



**KOAH VE DİYABETES MELLİTUS HASTALIĞINA
SAHİP BİREYLERİN BAKIM BAĞIMLILIKLARININ
YAŞAM DOYUMLARININ VE MUTLULUK
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Kadir KOÇ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOAH VE DİYABETES MELLİTUS HASTALIĞINA
SAHİP BİREYLERİN BAKIM BAĞIMLILIKLARININ,
YAŞAM DOYUMLARININ VE MUTLULUK
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Kadir KOÇ

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR**

**ERZURUM
2020**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**KOAH VE DİYABETES MELLİTUS HASTALIĞINA SAHİP
BİREYLERİN BAKIM BAĞIMLILIKLARININ, YAŞAM
DOYUMLARININ VE MUTLULUK DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Kadir KOÇ

Tez Savunma Tarihi : 24.01.2020

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Meltem ŞİRİN GÖK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN
(Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2020**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıklar.....	4
2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7
2.1.2. Diyabetes Mellitus	9
2.2. Hemşirelik ve Bakım Kavramı	11
2.3. Bakım Bağımlılığı.....	13
2.4. Yaşam Doyumu	14
2.5. Mutluluk.....	16
3. MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5)	18
3.4.2. Medical Research Council Dispne Skalası (EK-6).....	18
3.4.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (EK-7).....	19
3.4.4. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK-8)	19

3.4.5. Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu (OMÖ-K) (EK-9)	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	20
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	20
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	22
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKÇA.....	46
EKLER	59
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	59
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	60
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	61
EK-4. KURUM İZİNLERİ	62
EK-5 TANITICI BİLGİ FORMU	63
EK-6. MRC DİSPNE SKALASI.....	64
EK-7. BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ	65
EK-8. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ	66
EK-9. OXFORD MUTLULUK ÖLÇEĞİ – KISA FORM	67

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanması, yürütülmesi aşamalarında görüş ve önerilerini aldığım, zorlandığım zaman geri bildirimleri ile motivasyonumu arttırıp bana güç veren ve desteğini her zaman hissettiren danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR'a, yüksek lisans öğrenimim boyunca ders aldığım hocalarıma,

Eğitim hayatım boyunca benden sevgilerini, dualarını ve imkânlarını bir an olsun esirgemeyen; anneme, babama ve kardeşime, yüksek lisans eğitimime başladığımda, çalışıyor olduğum Erzurum - Karayazı İlçe Devlet Hastanesindeki mesai arkadaşlarıma, şu anda çalıştığım Erzurum BEAH Anestezi Yoğun Bakım Kliniğindeki çalışma arkadaşlarıma ve çalışmaya katılan hastalarımı teşekkürlerimi sunarım.

Kadir KOÇ

ÖZET

KOAH ve Diyabetes Mellitus Hastalığına Sahip Bireylerin Bakım Bağımlılıklarının, Yaşam Doyumlarının ve Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması

Amaç: Bu araştırma KOAH'lı ve DM'li bireylerin bakım bağımlılıklarını, yaşam doyumlarını ve mutluluk düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmaya Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Endokrinoloji Kliniğinde KOAH ve DM tanısı alan 200 hasta alınmıştır. Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Bağımlılığı Ölçeği”, “Medical Research Council Dispne Skalası”, “Yaşam Doyumu Ölçeği” ve “Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik hesaplamalar, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C, pearson korelasyon analizi ve Cronbach α kat sayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastalar Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden 71.06 ± 14.65 , Yaşam Doyumu Ölçeğinden 19.52 ± 5.80 ve Oxford Mutluluk Ölçeğinden 22.65 ± 4.01 ortalama puan almışlardır. Çalışmada KOAH'lı hastalar ile DM'li hastaların Bakım Bağımlılığı, Yaşam Doyumu ve Oxford Mutluluk Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların bakım bağımlılığı, yaşam doyum ve mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmada KOAH hastalarının DM hastalarına göre bakım bağımlılıklarının daha yüksek, yaşam doyum ve mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım bağımlılığı, DM, hemşirelik, KOAH, kronik hastalık, mutluluk, yaşam doyum

ABSTRACT

Comparison of Level of Care Dependency, Life Satisfaction and Happiness Levels of Individuals with COPD and Diabetes Mellitus

Objective: This study was conducted to compare the level of care dependency, life satisfaction and happiness in individuals with COPD and DM.

Materials and Methods: The present study is a descriptive type research. The study was conducted with 200 patients diagnosed with COPD and DM in the Chest Diseases and Endocrinology Clinic of Atatürk University Research Hospital. The study data were collected using "Introductory Information Form", "Care Dependency Scale", "Medical Research Council Dyspnea Scale", "Life Satisfaction Scale" and "Oxford Happiness Questionnaire-Short Form". In the analysis of the data, percentile calculations, independent samples t-test, one-way analysis of variance, LSD in case of homogeneous variance and Dunnett C in case of non-homogeneous variance, Pearson correlation analysis and Cronbach's coefficient was used.

Results: The patients included in the study received an average score of 71.06 ± 14.65 on the Care Dependency Scale, 19.52 ± 5.80 on the Life Satisfaction Scale, and 22.65 ± 4.01 on the Oxford Happiness Questionnaire. In the study, there was a statistically significant difference between the patients with COPD and patients with DM in terms of Care Dependency Scale, Life Satisfaction Scale and Oxford Happiness Questionnaire score averages ($p < 0.05$). A statistically significant correlation was found between care dependence, life satisfaction and happiness levels of the patients ($p < 0.05$).

Conclusion: In the study, it was concluded that patients with COPD had higher care dependencies and lower life satisfaction and happiness levels than that of patients with DM.

Keywords: Care dependency, DM, nursing, COPD, chronic disease, happiness, life satisfaction.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAG	: Bozulmuş Açlık Glikozu
BBÖ	: Bakım Bağımlılığı Ölçeği
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: First Second Forced Expiratory Volume (Birinci Saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm)
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetersizliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRCS	: Medical Research Council Scale (İngiliz Medikal Araştırma Kurulu Skalası)
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği)
OMÖ-K	: Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans
YDÖ	: Yaşam Doyumu Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	21
Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	21
Tablo 4.1. Hastaların demografik ve hastalık özellikleri	23
Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların dağılımı.....	24
Tablo 4.3. Hastalık sınıfına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.4. Hastalık sınıfına göre bakım bağımlılığı ölçeği alt maddeleri puanlarının karşılaştırılması	25
Tablo 4.5. Demografik ve hastalık özelliklerine göre bakım bağımlılığı ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.6. Demografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.7. Demografik ve hastalık özelliklerine göre oxford mutluluk ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.8. Yaş ve aylık gelir ile bakım bağımlılığı, yaşam doyumu ve oxford mutluluk ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	31
Tablo 4.9. Bakım bağımlılığı, yaşam doyumu ve oxford mutluluk ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	32

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar tedavisi tam olmayan, süregelen ve ilerleyici hastalıklardır. Kronik hastalıklar iş gücü kaybına, sosyal ve ekonomik problemlere neden olmaktadır. Bu yönü ile kronik hastalıklar bireyleri ve toplumu yakından ilgilendirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemsenmesi ile hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de beklenen yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusunun artmasına neden olmuştur.^{1, 2} Kronik hastalıklar çoğu kez bireylerin günlük yaşamını güçleştirmekte, başkalarının bakımına gereksinimi artırmakta, yaşam kalitesini bozmakta ve mutsuzluğa yol açmaktadır.³ Kronik hastalıklar aynı zamanda önemli iş gücü kaybı ve tedavi maliyetleri ile önemli ekonomik yük nedenidir. Ülkemizde en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu, ölüme yol açan hastalıkların başında kalp, damar ve akciğer hastalıklarının geldiği, bu grup hastalıkları Diyabetes Mellitusun (DM) takip ettiği belirtilmiştir.^{1,4,5} Solunum kesintisiz ve etkili sürdürülmesi gereken en hayati fonksiyon olduğundan solunum sistemini etkileyen kronik hastalıklar bireylerde ciddi şekilde yetersizlik ve sınırlılık yaşatan, yaşam kalitesini bozan, mortalite artışına sebep olan önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklardan olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOAH) dünyada 65 milyon insanı etkilediği, ülkemizde 65 yaş üzerinde %11.6 oranında görüldüğü ve tüm ölümlerin %5.8'inden sorumlu olduğu bildirilmektedir.^{4,5} Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2019 yılında dünyada 463 milyon diyabetli birey olduğunu belirtmiş, ülkemizdeki veriler ise 65 yaş üzerindeki bireylerde DM oranının %30.3 olduğunu göstermiştir.^{4, 6} Kronik hastalığa sahip bireyler hastalık belirtileri ve ortaya çıkan yetersizlikler, tedavinin getirdiği sorunlar, işgücü kayıpları, geleceğe yönelik endişeler, ölüm anksiyetesi gibi sıkıntılarla karşı karşıyadır.¹ Bu nedenle kronik hastalıklara yaklaşımda fizyopatolojik süreçlerin düzeltilmesi için

etkili tedavinin yürütülmesi ve hastalığa bağlı olarak gelişen fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların azaltılmasına, bireyin kendi bakımını üstlenecek beceriyi kazanmasına, yaşam doyumunun ve yaşam kalitesinin artırılmasına, kısaca mutluluğuna yönelik desteğin sağlanması esastır. Tedavinin etkinliği ve söz konusu desteğin sağlanması multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir.

Hemşireler KOAH'lı ve DM'li hastaların bakımlarını üstlenen, hastalıklarına uyumları kolaylaştıran, hasta ve yakınlarının eğitiminden doğrudan sorumlu sağlık profesyonelleridir.^{7,8} KOAH ve DM bireyleri farklı düzeylerde etkileyen, çoğu kez tedavi ve bakımın evde sürdürülmesine karşın zaman zaman hastanede yatışı da gerektiren hastalıklardır. Hastaneye yatan hastalar bakım ve tedavi sürecinin getirdiği güçlüklerin yanı sıra fizyolojik, psikolojik, sosyal açıdan da etkilenirler. Bu etkilenme ise bireyin kendi bedeni üstündeki kontrolünün azalmasına ve farklı seviyelerde bağımlı duruma gelmesine sebep olabilir.⁷⁻¹² Kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler bireylerin gereksinimlerini bağımsız olarak karşılama yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastanede yatan hastaların bağımlılık durumlarının belirlenmesi bakımın yönetilmesinde ve hemşire insan gücü planlamasında yol gösterici olmaktadır.^{9,10,13} Hastaların bağımlılık-bağımsızlık durumlarının belirlenmesi, bireyselleşmiş hemşirelik bakımının planlanmasında da hemşireye önemli bilgiler sağlamaktadır.^{11, 13}

Bireylerin mutlu olabilmeleri için gereken temel unsurların başında yaşam doyumu gelmektedir. Bireylerin mutluluğu psikolojik ve öznel iyi oluş, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu gibi kavramlar çerçevesinde incelenmektedir.^{14, 15} Yaşam doyumu mutluluk kavramının bilişsel boyutunu oluşturmakta ve bireylerin kendi belirledikleri kriterler doğrultusunda yaşamlarına ilişkin olarak yaptıkları değerlendirmeleri içermektedir.¹⁵ Bireylerin yaşam doyumu mutluluk, yaşama yüklenen anlam, yaşama

pozitif bakabilme, bireyin kendisini her yönden iyi ve güvenlik içinde hissetmesi ve sosyal ilişkilerinden etkilenmektedir.¹⁴

Bu bağlamda temel felsefesi bireye yardım etme ve onu bağımsızlaştırma olan hemşirelerin bakım verdikleri KOAH ve DM hastalarının bağımlılık düzeylerini belirlemesi, hastalarının yaşam doyumlarını ve mutluluk düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri bilmesi, iş gücü planlamasını doğru yapması önemlidir.¹⁶ Bu çalışma farklı özelliklerle seyreden KOAH ve DM hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

KOAH'lı bireylerle DM'li bireyler arasında bakım bağımlılıkları, yaşam doyumları ve mutluluk düzeyleri açısından anlamlı bir fark var mıdır ?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, “doğal fizyolojik işlevlerde yavaş ve progresif bir sapmaya, geri dönüşü olmayan değişimlere sebebiyet veren, kişinin yaşamının uzunca bir evresinde görülen, devamlı tıbbi bakıma ve tedaviye gerek duyulan hastalıklardır”.¹⁷ Başka bir tanıma göre kronik hastalıklar; uzun süren, bulaşıcı özellikte olmayan, kendi kendine gerilemesi ve tamamen iyileşme göstermesi mümkün olmayan, fonksiyon bozukluğuna ve sakatlığa sebep olabilen hastalıklar olarak bilinmektedir.¹⁸ Çok yaygın kullanılan başka bir tanıma göre kronik hastalıklar “Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklardır” şeklinde tanımlanmıştır.¹⁹ Kronik hastalıklar sıklıkla orta yaşlarda başlar, hayat boyunca sürer. Kalıcı bozukluk bırakır. Kronik hastalığın meydana gelmesinde birden çok faktör vardır. Kişinin bu faktörlerle karşı karşıya kalma sayısı ve süresi hastalığın ortaya çıkmasında önem göstermektedir. Hastalığa sebep olan faktörle karşılaşmayla hastalığın meydana gelmesi arasındaki zaman çok olabilir. Hastalık boyunca farklı evreler yaşanabileceği için bu evrelerin birbirine göre farklılık gösteren fizyolojik, psikolojik, sosyal problemleri ve çözüm yolları vardır. Ara sıra iyileşme sürecine girmiş olsa da tekrarlar hastalığı daha da kötüleştirebilir. Kronik hastalıklar ailenin tamamını etkileyebilir. Kronik hastalıklarla mücadele çoğunlukla tıbbi sorunlar ile mücadeleyi gerekli kılar. Tedaviye uymak, bağlı kalmak ve direnmek hastalığın kontrol altına alınmasında önemlilik gösterir. Hastanın kendisi ve ailesi hastalık ile başa çıkmada primer sorumluluğa sahiptirler. Bu sorumluluk süreç ilerledikçe daha da artar. Kronik hastalıklarla baş etmek, işbirliği ister. Bununla beraber yaşayarak öğrenmeyi gerekli kılan bir süreçtir. Kronik hastalıklarla yaşamı sürdürmek;

hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenlik göstermesi anlamına gelmektedir. Hastaların hastane ve toplum bakımına ihtiyaı vardır. Tanı tedavi süreçleri ve rehabilitasyonlar açısından için maddi desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların sıklıkla ve uzun sürelerle hastaneye yatışları, bu yatışların beraberinde gelebilen nazokomiyal enfeksiyon riskleri sebebiyle ailenin ve ülkenin ekonomisine ciddi yük getirmektedir.^{20,21}

Kronik hastalıklar üretken yaş aralığını kapsayan 20–64 yaş grubundaki ölümlerin ciddi bir kısmını oluşturmakta ve bütün dünya ülkelerinde gittikçe artmaktadır.^{19, 22} Dnyadakine paralel şekilde ülkemizde de yaşlı nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak, hastalık yükü zamanla artmakta ve bu hastalıkların çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır.²³ Kronik hastalıklar bilinenin tersine ağırlıklı şekilde gelişmiş ülkelerin problemi olmaktan çıkmış ve kronik hastalıklardan kaynaklı ölümlerin %80’ninden çoğunun düşük ve orta gelire sahip ülkelerde olduğu ifade edilmektedir.²⁴ Mortalite ve morbidite istatistikleri gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklarda artış yaşandığını anlatmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve DM kaynaklı ölümlerde %80’in zeri, KOAH kaynaklı ölümlerde %90’ın üzeri, kanser sebepli ölümlerde %65’in üzeri gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Ayrıca kronik hastalıklar erken mortaliteye sebep olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalık kaynaklı ölümlerin oranı 60 yaş altında %29 olarak görülürken, gelişmiş ülkelerde %13 görülmektedir.²⁵ Ulusal araştırmalarda ülkemizde lme sebebiyet veren ilk 10 hastalıktan yedi tanesini kronik hastalıkların oluşturduğu ifade edilmektedir.²⁶ Kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, astım, diyabet ve kanser gibi başlıca kronik hastalıklar dünyada yaygın şekilde görülmektedir.²⁷ Aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet kronik hastalık kaynaklı ölümlerin en çok

görülenidir ve bütün ölümlerin yarısı diyabet kaynaklı ölümlerdir.²⁷ Diyabet hastası sayısının 2035 yılına kadar 471 milyona ulaşması beklenmektedir.²⁸

Kronik hastalık bireyin dengesini bozmaktadır. Bu durum bireyin geleceğe yönelik planlarına, günlük hayatının akışına ne kadar engel teşkil ediyorsa, o kadar ağır problemlere sebep olur. Kronik hastalıklara gerektiği kadar uyum gösterilmediğinde fizyolojik, sosyal ve psikolojik problemler gittikçe artar ve günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar baş gösterir. Hastanın sosyodemografik özellikleri, hastalığın süresi, hastanın sosyal hizmet olanakları ve alabileceği destek hizmetleri, aile, komşu, akraba, arkadaş gibi sosyal destek faktörleri, kronik hastalığa uyum sürecinde ve kronik hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlarda önemli etkileri olan özelliklerdir. Kronik hastalıklar, bireylerin hayatına direkt etkileriyle birlikte sebep olduğu iş gücü kaybı, beraberinde getirdiği sosyal ve ekonomik problemlerden dolayı toplumu da doğrudan etkilemekte ve ilgilendirmektedir.²⁹ Tüm dünyada kronik hastalıkların artması sebebiyle önem derecesi giderek yükselmektedir. Bulaşıcı hastalıklardaki azalmayla beraber, sağlık alanındaki gelişmeler, yaşam süresinin artması, yaşlı nüfusunun artış göstermesi, sanayileşme, kentleşme oranındaki hızlı artış gibi değişik etmenlerin kronik hastalık artışında etkisi bulunmaktadır.^{17,19,30} Ayrıca kronik hastalıkların süresinin uzun olmasından kaynaklı, hastalıklar az görülse de zamanla birikim gösteren hastalar sebebiyle kronik hastalığa sahip bireylerin sayısı artış göstermektedir.³⁰ Bütün bunlara hastalığın beraberinde diğer kronik hastalıkların prevalansını ve beklenen yaşam zamanının artmasını da ilave ettiğimizde, toplumda birden çok kronik hastalığa sahip olan ileri yaş nüfusta artış yaşanması beklenen bir durumdur.¹⁷ Ek olarak farklılaşan hayat şartları, farklı stresörler ve başka çevresel etmenlerin yaşanan bu durumda etkilerinin bulunduğu ifade edilmektedir. Kronik hastalıkların uzun sürmesi insanları bu hastalıklarla, toplumu ise bu bireylerle yaşamak durumunda bırakmaktadır. Bu bilgiden yola çıkarak ülkelerin

değişmekte olan sosyo-demografik özelliklerine ve sağlık işleyişine uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinin de değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.³⁰

Türkiye'deki kronik hastalık dağılımları incelendiğinde, 2013 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nın ortaya koyduğu Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması'nda; kardiyovasküler hastalıklar birinci sırayı alırken, ikinci sırada bel ve boyun ağrısı, üçüncü sırada KOAH, dördüncü sırada ise DM gelmektedir. Hastalık Yüğü Çalışması 2013 verilerine göre, 2000-2013 yılları karşılaştırmasında hastalık yükünde kardiyovasküler hastalıklar %12 azalmayla birinci sıradaki yerini korurken, KOAH %10 artış ile (2000 yılında 7. Sıradayken 2013 de 3. Sıra), DM ise %65 artış ile (2000 yılında 10. Sıradayken 2013 de 4. Sıra) ilk sıralara gelmiştir. KOAH ve DM sadece mortalite artışları ile değil kronik komplikasyonları ile de ciddi bir hastalık yükü getirmektedir.^{31,32}

2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH; tam olarak iyileşme göstermeyen, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile kendini belli eden bir hastalıktır. KOAH, zararlı gazlar ve partiküllere özellikle sigara dumanına karşı yüksek alevlenmelerle meydana gelen enflamatuvar bir sürecin sonunda ortaya çıkar. Enflamasyon sadece akciğerlerde sınırlı kalmayıp, sistemik etkiler de gösterebilmektedir. Eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler), hastalığın doğal seyrini etkiler.³³ KOAH “Tek bir hastalık olmayıp, akciğer hava akımı sınırlamalarına sebep olan kronik akciğer hastalıklarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir”.⁵ Solunum sistemi kronik hastalıkları, kişilerde günlük yaşamı etkileyecek boyutlarda yetersizliğe, sınırlılığa ve mortalitenin artmasına yol açan önemli bir hastalık grubu olarak görülmektedir. KOAH bu hastalıklar içerisinde en yaygındır. Bakım ve tedavi giderleri ile mortalite ve morbiditenin oranının fazla olması sebebiyle KOAH ülkemiz ve bir çok ülke için önem gösterilmesi gereken bir hastalıktır. KOAH, dünyada gittikçe artan bir

problem haline gelmektedir.³⁴ KOAH dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden olan, ciddi ölçüde ekonomik, sosyal yüke sebep olan ve sürekli artan bir hastalıktır.³³ KOAH en önemli ölüm ve sağlık eksikliği yaşatan hastalıklardan biridir. Hastalık başladıktan sonra tedavi edilmesi zor ve mali yükü oldukça fazladır. KOAH dünyada 200 milyondan fazla insanı etkileyen, geri dönüşümü mümkün olmayan hava akımı sınırlılığı ile kendini belli eden büyük bir akciğer hastalığıdır.³⁵

DSÖ verileri senede 3 milyona yakın kişinin bu hastalık sebebiyle öldüğünü göstermektedir. Aynı zamanda DSÖ 2030 yılında KOAH'ın dünya genelinde başlıca ölüm sebepleri arasında 3. sırayı alacağını belirtmektedir. Güncel araştırmalar dünya üzerinde KOAH'a yakalanan hastaların sadece %25-50 kadarına tanı koyulduğunu göstermektedir. Ülkemizde başlıca ölüm sebepleri içerisinde 3. sırada bulunan KOAH 40 yaşın üzeri yetişkin bireylerin %20'sinde görülür. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse toplumumuzda 40 yaşın üzeri her 5 kişiden birisi KOAH tanısına sahiptir. Hâlbuki her 10 KOAH hastası bireyden yalnızca bir tanesi hekime başvurmuş ve tanısı doğru konulabilmiştir. Buna göre ülkemizdeki yaklaşık 3-5 milyon KOAH'lı hastadan yalnızca 300-500 bin kadarı KOAH olduğunu bilmektedir.⁵ Dünya genelinde en çok karşılaşılan risk faktörü sigara kullanılmasıdır. Erkeklerde sigara kullanımının kadınlara oranla daha yaygın olduğu bilinmektedir.³⁶ KOAH ile sosyoekonomik statü arasında ters orantı görüldüğü ifade edilmiştir. Hava kirliliği, kalabalık ortam, kötü beslenme ve enfeksiyon KOAH'ı olumsuz etkileyen diğer faktörler arasında yer almaktadır.⁵ Ülkemizde, Malatya'da yapılan KOAH sıklığının çalışıldığı bir araştırmada; sigara kullanma sıklığının çok yüksek olduğu bulunmuştur.³⁷ Sigara kullanımı KOAH'ın en önemli sebebi olarak gösterilmiş ve KOAH vakalarının yaklaşık % 85-90'ından sorumlu tutulmuştur. Sigara kullanımından kaynaklı 2030 yılına kadar her sene 8 milyon insanın yaşamını yitireceği ve bu kayıpların düşük ve orta gelirli ülkelerde

olacağı öngörülmektedir.³⁸ Birbiriyle ilişkili olan yaşam doyumu ve mutluluğu bireylerin bakım bağımlılığından etkilenmektedir. KOAH'ın belirtileri ve yaşam kalitesine olan etkilerinden dolayı bireylerin bakım bağımlılığı artmakta ve yaşam doyumu ve mutluluğu azalabilmektedir.

2.1.2. Diyabetes Mellitus

Hastalıkların ciddiyet derecesi, özellikle hastalığın prevelansına ve mortaliteye neden olma oranına bakılarak belirlenmektedir. Bu bilgidan yola çıkılarak DM, evrensel bir sorun haline gelmiş olup ve uluslararası kronik hastalıklar raporunda en çok ortaya çıkan kronik hastalıklardan biridir. Önümüzdeki 20 yıl içinde tüm dünyada hızlıca artış gösteririp toplamda bir milyar insanın bu durumdan etkilenmesi beklenmektedir. Dünyada insidansı gittikçe artış gösteren DM dünyanın üstlenmek zorunda olduğu uluslararası bir külfet olup tüm dünyanın en önemli sağlık problemleri arasındandır.^{39, 40} DM pankreastaki beta hücrelerinin ürettiği insülin hormonunun tamamen ya da kısmen eksik olması veya periferik etkisizliği sonucunda meydana gelen, kronik hiperglisimi, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklar, artmış ateroskleroz ve kapillerler üzerindeki membran değişiklikleriyle kendini gösteren, mikrovasküler ve makrovasküler yan etkilerin meydana geldiği kronik seyreden metabolik ve endokrin bir hastalıktır. Aynı zamanda DM akut komplikasyonların önlemesi ve kronik komplikasyonların da azaltılması için uygulanan tıbbi bakım ve hastaların gereken öz bakımlarının eğitimi için sağlık harcamaları arasında yaklaşık %10 civarında bir paya sahip olan önemli bir kronik hastalıktır.³⁹

DSÖ'nün 2006 da kronik hastalıklarla ilgili yayınladığı raporunda DM tanısı en sık karşılaşılan kronik hastalıklarda ilk sırayı almıştır. Tip 2 diyabete sahip hastalarda yaşam süresi yaklaşık olarak on yıl daha aşağı gelmektedir. Tüm dünyada dördüncü ölüm sebebi olarak gösterilmektedir. Her sene DM kaynaklı 3 milyon kişi hayatını

kaybetmektedir.^{39,40} DSÖ'den sonra Birleşmiş Milletler de 20 Aralık 2006 yılında gerçekleştirdiği oturumunda kuruluşundan itibaren üçüncü kez, tüberküloz, AIDS gibi enfeksiyonel bir hastalık olmayan DM tanısını pandemi olarak kabul etmiş ve bununla ilgili uyarı kararı alıp “Küresel Farkındalık İçin Diyabet Çözümü Kampanyası”nı başlatmıştır. Birleşmiş Milletlerin verdiği bu karar bulaşıcı hastalıklar sınıfında yer almayan bir hastalık açısından pandemi anlamında alınmış ilk karardır. Kararda “Üye olan devletlerin, Milenyum Gelişme Hedefleri dahil önceden belirlenmiş uluslararası hedefleri göz önünde bulundurarak, diyabet tanısının önlenmesi, bakımı ve tedavisi için ulusal bir politika belirlemeleri için desteklenmesi gerektiği” ifade edilmektedir. Ayrıca bu oturumda 2007 itibariyle her yıl 14 Kasım tarihinin “Birleşmiş Milletler Dünya Diyabet Günü olarak belirlenmesi” kararlaştırılmıştır.⁴⁰ Tüm dünyada tanı alan diyabetli hastaların %90-95’ini tip 2 diyabet ve %5-10’unu tip 1 diyabet tipindeki hastalar oluşturuyor. Toplumun %5 ile %10’u gelişmiş ülkelerde tip 2 diyabetlidir.⁴¹ En fazla DM tanısına sahip olan bireyler 40-59 yaş aralığı olup, bu grup bütün DM tanısı almış bireylerin %46’sına karşılık gelmektedir.⁴² Gelişmiş ülkelerde son dönem böbrek yetmezliği, körlük ve travma dışı amputasyonların en önemli sebebi DM tanısıdır.⁴³ DM hastalığının, prediyabet dönemleri (Bozulmuş Açlık Glikozu (BAG) ve Bozulmuş Glikoz Toleransı (BGT)) dünyadaki bir numaralı ölüm sebebi olan koroner kalp hastalıklarının, obezitenin ve hipertansiyonun en başta gelen risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Avrupada körlük sebebi olarak yirmi yaş üstünde ilk sırada gelmektedir. Hemodiyaliz hastası olan her iki kişiden birinin DM tanısı da bulunmaktadır. Bu bağlamda DM tanısı günümüzde halk sağlığı problemleri arasında uluslararası boyutta en ciddi sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır.⁴² Dünyada gittikçe artış gösteren DM prevalans, yaş, ırk, cinsiyet, çevresel etkenler, genetik özellikler ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler sebebiyle toplumlar arasında değişikliklerle karşımıza

çıkılmaktadır. Tip 2 diyabet tanısı görülme sıklığı obeziteyle benzer bir biçimde artmaktadır.^{43,44} ABD’de obezite erkek hastalarda %30, kadın hastalarda %35 olarak karşımıza çıkmakta olup tüm vakaların %90’ından fazlasının da Tip 2 diyabet tanısına sahip olduğu ifade edilmektedir.⁴⁴ Sıklıkla kan glikoz değeri artmadan önce uzun süre hiperinsülinemi ve insülin direnci görülebilir.⁴⁵ Aynı durumda fazla kilo/obezite, lipid bozukluklar ve hipertansiyon Tip 2 diyabet tanısı ile birlikte bulunmaktadır.

Ülkemizde 2010 yılı içinde yapılan “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans” (TURDEP) Çalışması II istatistik verilerine bakıldığında Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7’ye ulaştığı görülmüş olup 1998’de yapılan TURDEP-I’e göre, TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de 12 yılda diyabet sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır.^{42,46} DM birçok organı etkileyip oluşturduğu semptomlarla hastanın bakım bağımlılığını attırmaktadır. Bakım bağımlılığı artan bireyin yaşam doyumu ve mutluluğu azalabilmektedir.

2.2. Hemşirelik ve Bakım Kavramı

“İnsanların temel gereksinimlerini karşılamaları, yeteneklerini geliştirerek sürdürmeleri, hayatta kalabilmeleri ve bağımsız olarak fonksiyon görebilmeleri için hemşirelerin doğrudan yaptıkları her uygulamaya” bakım denmektedir.⁴⁷ Türk Dil Kurumu Sözlüğü⁴⁸’nde bakımın tanımı; “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin, beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak” şeklinde yapılmıştır. Biyoetik Terimleri Sözlüğü⁴⁹’ne göreyse bakımın tanımı “başka bir kişiyle kurulan ilişkide ortaya çıkan bir duyuşsal tutum ve yaşanan moral bir duygu olan ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir. Hasta bakımı, hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ana uğraşısıdır” şeklinde yapılmıştır. Bakım, “insan doğasının biyolojik bir programı içerisinde insanın yaşama saygısı, kendini ve başkalarını sevmesinin

sonucu başkalarıyla kurduğu yardım edici bir ilişkidir.”⁵⁰ Bakımda, bir kişinin, başka birinin istek ve ihtiyaçlarına özen göstermesi söz konusudur.⁵¹ Başka bir tanıma göre bakım, “yararlı hizmet sunumu” şeklinde ifade edilip bu durum kişinin ahlakla ilişkili bir davranışı olarak yorumlanmıştır. Bu sebeble bakımın etik bir yükümlülük olduğu düşünülmektedir.⁵² Bu kavram, filozof ve psikologların bakış açılarına göre çeşitli şekillerde tanımlanmış ve yorumu yapılmıştır. Bu bakış açılarından biri ile bakıma; insanlarda üzüntüye yol açan, sıkıntı veren bir olgu gibi görülmesinin tersine, kişiyi Tanrı’nın seviyesine çıkaran bir olgu şeklinde bir açıklama getirilmiştir.⁵²

Hemşire bireylerin hastalara gereken bakımı sunabilmeleri için etik yükümlülükler anlamında özellikleri olmalıdır. Bu yaklaşıma göre etik iyi yaşamdır. Hemşire olarak iyi yaşamın amacı da acıyı dindirmektir. Bu bağlamda “Acı çekmek, iyi yaşam hedefinin tam köküne darbe indirmektedir ve acı çekmek hem özsaygıya hem de otonomiye zarar verir. Acı çekenin pasifliğinden dolayı bakım, etik açıdan asimetriktir.” şeklinde bakımın asimetrik bir ilişkiye sahip olduğunu vurgulamak konuya isabetli bir yaklaşım olacaktır.⁵³ Bakım verme ise “Bir birey/grubun durumunda iyileşme, düzelme ya da gelişme sağlamak amacıyla mevcut ya da olası gereksinimlerine yönelik yapılan yardım edici, destekleyici, kolaylaştırıcı eylemlerdir.” Bu eylem hemşirelik disiplinini başka mesleklerden ayıran onun özgün bir işlevidir.⁵⁴ Bakım, bakım alanlarla ilişkili verilere ulaşılması, bu verilerin ışığında bakımı alan kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaçlara göre planlamaların yapılması, bakımın uygulanması ve değerlendirmeyi kapsar. Bilimsel bir süreç yönüyle bakıldığında; bu süreci yönetecek profesyonel ekibin olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.⁵⁰ Hemşire, bakım verme rolünü hemşirelik süreci yöntemini kullanarak bilimsel bilgiler ışığında yerine getirir. Hemşirelik süreci; “Birey, aile ve toplumun verilerinin toplanması ve analiz edilmesi, hemşirelik tanılarının konulması (bakım gereksinimlerinin

belirlenmesi), kanıta dayalı bakımın planlanması, bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi ve sonucun değerlendirilmesini kapsayan beş basamaktan oluşan önemli bir süreçtir.” Bunun için hemşirelik süreci, bireylerin bakım ihtiyaçlarının karşılarken kullandığımız bilimsel problem çözme yöntemidir. Hemşire, bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılarken profesyonel bir şekilde bakım verir. Bu sebeple hemşirelik bakımı, mesleğe yönelik bilgi, beceri ve donanıma yönelik davranış istemektedir.^{55,56} Hemşirelerin “iyi” denilebilecek bir bakım vermeleri için belli özellikleri bulundurmaları gereklidir. Hemşire, bakım verirken, hastayla karşılıklı iletişim ve işbirliği içinde olmalıdır. Seçtiği bakım türüyle ilgili kararının sorumluluklarını almalıdır. Ayrıca hastanın faydasını gözetip savunucu konumda olmalıdır.⁵⁷

2.3. Bakım Bağımlılığı

Öz bakım uygulamaları, “yaşamın iyilik halinin sürdürülebilmesi için, bireyin gerçekleştirdiği etkinlikler” olarak tanımlanır. Hastalık, sakatlık ve gelişecek herhangi bir sağlıktan sapma durumunda, bireylerin öz bakım uygulamalarında yetersiz kalması, bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yardıma gereksinimi ortaya çıkarır.⁵⁸ Bu durum, sakatlığı bulunan/ bulunmayan hastalarla ilişkili olduğunda bağımlılık, bireyin çevresindeki kişilerin durum/ özellikle ilgili olumsuz değerlendirmelerini içerir. Bağımlılık terimi, ortak insan ilişkileri çerçevesinde ele alınır. Bakım bağımlılığı, profesyonel ve formal bakım gereksiniminin bir bütününe kapsar ve bakım ve bağımlılık, farklı gruplara atfedilen kavramlardır. Bakım, sağlık uygulayıcısı; bağımlılık, hastayla ilişkilidir.^{59,60} Bakım bağımlılığı, bireyin uzman desteğine gereksinim duyması, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme durumunda azalma ve bağımlılık düzeyine göre belli bir seviyede bakım talebinde bulunması olarak tanımlanmaktadır.⁵⁹ Bakım bağımlılığı, “bireylerin öz bakım gereksinimlerini

karşılayamaması durumunda bağımlı olma durumuna göre profesyonel düzeyde bakım desteğine ihtiyaç duyması” şeklinde de tanımlanmaktadır.^{10,59,61}

Bakım bağımlılığı sürecinde ana hedef, bireyin kendi bakımına katılımını sağlayarak bakım bağımlılığı durumunu en alt seviyeye düşürmektir.^{11,59} Bakım bağımlılığı yaşamın her evresinde, farklı nedenlerle (hastalık/sakatlık, sağlık durumunda olumsuz değişiklikler, maddi açıdan olumsuz etkilenmeler vb.) tüm bireylerde görülebilecek bir durumdur.⁶² Günlük yaşam aktivitelerine göre bakım bağımlılığı durumlarını belirlerken, bireylerin temel fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını ne derece karşılayabildiklerine bakılır.^{13,63} Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hastalarda bakım talebi artmakta ve bakım bağımlılığı gelişmektedir.⁶⁴ Bağımlılık, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda ve de bu ihtiyaçlarına cevap bulabildiği ölçüde değişkenlik gösterebilen ve hastaların buna göre bakım almak istedikleri bir durum olup hemşirelik bakım süreci de hasta bireylerin bağımlılık durumlarına ve hasta gereksinimlerine göre değişkenlik gösterir.^{13,63} Hastaların bakım bağımlılığı seviyesinin belirlenmesi, hemşirelik sürecinin planlanıp uygulamaya konduğunda hemşireye önemli bilgiler sağlar ve temel bir çerçeve oluşturur. Bütün bu sürecin sonucunda da bireylerin bakım ihtiyaçları yerine gelmiş olup hemşirelik bakımının kalitesinde de artış görülür.^{13,65} Bakım bağımlılık düzeylerinin saptanması, bağımlılık düzeyleri birbirlerine göre değişkenlik gösteren hastaların bakımının planlanması, bakımın yönetilmesi ve de bu hastalara yönelik hemşire insan gücünün belirlenmesinde son derece önemli bir etkidir.^{13,66}

2.4. Yaşam Doyumu

Tarih boyunca felsefeciler mutluluğu, insan eylemlerinin en yüksek ve tek motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir. Geçmişte mutluluk hakkında hem ampirik, hem de davranışsal çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğunluğunda subjektif iyi

oluşu yer verilmiş ve iyi oluş, yaşam doyumu ile eş anlamlı kullanılmıştır.⁶⁷ İnsanların yaşamlarında mutlu olabilmeleri ve yaşamlarının bir anlam kazanabilmesi için sahip olmaları gereken temel unsurların başında yaşam doyumu gelmektedir.¹⁵

Yaşam doyumu farklı şekillerde tanımlanabilir. Yaşam doyumu kişinin amaçlarına erişmedeki bilişsel değerlendirmelerin ürünüdür, daha da öte, genel olarak kişinin tüm yaşamını ve yaşamın tüm boyutlarını içerir.⁶⁸ Mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder.⁶⁹ Yaşam, bireyin sağlıklı ve hastalıklı olarak geçirdiği zamanı ifade eder. Doyum, “beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanması” olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam doyumu ise, “bir insanın beklentileriyle (ne istediği) ve elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur.” Yaşam doyumu kişinin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir.^{70,71} Yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti gibi anlamlarla da ifade edilebilen yaşam doyumu “öznel iyi olma, iyi oluş” gibi kavramalarla yakından alakalı olmakla birlikte genel anlamda “yaşamdan mutlu olmak, memnun olmak” şeklinde aktarılabilir.^{72,73} Yaşam doyumu, kişinin kendi hayatına bakış açısı şeklinde dikkate alınmakta ve yaşam doyumu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantılardaki doyum anlaşılmaktadır.⁶⁸ Dolayısıyla bireyin sadece işinden memnun olması hayatından memnun olduğu anlamına gelmez. İş memnuniyeti yaşam memnuniyetini arttırabilir ama onun yerine geçmez. Yaşam memnuniyetinin objesi yaşamın bütün alanlarıdır.⁷⁴ Bireyin yaşamındaki olumlu duyguların olumsuz duygulardan yüksek olması kişinin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir.^{72,73} Appleton ve Song yaşam doyumunun altı farklı bileşeni olduğunu ileri sürmektedir. Bu bileşenler; “kişinin gelir düzeyi, mesleği ve sosyal statüsü, sahip olduğu imkânlar ve sosyal hareketliliği, refah koşulları, mevcut devlet politikası ve çevre, aile ve sosyal ilişkiler” olarak sıralanabilir. Diener,

yaşam doyumunun kişinin mevcut yaşam şartları ve kişisel standartlarına göre değişebilecek dinamik bir yapısı olduğunu belirtmektedir.⁷²

Bireylerin yaşam doyumu birçok şeyden etkilenebilir. Yaşam doyumu, moral, mutluluk ve iyi olma hali ile yakından ilişkilidir.⁷¹ Yaşam içinde mutlu olmayı önemli derecede etkiler. Hatta bir bütün olarak yaşamın bütün kalitesinin, pozitif olarak ilerlemesini etkileyebilecek bir güce sahiptir.⁷⁴ Yaşam doyumuna ait yapılan tanımlamalar yaşam doyumunu üç bölümde inceler. Birinci bölümde; iyi oluş hali gibi dış bir ölçüte göre tanımlama yapılmıştır. İkinci bölümde; insanların yaşamlarını olumlu anlamda değerlendirmelerine neden olan etmenlere göre tanımlama yapılmıştır. Kendi yaşamını yargılamasına bağlı sahip olduğu duygu hali olarak ifade edilir. Üçüncü bölümde ise; bireyin günlük yaşamı değerlendirilerek günlük ilişkilerinde olumlu duygunun olumsuz duyguya baskın olması anlatılmak istenir.⁷¹ Mutlu kişi, belirli bir yaşam periyodunda daha çok hoş duygularla yaşayan kişidir.^{75,76}

Sonuç olarak; kronik hastalıklarda görülen hızlı artış, yaşam süresinde uzama beklentisinde olan toplumlarda yaşam doyumu kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur. Yaşam doyumu öznel bir değerlendirme olduğu kadar yaşam olaylarının tümüne yönelik değerlendirmeleri de kapsamaktadır. Örneğin sağlık, başarı ve iyi ilişkiler “iyi bir hayatı” tanımlayan bileşenleri oluşturmaktadır. Sağlık durumu iyi olan bireylerdeki yaşam doyumunun sağlıklı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir.⁷⁷

2.5. Mutluluk

Araştırmalarda mutluluğun ne olduğu, neden bazı insanların daha mutlu olduğu ve mutluluğu etkileyen değişkenlerin neler olduğu gibi sorulara cevap aranmaktadır.⁷⁸ Mutluluk kavramı farklı anlamlara sahip olduğu ve farklı bağlamlarda kullanıldığı için tanımlanması oldukça zor bir kavramdır. Genel ifadeyle mutluluk; bir kişinin genel

yaşamını pozitif yönde değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.⁷⁹ Mutluluk, pozitif psikolojide önde gelen ve en çok araştırılan konulardan biridir. Mutluluk, bir kişinin yaşamının temel bir boyutu olup büyük ölçüde bireysel değerler ve hedefleri kapsayan içsel psikolojik süreçlere dayandırılmaktadır.⁸⁰ Mutluluk tanımı, “bireyin olumlu duyguları daha sık, olumsuz duyguları daha az yaşaması ve yaşamdan yüksek doyum alma” şeklinde yapılabilir. Başka bir tanıma göre de mutluluk; “Neşe, tatmin ya da ferah ile yaşamdan duyulan memnuniyetin bir birleşimi” şeklinde ifade edilmiştir. Diener mutluluğu tanımlarken “olumlu duyguların yaşanma sıklığı, olumsuz duyguların yaşanma sıklığı ve yaşam doyumu” olarak üç bileşenden bahsetmiştir. Olumlu ve olumsuz duyguların görülme sıklığı mutluluk kavramının duyuşsal boyutunu oluştururken, yaşam doyumu ise mutluluğun bilişsel boyutunu oluşturmaktadır.^{81,82}

Mutluluk kaygılandırıran düşünceleri sonlandıran ve aklımızdaki olumsuz düşüncelere engel olan bir enerji meydana getirir. Bu enerjiyle bireyin hedeflerine doğru gitmesi ve işini heyecanla yapması kolaylaşır.⁸³ Mutlu bir hayatın kişinin alacağı kararlarla, yaşama ve olaylara yönelik bakış açısıyla ilgili olduğu bu sebeple bireyin kendini değiştirmesinin mutlu olmaya götürebileceği söylenebilir.^{84,85} Mutlu bireyler olumlu duygular yaşar, ayrıca mutluluğun bireyin hayatına yaşadığı olumlu duygular dışında da getirileri olmaktadır. Alanyazın incelendiğinde; mutluluğun insanların fiziksel sağlığına iyi geldiği, iş verimliliğini etkilediği, enerji ve yaratıcılığı artırdığı, sosyal ilişkilerinde sevilmesini sağladığı görülmektedir.^{86,87} Bireyin sahip olduğu hastalık bireyde sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da etkilenmeler yapabilir. Hemşirenin danışman ve eğitici rolünü kullanıp fizyolojik problemlerin seyrini azaltıp biyo-psikososyal yönden bireyi desteklemesi mutluluğunu artırabilir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 04.09.2018 ile 24.01.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları ve Endokrinoloji Kliniğinde Ocak 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; verilerin toplandığı tarihler arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları ve Endokrinoloji Kliniğinde yatan hastalar oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya alınma kriterlerimiz hastanın yaşının 18 ve üzeri olması ile KOAH ve DM tanısının hastada birlikte bulunmamasıdır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü için post hoc güç analizi yapılmıştır. Güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında etki büyüklüğünün 0.598 gücünün ise 0.99 olduğu belirlenmiştir. Güç analizi sonucuna göre örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olduğu görülmüştür.⁸⁸

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5)

Form, literatür doğrultusunda hazırlanan demografik ve hastalık özelliklerine yönelik toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Medical Research Council Dispne Skalası (EK-6)

Skala, Fletcher ve ark.^{89,90} tarafından dispne şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC), skalayı geliştirip yeni halinin kullanımını sağlamıştır.⁹⁰ “Medical

Research Council Scale (MRCS), beş maddeden oluşan bir ölçektir. GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ve diğer ulusal rehberler de MRC dispne skalasının kullanımını önermektedir.”⁹¹ Bu ölçeğin dispnenin değerlendirilmesinde kullanımının uygun olduğunu; arteriyel kan gazı ve akciğer fonksiyon testleri ile ilişkili olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır.^{90,92}

3.4.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (EK-7)

Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ), Dijkstra⁹³ tarafından bireylerin bakım bağımlılık durumlarını saptamak için geliştirilmiştir. BBÖ çeşitli fiziksel ve psikolojik yönleri içermekte ve kapsamlı bir şekilde hastanın bakım bağımlılığının değerlendirilmesini sağlamaktadır.¹⁰ Türkiye’de Hakverdioğlu ve ark.¹⁰ BBÖ’nün geçerlik ve güvenirliğini 2010 yılında yapmışlardır. “Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucu ölçeğe iki madde daha eklenerek toplam 17 madde olmuştur. BBÖ maddeleri 5’li likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Ölçekten en düşük 17 , en yüksek 85 puan alınabilmektedir. Yüksek puan ortalaması, bireyin bakımında bağımsız olduğunu, puanın düşük olması ise bakımında birilerine bağımlı olduğunu göstermektedir.” Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.91 olduğu bulunmuştur.⁹⁴ Bu araştırmada Cronbach Alpha değerinin 0.97 olduğu bulunmuştur.

3.4.4. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK-8)

Yaşam Doyumu Ölçeğini Diener, Emmons, Laresen ve Griffin⁹⁵ geliştirmiş olup; Türkçe’ye uyarlamasını Dağlı ve Baysal⁷² yapmıştır. “Ölçekte 5 madde bulunup, her bir madde 7’li derecelendirilmiş cevaplama sistemine göre düzenlenmiştir. Ölçekten 5-35 arasında puan alınabilmektedir. Alınan puanın yükselmesi yaşam doyumunun yükseldiğini ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.88 olduğu

bulmuşlardır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı .97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.”⁷²

3.4.5. Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu (OMÖ-K) (EK-9)

Mutluluk seviyesini değerlendirebilmek için Hills ve Argyle⁹⁶ tarafından geliştirilmiş tek boyutlu bir ölçektir. Akıncı-Çötök ve Doğan⁹⁷ tarafından ölçek Türkçe’ye uyarlanmıştır. Orijinali 8 maddeli 6’lı likert tipi olan bu ölçek Türkçe anlam karmaşasından doğacak sıkıntıları önlemek için, Türkçe’ye 5’li likert olarak uyarlanmış, madde toplam korelasyonunun hesaplanmasında değeri .30’un altında kaldığından 4. madde ölçekten çıkarılmıştır ve 7 maddeli bir ölçek olarak literatüre geçmiştir. Ölçek “hiç katılmıyorum (1)”, “katılmıyorum (2)”, “biraz katılıyorum (3)”, “katılıyorum (4),” “tamamen katılıyorum (5)” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 1. ve 7. maddeleri tersine puanlama gerektirmektedir. Ölçekten 7-35 arasında puan alınmaktadır. Puanın yüksekliği kişide mutluluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .74 olarak bulunmuştur.⁹⁷ Bu çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, “Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)”, “Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)” ve “Oxford Mutluluk Ölçeği – Kısa Formu (OMÖ-K)” toplam puanıdır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ekonomik durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık varlığı, hastalığın yaşamı etkileme durumu, dispne sınıfı ve MRC Dispne Skalasıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların rızalarıyla hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı kullanılarak analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdelikler, sayılar, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bu değerlendirmelerin dışında Tablo 3.1’de yer alan istatistiksel analizlerden de yararlanılmıştır. Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılım ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	-
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	-
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	-
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	200	-0.192	0.172	1.068	0.342
Aylık Gelir Düzeyiniz	200	0.720	0.172	1.351	0.342
Oxford Mutluluk Ölçeği	200	0.060	0.172	0.088	0.342
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	200	-1.085	0.172	0.320	0.342
Yaşam Doyumu Ölçeği	200	-0.093	0.172	-0.466	0.342

3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmayı gerçekleştirirken KOAH'lı hastalar DM'li hastalara göre hastalıkları sebebiyle bilgi verirken daha çabuk yorulmuşlardır. Hastalardan gün içinde farklı bilgiler toplandığı için bu çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar olmuştur. Bu araştırma; Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yatan KOAH'lı ve DM'li hastalara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi etik kurulundan etik kurul izni (No:2018-5/8) (EK-3), Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden de yazılı izni alınmıştır (EK-4). Araştırmaya katılım gönüllölük esasına dayanmakta olup araştırmaya katılan kişilerin bilgileri gizli tutulmuş ve sadece araştırma için kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin zarar görmemesine dikkat edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların demografik ve hastalık özellikleri

		n	%		
Hastalık Sınıfı	DM	99	49.5		
	KOAH	101	50.5		
Cinsiyet	Kadın	101	50.5		
	Erkek	99	49.5		
Yaşadığı Yer	İl	71	35.5		
	İlçe	60	30.0		
	Köy	69	34.5		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	42	21.0		
	Okuryazar	49	24.5		
	İlköğretim	83	41.5		
	Ortaöğretim	26	13.0		
Meslek	Esnaf-memur	13	6.5		
	İşçi	22	11.0		
	Çiftçi	34	17.0		
	Emekli	37	18.5		
	Ev Hanımı	94	47.0		
Medeni Durum	Evli	134	67.0		
	Bekâr	66	33.0		
Ekonomik Durum	İyi	65	32.5		
	Orta	99	49.5		
	Kötü	36	18.0		
Hastalık Süresi	1-11 ay	25	12.5		
	1-5 yıl	45	22.5		
	6-10 yıl	57	28.5		
	11-15 yıl	42	21.0		
	16+	31	15.5		
Ek Kronik Hastalık	Yok	119	59.5		
	Var	81	40.5		
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi	Hayır	15	7.5		
	Evet	185	92.5		
Dispne Sınıfı*	Dispne yok	2	2.0		
	Hafif dispne	7	6.9		
	Orta dispne	25	24.8		
	Şiddetli dispne	42	41.6		
	Çok şiddetli dispne	25	24.8		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	200	21	89	61.83	11.90
Aylık Gelir (TL)	200	0	6000	1876.25	1115.62

* Sadece KOAH Hastalarında

Tablo 4.1’de, katılımcıların %50.5’i KOAH, %49.5’i ise DM’li hastalardır. Çalışmaya alınan hastaların %50.5’i kadın, %35.5’i il merkezinde yaşamakta ve %41.5’i ilköğretim mezunudur. Hastaların %47’si ev hanımıdır, %67’si evlidir, %49.5’i orta düzey gelire sahiptir ve %28.5’i 6-10 yıldır tanı almıştır. Hastaların %59.5’inin ek kronik hastalığı yoktur ve %92.5’inin hastalığı yaşamını etkilemiştir. KOAH’lı hastaların %41.6’sında şiddetli dispne bulunmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 61.83 ± 11.90 ve aylık gelirleri ortalama 1876.25 ± 1115.62 TL’dir.

Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	200	28.00	85.00	71.06	14.65
Yaşam Doyumu Ölçeği	200	6.00	33.00	19.52	5.80
Oxford Mutluluk Ölçeği	200	11.00	33.00	22.65	4.01

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi hastalar, Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden 71.06 ± 14.65 , Yaşam Doyumu Ölçeğinden 19.52 ± 5.80 ve Oxford Mutluluk Ölçeğinden ortalama 22.65 ± 4.01 puan almışlardır.

Tablo 4.3. Hastalık sınıfına göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Bakım Bağımlılığı Ölçeği Ort. $\pm$ SS.	Yaşam Doyumu Ölçeği Ort. $\pm$ SS.	Oxford Mutluluk Ölçeği Ort. $\pm$ SS.
DM (n=99)	75.30 ± 13.37	21.47 ± 5.35	24.27 ± 3.68
KOAH (n=101)	66.89 ± 14.71	17.60 ± 5.60	21.05 ± 3.67
Test ve p değeri	$t=4.230$ $p=0.000$	$t=4.995$ $p=0.000$	$t=6.201$ $p=0.000$

Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde DM’li hastaların BBÖ puan ortalamaları 75.30 ± 13.37 , YDÖ puan ortalamaları 21.47 ± 5.35 ve OMÖ puan ortalamaları 24.27 ± 3.68 olarak bulunmuştur. Hastalık sınıfına göre BBÖ, YDÖ ve OMÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastalık sınıfına göre bakım bağımlılığı ölçeği alt maddeleri puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık	n	Ort.	SS.	Anlamlılık
Beslenme	DM	99	4.56	0.917	t=4.571
	KOAH	101	3.93	1.012	p=0.000
Kontinans	DM	99	4.37	1.036	t=3.387
	KOAH	101	3.89	0.979	p=0.001
Beden duruşu	DM	99	4.30	1.054	t=3.801
	KOAH	101	3.75	0.994	p=0.000
Hareketlilik	DM	99	4.39	1.028	t=4.967
	KOAH	101	3.66	1.051	p=0.000
Gündüz/Gece döngüsü	DM	99	4.57	0.673	t=5.833
	KOAH	101	3.84	1.046	p=0.000
Giyinme ve soyunma	DM	99	4.44	0.971	t=4.427
	KOAH	101	3.80	1.077	p=0.000
Vücut sıcaklığı	DM	99	4.47	0.962	t=1.973
	KOAH	101	4.22	0.879	p=0.050
Vücut temizliği	DM	99	4.47	0.941	t=5.005
	KOAH	101	3.73	1.148	p=0.000
Tehlikelerden kaçınma	DM	99	4.22	1.121	t=3.760
	KOAH	101	3.62	1.130	p=0.000
İletişim	DM	99	4.73	0.603	t=2.882
	KOAH	101	4.45	0.768	p=0.004
Başkaları ile ilişki kurma	DM	99	4.68	0.667	t=2.784
	KOAH	101	4.38	0.847	p=0.006
İbadet yapma	DM	99	4.79	0.500	t=4.822
	KOAH	101	4.21	1.089	p=0.000
Kurallara uyma	DM	99	4.76	0.517	t=4.896
	KOAH	101	4.23	0.947	p=0.000
Günlük aktiviteler	DM	99	4.34	1.022	t=3.506
	KOAH	101	3.82	1.081	p=0.001
Eğlence aktiviteleri	DM	99	4.36	1.054	t=2.341
	KOAH	101	4.00	1.140	p=0.020
Bellek/Hafıza	DM	99	4.16	0.804	t=2.960
	KOAH	101	3.78	0.996	p=0.003
Öğrenme yeteneği	DM	99	3.68	1.185	t=0.642
	KOAH	101	3.57	1.071	p=0.522

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi DM ve KOAH hastalıkları için BBÖ alt maddelerinde; “vücut sıcaklığı” ve “öğrenme yeteneği” alt maddeleri hariç, diğer tüm maddelerde DM hastalarının puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Demografik ve hastalık özelliklerine göre bakım bağımlılığı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		n	Bakım Bağımlılığı Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	101	69.14	16.30	t=-1.886	0.061
	Erkek	99	73.01	12.53		
Yaşadığı Yer	İl	71	76.49	10.65	F=9.625	0.000
	İlçe	60	70.27	14.07		
	Köy	69	66.14	16.84		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	42	55.55	16.58	F=38.465	0.000
	Okuryazar	49	69.73	11.46		
	İlköğretim	83	75.99	10.28		
	Ortaöğretim	26	82.85	5.00		
Meslek	Esnaf-memur	13	80.31	6.68	F=4.168	0.003
	İşçi	22	79.50	10.78		
	Çiftçi	34	70.79	12.44		
	Emekli	37	68.51	14.44		
	Ev Hanımı	94	68.89	15.98		
Medeni Durum	Evli	134	75.03	12.34	t=5.456	0.000
	Bekâr	66	62.98	15.71		
Ekonomik Durum	İyi	65	73.75	11.92	F=10.253	0.000
	Orta	99	72.75	13.82		
	Kötü	36	61.53	17.61		
Hastalık Süresi	1-11 ay	25	81.20	10.14	F=14.547	0.000
	1-5 yıl	45	76.69	14.30		
	6-10 yıl	57	72.07	11.04		
	11-15 yıl	42	67.05	12.65		
	16+	31	58.26	16.36		
Ek Kronik Hastalık	Yok	119	74.82	12.95	t=4.476	0.000
	Var	81	65.53	15.30		
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi	Hayır	15	84.40	0.91	t=13.039	0.000
	Evet	185	69.97	14.71		
Dispne Sınıfı*	Dispne yok	2	85.00	0.00	F=36.211	0.000
	Hafif dispne	7	84.57	0.79		
	Orta dispne	25	78.08	5.20		
	Şiddetli dispne	42	66.40	10.87		
	Çok şiddetli dispne	25	50.12	11.41		

* Sadece KOAH Hastalarında.

Evli hastaların BBÖ puan ortalamaları 75.03 ± 12.34 , ek kronik hastalığı olmayanların puan ortalamaları 74.82 ± 12.95 ve hastalığı yaşamını etkilemeyenlerin puan ortalamaları 84.40 ± 0.91 olarak bulunmuştur. Yaşanılan yere göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); il

merkezinde yaşayanların puan ortalamaları 76.49 ± 10.65 , ilçede yaşayanların puan ortalamaları 70.27 ± 14.07 ve köyde yaşayanların puan ortalamaları 66.14 ± 16.84 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); ortaöğretim mezunlarının puan ortalamaları 82.85 ± 5.00 , ilköğretim mezunlarının puan ortalamaları 75.99 ± 10.28 , okuryazar olanların puan ortalamaları 69.73 ± 11.46 ve okuryazar olmayanların puan ortalamaları 55.55 ± 16.58 olarak bulunmuştur. Mesleğe göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); esnaf-memurların puan ortalamaları 80.31 ± 6.68 , işçilerin puan ortalamaları 79.50 ± 10.78 , çiftçilerin puan ortalamaları 70.79 ± 12.44 , emeklilerin puan ortalamaları 68.51 ± 14.44 ve ev hanımlarının puan ortalamaları 68.89 ± 15.98 olarak bulunmuştur. Ekonomik duruma göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); ekonomik durumu iyi olanların puan ortalamaları 73.75 ± 11.92 , ekonomik durumu orta olanların puan ortalamaları 72.75 ± 13.82 ve ekonomik durumu kötü olanların puan ortalamaları 61.53 ± 17.61 olarak bulunmuştur. Hastalık süresine göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); 1-11 aydır hastalık tanısı alanların puan ortalamaları 81.20 ± 10.14 , 1-5 yıldır hastalık tanısı alanların puan ortalamaları 76.69 ± 14.30 ve 6-10 yıldır hastalık tanısı alanların puan ortalamaları 72.07 ± 11.04 , 16 yıl ve daha uzun süredir hastalık tanısı alanların puan ortalamaları 58.26 ± 16.36 olarak bulunmuştur. Dispne sınıfına göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (Dunnet C); dispnesi olmayanların puan ortalamaları 85.00 ± 0.00 , orta şiddette dispnesi olanların puan ortalamaları 78.08 ± 5.20 , şiddetli dispnesi olanların puan ortalamaları 66.40 ± 10.87 ve çok şiddetli dispnesi olanların puan ortalamaları 50.12 ± 11.41 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadığı yer, eğitim düzeyi, meslek,

medeni durum, ekonomik durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık, hastalığın yaşamı etkilemesi ve dispne sınıfına göre BBÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Demografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam doyumu ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		n	Yaşam Doyumu Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	101	19.81	5.88	t=0.718	0.474
	Erkek	99	19.22	5.73		
Yaşadığı Yer	İl	71	20.79	5.96	F=3.107	0.047
	İlçe	60	19.32	5.05		
	Köy	69	18.39	6.06		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	42	15.86	6.64	F=9.754	0.000
	Okuryazar	49	19.06	4.15		
	İlköğretim	83	20.96	5.26		
	Ortaöğretim	26	21.69	6.07		
Meslek	Esnaf-memur	13	22.69	5.50	F=1.989	0.098
	İşçi	22	17.91	5.37		
	Çiftçi	34	18.24	6.15		
	Emekli	37	20.19	4.95		
	Ev Hanımı	94	19.66	5.99		
Medeni Durum	Evli	134	19.47	5.85	t=-0.173	0.863
	Bekâr	66	19.62	5.73		
Ekonomik Durum	İyi	65	21.91	5.37	F=33.887	0.000
	Orta	99	20.14	4.87		
	Kötü	36	13.50	4.81		
Hastalık Süresi	1-11 ay	25	20.68	5.68	F=0.520	0.721
	1-5 yıl	45	19.62	4.86		
	6-10 yıl	57	19.30	6.28		
	11-15 yıl	42	19.76	6.29		
	16+	31	18.52	5.71		
Ek Kronik Hastalık	Yok	119	18.87	5.84	t=-1.922	0.056
	Var	81	20.47	5.64		
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi	Hayır	15	20.07	4.32	t=0.379	0.705
	Evet	185	19.48	5.91		
Dispne Sınıfı*	Dispne yok	2	19.50	3.54	F=0.271	0.896
	Hafif dispne	7	18.43	5.26		
	Orta dispne	25	18.28	4.70		
	Şiddetli dispne	42	17.31	6.08		
	Çok şiddetli dispne	25	17.04	6.04		

* Sadece KOAH Hastalarında.

Hastaların yaşadıkları yere göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); il merkezinde yaşayanların puan ortalamaları 20.79 ± 5.96 , ilçede yaşayanların puan ortalamaları 19.32 ± 5.05 ve köyde yaşayanların puan ortalamaları 18.39 ± 6.06 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); ortaöğretim mezunlarının puan ortalamaları 21.69 ± 6.07 , okuryazar olmayanların puan ortalamaları 15.86 ± 6.64 , okuryazar olanların puan ortalamaları 19.06 ± 4.15 ve ilköğretim mezunlarının puan ortalamaları 20.96 ± 5.26 olarak bulunmuştur. Ekonomik duruma göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); ekonomik durumu kötü olanların puan ortalamaları 13.50 ± 4.81 , ekonomik durumu iyi olanların puan ortalamaları 21.91 ± 5.37 ve ekonomik durumu orta olanların puan ortalamaları 20.14 ± 4.87 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadığı yer, eğitim düzeyi ve ekonomik duruma göre YDÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların cinsiyet, meslek, medeni durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık, hastalığın yaşamı etkilemesi ve dispne sınıfına göre YDÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Demografik ve hastalık özelliklerine göre oxford mutluluk ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		n	Oxford Mutluluk Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	101	22.48	4.16	t=-0.604	0.546
	Erkek	99	22.82	3.86		
Yaşanılan Yer	İl	71	23.77	4.40	F=4.788	0.009
	İlçe	60	22.28	3.64		
	Köy	69	21.80	3.66		

Tablo 4.7. (Devamı)

		n	Oxford Mutluluk Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	42	20.40	4.41	F=11.523	0.000
	Okuryazar	49	21.88	3.12		
	İlköğretim	83	23.37	3.52		
	Ortaöğretim	26	25.38	4.16		
Meslek	Esnaf-memur	13	25.62	4.25	F=2.411	0.051
	İşçi	22	22.91	3.57		
	Çiftçi	34	21.91	3.98		
	Emekli	37	23.00	3.38		
	Ev Hanımı	94	22.30	4.18		
Medeni Durum	Evli	134	22.86	3.95	t=1.073	0.285
	Bekâr	66	22.21	4.11		
Ekonomik Durum	İyi	65	24.09	3.96	F=21.580	0.000
	Orta	99	22.95	3.44		
	Kötü	36	19.19	3.62		
Hastalık Süresi	1-11 ay	25	24.20	3.61	F=1.299	0.272
	1-5 yıl	45	22.76	3.51		
	6-10 yıl	57	22.18	3.89		
	11-15 yıl	42	22.64	4.12		
	16+	31	22.10	4.87		
Ek Kronik Hastalık	Yok	119	22.63	4.13	t=-0.063	0.950
	Var	81	22.67	3.84		
Hastalığın Yaşamı Etkilemesi	Hayır	15	24.20	4.00	t=1.569	0.118
	Evet	185	22.52	3.99		
Dispne Sınıfı*	Dispne yok	2	24.00	4.24	F=2.362	0.059
	Hafif dispne	7	22.00	3.06		
	Orta dispne	25	22.52	2.90		
	Şiddetli dispne	42	20.07	3.26		
	Çok şiddetli dispne	25	20.72	4.63		

* Sadece KOAH Hastalarında.

Hastaların yaşadığı yere göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); il merkezinde yaşayanların puan ortalamaları 23.77 ± 4.40 , ilçede yaşayanların puan ortalamaları 22.28 ± 3.64 ve köyde

yaşayanların puan ortalamaları 21.80 ± 3.66 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); ortaöğretim mezunlarının puan ortalamaları 25.38 ± 4.16 , okuryazar olmayanların puan ortalamaları 20.40 ± 4.41 , okuryazar olanların puan ortalamaları 21.88 ± 3.12 ve ilköğretim mezunlarının puan ortalamaları 23.37 ± 3.52 olarak bulunmuştur. Ekonomik duruma göre gruplar arasında farkın hangi grup kaynaklı olduğunu saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); ekonomik durumu kötü olanların puan ortalamaları 19.19 ± 3.62 , ekonomik durumu iyi olanların puan ortalamaları 24.09 ± 3.96 ve ekonomik durumu orta olanların puan ortalamaları 22.95 ± 3.44 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadıkları yer, eğitim düzeyi ve ekonomik duruma göre OMÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Hastaların cinsiyet, meslek, medeni durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık, hastalığın yaşamı etkilemesi ve dispne sınıfına göre OMÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Yaş ve aylık gelir ile bakım bağımlılığı, yaşam doyumu ve oxford mutluluk ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Bakım Bağımlılığı Ölçeği	Yaşam Doyumu Ölçeği	Oxford Mutluluk Ölçeği
Yaş	r	-0.685	-0.142	-0.231
	p	0.000	0.046	0.001
	n	200	200	200
Aylık Gelir	r	0.378	0.114	0.161
	p	0.000	0.108	0.022
	n	200	200	200

Çalışmada yaş ile BBÖ puanı arasında negatif yönlü orta düzeyli, yaş ile YDÖ ve OMÖ puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Yaş arttıkça BBÖ, YDÖ ve OMÖ puanları düşmektedir. Aylık gelir ile BBÖ

ve OMÖ puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyli anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Aylık gelir arttıkça BBÖ ve OMÖ puanları yükselmektedir. Aylık gelir ile YDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bakım bağımlılığı, yaşam doyumu ve oxford mutluluk ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Bakım Bağımlılığı Ölçeği	Yaşam Doyumu Ölçeği	Oxford Mutluluk Ölçeği
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	r		0.278	0.311
	p	-	0.000	0.000
	n		200	200
Yaşam Doyumu Ölçeği	r	0.278		0.713
	p	0.000	-	0.000
	n	200		200
Oxford Mutluluk Ölçeği	r	0.311	0.713	
	p	0.000	0.000	-
	n	200	200	

Çalışmada BBÖ puanı ile YDÖ ve OMÖ puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyli anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). BBÖ puanı arttıkça YDÖ ve OMÖ puanları da artmaktadır. YDÖ puanı ile OMÖ puanı arasında orta düzeyli anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). YDÖ puanı arttıkça OMÖ puanı da artmaktadır (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma farklı özelliklerle seyreden KOAH ve DM hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile yapılmıştır.

Çalışmada KOAH hastalarının DM hastalarına göre bakım bağımlılıklarının daha yüksek, yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). KOAH ve DM' li hastaların BBÖ alt maddelerine göre karşılaştırılmasında “vücut sıcaklığı” ve “öğrenme yeteneği” alt maddeleri hariç diğer tüm alt maddelerde ölçek toplam puanına benzer şekilde KOAH'lı hastaların bakım bağımlılığının DM'li hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Janssen ve ark.⁹⁸ KOAH, Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) ve Kronik Kalp Yetersizliği (KKY) tanılarına sahip bireylerle bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırmanın sonucunda ise KBY hastalarının bakım bağımlılıklarının diğer iki gruptaki hastaların bağımlılığından daha düşük çıktığı bulgusu elde edilmiştir. Aydın ve ark.⁹⁹ tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada KOAH'ın hastaların fiziksel fonksiyonlarında yetersizlik yaşamalarına sebebiyet verdiği görülmüştür. Akıncı ve Pınar¹⁰⁰'ın KOAH'lı hastalarla çalıştığı bir çalışmada hastaların bireysel ihtiyaçlarını karşılarken zorlandıkları ve fiziksel hareketlerini sağlamakta güçlük çektikleri sonucuna varılmıştır. Solunum sistemi ile ilgili kronik hastalıklar bireylerde günlük hayatta kısıtlılığa ve yetmezliğe yol açmaktadır. KOAH ile ilgili yapılan araştırmalar bu hastalığın insanların yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu negatif yönde etkilediğini göstermektedir. KOAH'lı bireylerde görülen hareket kısıtlılığı, yaşam doyumunu ve mutluluk düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Habraken ve ark.¹⁰¹ KOAH'lı bireylerde yaşam doyumuyla fiziksel performansı araştırmışlardır. Sonuçta bireylerin yaşam doyumuyla fiziksel yeterliliklerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Zamzam ve ark.¹⁰² KOAH'lı bireylerde

yaptıkları araştırma sonucunda yaşam doyumunun az olmasının fonksiyonel yetersizlik ve dispneyle alakalı olduğu, bireylerin yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği ifade edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, KOAH'lı bireylerde dispne ve yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerin şiddetinin yüksek olmasından dolayı KOAH hastalarının DM hastalarına göre bakım bağımlılıklarının daha yüksek, yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, bireylerin bakım bağımlılıklarını azaltmanın yanı sıra hastalığa göre önlemler alıp mutluluğunu artırmanın ve yaşam doyumuna pozitif yönde etki etmenin yöntemlerini araştırıp uygulayabilir.

Çalışmada, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, ekonomik durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık, hastalığın yaşamı etkilemesi ve dispne sınıfına göre BBÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmış olup buna göre evlilerin, ek kronik hastalığı olmayanların ve hastalığı yaşamını etkilemeyenlerin bakım bağımlılıklarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Çalışmada il merkezinde yaşayan bireylerin bakım bağımlılıkları ilçe ve köyde yaşayanlardan daha düşük çıkmıştır (Tablo 4.5). Alanyazında yaşanan yer ile bakım bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştırarak bir çalışmaya rastlanmamış olup bulduğumuz sonuç, ilde yaşayan bireylerin ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha fazla imkâna (sağlık imkânları, beslenme, ulaşım, eğitim) daha kolay ulaşabilmeleriyle açıklanabilir. Çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bireylerin bakım bağımlılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Kılıç ve ark.¹¹'nin gerçekleştirdikleri çalışmada eğitim düzeyi düştükçe bireylerin bakım bağımlılık seviyelerinin yükseldiği sonucuna varılmıştır. Cingil ve Bodur¹⁰³ gerçekleştirdiği çalışmada bireylerin eğitim düzeyi azaldıkça bakım bağımlılığı yükselmiştir sonucuna varılmıştır. Türk ve Üstün⁵ KOAH'lı bireylerde bakım bağımlılığı düzeyini incelediği çalışmada eğitim arttıkça

bakım bağımlılığının azaldığı çıkarımını yapmışlardır. Afşar ve ark.¹⁰⁴ gerçekleştirdikleri araştırmada eğitim seviyesi arttıkça fiziksel yetersizlik azalır sonucuna varmışlardır. Helvacı¹⁰⁵,nın gerçekleştirdiği araştırmada KOAH'lı bireylerde eğitim düzeyi arttıkça bakım bağımlılığının azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup elde ettiğimiz bulguların neticesinde eğitim seviyesi yükseldikçe insanların sağlık ve öz bakımlarına dikkat ettiği, tedavi ve bakım hizmetlerini daha etkin kullandıkları bütün bunlardan dolayı bakım bağımlılıklarının da az olduğu yorumu yapılabilir. Eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte günlük hayattaki stresörlere karşı baş etme yöntemlerinde gelişim kaydedilmesi, kişinin bilgiye ulaşmasının kolaylaşması, tıbbi tedavi ve bakımda bireyin etkili bir biçimde rol alması ve sağlık çalışanlarıyla daha profesyonel bir ilişki kurabilmesi bireyin sağlık bakım davranışlarına olumlu yansıdığı düşünülmektedir. Bütün bunları da bireyin bakım bağımlılığını azaltan faktörler olarak açıklayabiliriz. Çalışmada esnaf-memur olan bireylerin bakım bağımlılıklarının işçi, çiftçi, emekli ve ev hanımı olan bireylerden daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Türk ve Üstün⁵ tarafından KOAH hastalarının bakım bağımlılığının incelendiği bir çalışmada memurların bakım bağımlılığının çiftçilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmada bulduğumuz sonuç esnaf ve memurların emeklilere ve ev hanımlarına göre aktif çalışıyor olmaları ve fiziksel aktivitelerini yerine getirmede onlara göre daha bağımsız olmalarıyla, emekli olan bireylerin yaşlarının esnaf ve memurlara göre daha yüksek olması ile açıklanabilir. Çalışmada evli olan bireylerin bakım bağımlılıkları bekar olan bireylerden daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Alanyazında medeni durum ile bakım bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olup bulduğumuz sonuç çalışmamızdaki bekar bireyleri bekar hastalarla birlikte eşinden boşanmış ve eşi vefat etmiş hastaların oluşturması ve bu bireylerin de evli bireylerin sahip olduğu eş ve çocuklarından gelen

maddi ve manevi destekten yoksun olmalarıyla açıklanabilir. Çalışmada ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden bireylerin bakım bağımlılıkları, ekonomik durumunu iyi ve orta şeklinde bildiren bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu durum, ekonomik gücü fazla olan bireylerin sosyal ilişkilerinin iyi olması, daha iyi beslenebilmesi, daha iyi eğitim alabilmesi, sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanması, daha konforlu evlerde yaşayabilmesi gibi imkânlarla daha rahat ulaşabilmesi ve bütün bunların sonucunda da bakım bağımlılığının azalması ile açıklanabilir. Çalışmada hastalık süresi yüksek olan bireylerin bakım bağımlılıkları hastalık süresi düşük olan bireylerden daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.5). Türk ve Üstün⁵'ün gerçekleştirdiği araştırma sonucunda hastalık süresi arttıkça bireylerin bağımlılıklarının arttığı saptanmıştır. Akbay ve ark.¹⁰⁶'nın gerçekleştirdikleri çalışmada ilk evrede bulunan KOAH'lı bireylerin bağımlılıklarında olumsuz bir etkilenme gözlemlenmemiş olup varılan sonuç hastalık süresinin azlığına bağlanmıştır. Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, KOAH'lı bireylerde hastalığın derecesinin artmasına bağlı dispnenin şiddetlenmesi ve fiziksel fonksiyonlarda yetmezlik durumu dikkate alınarak bakım bağımlılığının arttığı söylenebilir. Çalışmada ek kronik hastalığı bulunan bireylerin bakım bağımlılığı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Türk ve Üstün⁵'ün gerçekleştirdiği çalışmada KOAH'lı bireylerden ikincil bir kronik hastalık sahibi olanların bakım bağımlılığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, birden fazla kronik hastalığa sahip olan bireyin hastalık ve tedavi kaynaklı ortaya çıkan komplikasyonlar sebebiyle yaşam tarzında meydana gelecek değişiklikler, hastalığının kronik ve ilerleyici olması, ilaç uyum problemleri ve mevcut hastalığının semptomlarına farklı semptomların da eklenmiş olmasıyla bağımlılık düzeyinin olumsuz etkilendiği düşünülmüştür. Çalışmada mevcut hastalığının yaşamını etkilediğini ifade eden bireylerin bakım bağımlılığı hastalığının

yaşamını etkilemediğini söyleyen bireylerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmada dispnesi olmayan bireylerin bakım bağımlılığı orta, şiddetli ve çok şiddetli dispnesi olan bireylerden düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Akıncı ve Pınar¹⁰⁰'ın gerçekleştirdikleri araştırmada hastalardan dispne görülenler görülmeyenlere göre daha bağımlı çıkmıştır. İnce ve ark.¹⁰⁷'ın gerçekleştirdikleri araştırmada hastalarda şiddetli obstrüksiyon görülenlerin şiddetli obstrüksiyon görülmeyenlere göre fiziksel ihtiyaçlarını yerine getirirken daha çok yetersizlik yaşadıkları saptanmıştır. Yılmaz ve ark.¹⁰⁸ gerçekleştirdikleri araştırmada dispne derecesinden kaynaklı olarak hastaların fiziksel hareketlerinin negatif yönde etkilendiği ve fizyolojik gereksinimlerinde yardıma ihtiyaç duydukları sonucuna varmışlardır. Gysels ve Higginson¹⁰⁹ gerçekleştirdikleri araştırmada KOAH'lı bireylerde dispne fiziksel yetmezliğe yol açıyor sonucuna ulaşmışlardır. Barriga ve ark.¹¹⁰ gerçekleştirdikleri araştırmada dispnenin hastaların fonksiyonel hareketlerini negatif anlamda etkilediği belirlenmiştir. Hartman ve ark.¹¹¹'ın KOAH'lı bireylerde fiziksel aktivite ile ilişkili fiziksel ve psikososyal faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmada dispne derecesi arttıkça bağımlılık durumu da artmıştır. KOAH'lı bireylerde hastalık şiddeti ve süresi dispne ile ilişkilidir. KOAH'ta hastalık ilerledikçe sıklıkla görülen semptomlardan biri olan ve derecesinde artma gözlenen dispne, bireylerin hareket kapasitesini önemli ölçüde sınırlamakta ve bakım gereksinimlerini karşılamada bireyleri olumsuz etkilemektedir.¹¹²⁻¹¹⁵ Çalışmanın bulguları literatür ile paralellik göstermekte olup, dispne nedeniyle hastaların yaşam kalitesinin ve egzersiz kapasitesinin azalmasından kaynaklı bağımlılık seviyesinin yükseldiği çıkarımı yapılmaktadır. Çalışmada bireyler arasında cinsiyete göre bakım bağımlılığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Bu durum bireylerin hastalığının daha önemli bir etken olduğunu ve cinsiyetin bakım bağımlılığını etkilemediğini düşündürmektedir. Bakım bağımlılığı bireyin yaşam süresinin yanı sıra

yaşam doyumuna da etki eden bir durumdur. Bireyler öncelikli olarak bağımsız enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeye odaklandığı için gizil olarak psikolojik yönden de yıpranmaktadır. Hemşirelerin esas rollerinden olan bakım verici rolünü çok uygulayıp çağdaş rollerinden olan araştırmacı, eğitimci ve danışmanlık rolleriyle de multidisipliner önlemler olarak bireyin biyopsikososyal yönden pozitif yönde tavır ve tutum sergilemesini sağlamalıdır.

Çalışmada, yaşanan yer, eğitim düzeyi ve ekonomik duruma göre YDÖ ve OMÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel bakımdan anlamlı çıkmış olup buna göre ilde yaşayan, ortaöğretim mezunu olan ve ekonomik durumunu iyi ve orta olarak ifade eden bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6-4.7). Çalışmada il merkezinde yaşayan bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeyleri ilçe ve köyde yaşayan bireylerden daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6-4.7). Ayyıldız¹¹⁶,ın hipertansiyon hastalarıyla yapmış olduğu bir çalışmada hastaların yaşadığı yer ile yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş olup ilde yaşayan bireylerin yaşam doyumu en yüksek, köyde yaşayanların yaşam doyumu en düşük bulunmuştur. Ekin¹¹⁷,in hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı araştırmada ilçede yaşayan bireylerin yaşam doyumu düzeyi ilde yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Gençtürk¹¹⁸,ün multiple sklerozlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada şehirde yaşayan bireylerin yaşam doyumu daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmanın bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmüş olup bu sonucu il, ilçe ve köy gibi yerleşim yerlerinin bireylere sundukları imkanların farklılık göstermesiyle birlikte ilde yaşayan bireylerin sağlık, eğitim ve yiyecek gibi imkanlara ulaşım konusunda ilçe ve köyde yaşayan bireylere göre daha avantajlı olmaları yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin yüksek olmasını sağlamıştır şeklinde açıklayabiliriz. Hemşireler yerel yönetimlerle işbirliği yapıp koordineli olarak ilçe ve

köylerde de illerdeki gibi imkanların artırılmasını sağlamalıdır. Çalışmada ortaöğretim mezunu olan bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin okuryazar olmayan, okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlara göre yüksek çıktığı görülmüştür (Tablo 4.6-4.7). Erdem ve ark.¹¹⁹'nın gerçekleştirdikleri araştırmada hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam doyumlarının da arttığı saptanmıştır. Erci ve ark.¹²⁰ 'nın çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe hipertansif bireylerin yaşam doyumlarının arttığı görülmüştür. Büssing ve ark.¹²¹ kronik hastalığı olan bireyler, Melendez ve ark.¹²² ise ileri yaş bireylerle gerçekleştirdikleri araştırmalarda, eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam doyumunun da ona paralel yükseldiğini saptamışlardır. Bu çalışmanın bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmüş olup eğitim seviyesinin yükselmesiyle, bireyin etkili iletişim yollarını kullanarak sağlık bakım davranışlarını geliştirmeye ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmesi ve sosyoekonomik durumunun olumlu yönde etkilenmesiyle daha iyi yaşam şartlarına sahip olacağından yaşam doyumu ve mutluluk düzeyi artmış olabilir. Hemşirelerin bireyin eğitim düzeyinin sorunlara yaklaşım tarzını belirlediğinin farkında olup eğitim düzeyi düşük bireylere açık ve özet şekilde açıklamalarla yaklaşımın önemini bilmesi gerekmektedir. Çalışmada ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin ekonomik durumunu iyi ve orta olarak ifade eden bireylerden düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6-4.7). Öner⁶⁷'in huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam doyumunu etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, aylık gelir durumunu kötü olarak ifade eden yaşlı bireylerin yaşam doyumlarının aylık gelir durumunu orta ve iyi olarak değerlendiren yaşlı bireylerden düşük olduğu bulunmuştur. Aylık gelir düzeyinin orta veya iyi olması ya da bireyin bu şekilde değerlendirmesi, ekonomik, sosyal, kültürel imkanlara bireyin ulaşmasını daha kolay hale getirip yaşam doyumu ve mutluluk düzeyini arttırmış olabilir. Genel olarak maddi geliri düşük bireylerin ulaşım

ve iletişimi pahalı bulması ya da maddi imkanların elverişli olmamasından kaynaklı koruyucu, tedavi edici ve reahbilitasyon edici imkanlardan faydalanması daha zor olmaktadır. Hemşirelerin buna yönelik multi sektörel önlemler alması daha efektif sonuçların alınmasını sağlayacaktır. Çalışmada cinsiyet, meslek, medeni durum, hastalık süresi, ek kronik hastalık, hastalığın yaşamı etkilemesi ve dispne sınıfı özelliklerinin yaşam doyumu ve mutluluk düzeyini anlamlı olarak etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6-4.7).

Çalışmada yaşla BBÖ puanı arasında negatif yönlü orta düzeyli, yaş ile YDÖ ve OMÖ puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyde, anlamlı ilişki vardır. Yaş yükseldikçe bakım bağımlılığı artmakta, yaşam doyumu ve mutluluk düzeyi azalmaktadır. Çalışmada yaş yükseldikçe bağımlılık düzeyinin arttığı görüldü (Tablo 4.8). Türk ve Üstün⁵'ün gerçekleştirdiği KOAH hastalarının bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla uygulanan araştırmada 65 yaşın üstündeki bireylerin bağımlılık seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Janssen ve ark.⁹⁸'nin uyguladıkları araştırmada yaşın ilerlemesiyle bağımsızlık durumunun azaldığı görülmüştür. Yazıcı ve Kalaycı¹²³'nin gerçekleştirdikleri bir araştırmada vakaların bakım bağımlılıklarının yaşlarının artmasıyla doğru orantılı arttığı görülmüştür. Çivi ve Tanrıku⁹ ileri yaştaki bireylerde uyguladıkları bir araştırma sonucunda yaş yükseldikçe bakım bağımlılığı durumu da artıyor sonucuna varmışlardır. Caljouw ve ark.⁶⁴ ve Doroszkiewicz ve ark.¹²⁴ bakım evinde barınan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıklarıyla yaşları arasında ilişki olup olmadığını inceledikleri araştırmalar sonucunda yaşın artmasıyla bakım bağımlılığı durumunun da arttığı bulgusuna ulaşmışlardır. Kütükcü ve ark.¹²⁵'nin gerçekleştirdiği araştırmada dispne derecesi bakımından birbirine benzeyen ileri yaştaki KOAH'lı bireylerle ileri yaşta olmayan KOAH'lı bireyler karşılaştırılmış olup sonuçta ileri yaştaki KOAH'lı bireylerin bakım bağımlılıklarının daha fazla olduğu sonucuna

varılmıştır. Bu çalışmanın bulgularıyla alanyazın arasında paralellik bulunmaktadır. Bireylerde yaşı ilerlemesiyle kronik hastalıkların sayısında artış görülür. Yaşlılıkta ortaya çıkan çeşitli problemlerden kaynaklı olarak yaşı artmasına paralel bağımlılık durumunun da arttığını söylemek mümkündür. Yaşlı bireylerde hastalık sayısının çok olması ve sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olması ve bilinçli ilaç kullanımının az olması nedeniyle hemşirelerin bu özel gruba karşı daha hassas davranması gerekmektedir. Çalışmada yaş arttıkça yaşam doyumu ve mutluluk düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.8). Ayyıldız¹²⁶'ın hipertansiyonlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların yaşlarına göre yaşam doyumu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın yaşam doyumu, 30-50 yaş grubunda en yüksek, 71 ve üzeri yaş grubunda en düşük bulundu. Çayır¹²⁷'in gerçekleştirdiği bir araştırmada yaşla yaşam doyumu arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen yaş ilerledikçe yaşam doyumunun azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, bireylerde yaşlanmaya bağlı meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bu değişikliklere bağlı fiziksel ve bilişsel işlevlerde azalma, üretkenliğin ve yaşam içindeki rollerin değişmesine bağlı yaşam doyumunda ve mutluluk düzeyinde azalma olmuş olabilir. Çalışmada aylık gelir ile BBÖ ve OMÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre aylık gelir arttıkça bakım bağımlılığı azalmış ve mutluluk düzeyi artmıştır (Tablo 4.8). Bu durum, ekonomik gücü fazla olan bireylerin daha iyi beslenebilmesi, daha iyi eğitim alabilmesi, sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanması, daha konforlu evlerde yaşayabilmesi gibi imkânlarla daha rahat ulaşabilmesi ve bütün bunların sonucunda da bakım bağımlılığının azalması ve mutluluk düzeyinin artması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada bakım bağımlılığıyla yaşam doyumu ve mutluluk seviyesi arasında pozitif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki olup, bakım bağımlılığı azaldıkça yaşam

doyumu ve mutluluk düzeyi de artmaktadır. Çalışmada yaşam doyumuyla mutluluk seviyesi arasında orta düzeyli anlamlı ilişki vardır. Yaşam doyumı yükseldikçe mutluluk da artmaktadır (Tablo 4.9). Yukarıdaki ilişkilerden yola çıkarak yaşam doyumunu ve mutluluk değişkeni arasındaki ilişki, bakım bağımlılığı değişkeni ile aralarında olan ilişkiden anlamlı olarak daha fazladır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH ve DM hastalarının bakım bağımlılıklarını, yaşam doyumlarını ve mutluluk düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar;

Hastaların, BBÖ'den 71.06 ± 14.65 , YDÖ'den 19.52 ± 5.80 ve OMÖ'den 22.65 ± 4.01 ortalama puan aldıkları,

KOAH hastalarının bakım bağımlılıklarının DM hastalarına göre daha yüksek, yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu,

İl merkezinde yaşayan bireylerin bakım bağımlılıkları ilçe ve köyde yaşayanlardan daha düşük, eğitim seviyesi düşük olan bireylerin bakım bağımlılıklarının eğitim seviyesi yüksek olan bireylerden daha fazla olduğu,

Esnaf-memur olan bireylerin bakım bağımlılıklarının işçi, çiftçi, emekli ve ev hanımı olan bireylerden, evli olan bireylerin bakım bağımlılıklarında bekar olan bireylerden daha düşük olduğu,

Ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden bireylerin bakım bağımlılıkları daha yüksek bulunmuştur.

Ek kronik hastalığı olan bireylerin bakım bağımlılığı daha yüksek bulunmuştur.

Mevcut hastalığının yaşamını etkilediğini ifade eden bireylerin bakım bağımlılığı hastalığının yaşamını etkilemediğini söyleyen bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Dispnesi olmayan bireylerin bakım bağımlılığı orta, şiddetli ve çok şiddetli dispnesi olan bireylerden düşük bulunmuştur.

İl merkezinde yaşayan bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeyleri ilçe ve köyde yaşayan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Ortaöğretim mezunu olan bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin okuryazar olmayan, okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin ekonomik durumunu iyi ve orta olarak ifade eden bireylerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaş ile BBÖ puanı arasında negatif yönlü orta düzeyli, yaşla YDÖ ve OMÖ puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, anlamlı bir ilişki olup bireylerin yaşları arttıkça bakım bağımlılıkları artmakta, yaşam doyumları ve mutluluk düzeyleri azalmaktadır.

Aylık gelir ile BBÖ ve OMÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olup bireylerin aylık gelirleri yükseldikçe bakım bağımlılıkları azalmış ve mutluluk düzeyleri artmıştır.

Bakım bağımlılığıyla yaşam doyumu ve mutluluk seviyesi arasında pozitif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki olup bireylerin bakım bağımlılıkları azaldıkça yaşam doyumları ve mutluluk düzeyleri de artmaktadır. Çalışmada yaşam doyumu ile mutluluk düzeyi arasında orta düzeyli anlamlı bir ilişki olup bireylerin yaşam doyumları arttıkça mutluluk düzeyleri de artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Kronik hastalıkları olan bireylere sunulacak hemşirelik hizmetlerinde kronik hastalık türü, hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri gözönünde bulundurulması
- Bakım bağımlılığı yüksek olan KOAH'lı hastalara bakım verilen kliniklerde hemşire işgücü planlamasında bu araştırma sonuçlarının dikkate alınması,
- KOAH'lı hastaların bakım bağımlılıklarını azaltacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerini artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,

- Bakım bağımlılığı, yaşam doyumu ve mutluluk düzeyleri açısından başka kronik hastalıkların da karşılaştırıldığı çalışmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019, 3: 140-152.
2. Durna Z, Akın S. *Kronik Hastalıklar Ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 197-198.
3. Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 7: 1-9.
4. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı Yaşlanma Ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi Sağlıklı Yaşlanma Ve Kronik Hastalıklar Raporu, 2013: 7-8.
5. Türk G, Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2018, 11: 19-25.
6. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019. <https://www.idf.org/>. 08 Ocak 2020.
7. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010: 99-111.
8. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2009, 40: 113-119.
9. Çivi S, Tanrıkulu M. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 2000, 3: 85-90.
10. Korhan EA, Yönt GH, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarıoğlu E, Yıldız K. Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16: 199-204.

11. Kılıç HF, Cevheroğlu S, Görgülü RS. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2017, 10 : 22-28.
12. Kaya D. Diyabetik Ayak Gelişen Bireylerin Bağımlılık Durumu Ve Aileye Olan Bakım Yükünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
13. Çevik K, İsmet E. Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22: 76-83.
14. Veenhoven, R. Chapter 1. In: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C., Bunting B. (eds.). *A Comparative Study Of Satisfaction With Life In Europe*, 2nd ed. Eötvös, University Press, 1996: 11-48.
15. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, 55: 34.
16. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 67-68.
17. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2020.
18. Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 2015, 6: 6-9.
19. Bilir N, Subaşı N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Kontrolü. İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2006: 1032-1034.
20. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs*, 2010, 29: 2323-2334.

21. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management & Practice*, 2006, 18: 492-494.
22. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 2008, 372: 940-949.
23. Incirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4: 102-109.
24. World Health Organization, Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, 2005: 4.
25. World Health Organization. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010, 2011: 9-27.
26. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013: 3-5.
27. International Council of Nurses. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 2010: 33-35.
28. International Diabetes Federation, 2019 Diabetes Atlas. <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas>. 08 Ocak 2020.
29. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11: 3-18.
30. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25: 1-6.
31. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları Ve Çözüm Önerileri. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf. 08 Ocak 2020.
32. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2013.

33. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu. 2010: 5-6.
34. McKay AJ, Mahesh P, Fordham JZ, Majeed A. Prevalence of COPD in India: a systematic review. *Primary Care Respiratory Journal*, 2012, 21: 313-321.
35. Shaykhiev R, Crystal RG. Innate immunity and chronic obstructive pulmonary disease: a mini-review. *Gerontology*, 2013, 59: 481-489.
36. Üçsular FD, Demir AK, Polat G, Güçlü SZ. KOAH'lı olguların sigara içme özellikleri. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2004, 18: 107-112.
37. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, Gulbas G, Mutlu LC, Pehlivan E. Prevalence of COPD: first epidemiological study of a large region in Turkey. *European journal of internal medicine*, 2008, 19: 499-504.
38. Jarab AS, AlQudah SG, Khmour M, Shamssain M, Mukattash TL. Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. *International journal of clinical pharmacy*, 2012, 34: 53-62.
39. Standards of medical care in diabetes 2010. *Diabetes care*, 2010, 33: 11-61.
40. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 4th edn, 2009: 21-27.
41. Satman İ. Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi. İçinde: İmamoğlu Ş (editörler). Diyabetes Mellitus Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi Ve İzlem, 2. Baskı, İstanbul, Deomed, 2009: 11-35.
42. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn, 2015: 77-79.
43. Unwin N. Diabetes Action Now: WHO and IDF working together to raise awareness worldwide. *Diabetes voice*, 2004, 49: 27-31.
44. Wolfsdorf J, Glaser N, Sperling MA. Diabetic ketoacidosis in infants, children, and adolescents: A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 2006, 29: 1150-1159.

45. Bhattacharyya OK, Estey EA, Cheng AY. Update on the Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 2009, 55: 39-43.
46. Turdep-II Sonuçlarının Özeti. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti>. 08 Ocak 2020.
47. Engster D. Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 2005, 20: 50-74.
48. Türkçe Sözlük. Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005.
49. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu, 2005.
50. van der Wal WM. The caring ethic in nursing. *Ethics in Health Care*, 2005, 1: 11-23.
51. Haskard KB, DiMatteo MR, Heritage J. Affective and instrumental communication in primary care interactions: Predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health Communication*, 2009, 24: 21-32.
52. Gül Ş. Nursing care in the light of care concept and affecting factors. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 10: 129-134.
53. Fredriksson L, Eriksson K. The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 2003, 10: 138-148.
54. Baykara Z. Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi Ve Etiği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
55. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuram*, 1. Baskı. İstanbul, Alaş Ofset Matbaacılık, 1999: 221-283.
56. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing*, 1rd. Mosby, 2005.

57. Matthews S, Wade GH. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30: 310-318.
58. Öztürk C, Karataş H. Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11: 85-91.
59. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced nursing*, 2005, 50: 410-416.
60. van den Heuvel W. The meaning of dependency. *Dependency Or Interdependency In Old Age*. 1976: 162-173.
61. Dijkstra A, Kazimier H, Halfens RJ. Using the Care Dependency Scale for identifying patients at risk for pressure ulcer. *Journal of Advanced nursing*, 2015, 71: 2529-2539.
62. Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2003, 17: 51-56.
63. Çıtlık Sarıtaş S, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2014, 2: 18-23.
64. Caljouw MA, Cools HJ, Gussekloo J. Natural course of care dependency in residents of long-term care facilities: prospective follow-up study. *BMC geriatrics*, 2014, 14: 67.

65. Eichhorn Kissel J, Dassen T, Kottner J, Lohrmann C. Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 2010, 24: 363-372.
66. Saner FH, Damink SWO, Pavlakovic G, van den Broek MA, Rath PM, Sotiropoulos GC, Radtke A, Canbay A, Paul A, Nadalin S. Pulmonary and blood stream infections in adult living donor and cadaveric liver transplant patients. *Transplantation*, 2008, 85: 1564-1568.
67. Öner FS. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
68. Yıldırım TA, Altay B. Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin özbakım gücü ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5: 16-24.
69. Stress CS. Life satisfaction and alienation of elderly males and females. *Journal of the Indian academy of applied Psychology*, 2007, 33: 157-160.
70. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda yaşam doyum. *Geriatrı*, 2003, 6: 72-74.
71. Yılmaz E, Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 2009, 59: 451-470.
72. Dağlı A, Baysal N. Yaşam doyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences*, 2016, 15: 1250-1262.
73. Kabasakal Z, Uz Baş A. Öğretmen adaylarında yaşam doyumunun yordayıcısı olarak problem çözme becerileri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 2: 27-35.
74. Veenhoven R. Happy life-expectancy. *Social indicators research*, 1996, 39: 1-58.

75. Yetim Ü. Kişisel Projelerin Organizasyonu Ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1991.
76. Özer M. Huzurevinde Ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2001.
77. Kırıl K. Demans Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Doyumu: Bilişsel Duygu Ayarlama, Sosyal Destek ve Adil Dünya İnancı İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.
78. Doğan T. Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2012, 14: 56-64.
79. American Psychologists Association. Veenhoven R. Freedom and happiness: A comparative study in forty-four nations in the early 1990s. Culture and subjective well-being, 2000: 257-288.
80. Agid O, McDonald K, Siu C, Tsoutsoulas C, Wass C, Zipursky RB, Foussias G, Remington G. Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2012, 141: 98-103.
81. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 1991, 57: 149-161.
82. Diener E. Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 1984, 95: 542-575.
83. Goleman D. Emotional intelligence. Çeviri: Seçkin Yüksel B. Duygusal Zeka, 1. Baskı. İstanbul, Varlık Yayınları, 1998.
84. Tarhan N. *Mutluluk psikolojisi*, 1. Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2016.

85. ASICI E, İKİZ FE. Mutluluğa giden bir yol: Bilişsel esneklik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2019, 1: 191-211.
86. AKIN A, AKIN Ü. *Psikolojide Güncel Kavramlar-1-Pozitif Psikoloji*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2015.
87. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 2005, 131: 803-855.
88. ÇAPIK C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17: 268-274.
89. Fletcher C. The clinical diagnosis of pulmonary emphysema. *Proc R Soc Med*, 1952, 45: 577-584.
90. DİLEK K, YILDIZ H. Dispne semptomunun değerlendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinlikleri ve kullanım sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2: 137-149.
91. ULAŞLI S, MEHMET Ü. KOAH'ın ağırlık sınıflamasında yeni konsept. *Güncel Göğüs Hastalıkları Dergisi*, 2013, 1: 13-19.
92. YÜRÜKTÜMEN A, KARCIÖĞLU Ö, TOPACOĞLU H, KARBEC F. Dispne ile başvuran geriyatrik olgularda yakınma şiddeti ile klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 2009, 9: 163-168.
93. DIJKSTRA A, BUIST G, MOORER P, DASSEN T. Construct validity of the nursing care dependency scale. *Journal of clinical Nursing*, 1999, 8: 380-388.
94. YÖNT G, AKIN KORHAN E, KHORSHID L, EŞER İ, DIJKSTRA A. Bakım bağımlılığı ölçeğinin (Care Dependency Scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı*, 2010, 13: 71.
95. DIENER E, EMMONS RA, LARSEN RJ, GRIFFIN S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 1985, 49: 71-75.

96. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*, 2002, 33: 1073-1082.
97. Doğan T, Akıncı Çötök N. Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2011, 4: 165-172.
98. Janssen DJ, Schols JM, Wouters EF, Spruit MA. One-year stability of care dependency in patients with advanced chronic organ failure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2014, 15: 127-132.
99. Aydın HT, Yıldız FT, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20: 177-183.
100. Çil Akıncı A, Pınar R. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *Medical Sciences*, 2011, 6: 9-18.
101. Habraken JM, van der Wal WM, ter Riet G, Weersink EJ, Toben F, Bindels PJ. Health-related quality of life and functional status in end-stage COPD: a longitudinal study. *European Respiratory Journal*, 2011, 37: 280-288.
102. Zamzam MA, Azab NY, El Wahsh RA, Ragab AZ, Allam EM. Quality of life in COPD patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and tuberculosis*, 2012, 61: 281-289.
103. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11: 33-39.

104. Afsar B, Yalçınsoy M, Yakar H, Bilgin S, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 2012, 34: 260-267.
105. Helvacı A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Verilen Eğitim ve Danışmanlık Programının Dispne, Sağlık Durumu ve Bakım Bağımlılığı Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.
106. Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2001, 49: 338-344.
107. İnal İnce D, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi*, 2005, 6: 31-36.
108. Yılmaz CK, Aşiret GD, Çetinkaya F, Kapucu S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yorgunluğun günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 114-121.
109. Gysels MH, Higginson IJ. The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, heart failure and MND. *BMC palliative care*, 2011, 10: 15.
110. Barriga S, Rodrigues F, Barbara C. Factors that influence physical activity in the daily life of male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista portuguesa de pneumologia*, 2014, 20: 131-137.
111. Hartman JE, Boezen HM, de Greef MH, Nick H. Physical and psychosocial factors associated with physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2013, 94: 2396-2402.

112. Kuran G, Yeldan İ, İşsever H, Erkan F, Gürses H. KOAH'lı hastalarda hastalık süresi ve şiddeti ile solunum fonksiyon testleri, yürüme ve BODE indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Solunum*, 2009, 11: 22-25.
113. Gökçek Ö, Hüzmeli ED, Katayıfçı N. The effect of dsypnea on quality of life and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 10: 84-88.
114. Roche N, Chavannes NH, Miravittles M. COPD symptoms in the morning: impact, evaluation and management. *Respiratory research*, 2013, 14: 112.
115. Barusso MS, Gianjoppe-Santos J, Basso-Vanelli RP, Regueiro EM, Panin JC, Di Lorenzo VAP. Limitation of activities of daily living and quality of life based on COPD combined classification. *Respiratory care*, 2015, 60: 388-398.
116. Ergüney S. Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
117. Ekin İH. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2019.
118. Gençtürk N. Multipl Skleroz Tanısı Olan Hastalarda Adil Dünya İnancı, Psikolojik Sağlamlık Ve Yaşam Doyumu. Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.
119. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1: 1-14.
120. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2018, 26: 79-92.

121. Büssing A, Fischer J, Haller A, Heusser P, Ostermann T, Matthiessen PF. Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *European journal of medical research*, 2009, 14: 171-177.
122. Melendez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2009, 48: 291-295.
123. Yazıcı SÖ, Kalaycı İ. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 2015, 3: 385-390.
124. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Muszalik M. Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. *Clinical interventions in aging*, 2018, 13: 887-894.
125. Kütükçü EÇ, Arıkan H, Sağlam M, Yağlı NV, Deniz İ, Öksüz Ç, Savcı S, Düğer T, Çöplü L. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation*, 2015, 2: 53-60.
126. Kaya D. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.
127. Çayır M. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Kadir KOÇ Doğum tarihi: 22.08.1993 Doğum Yeri: Terme/SAMSUN Medeni Hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, ERZURUM Tel: 05466865506 Faks: E-mail: kaadirkoc@gmail.com
Eğitim
Lise: Prof. Dr. M. Erol Turaçlı Anadolu Öğretmen Lisesi (2007-2011) Lisans: Gazi Üniversitesi (2012-2016) Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi (2017-2020) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Hemşirelik Esasları ana bilim dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak **Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR** danışmanlığında sunulan “*Farklı Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Bakım Bağımlılıklarının, Yaşam Doyumlarının ve Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması*” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	10	15
Genel Bilgiler	15	30
Materyal ve Metod	35	35
Bulgular	10	10
Tartışma	6	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 15 / 01/ 2020


Öğrenci
Kadir KOÇ


Danışman
Prof.Dr.Reva BALCI AKPINAR

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-5/8

Tarih: 11.06.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Kadir KOÇ, Reva BALCI AKPINAR isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Farklı Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Bakım Bağımlılıklarının, Yaşam Doyumlarının ve Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

(Katılmadı)

EK-4. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945 -300-E.1800250628
Konu : Kadir KOÇ'UN Uygulama İzni
HK.

04.09.2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 03.09.2018 tarihli ve 42190979-300-E.1800249178 sayılı belge.
b) 17.07.2018 tarihli 88179374-300-E.1800213678 sayılı yazı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Kadir KOÇ'un "Farklı Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Bakım Bağımlılıklarının, Yaşam Doyumlarının ve Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının uygulamasını hastanemiz kliniklerinde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Ali ŞAHİN
Başhekim

Ataturk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Dilek KILIÇ
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr



EK-5. TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaş

2. Cinsiyet

a) Kadın

b) Erkek

3. Yaşadığınız yer

a) İl

b) İlçe

c) Köy

4. Eğitim durumunuz

a) Okuryazar değil

b) Okuryazar

c) İlköğretim

d)

Ortaöğretim

e) Üniversite

5. Mesleğiniz

.....

6. Medeni durumunuz

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

d) Dul

7. Aylık gelir düzeyiniz

.....TL

8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?

a) Çok iyi

b) İyi

c) Orta

d) Kötü

e) Çok kötü

9. Kronik hastalığınız :

10. Hastalığınız ne zaman tanılandı ?

..... ay önce

..... yıl önce

11. Hastalığınıza ilave kronik hastalık varlığı ?

a) Yok

b) Var (belirtiniz)

12. Hastalığınız yaşamınızı etkiliyor mu ?

a) Hayır

b) Evet

EK-6. MRC DİSPNE SKALASI

GRADE	DERECE	TANIM
0	DİSPNE YOK	Düz Yerde Hızlı Hareket Ederken Veya Hafif Eğimli Bir Yokuş Çıkarken Solunum Sıkıntısı Yoktur.
1	HAFİF	Düz Yerde Hızlı Hareket Ederken Veya Hafif Eğimli Bir Yokuş Çıkarken Solunum Sıkıntısı Vardır.
2	ORTA	Düz Yerde Yürürken Yaşıtlarından Daha Yavaş Yürür, Soluklanmak İçin Durur.
3	ŞİDDETLİ	100 Metre Kadar Veya Birkaç Dakika Yürüyünce Soluklanmak İçin Durur.
4	ÇOK ŞİDDETLİ	Evden Ayrılırken Veya Elbiselerini Çıkartırken Aşırı Derecede Nefessiz Kalır.

EK-7. BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece Döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmeye					
Bellek/ hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede					

EK-8. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Yaşam Doyum Ölçeği	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Hayatım birçok yönden idealime yakındır.	1	2	3	4	5	6	7
Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-9. OXFORD MUTLULUK ÖLÇEĞİ – KISA FORM

	Hiç Katılmıyorum.	Katılmıyorum.	Biraz Katılıyorum.	Katılıyorum.	Tamamen Katılıyorum.
1.Kendimden hoşnut değilim.	1	2	3	4	5
2.Hayatın çok ödüllendirici olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
3.Hayatımdaki her şeyden oldukça memnunum.	1	2	3	4	5
4.Çevremdeki güzelliklerin farkına varırım.	1	2	3	4	5
5.Yapmak istediğim her şeye zaman bulabilirim.	1	2	3	4	5
6.Zihinsel olarak kendimi tamamen zinde (dinç) hissedirim.	1	2	3	4	5
7.Geçmişle ilgili mutlu anılara sahip değilim.	1	2	3	4	5

1.ve 7. Maddeler tersten kodlanmaktadır (reverse). Yüksek puanlar mutluluk düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir.