

Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma*

Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease from the Perspective of Patients: A Phenomenological Study

Hatice TEL AYDIN**, Fatma TOK YILDIZ***, Şerife KARAGÖZOĞLU**, Dilek ÖZDEN****

İletişim/Correspondence: Hatice TEL AYDIN Adres/Adress: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ SİVAS Tel: 0346 219 10 10/ 1776 E-mail: haticetel@yahoo.com

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, KOAH'lı bireylerin hastalıklarıyla ilgili yaşam deneyimlerini ve KOAH'la yaşamının anlamını hastaların bakış açısıyla ortaya koymak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Fenomonolojik nitelikteki araştırma, 15 Mayıs–15 Temmuz 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Göğüs Hastalıkları servisinde KOAH tanısı ile yatan 14 hasta ile yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı. Veriler tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile elde edildi.

Bulgular: Hastaların tümü KOAH nedeni ile yaşamlarının olumsuz etkilendiğini, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık yaşadıklarını ve sınırlılık yaşamalarına neden olan en önemli semptomun solunum sıkıntısı olduğunu bildirmiştir. Hastaların büyük bir kısmı KOAH'la yaşamayı “çok zor, ölmekten beter bir durum” şeklinde açıklamıştır. Hastaların tamamı hastalık nedeniyle bağımlılık düzeylerinin arttığını, kendilerine saygılarının ve güvenlerinin azaldığını ifade etmiştir. On iki hasta KOAH nedeni ile çeşitli sosyal kayıplar yaşadıklarını, iki hasta ise hastalık sürecinde ailelerinden daha fazla destek aldığını belirtmiştir.

Sonuç: KOAH, hastaların yaşamlarının her alanında önemli sınırlılıklar ve duygusal değişiklikler yaşamalarına neden olmaktadır. Kronik hastalıkla yaşamının anlamını hasta bakış açısıyla inceleyen çalışmanın sonuçları hastaların KOAH'dan nasıl etkilendiklerini belirlemeye ve bireye özgü hemşirelik bakım yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı vermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KOAH'lı hasta, yaşam deneyimi, fenomenolojik araştırma.

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine the disease-related life experiences of individuals with COPD and to clarify the meaning of living with COPD from perspective of patients.

Method: This phenomenological study was conducted with 14 hospitalized patients with a diagnosis of COPD in Department of Chest Diseases in a university hospital between May 15 2009 and July 15 2009. Written consent was obtained from patients who participated in the study. Data was obtained by identifying information form and semi-structured interview technique.

Results: All patients reported that their lives are affected negatively because of COPD, they experience limitation activities of daily living and the cause of the most important symptom of experiencing limitation is the dyspnea. The majority of patients expressed that living with COPD in the form of “too difficult to bear, worse than dying”. All of the patients expressed that levels of dependency increased and self-esteem and self-confidence reduced due to illness. Twelve patients reported that they experienced various social losses because of COPD, while two patients reported that they received more support from their families in the process of the disease.

Conclusion: COPD caused to experience significant limitations and emotional changes in all areas of patients' lives. The results of the studies examining the meaning of living with chronic illness from patient perspective are important in terms of giving contribution to the development of specific to individual nursing care approaches.

Key Words: Chronic obstructive pulmonary disease, patient with COPD, life experiences, fenomenologic research.

* 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (30 Eylül- 4 Ekim 2009, Antalya), ** Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, *** Arş. Gör. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ****Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 21.03.2011

Yazının basım için kabul tarihi: 27.08.2012

GİRİŞ

Solunum sisteminin kronik hastalıkları bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliklerle birlikte ölüm oranında artışa da neden olmaktadır (Erdoğan, Polatlı ve Kocabaş 2010; Kaufman 2007; WHO 2009). En yaygın görülen kronik solunum sistemi hastalığı kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (WHO 2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) yavaş seyirli, ilerleyici ve tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ancak önlenebilir ve tedavi edilebilir bir kronik hastalıktır (Erdoğan ve ark 2010; Kaufman 2007). KOAH dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup yaklaşık 210 milyon kişiyi etkilemekte ve yıllık 3 milyon ölüme neden olmaktadır (WHO 2009). Sağlık Bakanlığının 2004 yılında yayınladığı “Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında; KOAH’ın ülkemizde 3. ölüm nedeni olduğu, KOAH nedeni ile 2010 yılında beklenen ölüm sayısının 40 bin olacağı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2004). 2030 yılında dünyada ölüm nedenleri arasında KOAH’ın 3. sırada olacağını tahmin edilmektedir (WHO 2009).

KOAH’ta ortaya çıkan fizyopatolojik süreçler sonunda solunum aktivitesi önemli derecede bozulmakta, dispne, yorgunluk, uykusuzluk nedeni ile bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sınırlılıklar yaşamaktadır (Katz ve ark. 2005; Tel ve Akdemir 1998; Williams, Bruton, Ellis-Hill ve McPherson 2007). Dispne, KOAH hastalarının deneyimledikleri en önemli semptomdur (Nicolson ve Anderson 2003; Williams ve ark. 2007). Barnett (2005)’in KOAH’lı hastalarla yaptığı fenomenolojik çalışmada hastalar, solunum sıkıntısını anksiyete, panik ve korkuya neden olan, kendilerine en çok rahatsızlık yaşatan semptom olarak tanımlamışlar, solunum sıkıntısı nedeni ile hissettikleri engellenme ve yorgunluğu sosyal aktivitelerini azaltan bir durum olarak ifade etmişlerdir. KOAH’ta yaşanan solunum sıkıntısının hem hastalar hem bakım vericiler tarafından çok stresli, korku yaratan ve başedilmesi çok zor bir yakınma olarak algılandığı belirlenmiştir (Gysles ve Higginson 2008). Seamark, Blake ve Seamark (2004), KOAH’lı

hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin aşamalı olarak azaldığını ve sosyal izolasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aktivitelerdeki kısıtlılıklar hastalarda ciddi şekilde izolasyona neden olmakta (Williams ve ark. 2007), yaşanan sosyal izolasyon hastaların ilişkilerini engellemekte ve bundan dolayı hasta çevresinden çevresi de hastadan uzaklaşmaktadır (Ek ve Ternstedt 2008). KOAH nedeniyle hastaların aile dinamikleri etkilenmekte, sosyal izolasyon ve bağımlılık düzeyi artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Hasson ve ark. 2008), KOAH’lı hastaların yıl içinde tekrarlı olarak acil klinikte veya hastanede yatarak tedavi almak durumunda kalmaları da aile dinamiklerinin etkilenmesine ve hastalığın ekonomik yükünün artmasına yol açmaktadır (Seemungal, Donaldson, Bhowmik, Jeffries ve Wedzicha 2000; Strassels, Smith, Sullivan ve Mahajan 2001). Hastanın ve ailenin yaşamını çok yönlü ve ciddi şekilde etkileyen bir hastalık olan KOAH’da hastalık sürecinin etkileri bireysel farklılıklar göstermekte, bazı hastalar hastalıkla yaşamaya uyum sağlayabilirken bazı hastalar ciddi etkilenimler yaşamaktadır (Kelly ve Lynes 2008).

Hemşirelik mesleğinde uygulama alanında yaşananların tanımlanması ve insan deneyimlerinin belirlenmesine duyulan gereksinim nitel araştırmaya yönelimi sağlamıştır. İnsan davranışını konu edinen araştırmalarda süreci dikkate alan bir yaklaşımla süreç içinde davranışların nasıl biçimlendiğini incelemek önem kazanmıştır (Nelson 2008). Fenomenolojik yaklaşım, hastaların hastalıkla yaşama deneyimlerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntemle, hasta hastalıkla yaşamayı nasıl görmektedir, hastalıktan nasıl etkilenmektedir, hastalıkla baş etme stratejileri nelerdir sorularına cevap aranmaktadır (Barnett 2005). Bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen, önemli bir kronik hastalık olmasına karşın, KOAH’ın hastaların yaşamını nasıl etkilediğini hastaların bakış açısıyla inceleyen çalışmaların ülkemizde sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu çalışma, KOAH’la yaşamının anlamını hasta bakış açısıyla ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma örneklemini 15 Mayıs–15 Temmuz 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Göğüs Hastalıkları servisinde KOAH tanısı ile yatan, 18 yaş üzeri, herhangi bir iletişim engeli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 14 KOAH'lı hasta oluşturmuştur. Çalışma için etik kurul izni alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı ve süreç hakkında açıklama yapılmıştır. Hastalara, görüşme sırasında sağlık durumlarındaki herhangi bir değişikliğin ve görüşme ile ilgili isteklerinin (görüşmeye ara verilmesi, teyp kaydının durdurulması, görüşmenin sonlandırılması gibi) dikkate alınacağı, hasta isimlerinin ve elde edilen verilerin gizliliğinin sağlanacağı açıklanmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır. Görüşmeler araştırmanın yapıldığı serviste belirlenmiş olan bir görüşme odasında yapılmıştır. Her bir görüşme ortalama 30–40 dakika sürmüştür.

Araştırma verileri Heidegger'in fenomenolojik yaklaşımı (Heidegger 1988) temel alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile sosyo-demografik ve hastalık süreciyle ilişkili hasta özelliklerini (hastalık süresi, son bir yılda hastaneye yatma deneyimi ve sayısı, solunum fonksiyon testi sonuçları gibi) tanımlamayı amaçlayan sorulardan oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Yazılı onam veren hastalarla ilk gün tanışılarak anket formu uygulanmış, ertesi gün yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel görüşme yapılmıştır. Çalışmada tüm hastalarla görüşmeyi aynı araştırmacı yapmış ve görüşmede; “Sizce KOAH hastası olmak/ KOAH'la yaşamak nasıl bir şey?”, “Hastalığınızın günlük hayatınıza ne gibi etkileri var”, “Solunum sıkıntısı yaşamak sizi nasıl etkiliyor” şeklinde olmak üzere üç açık uçlu soru kullanılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve görüşme sonunda kayıt cihazındaki verilerin yazılı dökümü yapılmıştır.

Hastaların bakış açısıyla KOAH'la yaşamamanın anlamını araştırmaya odaklanan çalışmalar incelendiğin-

de; araştırmacıların hastalıktan etkilenme durumunu altı başlık altında ele alarak değerlendirdikleri saptanmıştır (Barnett 2005; Clancy, Hallet ve Caress 2009). İlgili literatür bilgileri dikkate alınarak çalışmada hasta ifadeleri; (i) hastalık şiddet ve semptomlarının algılanması, (ii) fonksiyonel yetenekler, (iii) KOAH'la başetmede emosyonel durum, (iv) kaderci yaklaşım, (v) suçluluk hissetme, (vi) sosyal kayıplar olmak üzere altı başlık altında analiz edilmiştir. Hastaların demografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin değerlendirilmesinde SPSS 14.0 paket programı kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelerde elde edilen verilerin iki araştırmacı tarafından yazılı dökümleri yapılmış, ifadeler literatürde belirtilen altı ana başlığa uygun olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya yedi kadın ve yedi erkek olmak üzere toplam 14 KOAH'lı hasta alınmıştır. Hastaların yaşları 43-79 arasında değişmekte olup yaş ortanca değeri 67 yıldır. Katılımcılardan 10 tanesi evlidir ve tüm hastalar aile bireyleri ile birlikte yaşamaktadır. Kadınların tamamı ev hanımı, erkeklerin dördü serbest meslek sahibi olup, altı hasta okur-yazar değildir.

Çalışmaya katılan hastaların KOAH'a ait tanıtıcı bilgileri incelendiğinde; hastalık sürelerinin ortalama 11.85, ortancasının 6.0 yıl olduğu, (min: 11, max: 30), hepsinin son bir yılda en az bir kez hastaneye yattıkları, hastane yatış sayılarının yılda ortalama 2.35 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastalara ait FEV₁ değeri ortalamasının 0,95 litre, The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) sınıflamasına göre hastaların tamamının ileri ve çok ileri evre KOAH tablosuna sahip olduğu belirlenmiştir (GOLD 2009).

KOAH'lı hastalar hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerdeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeni ile zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Ek ve Ternstedt 2008; Thompson, Mcfarland, Hirsch ve Tucker 2002).

1. Hastalık Şiddet ve Semptomlarının Algılanması

Çalışmaya katılan hastalar tarafından ifade edilen görüş ve açıklamalar kronik bir solunum sistemi hastalığı ile yaşamının nasıl olduğu, hastalığın belirtileri ve bu belirtilerin şiddetiyle ilgili konularda yoğunlaşmaktadır. Hastaların büyük bir kısmı KOAH'la yaşamayı "Çok zor, ölmekten beter bir durum" şeklinde açıklamıştır.

1. Katılımcı; "Çok kötü bir hastalık. Nefes darlığı yaşamak başka hiçbir şeye benzemez."

2. Katılımcı; "Nefes alamadığım zaman kendimi yorgun, bitkin, yetersiz hissediyorum. Hayatım tamamen bitiyor."

5. Katılımcı; "Ölümden beter. Yaşamasam bundan daha iyi, bu derdi çeken bilir çekmeyen anlayamaz."

14. Katılımcı; "Bu hastalıkla yaşamak çok zor."

1. Katılımcı; "Daralınca gözlerim yukarı dikiliyor. Hava alıyorum (inhaler ilacını ifade ederek), geçerse geçecek, geçmez ise öleceğim. Ne yapalım çekmek-tense ölmek daha iyi!"

4. Katılımcı; "Solunum sıkıntısı yaşadığım zaman hiçbir şey aklıma gelmiyor, hiçbir şeyi görmüyorum. Kendi canımın derdine düşünüyorum."

11. Katılımcı; "Boğazım tıkanıyor, daralıyorum, öylece kalıyorum, hava sıkıyorum (inhaler ilacını ifade ederek), ölümü düşünüyorum."

2. Fonksiyonel Yetenekler

Hastalar, KOAH nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin çeşitli düzeylerde etkilendiğini ifade etmişlerdir.

1. Katılımcı; "Yol yürüyemiyorum, merdiven çıkamıyorum çocuklarım elimden tutuyor. Banyo yaparken zorlanıyorum. Alçak yattığım zaman uyuyamıyorum, her gece yastıkları sırtıma yığıyorum ancak böyle uyuyabiliyorum."

3. Katılımcı; "Dinlenmeden yokuş yukarı çıkamıyorum, nefesim daralıyor, kendimi balon gibi hissediyorum. Hastalığımın şiddeti arttığı zaman puslu görüyorum."

7. Katılımcı; "Birisini çalışırken görüyorum, yardım edeyim istiyorum, gücüm yetmiyor ister istemez psikolojim bozuluyor. Nefesim daralacak diye korktuğum için cinsel ilişkimiz de etkilendi."

8. Katılımcı; "İşlerimi kendi başıma yapamıyorum, yorganı bile üzerime alamıyorum. Tuvalete oksijenim takılı gidiyorum, uzun süre banyoda kalamıyorum."

9. Katılımcı; "Nefesim daralınca iştahım azalıyor, kulaklarım çınlıyor, başım çok ağrıyor. Gece sık sık uyanıyorum, oturarak (ortopne pozisyonunu göstererek) uyuyorum. Eşimden de uzaklaşıyorum."

10. Katılımcı; "Tuvalete gitmek, banyo yapmak, elbise giyinmek, yatakta yatmak, hızlı doğrulmak, sağa sola dönmek..... her şey sorun, nefesim tıkanıyor, kalıyorum."

13. Katılımcı; "Bazen uykumun arasında boğazım kapanıyor, nefesim kesiliyor, çırpınarak uyanıyorum. Sırt üstü hiç yatamıyorum, yan yatıyorum. Otururken uyuyorum, bazen de pat diye yana düşüyorum."

14. Katılımcı; "Nefesim daraldığı zaman yorgun oluyorum, güçsüzleşiyorum, olduğum yerde oturuyorum. Tencereyi bile elime alamıyorum."

3. KOAH'la Başetmede Emosyonel Durum

Katılımcılar, günlük yaşam aktivitelerine yerine getirememe, basit görevleri yapamama, aktif olamama, ekonomik sıkıntı, sosyal izolasyon ve destek kaynaklarının yetersizliğine bağlı stres ve stresle başetmede sorun yaşadıklarını bildirmiştir.

2. Katılımcı; "Bu hastalıktan dolayı işlerimi yapamadığım için kaygılanıyorum. Örneğin, kamyonum var iki senedir çalıştıramıyorum. Zaman zaman streslenip bağıriyorum. Bağırıldıktan sonra farkına varıyorum ama iş işten geçmiş oluyor."

6. Katılımcı; "Yalnız yaşıyorum. Kapımı kapatıp oturduğum zaman nefesim daralırsa diye korkuyorum. Komşularım yürüdüğünde, gezdiğinde onlara hevesleniyorum, imreniyorum ve sonrasında da ağlıyorum."

7. Katılımcı; "KOAH yüzünden işimi bıraktım, çocuklarımı okutamadım. Bir şeyle uğraştığımda gücüm yetmeyince kendimi yetersiz hissediyorum, strese giriyorum."

8. Katılımcı; "Hasta olunca hastaneye gitmeden düzelemiyorum, moralim bozuluyor, baş edemiyorum. Sinirleniyorum eşime bağıriyorum, kalbini kırıyorum. Bu hastalık nedeni ile çalışmadığım için maddi durumumun kötü olması da stres yaratıyor."

9. Katılımcı; “Bu hastalıktan dolayı umudumu kaybettim, iyi olacağımı düşünmüyorum.”

11. Katılımcı; “Huzursuzluk yaşıyorum, oturuyorum ağlıyorum. Benden daha yaşlılar işlerini yapıyor da ben neden yapamıyorum diye düşünüyorum.”

12. Katılımcı; “Nefesim daraldığı zaman Azrail geldi, öleceğim diye korkuyorum. Yürüyen küçücük çocuklara imreniyorum. Öksürünce balgam geliyor, kendimi kötü hissediyorum (çocukları ve torunlarının yanında), kalkıp çıkıyorum. Belki diğerleri tiksinebilir diye huzursuz oluyorum.”

4. Kaderci Yaklaşım

Katılımcılar KOAH’la yaşamaları ve gelecekleri ile ilgi olarak hissettikleri duyguları; “hastalığın ölene kadar onlarla olacağını, Allah’tan geldiğini kabul ettiklerini ve özellikle solunum sıkıntısı yaşadıkları anda ölümü düşündükleri” şeklinde ifade etmişlerdir.

3. Katılımcı; “Allah bilir diyorum, Allah ne verir ise ona razıyım.”

4. Katılımcı; “ Bu hastalık mezara kadar bizimle beraber, kurtuluş yok!”

6. Katılımcı; “Nefesim daraldığında ölümü yaşıyorum, artık vakit tamam diyorum.”

7. Katılımcı; “Bazı zamanlar şükrediyorum. Bazen de gücüm yetmiyor diye isyan ediyorum.”

9. Katılımcı “Solunum sıkıntısı yaşadığım zaman Allah’a ya beni iyi et ya da öldür diye dua ediyorum.”

11. Katılımcı; “Nefesim daraldığında, karnıma bir bıçak saplayıp öleyim istiyorum! yoruldu artık.”

13. Katılımcı; “Allah’tan geleni mecbur çekeceğiz. ”

5. Suçluluk Hissetme

Katılımcıların bir kısmı KOAH’ın neden geliştiğini anlamaya çalışmış ve yaşam biçimi, sigara içme davranışları ve çalışma koşullarının hastalıklarının ortaya çıkmasını ve ilerlemesini etkilediğini ifade etmişlerdir.

3. Katılımcı; “Bu hastalığa sebep olan en önemli şey sigara.”

4. Katılımcı; “Sigarayı bırakalı altı yıl oldu, keşke daha önce bıraksaydım. Çocuklarıma da sigarayı bırakmalarını söylüyorum. Sigara lanet bir şey.”

9. Katılımcı; “Neden hasta oldum diye isyan ediyorum. Gece gündüz çalışmasaydım, canımın kıymetini bilseydim diyorum.”

6. Sosyal Kayıplar

Katılımcıların çoğu KOAH’ın sosyal yaşamlarını etkileyerek eşleri, çocukları ve yakın çevreleri ile etkileşimlerini bozduğunu ve çeşitli sosyal kayıplar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

1. Katılımcı; “Bu hastalıktan dolayı işlerimi yapamıyorum. Oğlumu evlendirdim, işlerimi gelin yapıyor.”

4. Katılımcı; “Bu hastalıkla birlikte aile ilişkilerim bozuldu. Yapmam gerekenleri yapamadığım için sıkıntı yaşıyorum.”

6. Katılımcı; “Yanımda eşim olsaydı solunum sıkıntısı yaşadığım an bana bir şey verirdi, kapımı açardı. Ondan kuvvet alabilirdim ama eşim öldü ve yalnızım.”

7. Katılımcı; “Evde ailen destek olmazsa bu hastalıkla yaşamayı başaramazsın. Destek yüzde yüz gerekli.”

Bu deneyimlerden farklı olarak iki katılımcı hastalık süresince ailelerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

13. Katılımcı; “Ailem, çocuklarım çok destek olurlar. Hiçbir olumsuzluk yaşamıyorum.”

14. Katılımcı; “Eşim ve çocuklarım destek oluyor, her şeyimi yapıyorlar. Hiçbir sorunum yok.”

TARTIŞMA

Bu çalışmada KOAH’lı hastaların ifadeleri hastalık şiddet ve semptomların algılanması, fonksiyonel yetenekler, KOAH’la başetmede emosyonel durum, kaderci yaklaşım, suçluluk hissetme ve sosyal kayıplar başlığı altında değerlendirilmiştir. Katılımcıların KOAH hastalığının semptomlarına yönelik olarak yaptıkları tanımlar daha çok solunum sıkıntısının yaşamlarına yaptığı olumsuz etkilere ve o anda yaşadıkları duygulara yöneliktir. Solunum sıkıntısı, KOAH’lı hastaların yoğun korku yaşamasına, yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin ortaya çıkmasına, bağımlılık durumunun artmasına, yoğun anksiyete ve depresyona yol açmaktadır (Jones 2007; Katz ve ark. 2005; Tel ve Akdemir 1998).

Fonksiyonel yetenek düzeyinin KOAH semptomlarının özellikle de solunum sıkıntısının şiddetine göre değiştiği belirlenmiştir (Barnett 2005; Ek ve Ternesedt 2008). Barnett (2005)’in çalışmasında katılımcılar

solunum sıkıntısı yaşadıkları anı, dayanılmaz ve korkutucu olarak ifade etmiştir. Bu çalışmada da bir hasta solunum sıkıntısı yaşadığı anda ölecek gibi olduğunu, korktuğunu belirtmiştir. Solunum sıkıntısı KOAH'lı hastalar için en fazla korku, panik ve anksiyeteye neden olan semptomdur (Barnett 2005; Shackell, Jones, Harding, Pearse ve Campbell 2007). Ek ve Ternestedt (2008) yürürken solunum sıkıntısı oluşan KOAH'lı bir hastanın çaresizlik yaşadığını ve ağlayacak duruma geldiğini ifade ettiğini bildirmiştir. Pinnock ve ark. (2011) çalışmasında katılımcılar semptomların şiddetini normal yaşamda kesintiye neden olan temel faktör olarak belirtmişlerdir. Daha önceki araştırma sonuçlarına benzer şekilde bu çalışmada katılımcıların çoğu, aktivite ile solunum sıkıntısı yaşadıklarını ve bu durumdan dolayı kendilerini kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir.

KOAH'lı hastalar günlük yaşam aktivitelerini aşamalı olarak azaltmakta ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Seamark ve ark. (2004)'nin çalışmasında katılımcılardan biri hastalığından dolayı öleceğini düşündüğünü ve hastalığın uyku sorunu yaşamasına neden olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada da bazı katılımcılar bu hastalıktan kurtulmanın mümkün olmadığını, iyileşme umudunun olmadığını, hastalığın sonunun ölüm olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Oksel, Gündüzöglü ve Fadiloğlu (2008)'nin yapmış olduğu çalışmada, hastalar bağımlılık düzeylerinin arttığını, bunun sonucunda da bireyselliklerinin kalmadığını ve aile içi rol kaybı yaşadıklarını; solunum sıkıntısının yorgunluğa, sosyal aktivite kaybına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ek ve Ternestedt (2008)'in çalışmasında bir katılımcı sosyal izolasyonu, yalnızlık olarak tanımlamış ve dışarı gitmediği için kendini suçlamış, diğer sağlıklı insanları gördüğünde kendisini yetersiz ve başarısız hissettiğini belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların tamamı hastalık nedeni ile bağımlılık düzeylerinin arttığını, bu durumun onlarda korku, kaygı, yetersizlik duygusu ve gerginlik yarattığını ifade etmiştir. On iki hasta KOAH nedeni ile çeşitli sosyal kayıplar yaşadıklarını, iki hasta ise hastalık sürecinde ailelerinden daha fazla destek aldıklarını belirtmişlerdir. Clancy ve ark.

(2009)'nın çalışmasında erkek katılımcılardan bazıları işlerini devam ettiremediklerini ve erken emekli olmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada katılımcılardan biri hastalık nedeni ile çalışmadığını, bunun sonucunda da maddi sıkıntı ve stres yaşadığını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcılar hastalığın oluşmasını sigara kullanımı ve çalışma koşulları ile ilişkilendiren görüşler ifade etmişlerdir. KOAH'lı hastaların sosyal destek gereksinimleri artmaktadır (Aras ve Tel 2009). Çalışmada katılımcıların tamamı sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların bu hastalıktan kurtulmanın mümkün olmadığı ve hastalığın Allah'tan geldiği, kendilerinin yapabilecekleri bir şey olmadığı yönündeki kaderci yaklaşımı gösteren ifadeleri de değerlendirildiğinde hastalıkla başetmede sosyal desteğin önemi daha iyi görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, KOAH'ın hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumlarında ve duygusal durumlarında değişiklikler yaşamalarına neden olduğu ve hastaların günlük yaşamda sınırlılık yaşamalarına neden olan en önemli semptomun solunum sıkıntısı olduğu belirlenmiştir. Hastalar; solunum sıkıntısı ile birlikte günlük yaşam aktivitelerini, rol ve sorumluluklarını yerine getiremediklerini, hastalık semptomlarıyla başedememeye bağlı olarak kaygı, korku ve yetersizlik duyguları yaşadıklarını ve sosyal aktivitelerinin azaldığını ifade etmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH'lı hastalara hastalıkla başetme durumlarını destekleyen holistik ve bireye özgü hemşirelik bakımı sunulabilmesi için bireylerin hastalık sürecinden nasıl etkilendiğinin, hastalıkla ilgili yaşam deneyimlerinin ve başetme davranışlarının değerlendirilmesi,
- Kronik hastalıklarda hastanın fiziksel sağlık sorunlarının değerlendirilmesi kadar hastalıkla yaşamın anlamı ve bireyin hastalık sürecinden nasıl etkilendiğinin de değerlendirilmesine önem verilmesi,
- KOAH'lı bireyler tarafından en sık deneyimledikleri, aktivitelerinde kısıtlılığın nedeni olan ve emosyonel olarak onları zorlayan semptom olarak

dispne ifade edildiğinden hasta öğretiminde dispne öncelikli olmak üzere semptom yönetimine önem verilmesi,

- Kronik hastalıklarda hasta bakımı ve hastalık yönetimi stratejilerinin geliştirilmesinde nitel çalışma sonuçlarının daha etkin kullanılması önerilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular daha önce yapılmış araştırma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü nitel araştırma desenine uygundur. Ancak, örneklem evreni temsil etmediğinden sonuçlar KOAH hastalarının tamamına genellenemez.

KAYNAKLAR

Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2): 63-68.

Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs*, 14(7): 805-12.

Clancy, C., Hallet, C., Caress, A. (2009). The meaning of living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 1(1): 78- 86.

Ek, K., Ternstedt, B. M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: A phenomenological study. *J Adv Nurs*, 62(4): 470- 478.

Erdinç, E. ve ark. (2010). Türk Toraks Derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 11(Ek1): 5-11.

GOLD criteria for COPD. <http://www.webmd.com/lung/copd/gold-criteria-for-copd> (2009).

Gysels, M., Higginson, J. I. (2008). Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: The invisibility of breathlessness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(5): 451- 459.

Hasson, F. ve ark. (2008). I can not get a breath: Experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11): 527- 531.

Heidegger, M. (1988). The basic problems of phenomenology, translation, introduction and lexicon, http://books.google.com/books/about/Thebasic_problems_of_phenomenology.html (03.06.2009).

Jones, W. P. (2007). Activity limitation and quality of life COPD. *Journal of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3): 273- 278.

Katz, P. P. ve ark. (2005). Functioning and psychological status among individuals with COPD. *Qual Life Res*, 14(8): 1835-1843.

Kaufman, S. J. (2007). Nursing management obstructive pulmonary diseases, Lewis ve ark. (Ed.). *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 7. baskı, Mosby-Elsevier, 607- 663.

Kelly, C., Lynes, D. (2008). Psychological effects of chronic lung disease. *Nurs Times*, 104: 47, 82-85.

Nelson, A. M. (2008). Addressing the threat of evidence-based practice to qualitative inquiry through increasing attention to quality: A discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 45(2): 316 -322.

Nicolson, P., Anderson, P. (2003). Quality of life distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis. *Br J Health Psychol*, 8(3): 251- 270.

Oksel, E., Gündüzoğlu, N. Ç., Fadiloğlu, Ç. (2008). KOAH'lı hastaların yaşam deneyimleri: Fenomenolojik yaklaşım, 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 15- 19 Ekim 2008, Antalya, 340.

Pinnock, H. ve ark. (2011). Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: Multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*, 24: 342.

Sağlık Bakanlığı (2004). Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yükü Final Raporu, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf> (20.02. 2008).

Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perception of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(7): 619- 625.

Seemungal, T. A., Donaldson, G. C., Bhowmik, A., Jeffries, D. J., Wedzicha, J. A. (2000). Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 161(5): 1608-13.

Shackell, B. S., Jones, R. C., Harding, G., Pearse, S., Campbell, J. (2007). 'Am I going to see the next morning?' A qualitative study of patients' perspectives of sleep in COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, 16(6): 378-383.

Strassels, S. A., Smith, D. H., Sullivan, S. D., Mahajan, P. S. (2001). The costs of treating COPD in the United States. *Chest*, 119(2): 344-52.

Tel, H., Akdemir, N. (1998). KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretimini ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 44- 52.

Thompson, M. J., McFarland K. G., Hirsch E. J., Tucker M. S. (2002). *Mosby's Clinical Nursing*. 5. baskı, Mosby- Year Book, St Louis, 145- 152.

Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C., McPherson, K. (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chron Respir Dis*, 4(2): 77-85.

World Health Organization (WHO) (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, Geneva, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/; 2009. Fact Sheet no. 315. (28.03.2009).