alkol kullanma	16,93	1	16,93	0,44	0,507	0,001
Madde Kullanma	204,77	1	204,77	5,32	0,021	0,009
Ek kronik Hast	368,28	1	368,28	9,57	0,002	0,016
Yaş	16,22	1	16,22	0,42	0,516	0,001
Çocuk sayısı	62,59	1	62,59	1,62	0,203	0,003
Toplam	183618,00	600				

a R Squared=0,877 (Adjusted R Squared=0,874)

Lubben komşu skoru üzerine diğer faktörlerin muhtemel etkilerini görmek için multifaktöryel analizlerden Faktöriyel ANOVA testi uygulandı (Tablo 5). Lubben Komşu skorları üzerine “Ek kronik hastalık olması” faktörünün etkili olduğu görüldü.

Ek kronik hastalığı olanlar ile olmayanların Lubben Komşu skor ortalamaları bağımsız gruplar testi ile karşılaştırıldı. Ek kronik hastalığı olanların skorları (n=287) olmayanların skorlarından (n=313) daha düşük olduğu gözlemlendi ( $13,26 \pm 6,22$ ,  $15,22 \pm 6,68$ ;  $p<0,001$ ).

Lubben arkadaş skoru üzerine diğer faktörlerin muhtemel etkilerini görmek için multifaktöryel analizlerden Faktöriyel ANOVA testi uygulandı (Tablo 6). Lubben Arkadaş skorları üzerine “KOAH tanısı olması”, “Madde kullanma” ve “Ek Kronik Hastalık Olması” faktörlerinin etkili oldukları görüldü.

**Tablo 5.** Lubben komşu skoru üzerine diğer faktörlerin etkileri

(Bağımlı değişken: Lubben Komşu)

Kaynak	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Model	123480,56	12	10290,04	248,14	<0.001	0,835
KOAH	55,48	1	55,48	1,33	0,248	0,002
Cinsiyet	92,65	1	92,65	2,23	0,136	0,004
Medeni durum	36,93	2	18,46	0,44	0,641	0,002
Tütün kullanma	111,86	2	55,93	1,34	0,260	0,005
Alkol kullanma	31,51	1	31,51	0,76	0,384	0,001
Madde kullanma	114,45	1	114,45	2,76	0,097	0,005
Ek kronik hast	560,20	1	560,20	13,50	<0.001	0,022
Yaş	6,97	1	6,97	0,16	0,682	0,000
Çocuk sayısı	13,42	1	13,42	0,32	0,570	0,001
Toplam	147822,00	599				

a R Squared=0,835 (Adjusted R Squared=0,832)

KOAH grubu ile kontrol grubunun Lubben Arkadaş skor ortalamaları bağımsız gruplarda Student's t testi ile karşılaştırıldı. KOAH grubunun skorlarının (n=303) kontrol grubunkilerden (n=297) daha düşük olduğu gözlemlendi ( $13,80 \pm 6,44$ ,  $17,14 \pm 5,97$ ;  $p < 0,001$ ).

Madde kullananlar ile madde kullanmayanların Lubben Arkadaş skor ortalamaları bağımsız gruplar testi ile karşılaştırıldı. Madde kullananların skorları (n=10) madde kullanmayanların skorlarından (n=590) daha düşük olduğu gözlemlendi ( $9,90 \pm 6,69$ ,  $15,55 \pm 6,39$ ;  $p = 0,006$ ).

Ek kronik hastalığı olanlar ile olmayanların Lubben Aile skor ortalamaları bağımsız gruplar testi ile karşılaştırıldı. Ek kronik hastalığı olanların skorlarının (n=287) olmayanların skorlarından (n=313) daha düşük olduğu gözlemlendi ( $14,23 \pm 6,37$ ,  $16,58 \pm 6,29$ ;  $p < 0,001$ ).

One-way Anova analizinde Lubben skorları arasında şiddet grupları arasındaki karşılaştırmada Aile ve Komşu skorları; hafif ve ağır şiddet ile orta ve ağır şiddet arasında anlamlı iken hafif ve orta şiddet arasında anlamsız olarak bulundu (P:1-3 < 0,001, p:2-3 < 0,001, p:1-2 ns).



**Tablo 6.** Lubben arkadaş skoru üzerine diğer faktörlerin etkileri

(Bağımlı değişken: Lubben Arkadaş)

Kaynak	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
<b>Model</b>	146315,95 (a)	12	12192,99	327,34	<0,001	0,870
<b>KOAH</b>	625,91	1	625,91	16,80	<0,001	0,028
<b>Cinsiyet</b>	59,44	1	59,44	1,59	0,207	0,003
<b>Medeni durum</b>	11,92	2	5,96	0,16	0,852	0,001
<b>Tütün kullanma</b>	79,13	2	39,56	1,06	0,346	0,004
<b>Alkol kullanma</b>	2,04	1	2,04	0,05	0,815	0,000
<b>Madde kullanma</b>	181,10	1	181,10	4,86	0,028	0,008
<b>Ek kronik hast</b>	613,32	1	613,32	16,46	<0,001	0,027
<b>Yaş</b>	4,54	1	4,54	0,12	0,727	0,000
<b>Çocuk sayısı</b>	57,67	1	57,67	1,54	0,214	0,003
<b>Toplam</b>	168218,00	600				

a R Squared=0,870 (Adjusted R Squared=0,867)

Arkadaş skorunda ise tüm şiddetler arasındaki karşılaştırma anlamlı olarak saptandı (p:1-3<0,001, p:2-3<0,001, p:1-2=0,034) (Tablo 7).

**Tablo 7.** KOAH şiddeti ile Lubben skorları arasındaki ilişki

KOAH		Lubben Aile		Lubben Komşu		Lubben Arkadaş	
Şiddet	Sayı	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Hafif (1)	101	16,38	6,28	16,22	6,29	16,26	6,17
Orta (2)	111	14,60	5,83	14,33	5,86	14,22	5,86
Ağır (3)	91	10,81	6,32	10,85	5,97	10,56	6,11

### Tartışma

Çalışmada KOAH hastası olmanın sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilediği görüldü. Bu etkileme özellikle sosyal ilişkilerin aile ve arkadaş skorları üzerine idi. KOAH hastalarında sosyal ilişkiler konusunda daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlamamakla birlikte birçok çalışmada KOAH'ın yaşam kalitesini etkilediği ortaya konulmuştur.<sup>17</sup> Sosyal destek KOAH'lı hastaların fonksiyonel kapasiteleri üzerinde dolaylı etkili faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir.<sup>18</sup>

Bir çalışmada sosyal destek algılamasının KOAH hastalarında hem aile hem de arkadaş desteğinin azaldığı, en belirgin değişimin algılanan arkadaş desteğinin azalması yönünde olduğu ortaya konmuş ve KOAH hastalarının bakımında sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır. Sosyal destek için en etkili kaynak aile üyeleri ve akrabalar olmakla birlikte yeterli bir sosyal destek algısı için hem aile hem de arkadaş desteğine ihtiyaç vardır. Çok sayıda ve birbirine yakından bağlı kişilerden oluşan arkadaşlık ağının yalnızlık duygusunu azalttığı, doyum verici arkadaşlık ilişkilerinin kurulabilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir.<sup>19</sup>

Bu çalışmada sosyal desteğin bir başka boyutu ele alınarak KOAH hastalarının sosyal ilişki ağının değişik kategorilerindeki durumu ortaya kondu. KOAH hastalarındaki sosyal ilişki azalması, sosyal desteğin de azalmasını ve sonuçta hastalığın takip ve yönetimini zorlaştırabilir. Bu sebeple KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin desteklenmesi ve artırılmasına yönelik rehberlik çalışmalarına daha fazla ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Bu desteği artırıcı daha başka faaliyetlere ve bakım çalışmalarına da ihtiyaç vardır.

Araştırmada KOAH şiddeti ile sosyal ağ skorları arasında ilişki gözlemlendi. KOAH hastalığının şiddeti arttıkça sosyal ilişki skorlarının da kademeli olarak azaldığı görüldü. Bu bulgu, KOAH hastalarında yapılacak çalışmaları planlarken KOAH şiddetinin de göz önünde bulundurulması gereğini ortaya koymaktadır. Şiddet arttıkça sosyal ilişkiler yönünden risk de artmaktadır. Bu sebeple erken dönemden itibaren KOAH hastalarına gerekli desteğin verilmesi, ileri dönemdeki hastalara da özellikle özen gösterilmesi yerinde olacaktır.

Çalışmada, ek kronik hastalığı olması, test skorlarını olumsuz yönde etkilemekte idi. Kronik hastalıklar tek başına dahi olsa sosyal yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken birden fazla hastalığa sahip olma durumu daha fazla etkileyip tüm ilişkileri azaltmaktadır. Buna bağlı olarak da hastaların ihtiyaç duyduğu bakım ve destek doğru orantılı olarak artmaktadır.

Araştırma grubunda en sık olan ek kronik hastalıkların başında hipertansiyon, diyabet, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar gelirken beraberinde depresyon görülmesi de anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Depresyon hastanın meslek, aile ve sosyal ilişkilerinde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini bozmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta ve hastanın yeniden hastaneye yatma riskini artırmaktadır. Tıbbi hastalıklarla depresyonun bir arada bulunması, tıbbi durumun belirtileri kadar depresyonun tanınmasında da güçlüklerle yol açmaktadır.<sup>20</sup>

Madde kullanımı olmasının grupları sosyal açıdan olumsuz yönde etkilediği çalışmada ortaya konmuş olmakla beraber madde kullanımı ile ilgili sorumuza cevap verilirken grupların çekingen davranarak sağlıklı cevaplar vermemesi açısından sınırlılık olabileceği düşünülmektedir.

Aile hekimliği çalışma disiplini olarak, hastalarını biyopsikososyal yapılarıyla bütün olarak değerlendirmeleri ve gerektiğinde farklı disiplinler ve uzmanlık alanlarıyla irtibatlı olup danışabilme olanaklarına sahip olması bakımından KOAH'ın etkin yönetimine olanak sağlamaktadır. Hastaların uzun süren ve ilerleyici vasıfta seyreden bu hastalıkla yaşaması süresince gerekli olan sosyal destek ve danışmanlık

hizmetinin verilmesinin aile hekimlerinin görev tanımı çerçevesinde yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlar. Yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanır. Bu kavram içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi, kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler, alışkanlıklar yer almaktadır. Bunlar arasında sosyal ilişkiler önemli sıradadır.

Çalışmada, KOAH hastalarının sosyal ilişkilerinde problemler tespit edildi. KOAH hastalarının sosyal ilişki skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük idi. Aynı zamanda hastalığın şiddeti arttıkça skorların da belirgin oranda düştüğü görüldü. Hastalık özellikle aile ve arkadaş skorlarında düşüşe sebep olmaktadır. Beraberinde madde kullanımının olması ve ek kronik hastalığa sahip olmak da ayrıca skorları düşüren diğer faktörlerdi.

Bu nedenle, KOAH hastalığının takibinde ve yönetiminde gözetmemiz gereken diğer hususların yanı sıra hastaların sosyal ilişki durumunun da ele alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Hastaların tanı aldığı andan itibaren özenle takip edilmesi ve sosyal ilişkilerini düzenleyici biyopsikososyal ve rehberlik çalışmalarının planlanmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Bu konuda hastaya, ailesine ve çevresine düzenli eğitimler verilmesi, gerektiğinde onlarla işbirliği içerisinde başka programlar yaparak hastaları sosyalleştirmeye yönelik aktiviteler planlanması uygun olacaktır.

Ayrıca geç tanı almış, ileri evre KOAH tanısı olan, yaşlı ve ek kronik hastalıklara sahip hastalara özen gösterilip en kısa sürede ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun yaklaşımla hastaya sosyal destek sağlanması gerekmektedir.

Çalışmada kısıtlılık olarak; kontrol grubu olarak kullanılan kişilerin rastgele seçilmesi sebebi ile homojenizasyon tam sağlanamamış olabilir. Kontrol grubunda KOAH sorgulanmasına rağmen SFT yapılmamış olması tanı almamış olan KOAH hastalarını çalışmaya dahil etmiş olabilir.

Tüm bunlar ışığında özetle; KOAH hastalarının takibi sırasında sosyal ilişkilerinin de değerlendirilmesi zaman içinde ilerleyen hastalıkla yaşamasında kendilerine eğitimler verilmesi ve sosyal destek sağlayarak yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Pauwels RA. National and international guidelines for COPD: the need for evidence. Chest 2000;117(2 suppl):20-2.
2. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Dergisi 2000;(ek 1):1-25.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report; 2006. [http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD\\_WR\\_o6.pdf](http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_o6.pdf) (Erişim tarihi: 03.03.2017).
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [www.goldcopd.org/gold-reports/](http://www.goldcopd.org/gold-reports/) (Erişim tarihi: 5.10.2017).
5. Cahit Ö. KOAH'lı hastada yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2014;5(3):93-7.

6. Atasever A, Erdiñ E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003;51(4):446-55.
7. No authors listed. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines Panel. *Chest* 1997;113:63-96.
8. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998;2:44-52.
9. Spruit MA, Troosters T, Trappenburg JC, et al. Exercise training during rehabilitation of patients with COPD: a current perspective. *Patient Educ Couns* 2004;52:243-8.
10. Xiaolian J, Chaiwan S, Panuthai S, et al. Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nurs Health Sci* 2002;4:41-9.
11. Coultas DB, Edwards D, Barnett B, Wludyka P. Predictors of depressive symptoms in patients with COPD and health impact. *COPD* 2007;4:23-8.
12. Alamo Martell MC, Artilec Ruano MC, Santiago Navaao P et al. Functional social support perceived by patients in a program of home care in rural and urban settings. *Aten Primaria* 1999;24:26-31.
13. Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs* 1999;29:1520-6.
14. Sarason IG, Sarason BR, Potter E, Antoni MH. Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine* 1985;47:156-61.
15. Lubben, JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health* 1988;11(3):42-52.
16. Canbal M, Sencan I, Sahin A, Kunt S, Cavuş U.Y, Tekin O. Effects of depression and life factors on social network score in elderly people in Çankaya, Ankara. *Turk J Med Sci* 2012;42(4):725-31.
17. Van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, et al. Added value of co-morbidity in predicting health-related quality of life in COPD patients. *Respir Med* 2001;95:496-504.
18. Graydon JE, Ross E. Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. *Research Nurs Health* 1995;18:525-33.
19. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Turk Toraks Dergisi* 2009;10:63-8.
20. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(3):209-16.