

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KOAH'LI HASTALARDA PLANLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ASLAN DOĞAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOAH'LI HASTALARDA PLANLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASLAN DOĞAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Anabilim Dalının Hemşirelik Tezli

Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMAN

Prof. Dr. Nermin OLGUN




GAZİANTEP

2018


TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Aslan DOĞAN** tarafından hazırlanan “**KOAH’lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**” başlıklı tez, 20.06.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşığıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

| <u>Görevi</u> | <u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u> | <u>İmzası:</u> |
|----------------------|---|---|
| Tez Danışmanı | : Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF |  |
| Jüri Başkanı | : Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF |  |
| Jüri Üyesi | : Doç. Dr. Derya ATİK Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi SYO |  |

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca daima yanımda olan bilgisi ve tecrübesi ile beni aydınlatıp cesaretlendiren, yol gösteren, sabırlı, güler yüzlülüğü ve hoşgörüsü ile bana öğrenmeyi bir daha sevdiren, bana hep bir telefonda daha yakın olan hiç bir zaman yardımlarını esirgemeyen güzel yürekli insan değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Nermin OLGUN'a,

Bilimsel öğretileri ve donanımları ile iyi bir eğitim almamızı sağlayan ışıkları ile yeni ufuklar açan değerli hocalarıma.

Bana zaman ayırıp yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Ömer AYDEMİR ve Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU'na

Tezimde desteğini esirgemeyen ve istatistiksel analizini yapan Sayın Ceyda AFACAN'a,

Tez çalışmamı yapmama destek olan Batman Bölge Devlet Hastanesi Tüm doktor, hemşire, personele Çok değerli hastalarım,

Üniversitenin ilk gününden bu yana bana her konuda desteğini sunan hep zaman ayırıp yardımına koşan değerli dostum Cihat AKTÜRK'e,

Bütün zorlukları ve yoklukları ile beni bugünlere getiren, daima yanımda olan bana destek veren sevgili aileme, Sevgi ve saygıyı bana öğreten, öğrenmenin yaşamın kendisinde saklı olduğunu bana anlatan hep özlediğim merhum babam Salih DOĞAN'a,

Çocuklarıma bakıp büyüten ve onun sayesinde Yüksek lisansı bitirme imkanını bulduğum Değerli kaynanam Zahide Oğurlu ve Çocuklarına,

Tanıdığım ilk günden beri hayatıma mutluluk katan huzur katan özlemi ve sabrı ile her anımda yanımda olan sevgisi ve saygısı ile beni büyüleyen en kıymetlim hayat arkadaşım Sayın Fatma DOĞAN'a,

Varlıkları ile hayatımıza güzellik ve neşe katan güzel oğullarım, Siyabend ve Ararat'a sonsuz teşekkür ederim.

Aslan DOĞAN

Gaziantep, 2018

ÖZET

KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Aslan DOĞAN, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans, Gaziantep 2018

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) bulunan hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla müdahale-kontrol tasarım niteliğinde planlanmış ve yapılmıştır. Araştırma 20.05.2017-30.12.2017 tarihleri arasında Batman Bölge Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde, KOAH tanısıyla yatan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 40 müdahale ve 40 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 hasta ile yürütülmüştür. Müdahale ve kontrol grubuna ait veriler; tanıtıcı bilgi formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında SPSS 24.0 (The Statistical Package for the Social Sciences- PC Version 24.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara anket formlarının, anksiyete ve yaşam kalitesi anketlerinin uygulanmasından sonra planlı hemşirelik eğitimi verilmiş ve anket formları tekrarlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise eğitim verilmemiştir.

Toplanan veriler sonucunda; eğitim sonrası müdahale grubundaki hastaların HAD-depresyon ve HAD-anksiyete puan ortalamasının arttığı ve istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların CAT ve Solunum Sistemi Anketi tüm skorlarında puan ortalamalarının azaldığı ve müdahale grubunda eğitim öncesi değerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda bulunan hastaların kontrol sonrası HAD-anksiyete puan ortalamalarının azaldığı ($p<0,05$), HAD-depresyon puan ortalamalarının ise arttığı ($p>00.5$) saptanmıştır. Bulgular sonucunda; KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesinde iyileştirme sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda KOAH'lı hastaların bakım ve yönetiminde hemşireler tarafından planlı hemşirelik eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: KOAH, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, eğitim.

ABSTRACT

Evaluation of the Impact (effect) of Planned Nursing Education on Quality of Life and Anxiety in COPD Patients.

Aslan DOĞAN, Hasan Kalyoncu University, Institute of Health Science, Nursing Department, Master wint Thesis,Gaziantep 2018

With the purpose to investigate the quality of life and the effect of planned nursing education program on anxiety in patients with COPD, the experimental and control group was planned and established. The study was carried out on 80 patients diagnosed with COPD in Pulmonology Clinic of Batman District State Hospital. 40 of 80 patients were experimental group and another 40 patients were control group. The data of experimental and control group were collected by using Patient Information Form, Hospitla Anxiety and Depression Scale (HAD), COPD Assessment Test (CAT) and St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). The researcher evaluated the obtained data by using computer based program SPSS 24.0 (The Statistical Package for the Social Sciences-PC Version 24.0). The experimental group was given nursing and repeating questionnaire after implementing anxiety and life quality questionnaire. Control group was not given education programme. The results of data after the education program the level of HADS-depression and HADS-anxiety of experimental group increased and there was no statistical difference ($p>0,05$). In experimental group the average of COPD Assessment Test and St George's Respiratory Questionnaire decreased and there was a statistically difference compare with the situation before the educational program ($p<0,05$). After the checking, the average point of HADS-anxiety of control group decreased ($p<0,05$) and the average points of HADS-depression increased ($p>0,05$). As a result of this study; It was seen that the planned nursing education given to COPD patients improved their life quality. With the results of the study carried out; it is suggested to give planned nursing education program to COPD patients by nurses.

Key Words: COPD, life quality, anxiety, depression, education.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

| | |
|---|----------|
| TEŞEKKÜR..... | i |
| ÖZET | ii |
| ABSTRACT | iii |
| İÇİNDEKİLER..... | iv |
| TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI..... | vii |
| TABLO DİZİNİ | viii |
| KISALTMALAR LİSTESİ | ix |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1.Problemin Tanımı Ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın amacı: | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Tanım..... | 3 |
| 2.2.KOAH'ın Epidemiyolojisi ve Yükü..... | 3 |
| 2.3.KOAH Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri..... | 6 |
| 2.3.1.Sigara kullanımı..... | 6 |
| 2.3.2. Genetik faktörler..... | 6 |
| 2.3.3.Yaş ve cinsiyet..... | 6 |
| 2.3.3.1.Akciğerin büyüme ve gelişmesi | 7 |
| 2.3.3.2.Partiküllere maruziyet..... | 7 |
| 2.3.3.4.Astım ve hava yolu hiperreaktivitesi..... | 7 |
| 2.3.3.5.Kronik bronşit..... | 8 |
| 2.3.3.6.Enfeksiyonlar..... | 8 |
| 2.4.KOAH'ta Görülen Belirti ve Bulgular | 8 |
| 2.4.1.Dispne..... | 8 |
| 2.4.2.Öksürük | 9 |
| 2.4.3.Balgam..... | 9 |
| 2.4.4.Wheezing..... | 9 |
| 2.4.4.1.Eşlik eden diğer bulgular..... | 9 |
| 2.4.4.2.Komorbidite..... | 10 |
| 2.4.4.3.Alevlenmeler | 10 |
| 2.5.KOAH'da Tanı | 10 |
| 2.5.1.Hastalık Öyküsü | 10 |
| 2.5.2.Fizik Muayene | 11 |
| 2.5.3.Görüntüleme Grafisi | 11 |
| 2.5.4.Oksimetre ve Arteriyel Kan Gazı | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5.5.Elektrokardiyografi ve Ekokardiyografi..... | 11 |
| 2.5.5.1.Balgam Örneği..... | 11 |
| 2.5.5.2.Solunum Fonksiyon Testi(Spirometri)..... | 11 |
| 2.5.5.3.Hastalığın Değerlendirilmesi..... | 12 |
| 2.5.5.4.Semptomların Şiddetinin Değerlendirilmesi..... | 12 |
| 2.6.KOAH'nın Evreleri..... | 12 |
| 2.7.KOAH'ta Tedavi ve Bakımın Amaçları..... | 13 |
| 2.7.1.KOAH'da Tedavi..... | 13 |
| 2.7.2.Sigaranın bıraktırması..... | 13 |
| 2.7.3.Sigaranın Bırakılmasında Genel İlkeler..... | 13 |
| 2.8.Farmakolojik Tedavi..... | 14 |
| 2.9.Nonfarmakolojik Tedavi..... | 15 |
| 2.9.1.KOAH'lı Hastalarda Yönetim..... | 16 |
| 2.9.2.Hasta Eğitimi..... | 16 |
| 2.9.3.KOAH'lı hastalarda anksiyete..... | 17 |
| 2.9.4.KOAH'da yaşam kalitesi..... | 18 |
| 2.9.5.KOAH'da Hemşirelik Bakımı..... | 18 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM..... | 19 |
| 3.1.Araştırma Soruları..... | 19 |
| 3.2.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı..... | 19 |
| 3.3.Araştırmanın Etik Yönü..... | 19 |
| 3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 19 |
| 3.5. Veri Toplama Gereçleri..... | 20 |
| 3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu..... | 20 |
| 3.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ)..... | 20 |
| 3.5.3.Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (Ek:5.3)..... | 21 |
| 3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer..... | 21 |
| 3.7.Araştırmanın Uygulanması..... | 22 |
| 3.8. Verilerin İstatiksel Analizi..... | 23 |
| 4. BULGULAR..... | 24 |
| 5.TARTIŞMA..... | 29 |
| 5.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması..... | 29 |
| 5.2. Hastaların Hastalık Özellikleri bulgularının Tartışılması..... | 31 |
| 5.3.Mudahale ve Kontrol Grubu Hastaların HAD-A ve HAD-D Bulgularının Tartışılması..... | 34 |
| 5.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların CATS Bulgularının Tartışılması..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 5.5.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sistemi Anketi Bulgularının Tartışılması..... | 37 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER..... | 39 |
| 6.1.Sonuçlar..... | 39 |
| 6. 2. Öneriler..... | 40 |
| KAYNAKLAR..... | 41 |
| EKLER..... | 52 |

Ek:1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek:2 Etik Kurul Onay Formu

Ek:3 Etik Kurul Kararı

Ek:4 Kurum İzni

Ek:5 Veri Toplama Formları

Ek:6 Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (rıza) Formu

Ek:7 Ölçeklerin Kullanım İzni

Ek:8 İntihal Raporu

Ek:9 KOAH Eğitim Kitapçığı

Ek:10 Sorumlu Araştırmacının Özgeçmişi

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “KOAH’lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımda, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

08.06.2018

Aslan DOĞAN



TABLO DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 2.1.Nefes Darlığının Şiddetini Değerlendiren MMMC Dispne Skalası..... | 9 |
| Tablo 2.2.Bronkodilatör Sonrası FEV1'e Göre KOAH Şiddetinin Sınıflanması..... | 12 |
| Tablo 4.1.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyo-Dnografik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 24 |
| Tablo 4.2.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 25 |
| Tablo 4.3.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırması..... | 26 |
| Tablo 4.4.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HAD-A ve HAD-D Bulgularının Karşılaştırması..... | 26 |
| Tablo 4.5.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının CATS Bulgularının Karşılaştırılması..... | 27 |
| Tablo 4.6.Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sistemi Anketi Bulgularının Karşılaştırılması..... | 27 |

KISALTMALAR LİSTESİ

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

GOLD : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

DALY: Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)

GBD : Dünya Sağlık Örgütü ve Küresel Hastalık Yüğü

\$: Doların simgesi

BOLD : Burden of Lung Disease (Akciğer Hastalığının Yüğü)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

YLD : Years of Healty Life Lost Due to Disability

AAT : Alfa-1 antitripsin

MMRC : Modified Medical Research Council

YÇBT : Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi

SpO : Periferik Arteriyel Oksijen Satürasyonu

AKG : Arteriyel Kan Gazı

FVC : Forced Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite)

FEV1 : Forced Expiratory Volume inOne Second (Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Hacmi)

CAT : COPD Aseessment Test (KOAH Değerlendirme Testi)

NIMV : Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon

BIPAP : Bilevel Positive Airway Pressure (Bilevel Pozitif Havayolu Basıncı)

USOT : Uzun Süreli Oksijen Tedavisi

ATS : American Thorocic Society (Amerikan Toraks Derneği)

ERS : European Respiratory Society (Avrupa Solunum Derneği)

PaCO₂ : Parsiyel Arterial Karbondioksit Basıncı

SGRQ : Saint George's Respiratory Questionnaire (Saint George's Solunum Anketi)

SPSS : Statistical Package for Social Sciences Version

HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon

Ark : Arkadaşları

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)

MRCS : Medical Research Council Scale (Medikal Araştırma Kurulu Skalası)

CRAP : Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli pozitif hava yolu basıncı)



1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile bağlantılı ve yaygın olarak ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımına maruz kalma ile karakterize, yayılabilir özellikte, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Alevlenmeler ve eşlik eden diğer hastalıklar, hastalığın şiddetine katkıda bulunur (GOLD 2014) (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tahminlerine göre KOAH'ın tüm dünya genelinde ölüme yol açan hastalık olarak yedinci sırada olduğu ve 2020 yılında beşinci sıraya çıkacağı belirtilmektedir (2). KOAH günümüzde dünya genelinde 3.ölüm nedenidir. Tüm ölümlerin de %5.5'inden sorumludur (3). KOAH, 2005 yılında en önemli yeti kaybına (sakatlığa) uyarlanmış yaşam yılları (DALY) nedenleri arasında 8. Sırada yer alırken, 2013 yılında 5. DALY nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (1). WHO ve Küresel Hastalık Yüğü (GBD) 2015 çalışmasında elde edilen verilerde tüm dünyada KOAH'tan ölenlerin sayısının 3.2 milyon olduğu varsayılmıştır (4,5). Yaygın olarak her yıl 3 milyona yakın kişi KOAH nedeniyle ölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımının giderek yaygınlaşması ve gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması ile KOAH prevalansının önümüzdeki 30 yıl içerisinde artacağı ve 2030 yılına vardığında KOAH ve ilişkili nedenlerden ölümlerin yılda 4.5 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (1).

Tütün dumanı, iç ve dış hava kirliliği, çevresel koşullara maruz kalma, mesleki riskler ve etnik azınlıklar ile düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk ve sağlıkta eşitsizlik KOAH'ta “nedenlerin nedeni” olarak görülmektedir. Bu nedenler hem akciğerlerin yeterli düzeyde gelişimini engellemekte, hem sağlık hizmetlerinden yararlanmayı güç kılmakta hem de önerilen tedaviye uyumu güçleştirmektedir (6). Mortalitesi, ekonomik düzeyi düşük ülkelerde, özellikle de kişi başına düşen ortalama gelir 20 bin dolardan az olan ülkelerde oldukça yüksektir (5). KOAH'ta koruma ve tedavi için öncelikle risk faktörlerinin belirlenip onlara maruz kalmayı azaltmak önemlidir. Öncelikle sigara içen tüm bireyler sigarayı bırakma için sürekli olarak teşvik edilmelidir. Bununla beraber mesleki tozlara, duman ve gazlara, iç/dış ortam hava kirleticilerine bireysel ve toplumsal maruziyeti azaltmak için mutlaka politikalar belirlenip uygulanmalıdır. KOAH'ta bakımın amacı: semptomları iyileştirmek, alevlenmelerin sayısını ve ağırlığını azaltmak, egzersiz toleransını artırmak ve sağlık durumunu iyileştirmek, yaşam kalitesini yükseltmektir (1).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, başta dispne olmak üzere, kronik öksürük ve balgam çıkarma gibi semptomlara bağlı olarak kişilerin yaşam kalitesi bozulmakta iştahsızlık, kilo kaybı, bitkinlik, güçsüzlük, uyku sorunları, anksiyete, depresyon ve aktivite kısıtlaması hastalığa eşlik edebilmektedir. Literatürde anksiyete ve depresif bulguların KOAH'da çok sık yaşandığı bildirilmektedir (7,8) Sigara dumanına maruziyet, artan dispne, fiziksel intolerans, sosyal uyumsuzluk, kronik hipoksi ve uzun süren oksijen tedavisi hem yaşam kalitesinin azalmasına hem de KOAH'ın neden olduğu psikolojik bozukluklara katkıda bulunur (9).

Kronik hastalık yönetiminde multidisipliner ekip olarak sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim ve danışmanlık vermektir. Pulmoner rehabilitasyonda ekibin bir üyesi olan hemşire, hastayı koruma, güvenli çevre sağlama, hasta eğitimi, danışmanlık ve rehabilitasyon aşamalarında önemli işlevlere sahiptir. KOAH'da hastanın akciğer fonksiyonlarını korumak, hastalığın gelişmesini yavaşlatmak, komplikasyonları önlemek, semptom kontrolü sağlamak, fiziksel kabiliyetini geliştirmek, tedaviye uyumu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla verilen hemşirelik bakımında en önemli nokta; hasta ve yakınlarının eğitimi, hemşirelik bakımına hasta ve ailesini dahil etme ve bakımın sürekliliğidir. Bu anlamda KOAH'lı bireylerin hastanedeki ve evdeki hemşirelik bakımında; havayolu açıklığını sağlama ve gaz değişimini arttırma, aktivite intoleransını ve anksiyetesini azaltma, beden ihtiyaçlarından daha az beslenmesini engelleme, uyku düzenini sağlama gibi bireye özgü olarak belirlenen diğer hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır. Literatürde hemşire öncülüğünde uygulanan pulmoner rehabilitasyon programının hastalık yönetiminde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Hastane yatışlarında azalmalar, yaşam kalitesinde yükseltmeler hemşirelik uygulamalarının etkili olduğunu göstermektedir. Hastalık gelişimi, ilaç, oksijen tedavisi, beslenme ve solunum egzersizleri hakkında hastalara verilen eğitimlerle bilgilerinin güncellenmesi ve öz bakım becerileri kazanmalarının tedavi uyumunu arttıracağı belirtilmektedir (9).

1.2. Araştırmanın Amacı: Araştırma KOAH'lı hastalarda uygulanan planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; Genelde zarar veren parçacıklara ya da gazlara gereğinden fazla maruz kalınması sonucu havayolu veya alveoller obstrüksiyon nedeniyle solunumsal hava akımının engellenmesi ve durumun kronikleşmesi sonucu gelişen, ilerleyici solunumsal semptomlarla karakterize, yayılabilen, önlenebilen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır. Alevlenmeler ve ek hastalıklar KOAH'ın ilerlemesine ve şiddetine etki ederler (1). Solunum yolu ile uzun süre akciğerlere giren zararlı gaz ve parçacıklar hasta bireylerin akciğerlerinde kronik enflamasyona yol açarlar. Oluşan uzun süreli enflamasyona bağlı olarak amfizem ve küçük solunum yolu hastalığını oluştururlar (10). KOAH birbirinden farklı ve birbiri ile etkileşim içerisinde olan birçok etkenden (genetik, biyolojik, klinik, sosyal-çevresel vb.) etkilenir (11).

2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi ve Yüğü

KOAH gelişimine etkili olan en önemli etkenlerin başında yer alan; yeterli gelir, sağlıklı barınma alanı, yaşam ve iş şartları, nitelikli eğitim, sağlık hizmetlerine ulaşım, yoksulluk ve geri kalmış ülkelerde erken çocukluk, intra uterin dönem ile KOAH'ın en önemli yaygın nedeni olan biyomas yakıt dumanına maruziyet gibi faktörlere bağlı olarak geri kalmış toplumlarda gelişmiş toplumlara oranla 14 kat daha fazla hava yolu hastalıklarının görüldüğü bildirilmektedir (12). Son 200 yıldır yaşam süresinin uzaması ve yaşlanan nüfusun her geçen gün artması ile sağlıksız beslenme, temiz suyun azalması, koşulların giderek kötüleşmesi, ev ortamı kirliliği gibi eski yaşam tarzı faktörlerin giderek azalması bunun yanında yeni risk etkenlerinin (sigara ve türevleri, egzersiz yaşam tarzında azalma, obezite, mesleki etkenler, doğa ve çevre kirliliği gibi) giderek artış göstermesi nedeniyle hastalığa yaklaşım da değiştirmektedir (13). Son 200 yılda, özellikle de 20. yüzyılda yaşananlar aynı zamanda beraberinde getirdiği yoksulluk, adaletsizlik, eşitsizlik, artan işsizlik, sosyal sınıflaşmalar, ticaret savaşları ve küresel eşitsizlikler gibi sağlığı belirleyen etmenler giderek bozulmakta ve kötüleşmeye yol açmaktadır.

Özellikle bu çağda gelişen küreselleşme, plansız çarpık kentleşme, yaşlı nüfus sayısında artma, yaşam şeklinin değişmesi, insan sağlığını önemli derecede etkileyen tütün içiciliği, iç-dış çevre hava kirliticileri, alerjenler, mesleki maruziyet, sağlıksız beslenme, obezite artışı ve fiziksel inaktivite intoleransında azalma risk etkenlerini meydana getirmiştir (14).

Bu dönemin bir sonucu olarak gelişen küresel iklim değişikliği, doğa katliamı ve ekosistemin insan eliyle yok etme çalışması da insan sağlığının bozulmasına yol açan etkenler olarak hayatımıza girmiştir. Tüm bu gelişmeler, yaşamımızın bir parçası olan ekonomik ve politik sistemlerle ilişkilidir (15).

Ekonomik Yük: KOAH'lı hastalara en fazla mali harcamalar KOAH'ın sık alevlenmeleri ve şiddetinin arttığı dönemlerinde yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde KOAH'ın mesleki ve ev üretkenliğine verdiği zararlar ekonomiden daha önde gelmektedir (1). Günümüzde hastalık dünya genelinde en önemli mortalite ve morbidite kaynağı olması nedeniyle ekonomik ve sosyal yükü her geçen gün artmaktadır (16). KOAH alevlenmeleri genel olarak harcamalarının yaklaşık %60'ına denk gelmektedir. KOAH'tan kaynaklı küresel mali harcamalar günümüzde 2.1 trilyon \$ karşılık gelmektedir ve bu mali harcamaların 2030 yılına geldiğinde 4.8 trilyon \$'a çıkması öngörülmektedir (17).

Prevalans: KOAH prevalansı, ülkelere, coğrafi yerleşim yerlerine, yaşam şekline, sosyal ve kültürel statüye, yaş ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir (18). İlerleyen teknolojiye paralel olarak hastalık prevalansında ve öngörülen yaşam süresinde artış olması öngörülmüyor (19). KOAH prevalansına yönelik araştırmalar literatürde genellikle üç türlü yöntemle başvurulmaktadır. Bunlar: hekim tarafından konulan tanıya yönelik KOAH prevalansı, anketlerle belirlenen semptomların varlığına dayalı prevalans kaynakları ve özellikle 2003 sonrası "Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)" rehberine bağlı olarak spirometrik ölçümlerle elde edilen prevalans verileridir (20). Yapılan KOAH prevalans çalışmalarında kullanılan farklı yöntemler nedeniyle tanısal kriterlerde ve analitik bakış açısındaki değişiklikler büyük çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmalarda elde edilen verilerde; hastalığın sigara kullananlarda ve erişkinlerde arttığı, ilerlemekte olan ülkelerde erkek bireylerde, ilerlemiş olan ülkelerde ise erkek ve kadınlarda aynı düzeyde ya da kadınlarda sigara içimine bağlı olarak artış gösterdiği belirtilmektedir.

Yirmi dokuz ülkede biten ve sekiz ülkede çalışması süren Burden of Lung Disease (BOLD) çalışmasında, GOLD Evre II + KOAH prevalansı toplam %10,1 erkeklerde %11,8, kadınlarda %8,5 olarak görülmüştür. Araştırmada elde edilen verilerde KOAH'lı birey sayısının 2010 yılında 384 milyon, küresel prevalansın %11,7 olduğu açıklanmıştır (1).

Mortalite: KOAH'ın yeterince anlaşılması ve bilgi eksiklikleri nedeni ile geç tanı konulması, mortaliteden elde edilen bilgilerin güvenilirliğini azaltmaktadır. Bunun yanısıra kayıt altına alınan verilerin birincil nedenleri ile ölüm belgesine genellikle katkıda bulunan durumların mortalite nedeni olarak kaydedilmesi sonuçları etkilemektedir. Günümüzde KOAH mortalitesinde belirgin bir artışın olmasının temel nedenleri; tütün ve ürünlerinin yaygınlığının artması, diğer yandan artan ölümlere yol açan iskemik kalp hastalıkları, yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfusundaki artış ve hastalığın olağan gidişatını etkileyen tedavilerin az bulunmasıdır (1).

Dünya Sağlık Örgütü ve Küresel Hastalık Yüğü (GBD) 2013 araştırmasına bakıldığında 1990-2013 dönemi arasında, KOAH nedeni mortalite sayısında %21 artış yaşanmasına bağlı yaşa indekslenmiş mortalite hızında %32,3'lük bir azalma yaşanmıştır (21). ABD'de yaşa indekslenmiş KOAH mortalite hızları 1970-2002 yılları arasında iki katına çıkarken, son araştırmalarda bazı ilerlemiş ülkelerde (Avustralya, İspanya) KOAH mortalite hızlarında düşüş yaşandığını göstermektedir (22,23). Bu gelişmenin, kullanma prevalansında ve çevre-doğa kirliliğindeki azalma ile bağlantılı olduğu kayıt edilmiştir. Özellikle güçlü ekonomik sermayeleri olan batı ülkelerinde veya ABD, İngiltere, Kanada, İspanya, İsveç, Avusturya, Japonya gibi ilerlemiş ülkelerde KOAH ölüm oranında düşüş yaşandığı, bu düşüşün erkeklerde daha çok görüldüğü ve ölüm oranı bakımından kadınlar ve erkekler arasındaki farkın görülür bir biçimde azaldığı görülmektedir. Bu gelişmenin sigara kullanma prevalansında ve hava kirleticilerinde azalma ile bağlantılı olduğu açıklanmaktadır (24).

Morbidite: Morbiditeyi değerlendirme, eski tarz yöntemlerle polikliniğe ve acil servise gelen ve hastanede yatan hasta sayısı ile yapılmaktadır. Bu bilgilere çoğunlukla ulaşılmamakta ve ulaşılan bilgilerin güvenilirliği konusunda mortalite bilgilerine oranla daha çok tartışmalıdır (25). Bunun asıl sebebi ülkelerin sağlık modellerinde ve teşhis –tedavi uygulamalarındaki değişiklikler ve eşlik eden hastalıklardır. Son dönemlerde (DSÖ)' hastalık yükünü değerlendirmede "Years of healthy life lost due to disability" "(YLD)" ve "Disability Adjusted Life Years" (DALY)" yöntemlerine başvurmakta. Hem sakatlık nedeniyle yitirilen yıllar olarak tanımlanan YLD, hem de erken ölümler ve sakatlık sebebi ile yitirilen yılların toplamı olarak açıklanan DALY bakımından KOAH, morbiditeye yol açan önemli bir sorundur ve ileri ki zamanlarda hastalığın artması ile birlikte KOAH'a ikincil YDL ve DALY' nin yaygınlaşması öngörülmektedir (15).

2.3. KOAH Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri

KOAH'nın gelişmesinde öncelikli risk etkenleri sigara içiciliği, mesleki koşulların etkisi ve alfa-1 antitripsin (AAT) yetersizliğidir. Bunun yanında petrol ve kömür gibi yer altı kaynaklarında çalışanlar, demir ve çelik işçiliği, ulaşım alanı, marangozluk, mobilya işçiliği /kağıt üreticiliği, çimento-alçı üretimi, tahıl, pamuk ve yün gibi sektörlerde çalışan kişiler özellikle risk grubundadırlar (26). Hava kirliliği, biyomas yakıt, hava yolu hiperaktivitesi, astım ve genetik aile öyküsü gibi faktörler de KOAH gelişiminde rol almaktadırlar (27). Bunlara ek olarak ta yoksulluk, yeterince besin alamama, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve ek hastalık gelişimi de diğer risk yaratan etkenlerdir (15).

2.3.1. Sigara Kullanımı

Küresel olarak en çok ölümlerle sonuçlanan iki nedenden biri açlık; iken ikincisi sigara ve türevlerinin içiciliğidir. Sigara hem içimi hem de pasif maruziyeti nedeniyle pek çok ölümcül sağlık sorununa neden olmaktadır (28). Dünya genelinde sigara kullanımı KOAH'nın bilinen en önemli risk faktörüdür. KOAH'nın yol açtığı ölümlerin %44,8'inden sigara ve türevlerinin içiciliği sorumludur (1). Sigara kullanma alışkanlığının artmasıyla birlikte KOAH, tüm dünyada küresel bir salgın haline gelmektedir (27). Tütün içiciliğinin KOAH'a oluşumundaki rolü %80-90'dır. Tütün içen bireylerin yarısına yakınında öksürük ve balgam atılımı ile ayırt edilen kronik bronşit oluşurken, genetik yatkınlık ve sağlıklı çevresel etkenlerin birbiriyle etkileşimi sonucu %15-20'sinde KOAH oluşmaktadır. Annenin sigara kullanımı ve tütün dumanına maruz kalması da önemli bir etken olarak gösterilmektedir (29).

2.3.2. Genetik Faktörler

Alfa-1 antitripsin (AAT), KOAH'nın oluşmasına neden olarak görülen tek genetik anormalliktir (29). Sigara kullanımı ile birlikte, AAT yetersizliği amfizem oluşumunu artırır. KOAH'a benzer kompleks hastalıklar çoğunlukla gen-çevre ilişkisi sonucu oluşmaktadır (30).

2.3.3. Yaş ve Cinsiyet

Yaş, KOAH gelişiminde göz önünde bulundurulmuş bir etmen olarak kabul edilmektedir. Ancak önceki yıllarda yapılan araştırmalarda KOAH'nın prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu açıklanmışken, günümüzde özellikle ilerlemiş ülkelerde yapılan araştırmalarda sigara ve türevlerinin kullanımı sonucu her iki cinsiyete eşit oranda olduğu görülmektedir (1).

KOAH'a eskiden özellikle erkeklere özgü bir hastalık gibi bakılmasına karşın, geçen 20 yılda erkeklere oranla kadınlarda görülme sıklığı artmıştır. Bu değişimin temel nedeni 50 yıldır sigara kullanma eğiliminin değişmesidir (31,32).

2.3.3.1. Akciğerin Büyüme ve Gelişmesi

Gebelikte ve çocuklukta akciğer gelişimini etkileyen herhangi bir etken (annenin tütün kullanımı, çocuklukta doğrudan veya dolaylı olarak sigara ve türevlerine maruz kalma, çocukluk astımı, bronşiyal hiperreaktivite, çocukluk hava yolu infeksiyonları vb.), KOAH oluşumunu arttırmaya yol açar (15). Özellikle çocukluk döneminde astım öyküsü bulunan 40 yaş üzeri bireylerin KOAH gelişme sıklığında artış yaşandığı görülmüştür (33).

2.3.3.2. Partiküllere Maruziyet

Hızlı kentleşme, endüstriyel gelişme ve kullanılan enerji kaynaklarına bağlı olarak çevre ve doğa kirliliği her geçen gün artmaktadır. Artan dış ve iç çevre kirliliği akciğer sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Özellikle hava kirliliğinin arttığı zamanlarda hava yolu semptomlarında, astım ve KOAH gibi solunumsal hastalıklara bağlı olarak hastane başvurularında ve ölüm vakalarında artış, solunum sistemi işlevlerindeki kayıp durumun önemini açıklamaktadır (34). İş ortamında bulunan organik ve inorganik tozlara maruziyet, kimyasal madde ve dumanların etkisinde kalma, KOAH oluşmasına neden olan etkenlerdir. Sık havalanmayan evlerde, bozuk sobalar, ısınmak ve yemek pişirmek için yakıt olarak kullanılan tezek, odun, kömür, bitki kökleri ve biyomas yakıtların kullanımına bağlı çok yoğun iç ortam kirliliği oluşmaktadır. Dünya genelinde 3 milyara yakın kişinin ısınmak ve yemek pişirmek için biyokütle veya kömür kullanımından dolayı KOAH riski altında olduğunu düşünülmektedir (15).

2.3.3.4. Astım ve Hava Yolu Hiperreaktivitesi

Yapılan araştırmalarda astımlı hastaların yaklaşık %20'sinde geri dönüşümü olmayan hava akım yolu daralması olduğu ve difüzyon kapasitesinde düşüş yaşandığı görülmüştür (22). Başka bir çalışmada astımlı erişkin bireylerde, astımı bulunmayan erişkinlere oranla sonraki yıllarda KOAH oluşma riskinin 12 kat arttığı vurgulanmıştır (35).

2.3.3.5. Kronik Bronşit

Fletcher ve arkadaşlarının araştırmasında kronik bronşit olgusunun akciğer işlevlerinde azalma ile bağlantılı olmadığını açıklanmasına rağmen, sonraki yıllarda yapılan araştırmalarda mukus hipersekresyonu ile Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1)'deki azalma arasında bir bağlantının olduğu ve kronik bronşit ile KOAH oluşması arasında bir ilişki bulunduğu açıklanmıştır (1,36).

2.3.3.6. Enfeksiyonlar

Çocukluk çağında geçirilen hava yolu enfeksiyonlarının, erişkin yaşlarda akciğer işlevlerinde azalma ve hava yolu bulguları ile bağlantılı olduğu açıklanmıştır. Geçmişinde tüberküloz öyküsü bulunan bireylerin %26-68'inde hava akımı daralması olduğu, tüberkülozun hava yolu daralması oluşma riskini 2-6 kat arttırdığı vurgulanmıştır. Viral ve bakteriyel enfeksiyonlar alevlenmelerin en ciddi sebebidir. Hava akımı obstrüksiyonu ilerledikçe, alevlenmelerin sayısı ve şiddeti de artış gösterir (15).

2.4. KOAH'ta Görülen Belirti ve Bulgular

Kronik ve progresif dispne, öksürük ve balgam KOAH'ın en bilinen semptomlarıdır. Olguların %30'una yakın bir kısmında balgamlı bir öksürük vardır. Bu semptom her geçen gün değişiklik gösterir ve ileriki yıllarda hava akımı engellenmesi oluşmadan önce ortaya çıkabilir. KOAH'ta Tedavi ihtiyacı; hava akımı engellenmesi oluşmasına rağmen, bulguların hastanın yaşamı üzerindeki etkisinin artması ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir (16).

2.4.1. Dispne

KOAH'lı hastalarda sık gerçekleşen ve şiddeti hastanın klinik özelliklerine göre değişim gösteren bir bulgudur. Dispne semptomu, gerçekleşme sıklığı ve şiddetine bağlı olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerine negatif yönde etki ederek yaşam kalitesini düşürmektedir (37). KOAH'nın ileri evresinde dispne artar ve ciddi şekilde kötüleşir. Bireylerde sosyal izolasyon, iş kaybı, aktivite kısıtlılığı, öz güven kaybı, hastaneye yatış gerektiren alevlenmeler görülür. Bununla beraber hastanın oksijen alma ihtiyacının artmasına bağlı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda dispne ile birlikte ortaya çıkar (9). Nefes darlığının şiddetini belirlemek için “Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi” (Modified Medical Research Council, MMRC) dispne skalası kullanılır (Tablo 1) (38).

Tablo 2.1. Nefes Darlığının Şiddetini Değerlendiren MMRC Dispne Skalası

| | |
|--------|--|
| BOLD | |
| Evre 1 | Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor |
| Evre 2 | Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor |
| Evre 3 | Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşitlarımaya göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum |
| Evre 4 | Düz yolda 100m ya da birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum |
| Evre 5 | Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor |

2.4.2. Öksürük

KOAH'nın nedenleri arasında bulunan zararlı gaz ve taneciklere solunum yollarının ilk yanıtı öksürüktür. Başlangıçta belirli aralıklarla ve non prodüktif iken hastalığın ileri evrelerinde her geçen gün şikayet edilen bir hal alır ve zamanla doktora götüren en önemli semptom olur (15). Gece oluşan öksürük nöbetleri uyku bozukluğuna neden olur. Ayrıca hastanın hareketlerinde azalma ile kas güçsüzlüğüne neden olur. Bunun yanında bronşiyal sekresyonların atılmasını zorlaştırır ve solunum yolunda balgam tıkaçlarını oluşturur (9).

2.4.3. Balgam

KOAH'lı hastalarda genellikle öksürükle beraber az miktarda inatçı balgam çıkarılır. Balgam çıkarma, alevlenmeler döneminde artış gösterirken, zaman zaman da yatıştır. Balgam da pürülansın oluşması bakteriyer bir alevlenmenin göstergesidir (16).

2.4.4. Wheezing

Hastalar bunu göğüste sıkışma hissi olarak da ifade ederler. Wheezing ve göğüste sıkışma, günden güne ve gün içinde değişiklikler gösterebilen semptomlardır. Genellikle efor sonrası ve sabahları artış gösterir (16).

2.4.4.1. Eşlik Eden Diğer Bulgular

Yorgunluk, iştahsızlık ve kilo kaybı hastalığın ileri evrelerinde gelişebilir. Bu semptomlar prognostik olarak önemlidir ve farklı hastalıkların da (akciğer kanseri, tüberküloz vb.) bir göstergesi olabilir. Bacaklarda şişlik olması sağ kalp yetersizliğinin (kor pulmonale) varlığını tanımlayan ilk ssemptom olabilir. KOAH'da depresyon ve anksiyete sık görülür (15).

2.4.4.2. Komorbidite

KOAH, birden çok eşlik eden hastalığın bulunduğu kompleks bir hastalıktır. Komorbidite, KOAH'la etkileşime girsin veya girmesin birlikte görülen bir veya birden çok hastalığı açıklar. Başlıca komorbid hastalıklar; genellikle giderek artan alt ekstremitelerde güçsüzlük, kaşeksi, kardiyovasküler sistem hastalıkları (iskemik kalp hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon) metabolik sendrom, diabetes mellitus, osteoporoz, akciğer kanseri, anemi, obstrüktif uyku apne sendromudur. Eşlik eden hastalıklar KOAH'nın ağırlığını ve hastalık seyrini olumsuz biçimde etkiler. Başka hastalıkların bulunması nedeniyle KOAH'ta alevlenmeler artar ve hastaneye başvurularda artış yaşanır. KOAH değerlendirilirken komorbiditenin varlığı Sorgulanmalıdır (38).

2.4.4.3. Alevlenmeler

KOAH alevlenmesi; hastanın hava yolu bulgularında kötüleşme ile karakterize akut bir durum olarak açıklanmıştır. Temel olarak gösterilen ölçüt, bazal dispne ve sekresyon atımı bulgularındaki akut değişikliklerdir. Alevlenmeler morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkiler. Hastalık ilerledikçe alevlenmelerin şiddeti ve sıklığı artar buna bağlı olarak hastaneye yatış sayısı da artarak KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. Bireylerde iş yükü kaybı ve sosyal izolasyonda da kayıp yaşanır (15).

2.5. KOAH'da Tanı

KOAH'da uzun süre risk faktörlerine maruz kalan bireylerde, dispne, öksürük, balgam çıkarma gibi yakınmalarından en az birinin ortaya çıkması halinde, spirometri testinin yardımıyla tanı konulur. Tanı koymada spirometrinin yanında, hastalık öyküsü, fiziksel muayene, radyolojik görüntüler, kan oksijen seviyesinin ölçümü, kan testleri ve egzersiz testleri gibi yardımcı testlerden de yararlanılır (16).

2.5.1. Hastalık Öyküsü

KOAH düşünülen her hastada ayrıntılı bir tıbbi öykü sorgulanmalıdır. Bireyin daha önce maruz kaldığı KOAH risk faktörleri değerlendirilmelidir (sigara kullanma, mesleki koşulların etkisi, iç ve dış ortam hava kirliliği, evde yemek pişirme ve biyomas maruziyet). Ailede kronik akciğer hastalıkları öyküsü, komorbidite, komplikasyonlar, kullandığı ilaçlar, hastaneye başvuru ve hastanede yatışların öyküsü araştırılmalıdır (38).

2.5.2. Fizik Muayene

Oskültasyonda ekspiryum uzar, solunum seslerinde azalmalar görülür. Ekspiryum sırasında dudaklar ıslık çalar gibi büzülür, göğüs ön-arka çapında fiçı tarzı göğüs oluşur, kalp sesleri derinliğinde artış, öksürüğe bağlı olarak inguinal herni sıklığında artış, KOAH'lı hastalarda solunum yolunun tıkanması nedeniyle soluk alıp verme sırasında oluşan ronflanlar görülür, distal hava yollarındaki tıkanmalarla ilişkili olarak akciğer segmentlerinde anormal çıtırtı ve kaba sesler gözlemlenebilir. Hastalığın ileri evresinde ise hemoptizi, siyanoz, hiperkapni gibi fiziksel bulgulara rastlanabilir ve bu bulgular değerlendirilir (39).

2.5.3. Görüntüleme Grafisi

Akciğer grafisinin KOAH'lı olgularda amfizem tanı ve takibi dışında pek bir yararı görülmemektedir. Ancak KOAH ayırıcı tanısında tüberküloz ve akciğer kanseri gibi hastalıkları ayırt etmek için önemlidir. Şüphe duyulursa yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografiye (YÇBT) başvurulabilir (39).

2.5.4. Oksimetre ve Arteriyel Kan Gazı

Oksimetre, hastanın arteriyel oksijen satürasyonunun belirlenmesi ve oksijen gereksiniminin değerlendirilmesi için kullanılır. Periferik arteriyel oksijen satürasyonu (SpO) $<$ 92 ise arteriyel kan gazı (AKG) bakılması önerilir (16).

2.5.5. Elektrokardiyografi ve Ekokardiyografi

Kardiyolojik muayene, kor pulmonale tanısını araştırmak için başvuru olan yararlı bir yöntemdir. Bunun yanında kardiyovasküler komorbiditelerin teşhisinde ve izleniminde yararlanılır (38).

2.5.5.1. Balgam Örneği

Balgam örneği incelenmesi enfeksiyonları değerlendirmek için yararlıdır (16).

2.5.5.2. Solunum Fonksiyon Testi (Spirometri)

KOAH'nın kesin tanısını koymak, evrelendirmek ve hastalığı değerlendirmek için kullanılır. Spirometre zorlu vital kapasiteyi (FVC), bu manevranın 1. saniyesinde ekshale edilen hacmi (FEV1) ölçmeli ve FEV1/FVC oranını hesaplamalıdır. Spirometrik ölçümler yaş, boy, cins ve ırka göre belirlenen referans değerlerle karşılaştırılmalıdır. FEV1/FVC $<$ 70 bulunması hava akımı kısıtlanmasının varlığını gösterir (15).

2.5.5.3. Hastalığın Değerlendirilmesi

KOAH'ta değerlendirme; hastalık düzeyini, hastalığın sağlıklı bireyler üzerine etkilerini, gelecekteki riskleri (alevlenmeler, hastaneye yatış, ölüm) göstermeyi ve bu değerlendirme ölçütüne bakılarak tedaviyi düzenlemeyi amaçlar (15).

2.5.5.4. Semptomların Şiddetinin Değerlendirilmesi

GOLD'da önerilen modifiye MRC (Tablo:1) ya da KOAH değerlendirme testi [COPD assessment test (CAT)]'dir (39).

2.6. KOAH'nın Evreleri

Kronik hava yolu bulguları normal spirometriye sahip bireylerde de bulunur ve hava akımı kısıtlanması bulunmayan önemli sayıda sigara kullanıcısı da farklı seviyelerde amfizem, solunum yolu daralması ve gaz hapsi ile ortaya çıkan akciğer hastalığına özel yapısal özelliklere sahiptir. Solunum yolunun tıkanması, akciğer işlevlerinin en çok başvurulan testi olan spirometri ile ölçülür. Spirometri kullanımı ve ulaşılması kolay olan bir test olduğu için tekrar tekrar kullanılabilir. KOAH şiddeti ile ilgili spirometrik sınıflandırılma 4 evreden oluşur. Bunlar; evre 1-hafif, evre 2-orta, evre 3-ağır, evre 4-çok ağır şeklindedir (16).

Tablo 2.2. Bronkodilatatör Sonrası FEV1'e Göre KOAH Şiddetinin Sınıflaması (38).

| Evre | Spirometri (bronkodilatatör sonrası) | |
|-------------------|--|----------------|
| Evre I: Hafif | FEV1 ≥ %80 (beklenenin) | |
| Evre II: Orta | %50 ≤ FEV1 < %80 (beklenenin) | |
| Evre III: Ağır | %30 ≤ FEV1 < %50 (beklenenin) | FEV1/FVC < %70 |
| Evre IV: Çok ağır | FEV1 < %30 (beklenenin) ya da FEV1 < %50 (beklenenin)+kronik solunum yetmezliği* | |

FEV1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite
*Solunum yetmezliği: Deniz seviyesinde ve oda havası solunurken; PaO₂ < 60mmHg ve/veya PaCO₂ > 50mmHg.

2.7. KOAH'ta Tedavi ve Bakımın Amaçları

KOAH uzun süreli devam eden, büyük oranda geri dönüşümü olmayan ve ilerleyici özellikte bir hastalıktır. KOAH tanısı almış olgular, hastalığı konusunda bilgilendirilip eğitilerek tedaviye aktif bir şekilde katılması sağlanmalıdır (40). Burada amaçlar:

- Hastalığın gelişmesini engellemek
- Semptomları en aza indirip/iyileştirmek
- Egzersiz uyumunu artırmak
- Uzun süreli olarak hava yolu işlevlerini korumak ve işlevlerdeki azalmaları önlemek
- Tekrarlayan akut atakları engellemek ve tedavi etmek
- Komplikasyonları azaltıp, önlemek ve tedavi etmek
- Egzersiz toleransı artırmak
- Yaşam ömrünü uzatıp yaşam kalitesini yükseltmek (40).

2.7.1. KOAH'da Tedavi

KOAH'ta risk etkenlerinin gelişmesine yönelik önlemler KOAH tedavisinde öncelikler arasında yer almaktadır. Hastalara özellikle çevresel ve mesleki risk etkenlerine maruz kalmasından kaçınmaları konusunda bilgi verilmelidir. İş yeri ortamında zararlı gaz ve taneciklere maruz kalan hastalar iş değişikliği veya koruyucu önlemler almaları konusunda bilgilendirilmelidir. Günümüzde KOAH'a neden olan risklerin başında sigara yer aldığından sigara bırakma KOAH'lı hastaların takip ve tedavisinde öncelik taşımaktadır (39).

2.7.2. Sigaranın Bırakılması

Sigara kullanma yaygın bir alışkanlık olmasının yanında uzun süre tekrarlarla devam eden bir hastalıktır. ABD Sağlık ve İnsan Servisleri Bölümü Rehberi ve Dünya Sağlık Örgütüne göre sigara kullanma primer bir hastalıktır (40).

2.7.3. Sigaranın Bırakılmasında Genel İlkeler

Tütün içiciliğinin ve bağımlılığının en etkili tedavisinde tüm sağlık sisteminde uygun biçimde desteklenen ve kaynakları birleştiren sistematik bir yaklaşım uygulanmalıdır. Sigara kullananlara sigarayı bırakma istekleri ve düzeylerine göre farklı şekillerde davranılmalıdır (40).

Kısa Süreli Girişim: Genellikle sigara kullanan her hastada etkili olmalı ve tüm klinik şartlarında uygulanmalıdır. Kliniğe muayeneye gelen her hastada birkaç dakika sürmelidir. Kısa süreli girişimin temel aşamalı şunlardır:

1. Sor: Kliniğe başvuran sigara kullananları belirleyip her gelişinde sigara kullanma düzeylerini sorgulayıp kaydetmek.

2. Öner: Sigara kullanan her olguyu ısrarla, açık, güçlü ve kişiye özel olarak önerilerle bırakmayı teşvik etmek.

3. Değerlendir: Hastanın sigarayı bırakmaya ne kadar istekli olduğunu belirlemek.

4. Yardım Et: Sigarayı bırakmak için hastaya uygulanan yöntemde bireye yardım etmek, uygulanabilirliği olan tavsiyelerde bulunmak, tedavi ile beraber veya tedavi dışında sosyal destek sağlamak ve sosyal destek bulunmasına yardım etmek. Yararlı kanıtlanmış bir ilaç tedavisini almasını sağlamak ve ek gereçleri düzenlemek.

5. Düzenle: Telefonla veya yüzyüze bir sonraki görüşme planlanır.

Yoğun Girişim: Davranışsal destek programları şeklinde düzenlenmektedir. Kısa süreli girişimlere oranla daha yoğundur.

Yapılan çalışmalar; yoğun girişimsel çalışmalarla sigarayı bırakma sıklığının arttığını belirtmiştir (40).

2.8. Farmakolojik Tedavi

Semptomların kontrol edilmesi, önlenmesi ve tedavi edilmesini sağlar. Alevlenmelerin şiddetini ve sıklığını azaltır. Egzersiz kapasitesini yükselterek yaşam kalitesini yükseltir (39).

Bronkodilatörler: KOAH'ta inhaler bronkodilatörler semptomatik tedavinin temelidirler. Semptomları önlemek ve azaltmak için genellikle düzenli bir şekilde kullanılırlar (16). Betaadrenerjikler, metilksantinler, antikolinerjikler gibi üç şekilde uygulanabilirler. İlaçların uygun dozlarda uygulanması için inhaler kullanılır (40).

Kortikosteroidler: Oral ve inhaler olarak kullanılırlar. Genellikle ağır ve sık alevlenmeler döneminde kullanılmasında yarar vardır (15).

Alfa-I antitripsin tedavisi: Amfizemi erken oluşan bazı hastalarda serumda alfa-1 antitripsin proteaz inhibitörü yoktur ya da oranı düşük seviyelerdedir. Böyle bireylerde dışarıdan alfa-I antitripsin verilmektedir (40).

Antibiyotikler: Uzun süre devam eden alevlenmelerde nedeni enfeksiyon ve bakteriler olan hastalarda kullanıldığında yararı olduğu görülmüştür. Bunun dışında herhangi bir yararı bulunmamıştır (16).

Antidepresanlar: Yaşam kalitesini yükseltmek için başvurulan bir ilaçlı tedavidir (50).

Mukoaktif ve Antioksidan ilaçlar: Bu tür ilaçlar hastanın sekresyonunu rahat çıkarması konusunda hastaya yarar sağlar. Mukolitikler, ekspektoranlar, mukoregülatuarlar en çok yarar gösteren ilaçlardır (40).

Aşılama: Grip ve Pnömonokok polisakkarid aşısının özellikle KOAH'lı 65 yaş ve üzeri kişilerde, şiddetli hastalığı ve kardiyak komorbiditesi olan hastalarda ölüm ve atak riskini önemli oranda azalttığı kanıtlanmıştır. Bu nedenle her yıl tekrarlanması önerilir (39).

2.9. Nonfarmakolojik Tedavi

Oksijen Tedavisi: KOAH'lı hastalarda uzun süre uygulanan oksijen tedavisi egzersiz toleransı ve günlük yaşam aktiviteleri düzeyini artırır. Oksijen tedavisinin hastalara yarar sağlaması için günde en az 18 saat ve sürekli uygulanması gerekir (40). Özellikle hipoksik olan ileri evre KOAH'lı olgulara uygulanmaktadır. Uzun süreli uygulanan oksijen destek tedavisinde temel amaç; Arteriyel kandaki parsiyel oksijen basıncı (PaO₂)'yi 60 mmHg ve oksijen saturasyonunu %90 seviyesinde tutarak yaşamsal organların işlevlerini korumayı sağlamaktır (39).

Oksijen tedavisi hastaneye alevlenme şikayeti ile gelen hasta için anahtar öncelikli girişimdir. Oksijen tedavisi hastanın saturasyonu %88-92 değerine ulaşacak şekilde ayarlanır (16).

Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV): Kronik hiperkapnik hastalarda yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Uzun süreli oksijen destek tedavisi ile birlikte kullanıldığında yararlı olduğu görülmüştür (34). KOAH'lı hastalarda bazen oksijen tedavisinin dışında akciğer yükünü ve solunumu rahatlatıp kolaylaştırmak için basınç desteğini sağlayan Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli pozitif hava yolu basıncı) (CRAP), ya da Bi-level Positive Airway Pressure (İki seviyeli pozitif hava yolu basıncı) (BIPAP) gibi cihazlarda kullanılmaktadır (41).

Beslenme Desteği: KOAH'lı hastalarda kilo kaybı ve kötü beslenme sık karşılaşılan klinik bir tablodur. Yemek yeme sırasında oluşan dispne güçlüğü hastanın kötü ve yetersiz beslenmesine neden olmaktadır. Yetersiz beslenme ve kilo kaybı kaslarda erime ve solunum kaslarında güçsüzlüğe yol açar. Beslenme programının bir diyetisyen tarafından oluşturulması önemlidir.

Yüksek kalorili karbonhidratlı besinler (şeker, şekerli, nişastalı ve unlu besinler) solunum güçlüğüne neden olduğu için az tüketilmesi gereklidir (41). Bulantı ve kusma iştahsızlık yaratır. Depresyon ile ilişkili olarak hastalarda anoreksiya gelişebilir. KOAH'lı hastaların uygun kalori ile beslenmesi hayati önem taşımaktadır. Hastanın yemek yediği ortam ferah ve rahat olmalı, yemek öncesinde hasta dinlenmesi sağlanmalı ve ağırlı işlerden kaçınılmalıdır. Sevdiği yemekleri az aralıklarla ve sık olarak alması önerilmeli, ağız bakımına önem verilmelidir (9). Egzersiz yapan hastalarda ek kaloriye ihtiyaç vardır. Uygun oranlarda protein, yüksek oranda lipit ve düşük oranda karbonhidrat içerikli bir diyet planlanmalıdır (40).

Girişimsel Bronkoskopi ve Cerrahi Tedavi: Akciğer volüm azaltma cerrahisi, Bronkoskopik akciğer volüm azaltıcı girişimler, büllektomi, akciğer transplantasyonu çok ağır seçilmiş KOAH'lı hastalarda önerilebilir (16).

Pulmoner Rehabilitasyon: KOAH'lı hastalarda uygulanan tedavinin etkinliğini artırma, sosyal izolasyonu önleme ile beraber fonksiyonel kapasite ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirmeyi sağlayan bir programdır. Pulmoner rehabilitasyonun amacı; hastalarda oluşan dispneyi ve fonksiyonel kısıtlılığı ortadan kaldırmayı, semptomları en aza indirmeyi, egzersiz toleransını artırmayı ve psikososyal destek sağlayarak birey ve ailelerine hastalık konusunda bilgi vermeyi içerir. Ayrıca yaşam kalitesini yükselterek hastaneye başvuru sayısı, sıklığı ve yatış süresini kısaltarak ilaç kullanma bağımlılığını da en aza indirir (42). Pulmoner rehabilitasyon programı; hastayı değerlendirerek hasta ve ailesine eğitim programı oluşturma, bireysel olarak fiziksel egzersiz programı ve psikososyal yaklaşım desteğini oluşturma, hastanın etkinliğini değerlendirme ve beslenme desteği programı gibi konularını da kapsar (38).

2.9.1. KOAH'lı Hastalarda Yönetim

2.9.2. Hasta Eğitimi

Hasta eğitiminin temel amacı, hastaların temel bakımlarında aktif yer almasını sağlamak için gerekli bilgi ve beceriyi oluşturmaktır. Eğitim programları; sigarayı bıraktırma, KOAH hakkında genel bilgiler, tedaviye katılımı ve tıbbi tedavinin özel yöntemleri (solunum ilaçlarını ve inhalasyon cihazlarının kullanımı), dispneyi azaltma teknikleri, egzersiz eğitimi, alevlenmelere yaklaşım ve yaşam sonunun planlanmasını içerir. Eğitilen hasta hem sağlık hem de hastalık durumu ile baş edebilme gücüne ve becerisine ulaşmada rol oynar. Hasta eğitimi ister bireysel isterse de grup şeklinde olabilir.

Eğitim süresince hastanın eğitime aktif olarak katılması sağlanmalı, rehberlik eğitimi ile hastaların değişimine katkı sağlanmalı ve iyi bir iletişimle bireyler motive edilmelidir (16). Hasta eğitiminde anlatılan bilgilerin anlaşılmasını sağlamak için kitapçıklar hazırlanmalı, kitapçıklar kısa, basit ve net olmalı, hastaların kolay anlayacağı ve okuyacağı şekilde hazırlanmasına özen gösterilmelidir. Ayrıca hastanın pulmoner rehabilitasyon programlarına ailesi ile katılması sağlanmalıdır. Hemşire hem farmakolojik hem de non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamada önemli bir yere sahiptir (43). Hastada dispneyi hafifletmek için nedeni öğrenmeli ve destek olunmalıdır. Stres ve anksiyetesi bulunan hastalara baş edebilme yöntemleri öğretilmeli, kısa ve anlaşılır bir iletişim kurulmalı, hastanın yanında olunmalı ve hastanın duygularını ifade etmesi sağlanmalı, fazla uyaranlar uzaklaştırılmalı, güvenli bir ortam sağlayarak dinlenmesi sağlanmalı, hasta intihar yönünden sorgulanmalıdır. Hasta ve yakınlarına gevşeme egzersizleri öğretilmelidir.

Solunum ve yürüme egzersizleri, vibrasyon tekniği gibi yaklaşımların dispne şikayetinin azaltılmasında etkili olduğu görölmüştür. Hemşire dispnenin bulgularını değerlendirdikten sonra gevşeme tekniklerini, derin solunum - öksürük egzersizlerini balgam çıkarma ve postural drenaj tekniğini, inhalasyon yöntemlerini planlayarak bireye eğitim verir.

Bunun yanında hemşire hastaya üst ekstremite ve alt ekstremite egzersizlerini de öğreterek uygulanmasına yardımcı olur (9).

2.9.3. KOAH'lı hastalarda anksiyete

KOAH uzun süre devam eden, ilerleyici özelliği bulunan iş gücü kaybına yol açan bir hastalık olduğundan anksiyete, depresyon, sosyal ve cinsel yaşam sorunları sık görölmektedir. Bu tip sorunları olan hastalara psikososyal yönden destek olmak ve diğer yönlerden işbirliği içerisinde olmak yarar sağlamaktadır (40).

Anksiyete; her bir bireyin yaşamının belirli dönemlerinde karşılaşılan bedensel ve ruhsal olarak huzursuz, sıkıntı, endişe duygusunun yaşandığı durumu ifade eder. KOAH'da anksiyete ve depresyon en çok yaşanan ruhsal bozukluklardır. KOAH akciğerde fonksiyon bozukluğu ile beraber devamlı olarak ilaç kullanımı, sürekli hastaneye yatma, gibi etkenler nedeniyle kaygıların artmasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına yol açar. Anksiyete yaşayan bireyde dispnenin artmasıyla korku artar ve ilaç alma isteği artar. Anksiyete ve depresyon hastanın tanı ve tedavisini zorlaştırır (44).

2.9.4. KOAH'da yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ve sağlığa bakış açısını, mutluluk durumunu algılayışını ifade eder. KOAH'a bağlı olarak gelişen duygu durum bozukluğu, sosyal izolasyon, fiziksel hareket kısıtlılığı, hobilerde azalma, uyku bozukluğu ve dispne güçlüğünde artma, temel gereksinimlerini ve bakımlarını yapmada zorluklar yaşam kalitesini bozar. Bu nedenle hasta bireylerde yaşam kalitesinin yükseltilmesi, yaşam ömrünü uzatmaktan daha önde gelmektedir (45). KOAH'ın tedavisinde en önemli amaçta bozulan semptomların ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (16).

2.9.5. KOAH'da Hemşirelik Bakımı

- ❖ Hastanın sekresyonları değerlendirilir ve hastayı rahatlatmak için uygun doz ve saatte buhar ve oksijen uygulanır.
- ❖ Solunum yollarının açıklığı devamlı sağlanır ve gerek görüldüğünde ventilasyon uygulanır.
- ❖ Herhangi bir yönden sorunu bulunmuyorsa bol sıvı alması söylenir
- ❖ KOAH risk faktörlerinden uzak kalması ve bunlarda korunması gerektiği anlatılır
- ❖ Katı yiyeceklerden ve karbonhidratlardan kaçınması bunun yerine bol proteinli bir diyetle beslenmesi sağlanır.
- ❖ Hasta rahatlaması için postural drenaj uygulanır ve düşük volümlerde oksijen verilir.
- ❖ Dispne bakımından rahatlatmak için hastaya uygun pozisyonlar (semi-fowler, ortopne) verilir.
- ❖ Doğru ve düzenli ilaç kullanımı konusunda hasta bilgilendirilir.
- ❖ Kontrolü öksürük egzersizi yaptırılır ve solunum egzersizleri hastaya öğretilir.
- ❖ Hastaya egzersizler öğretilir ve önemi anlatılır.
- ❖ Hasta ve ailesine eğitim verilerek pulmoner rehabilitasyon programlarına katılması sağlanır (46).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

1. KOAH hastalarına verilen planlı hemşirelik eğitiminin hastanın anksiyetesi ve depresyonu üzerinde bir etkisi var mıdır?
2. KOAH hastalarına verilen planlı hemşirelik eğitiminin hastaların yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi var mıdır?

3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırmanın Tipi: Araştırma vaka kontrol çalışmasıdır.

Araştırmanın Yeri: Araştırmanın yapıldığı yer Batman Bölge Devlet Hastanesidir.

Araştırmanın Zamanı: Araştırma 20.05.2017-30.12.2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılan hastalara etik ve ahlaki sorumlulukla hareket edilmiş araştırmanın amacı ve araştırmada hastalara verilecek olan planlı hemşirelik eğitimi anlatılmış ve bilgi verilmiştir. Hastalara çalışmaya katılmanın zorunlu olmadığı etik olarak anlatılmıştır. Katılmayı kabul eden hastalara kendi özgür iradeleri ile katıldıklarını kabul ettiklerine dair gönüllü rıza formu okuduktan sonra onamları alınmıştır.

Araştırmanın yapılması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı alındı (Ek 2).

Batman İli İl Sağlık Müdürlüğü Batman Bölge Devlet Hastanesi'nden araştırma yapabilme izni alındı (Ek 4), araştırma öncesi ilgili birim yöneticilerine bilgi verildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini Batman Bölge Devlet Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları Kliniğinde KOAH tanısı ile yatan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmanın örneklemini, Batman Bölge Devlet Hastanesinde KOAH tanısı almış, 18 yaş ve üzerinde olan, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, iletişime açık ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 40 kontrol grubu ve 40 müdahale grubu olmak üzere toplam 80 hasta oluşturdu.

Örneklem seçiminde Power Güç Analizi kullanılmıştır. Medical Research Council Scale (MRCS)'ye göre Effect size 0,609 olarak hesaplanmıştır. %80 Güç oranı için örneklem hesabı yapıldığında her iki grupta 34'er kişi olmak üzere en az 68 kişinin örnekleme dahil edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Araştırma sürecinde örneklem kaybı olacağı göz önünde bulundurularak her iki guruba 40'ar hastanın alınmasına karar verildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler“Tanıtıcı Bilgi Formu”, “ Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)”, “KOAHA Değerlendirme Testi (CAT)” ve “St. George Solunum Anketi(SGRQ) “ kullanılarak toplandı.

3. 5. 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu (Ek 5.1), araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form; KOAH tanısı konmuş hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ait özelliklerini değerlendirmeye yönelik 18 sorudan oluşmaktadır. Bireye ait sosyo-demografik özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, aile yapısı, çalışma durumunu içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Hastalığa ait özellikler; hastalık süresi, tedavi ile ilgili evde kullandığı ilaç ve cihazlar, KOAH dışında başka hastalık varlığı gibi sorularını içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3. 5. 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA) Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) (Ek 5.2)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA) Değerlendirme Testi (CAT): KOAH'lı bireylerin semptomların skorlanması, yaşam kalitesinin belirlenmesi ve hastalığın ağırlığının derecelendirilmesi için kullanılan sekiz soruluk bir ölçektir. Bu ölçekte her soru 0'dan 5'e kadar olan kutucuklar içerisinde bulunan rakamlardan oluşmaktadır. Hasta tarafından işaretlenen rakamların toplanması ile elde edilen genel puan ortalamasına göre KOAH değerlendirilmesi yapılmaktadır.

CAT'ın güvenilirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.911 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.911 aynı olarak hesaplanmıştır.

St. George Solunum Anketi (SGRQ): Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bir ankettir. Bu anket üç alana ayrılmış ve toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Semptomlar (8 madde), aktiviteler (16 madde), hastalığın etkileri (26 madde).

Her maddenin ampirik olarak bir ağırlığı vardır. Semptomlar sorgulanırken hastanın solunum rahatsızlığı ile öksürük, balgam, göğüste hışıltı ve nefes darlığı düzeyi araştırılır. Aktivite komponenti, nefes darlığına sebep olabilen ya da nefes darlığı sebebiyle kısıtlanan fiziksel aktivitelerle ilgilidir. Etki komponenti ise iş, meşguliyet, sağlığını kontrol altında tutma, panik, medikasyon ve yan etkileri ile günlük yaşam aktiviteleri sırasında rahatsızlık gibi faktörleri kapsar. Testin üç bölümü ayrı ayrı skorlanır ve toplam skor hesaplanır. Skorlar 0-100 arasında değişir. Sıfır skoru normale, 100 skoru ise maksimum özürlülüğe işaret eder. SGRQ'nun güvenilirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için 0.881 olarak hesaplanmıştır. Bu iki ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ömer Aydemir ve ark. tarafından 2013'de yapılmıştır. Ölçeklerin bu çalışmada kullanım izni Ömer Aydemir'den alınmıştır (Ek :5.4) (47).

3.5.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (Ek:5.3): Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Ömer Aydemir ve ark. tarafından 1997 'de yapılmıştır . Ölçeğin kullanım izni Ömer Aydemir'den alınmıştır (Ek 5.4). Ölçek bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Ölçek bir kendini –bildirim ölçeğidir. Toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar dördümlük likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 aralığında puanlanmaktadır. Puanlanmanın değerlendirilmesinde 0-1 arası'' hasta olmayan 2 sınırda hasta 3-4''belirgin hasta olarak kabul edilmektedir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.852, depresyon alt ölçeği için 0.778 olarak bulunmuştur (48).

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Batman Bölge Devlet Hastanesi, 19 Ocak 2009 tarihinde ilk hasta kabulüne başlamıştır. Hastane 350 yataklı olup Güneydoğu bölgesinin gelişmiş imkanları ve yüksek teknolojiyi kullanımı açısından en çok tercih edilen hastanelerden bir tanesidir. Hastanede 910 kadrolu sağlık personeli, 455 hizmet alımlı personel görev yapmaktadır. Göğüs Hastalıkları Polikliniğine KOAH şikayeti ile başvuran hasta sayısı yıllık yaklaşık 5800 kişidir. Göğüs hastalıkları kliniği ise 36 yataklı 3 hekim 10 hemşire çalışmaktadır. Yıllık yaklaşık 220 KOAH hastasına hizmet vermektedir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri 20.05.2017-30.12.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma öncesinde hastane yönetiminden ve hastane etik kurulundan gerekli izin alınmış, Göğüs Hastalıkları Kliniği çalışanlarına araştırma hakkında gerekli bilgi verilmiş ve örneklem kriterlerini karşılayan KOAH hastalarına araştırmacı kendini tanıtmış, araştırmanın amacı, yöntemi ve içeriği hakkında bilgi verilerek araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden yazılı veya sözlü onamları alınmıştır (Ek 6). Çalışma ile ilgili form ve anketleri yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Formların doldurulması yaklaşık 20-40 dakika sürdü. Araştırma vaka-kontrol (müdahale – kontrol) tipte bir çalışmadır. Bu çalışmada hastalar eğitim verilmeyen (kontrol grubu) ve eğitim verilen (müdahale grubu) olarak iki gruba ayırarak çalışma yürütüldü. Grupların birbirinden etkilenmemesi için çalışmaya önce kontrol grubundan başlandı, kontrol grubu bitikten sonra da müdahale grubuna başlandı.

1. Kontrol Grubu: Gruptaki 40 hastanın araştırma öncesinde sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra, Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 5.1), KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) (Ek 5.2), Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (Ek 5.3) doldurulmuş, veriler toplandıktan sonra bu gruba hiç bir eğitim verilmemiş, hastalara gerekli tedavilerini alması ve cihazlarını kullanmaları söylenmiş, altı hafta sonra telefon ile aranacağı söylenmiştir. Veriler objektif bir biçimde toplanıp analizinin gerçekleşmesi için kontrol grubunda bulunan hastalar ile 6 hafta sonra görüşme ve iletişim sağlanmış, değerlendirme testleri tekrar doldurularak veriler araştırmacı tarafında kayıt altına alınmıştır.

2. Müdahale Grubu: Bu gruptaki 40 hastanın araştırma öncesinde sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra; Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 5.1), KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) (Ek 5.2), Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (Ek 5.3) doldurulmuş ve sonrasında verilen eğitimlerin daha iyi ve etkin sonuç vermesi için hastane yönetimi tarafından Göğüs Hastalıkları Kliniğinde araştırmacıya tahsis edilen odaya hasta ve yanında bulunan hasta yakını da alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından hazırlanan KOAH eğitim kitapçığının içeriğinde olduğu gibi aşamalı olarak planlanmış eğitim uygulamalı olarak verilmiş ve anlatılmıştır. Eğitim bir oturumda yaklaşık 20 dakikada tamamlanmıştır. Eğitim sonrasında ise hastaların düzenli olarak uygulayabilmeleri için her bir hastaya KOAH eğitim kitapçığı verildi.

Araştırmacı tarafından sık sık hastalara anlaşılmayan bir yer var mı? sorusu sorulmuş ve anlaşılmayan bilgi veya uygulamalar tekrar edilmiştir. Eğitim sonrasında hastalara eğitiminin faydalı olması için sürekli ve düzenli bir şekilde verilen eğitimi sürdürmeleri gerektiği önerisinde bulunulmuştur. Müdahale grubundaki her hastaya en az altı hafta sonra araştırmacı tarafından telefonla aranacakları söylenmiştir. Altı hafta sonra müdahale grubunda bulunan hastalar ile görüşme-iletifim sağlanmış, değerlendirme testleri tekrar doldurularak veriler objektif bir şekilde kayıt altına alınmıştır.

3. 8. Verilerin İstatiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test ve t testi kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarında Eşlenik rnekler (Paired samples) t testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Araştırma sonucu elde edilen bulgular 4 başlık halinde sunulmuştur.

1. Müdahale ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik, hastalıkla ilgili ve hastalık süresi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması
2. Müdahale ve kontrol grubu hastaların HAD-anksiyete ve HAD-depresyon bulgularının karşılaştırılması
3. Müdahale ve kontrol grubu hastaların CAT bulgularının karşılaştırılması
4. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının solunum sistemi anketi bulgularının karşılaştırılması

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=80)

| | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | P | |
|-----------------------|--|----|-------------------------|----|------|-----------------------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Yaş | 49 yaş ve altı | 3 | 3,0 | 2 | 5,0 | X ² =10,421 p=0,108 |
| | 50-54 | 4 | 10,0 | 0 | 0,0 | |
| | 55-59 | 4 | 10,0 | 2 | 5,0 | |
| | 60 ve üzeri yaş | 29 | 72,5 | 36 | 90,0 | |
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 35,0 | 6 | 15,0 | X ² =4,267 p=0,035 |
| | Erkek | 26 | 65,0 | 34 | 85,0 | |
| Eğitim düzeyi | Okur yazar değil | 27 | 67,5 | 31 | 77,5 | X ² =2,009 p=0,571 |
| | Okur yazar | 6 | 15,0 | 4 | 10,0 | |
| | İlkokul mezunu | 6 | 15,0 | 3 | 7,5 | |
| | Orta okul | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | |
| Medeni durum | Evli | 31 | 77,5 | 38 | 95,0 | X ² =5,165 p=0,024 |
| | Dul/ boşanmış/ ayrı yaşıyor | 9 | 22,5 | 2 | 5,0 | |
| Aile yapısı | Çekirdek aile | 8 | 20,0 | 3 | 7,5 | X ² =2,635 p=0,096 |
| | Geniş aile | 32 | 80,0 | 37 | 92,5 | |
| Evde kiminle yaşadığı | Yalnız başına | 1 | 2,5 | 0 | 0,0 | X ² =8,576 p=0,073 |
| | Eşi ile | 7 | 17,5 | 5 | 12,5 | |
| | Çocukları ile | 9 | 22,5 | 6 | 15,0 | |
| | Eşi ve çocukları ile | 15 | 37,5 | 9 | 22,5 | |
| | Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile | 8 | 20,0 | 20 | 50,0 | |
| Çalışma durumu | Yarım gün/ belli aralıklarla çalışıyor | 1 | 2,5 | 0 | 0,0 | X ² =1,026 p=0,599 |
| | Hastalık nedeniyle çalışmıyor | 19 | 47,5 | 20 | 50,0 | |
| | Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyor | 20 | 50,0 | 20 | 50,0 | |
| Maddi durum | Düşük (gelir giderden az) | 30 | 75,0 | 27 | 67,5 | X ² =0,549 p=0,311 |
| | Orta (gelir gider eşit) | 10 | 25,0 | 13 | 32,5 | |

Tablo 4.1 incelendiğinde müdahale ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet ve medeni durumda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasına karşın diğer sosyodemografik özelliklerin benzer olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması (N =80)

| | | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | P |
|--|-------------------------------|--------------------------|------|-------------------------|-------|-----------------------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Evde kullanılan cihaz | Nebulizatör | 6 | 15,4 | 0 | 0,0 | - |
| | Oksijen Tüpü | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | |
| | Diğer | 13 | 33,3 | 0 | 0,0 | |
| | Birden Fazla Cihaz Kullanıyor | 19 | 48,7 | 40 | 100,0 | |
| Diğer kronik hastalığı | Evet | 30 | 75,0 | 19 | 47,5 | X ² =6,373 p=0,011 |
| | Hayır | 10 | 25,0 | 21 | 52,5 | |
| Düzenli kontrole gitme | Evet | 16 | 40,0 | 32 | 80,0 | X ² =14,476 p=0,001 |
| | Hayır | 12 | 30,0 | 6 | 15,0 | |
| | Kısmen | 12 | 30,0 | 2 | 5,0 | |
| Son 1 yıl boyunca hastaneye yatış | Hiç Yatmadı | 5 | 12,5 | 5 | 12,5 | - |
| | 1 Veya 2 | 11 | 27,5 | 11 | 27,5 | |
| | 3 Ve Daha Fazla | 24 | 60,0 | 24 | 60,0 | |
| Bakımı ile ilgilenen kişilerin varlığı | Evet | 32 | 80,0 | 36 | 90,0 | X ² =1,835 p=0,399 |
| | İhtiyaç Duyuyor Ama Kimse Yok | 7 | 17,5 | 3 | 7,5 | |
| | İhtiyaç Duymuyor | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | |
| Çevresinde destekleyen kişilerin varlığı | Evet | 29 | 72,5 | 36 | 90,0 | X ² =4,021 p=0,042 |
| | Hayır | 11 | 27,5 | 4 | 10,0 | |
| Sigara Kullanıyor musunuz? | Evet | 20 | 50,0 | 1 | 2,5 | X ² =23,309 p=0,000 |
| | Hayır | 20 | 50,0 | 39 | 97,5 | |

Müdahale grubundaki hastaların yaş, eğitim durumu, maddi durum, aile yapısı, kiminle yaşadığı, çalışma durumu ve Son 1 yıl boyunca hastaneye yatış gibi sosyodemografik özellikler kontrol grubu ile benzer özellik gösterirken, müdahale grubunun KOAH tan başka eşlik eden kronik hastalıklarının kontrol grubuna göre fazla olduğu, ancak düzenli kontrole gitme sıklığının kontrol grubuna göre daha az olduğu, aynı zamanda müdahale grubunda kontrol grubuna göre aile desteğinin daha az, sigara kullanımının daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Belirtilen değişkenler bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

(P<0.05).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması (N=80)

| | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | T | P |
|-----------------|----------------------------|------|---------------------------|-------|--------|-------|
| | Ort | Ss | Ort | Ss | | |
| Hastalık Süresi | 11,62 | 9,97 | 12,40 | 12,63 | -0,304 | 0,762 |

Hastalık süresi açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı

($P < 0,05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların HAD-A ve HAD-D Bulgularının Karşılaştırılması (N=80)

| | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | T | P |
|-------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------|-------|
| | Ort | Ss | Ort | Ss | | |
| Önce HAD A | 9,10 | 2,65 | 11,20 | 2,80 | -3,438 | 0,001 |
| Sonra HAD A | 9,70 | 2,04 | 10,60 | 2,40 | -1,805 | 0,075 |
| t/p | -1,26 | 0,21 | 1,99 | 0,05 | | |
| Önce HAD D | 8,70 | 1,60 | 10,45 | 2,34 | -3,899 | 0,000 |
| Sonra HAD D | 9,43 | 1,72 | 11,30 | 2,65 | -3,749 | 0,000 |
| t/p | -1,94 | 0,05 | -2,53 | 0,01 | | |

Müdahale grubunda eğitim öncesi HAD-anksiyete ve HAD-depresyon puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p < 0,05$). Müdahale grubunun eğitim sonrası HAD-depresyon puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p < 0,05$) Her iki grubun eğitim sonrası değerlendirmelerinde HAD-anksiyete puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi değerine göre HAD-anksiyete ve HAD-depresyon puanlarında müdahale sonrası meydana gelen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$).

Kontrol grubunun öncesi ve sonrası HAD-anksiyete puanlarında meydana gelen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Kontrol grubunda HAD-depresyon puanlarında son değerlendirmede meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların CAT Bulgularının Karşılaştırılması (N=80)

| | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | t | P |
|------------|--------------------------|------|-------------------------|-------|--------|-------|
| | Ort | Ss | Ort | Ss | | |
| Önce CATS | 25,02 | 9,41 | 25,95 | 8,50 | -0,461 | 0,646 |
| Sonra CATS | 21,95 | 9,61 | 27,45 | 10,60 | -2,430 | 0,017 |
| t/p | 2,56 | 0,01 | -1,98 | 0,05 | | |

Müdahale ve kontrol grubunun eğitim öncesi CAT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Müdahale grubunda eğitim sonrası CAT puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düştü ($p<0,05$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi değerine göre CAT puanlarında eğitim sonrası meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Kontrol grubunda öncesi ve sonrası CAT puanlarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sistemi Anketi Bulgularının Karşılaştırılması (N=80)

| | Müdahale Grubu (n=40) | | Kontrol Grubu (n=40) | | T | P |
|----------------------|--------------------------|-------|-------------------------|-------|--------|-------|
| | Ort | Ss | Ort | Ss | | |
| Önce Semptom Skoru | 59,48 | 18,37 | 63,50 | 18,54 | -0,975 | 0,333 |
| Sonra Semptom Skoru | 48,97 | 17,73 | 57,92 | 20,30 | -2,099 | 0,039 |
| t/p | 4,69 | 0,00 | 2,45 | 0,01 | | |
| Önce His Skoru | 65,95 | 27,68 | 71,28 | 21,62 | -0,960 | 0,340 |
| Sonra His Skoru | 49,75 | 26,75 | 67,60 | 25,24 | -3,068 | 0,003 |
| t/p | 4,68 | 0,00 | 1,03 | 0,30 | | |
| Önce Aktivite Skoru | 76,35 | 26,58 | 79,24 | 24,89 | -0,502 | 0,617 |
| Sonra Aktivite Skoru | 57,48 | 29,81 | 81,00 | 23,44 | -3,923 | 0,000 |
| t/p | 5,77 | 0,00 | -0,62 | 0,53 | | |
| Önce Toplam Skor | 67,86 | 24,58 | 72,28 | 19,34 | -0,892 | 0,375 |
| Sonra Toplam Skor | 51,84 | 25,08 | 69,84 | 22,13 | -3,403 | 0,001 |
| t/p | 5,66 | 0,00 | 0,87 | 0,38 | | |

Tablo 4.6, da görüldüğü gibi müdahale ve kontrol grubu arasında öncesi değerlendirmede Semptom Skoru, His Skoru, Aktivite Skoru, Toplam Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($P>0.05$). Müdahale grubunda eğitim sonrası değerlendirmede Semptom Skoru, His Skoru, Aktivite Skoru, Toplam Skorları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi değerlerine göre Semptom Skoru, His Skoru, Aktivite Skoru, Toplam Skor puanlarında eğitim sonrası meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Kontrol grubu öncesi değerlerine göre Semptom Skoru puanlarında sonrası meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Kontrol grubunda öncesi değerine göre His Skoru, Aktivite Skoru, Toplam Skor puanlarında sonrası meydana gelen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

KOAH'ta solunumsal bozukluk, respiratuar sistemde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik, fonksiyonel ve psikolojik değişikliklerle birliktedir. İlerleyici hava yolu hastalığı nedeniyle özellikle hastalığın şiddeti arttıkça, fonksiyon kaybı belirginleşir (46). Başta KOAH semptomları olmak üzere, hastalığa bağlı gelişen yaygın ağrılar, kilo kaybı, uyku bozukluğu, toplumdaki soyutlanma, eve bağımlı hale gelme, hastaneye sık başvurular ve uzun süre hastanede kalma nedeniyle gelişen anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlar ile birlikte oluşan öz-güven eksikliği ile ilişkili olarak yaşam kalitesinde ciddi bozulmalar görülür (49). Hastanın yapabileceği aktivitelere yönlendirilmesi, boş zaman uğraşları verilmesi ve yapamadığı aktivitelerin daha kolay nasıl yapılabileceğinin sağlanması hastanın özgüvenini geliştirebilir ve böylece hasta inaktif yaşamdan aktif bir yaşama teşvik edilip yaşam kalitesi artırılmış olur (50). Türkiye'de KOAH ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok yaşam kalitesi (51-53). öz-etkililik (54). hastalıkla baş etme (55). ailesel-destek ve bakım verici rolleri (56,57). gibi konulara ağırlık verilmiştir. Bu çalışma KOAH'da yaşam kalitesi, anksiyete ve eğitimin önemini vurgulanması açısından önemlidir.

Bu bölümde KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalamasının müdahale ve kontrol gruplarında 65 yaş üstü grupta yoğunlaştığı belirlenmiş olup sonuç literatüre uyumlu bulunmuştur. Yapılan araştırmalar KOAH'lı hastaların çoğunun ileri yaş grubunda olduğunu, yaşla birlikte yorgunluğun ve dispnenin arttığını göstermiştir (58,59). Bu durum onların aktivite yeteneklerini, sosyal, mesleki ve boş zaman aktivitelerine katılımlarını etkileyerek hastaneye yatmayı gerektiren solunum alevlenmeleri yaşamalarına, yaşam kalitelerinin düşmesine ve anksiyetelerinde artmaya neden olmaktadır (9). KOAH özellikle 65 ve üzeri yaşlarda yüksek ölüm oranı ve yetersizliklere neden olması, her yıl artan sayıda görülmesi, bireyin yaşam tarzı ve beden imgesinde anlamlı değişiklikler yaratması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (60).

Özlü ve arkadaşlarının (61) yaptığı çalışmada 30 yaş ve üzeri nüfusta KOAH prevalansı, GOLD kriterlerine göre %0.98, ATS kriterlerine göre %2.8 bulunmuştur. Aynı çalışmada KOAH prevalansının cinsiyetlere göre dağılımı ise GOLD'a göre erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.3, ATS'ye göre erkeklerde %4, kadınlarda %1.6 idi. Okut'un (62) yaptığı çalışmada da, hastaların yaş ortalaması bu çalışmadaki hastaların yaş ortalaması ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmada müdahale grubu ve kontrol grubunun çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmuştur. KOAH'ın eskiden özellikle erkeklere özgü bir hastalık gibi görülmesine karşın, geçen 20 yılda hastalığın prevalansı ve mortalitesi kadınlarda da artmıştır. Bu değişimin temel nedeni 50 yıldır sigara kullanma eğiliminin kadınlarda artış göstermesidir (31,32). Özellikle gelişmiş ülkelerde kadının daha fazla ekonomik özgürlüğünün olması ve sosyal hayatta daha aktif yer alması ve kadın statüsünün eskiye oranla artmasına bağlı olarak sigara kullanımının artması kadınlarda KOAH prevalansının artmasına yol açmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde, müdahale grubu ve kontrol grubunun çoğunluğunu okuma ve yazma bilmeyenler oluşturmuştur. Kılıçkaya'nın (63) yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun okuma-yazma bilmeyenlerden oluştuğu görülmüştür. Düşük eğitim düzeyi hastalığın farkındalığını düşürebilir. Eğitim düzeyinin yükseltilmesinin sağlıklı/hasta bireyin sağlık davranışlarının olumlu yönde gelişmesine ve sürdürmesine katkı sağlayabileceği düşüncesindeyiz.

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu evlidir. Karadeniz Yenilmez'in (50) yaptığı çalışmada hastaların %85.3'nün evli olduğu görülmüştür. Aynı zamanda aile yapısı incelendiğinde hastaların çoğunluğunun çocuklar, gelinler ve torunlardan oluşan geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir. Kaşıkçı ve ark.'nın (64) KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada öz- bakım davranışları ve aile desteği ile öz-yeterlilik davranışları arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar nedeni ile KOAH'lı hastaların sosyal etkileşimleri, çevresindeki kişilerle ilişkileri azalmakta, yalnızlık duygusu, anlaşılma, yardım alma ve sosyal destek gereksinimi artmaktadır (63). Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu ailesi ile yaşadığından dolayı en az başvurdukları yöntem sosyal destek arama olmuştur. Bu sonuç Kılıçkaya'nın (63) yaptığı araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu uygulamalar arasında yer almaktadır. Kişinin sağlığı bir hak olarak gördüğü kadar, kendisine, ailesine ve topluma karşı bir görev olarak da kabul etmesi ancak sağlık eğitimi ile gerçekleşebilir. Sağlık eğitimi; sağlığı geliştirme, hastalıklardan korunma ve fonksiyonel yetersizlikleri önleyerek yaşam kalitesini yükseltme konusunda birey ve topluma yardımcı olur (65).

Ingadottir ve Jonsdottir'in (66) yaptığı çalışmada KOAH'lı bireylere evde verilen hemşirelik bakımı, hasta ve ailesinin eğitimini, bireyin maksimum bağımsızlık ve aktif katılımını sağlayarak yaşamında sorumluluk almasını, bireysel bakım gücünün artırıldığı saptamıştır. Hastalara verilen planlı hemşirelik eğitiminin evde de rutin olarak sürdürülmesi ile yaşam kalitesi ve anksiyete üzerinde daha fazla yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya alınan hastaların çalışma durumu sorgulandığında, müdahale ve kontrol grubunun yarısının hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmadığı görülmektedir. Kapısız'nın (67) yaptığı çalışmada da araştırmaya alınan hasta sayısının yarısından fazlasının hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmadığı saptamıştır.

Sosyoekonomik düzey hasta uyumunu artıran bir faktör olarak değerlendirilir. Uyumun artırılması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve risk faktörlerinden uzak durulması hastalığın daha iyi kontrolünü sağlayabilmektedir (68-70). Ayrıca ekonomik durumu kötü olan hastaların daha fazla dispne sorunu yaşadıkları saptamıştır (71). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile uyumluk göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların yaş, eğitim düzeyi, maddi durum, aile yapısı ve kiminle yaşadıkları, çalışma durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Bu durum müdahale ve kontrol grubunun benzer özelliklere sahip olduklarını göstermektedir.

5.2. Hastaların Hastalık Özellikleri Bulgularının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki hastaların yarısının, kontrol grubundaki hastaların ise çoğunluğa yakınının sigara kullandığı saptanmıştır. Kapısız'nın (67) yaptığı benzer bir çalışmada hastaların çoğunluğa yakını da sigara kullanma öyküleri bulunduğu saptamıştır. Ulubay'ın (72) yaptığı benzer başka bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun sigara kullandığı saptanmıştır. Burrows ve ark.'nın (73) yaptığı bir çalışmada KOAH gelişiminde kişinin sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, günlük içilen sigara sayısı ve cinsiyet önemli olarak görülmüştür.

Tütün içiciliğın ve bağımlılığının en etkili tedavisinde tüm sağılık sisteminde uygun biçimde desteklenen ve kaynakları birleştiren sistematik bir yaklaşım uygulanmalıdır. Sigara kullananlara sigarayı bırakma istekleri ve düzeylerine göre farklı şekillerde davranılmalıdır (40). Ülkemizde yapılan bir kesitsel gözlem çalışmasında; KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırılmış ve KOAH'ın yaşlı hastalarda görüldüğü izlenimine ters olarak, genç hasta oranının düşünülenden daha yüksek olduğu, Türkiye'deki 45-65 yaş aralığında olan KOAH hastalarının oranının %59 olarak tespit edildiği ve bu hastaların %63.5'inin temel nedenin sigara içme olduğunun bilincinde olduğu tespit edilmiştir. KOAH'ın önlenmesinde ve KOAH tanısı almış hastalarda hastalığın progresyonunun önlenmesinde en etkili yöntem sigaranın bırakılmasıdır (74).

Finlandiya'da spirometre kullanımı ve sigara alışkanlığını kayıt ve takip eden bir çalışmada, hastaların eğitimi ve sağılıklı iletişimin geliştirilmesi sonucunda, solunum sistemi semptomu ile doktora müracaat eden hastalar arasında 1997 ve 2002 yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı değışiklikler saptanmıştır. KOAH hastalarında 1997 kayıtlarında sigara alışkanlığı %45 olarak görülürken, bu oranın 2002 yılında %84.3'e yükseldiği görülmüştür (75).

Bu çalışmada da görüldüğü gibi sigara bıraktırma tedavisinde sadece takip edilen KOAH hastalarında yapılan uygulamaların yeterli olmadığı ve toplumsal tütün mücadelesinin başarılı olması için, sigara bırakma eğitimlerinin hastane ve polikliniklerde verilmesinin yanı sıra, sigara ile ilgili eğitimlerin çocuklara okul çağından itibaren verilmesi, sigarayı bırakma toplum merkezlerinin kurulması toplumsal bir mücadele bilincinin yaratılacağı kanısındayız.

Araştırma kapsamına alınan hastalarının, hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı? sorusuna müdahale grubunun yarısına yakın oksijen cihazı kullandığı, birden fazla cihaz kullananların sayısının da yarıya yakın olduğu saptanmıştır. KOAH' da en sık rastlanan semptomlar olan nefes darlığı ve solunum güçlüğü hastalarda panik, kaygı ve ölüm korkusuna yol acar. KOAH tedavisinde uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) hastanın oksijen ihtiyacını karşılamakta, hipoksini azaltmakta yaşam kalitesini arttırmakta aynı zamanda da hastanın hayatını bir makineye bağılı olarak yaşamasına, fonksiyonelliğinin azalmasına neden olmaktadır (76).

Anar ve ark.'nın (76) yaptığı çalışmada uzun süreli oksijen alan hastalarının fonksiyonelliğini neredeyse tamamen kaybetmesi, etrafındaki kişilere ve oksijen konsantratörüne bağımlı olması, yetersiz aile ve toplum desteği anksiyete ve depresyon nedeni olarak saptamıştır. O'Dannel ve ark.'nın (77) yaptığı bir çalışmada KOAH ve solunum yetmezliği olan hastalarda oksijen tedavisi ile dispne skorunda azalma olduğunu saptamışlardır . Çil Akıncı ve Pınar'ın (78) yaptığı bir çalışmada KOAH'lı hastaların %20'sinin evde oksijen kullandığını saptamıştır. Uzun süre oksijen kullanan hastaların anksiyetede artma ve yaşam kalitesinde azalmalar görülmesi, hastaların özgüvenlerini yitirmesi ve bağımsız rollerinin kaybedilmesinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Astım ve KOAH tedavisinin temelini oluşturan inhalasyon cihazları, tedavi maliyetini artıran en önemli faktördür ve etkili olabilmesi için bronş mukozasına yeterli miktarda ilaç ulaştırılması gerekir. Bu da ancak kullanım tekniğini hastalara öğretmekle mümkün olmaktadır. İnhaler cihaz kullanım tekniği hastalara mutlaka öğretilmelidir. Prospektüs veya broşür ile öğrenen hastaların doğru şekilde kullanabilme oranları çok düşüktür. Hasta tercihinin değerlendirildiği çalışmalarda hastalar, broşür, video yerine ilacı birebir eğitim almayı tercih etmişlerdir ve yüz-yüze uygulamalı eğitim, diğer yöntemlere göre daha başarılı bulunmuştur (79).

Araştırmaya alınan hastaların çoğunluğunda KOAH' dan başka herhangi bir kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Ulubay'ın (72) yaptığı çalışmada araştırmaya alınan hastaların çoğunluğunda ek hastalık olduğu görülmüştür. KOAH'a eşlik eden komorbid hastalıklar, hastalığın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde etkileyerek hastalarda yaşam kalitesinin kötüleşmesine sebep olduğu için mutlaka sorgulanması gerekmektedir. Tertemiz ve arkadaşlarının (80) 427 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %56,7'sinde komorbid hastalık saptanmış, bu hastalıklar arasında %24 oranıyla kalp hastalıklarının birinci sırada olduğunu bildirmişlerdir. Varol'un (81) yaptığı çalışmada araştırmaya alınan hastalarının yarısında fazlasında komorbide varlığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası hastalıkları ile ilgili üç ve üçten fazla kez hastaneye yatmıştır. Ataklar KOAH' lı olguların yaşam kalitesi üzerine negatif etki etmekte, hastaneye yatışların ve ölümlerin en sık nedenini oluşturmaktadır (82). Yohannes ve arkadaşlarının (83) yaşlı hastalarda KOAH alevlenmeleri nedeniyle hastaneye kabul veya yatış sıklığının anksiyetenin major prediktif nedeni olduğunu saptamışlardır.

Başka bir çalışmada akut ataklar sonrası hastane yatışlarının hastalarda anksiyeteye yol açtığını ortaya koymaktadır (84,85). Hemşireler tarafından yürütülen hastalık yönetimi çalışmalarında genel olarak; hastaneye/acile yatış sayısı, sağlık harcamaları, yaşam kalitesi, hasta bilgi düzeyi gibi verilerde olumlu sonuçlar görülmüştür (86,87,88). KOAH'lı hastalarda atak sıklığını azaltmak amacı ile her yıl grip aşısının yapılması uluslararası literatürde ve uzlaşi raporlarında önerilmektedir (72). Trooster ve arkadaşlarının (87) yaptığı çalışmada eğitim programlarının hastane başvurularını ve sağlık giderlerini azalttığı kanıtlanmıştır. Gallefoss'un (89) yapmış olduğu çalışmada, altı aylık eğitim programından bir yıl öncesi ve iki yıl sonrasında gelişen ataklar karşılaştırılmış ve atak sıklığının %19 dan % 5'e hastane yatış oranının ise % 17 den % 5'e düştüğünü bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda hastaların hastaneye yatış sıklığı literatüre benzer olarak bulunmuştur. Hastaların hastaneye yatış sıklığını azaltmak için hastalara verilen eğitimin, hastalar tarafından düzenli olarak uygulanması ve pulmoner rehabilitasyon programlarına düzenli olarak katılım göstermesi halinde hastaneye yatış sıklıklarının azalacağı düşüncesindeyiz.

Araştırmaya alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastalarının çoğunluğu, çevresinde sıkıntılı ve sevinçli anlarında destekleyen kişilerin olduğunu ve bu kişilerin aile üyelerinden oluştuğunu bildirmiştir. Lee ve ark.'nın (90) yaptığı çalışmada sosyal desteği yeterli algılayan hastaların daha çok stresle etkili başetme yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur. Gudmundsson ve ark.'nın (91) yaptığı çalışmada hasta bireyin bakımını sağlayan aile bireylerinin yaşadıkları sorunların ve evde bakımın geliştirilmesine ilişkin düşünceleri belirlenerek bu doğrultuda gerekli önlemler alınarak yaşam kalitelerinin artırılabilceğini saptamıştır.

5.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HAD-A ve HAD- D Bulgularının Tartışılması

KOAH'lı hastalarda fiziksel, sosyal, ekonomik sorunlarla birlikte anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar da sık görülmektedir. KOAH hastalarında sık görülen ruhsal sorunlar ve bununla ilişkili yeti yitimi hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve tedaviye uyumu güçleştirmesi nedeniyle önemlidir (92).

Literatür çalışmalarında KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının sağlıklı bireylere oranla yüksek olduğu belirlenmiştir. Mehel Tutuk ve Altun'un (44) çalışmasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, cinsiyet durumu ile Anksiyete, Depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Mikkelsen ve ark.'nın (93) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada anksiyete belirtilerinin yaygınlığı %2-50, depresyonun yaygınlığını ise %2-42 arasında değiştiği belirtilmektedir. "National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)" KOAH kılavuzuna göre İngiltere'de KOAH'lı hastalarda depresyon prevalansı % 40 ve anksiyete semptomları prevalansı %36 olduğu tahmin edilmektedir (94). Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunda anksiyete ve depresyon görülme düzeyi yüksek oranda saptanmıştır.

Korkmaz ve Tel'in (95) yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların %88.9'unda anksiyete belirtileri ve %85.7'unda depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Begüm Avşar ve ark.'nın (96) yaptığı bir çalışmada KOAH olgularında %44 oranında anksiyete, %68 oranında depresyon görüldüğü saptanmıştır.

Karakurt ve ark.'nın (97) yaptığı bir çalışmada hastalarının %51,2'sinde anksiyete ve %81,5'inde depresyon görüldüğü saptanmıştır. Kapısız'ın (67) yaptığı çalışmada hastalarının %26.7'sinde anksiyete ve %56.7'sinde depresyon riski yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumluluk göstermektedir. KOAH olan hastalarda klinik parametrelerde (dispne, yorgunluk, vb) kötüleme, fonksiyonel kapasitede kısıtlanma ve psikolojik strese artış olması nedeniyle yaşam kalitesinde bozulma görülmektedir (98).

Nefes alma eğitimi ile birleştirilmiş egzersiz programı hastanın hareket etme konusunda öz-güveni sağlar, anksiyete, depresyon ve korkuyu azaltır. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini daha fazla tolere etmesini sağlayarak yaşam kalitesini artırır. Alt ve üst ekstremiteler kas gruplarının her ikisinin de eğitimi günlük yaşam aktiviteleri sırasında oluşan dispneyi azaltır (99). Hemşire pulmoner rehabilitasyon programının bir üyesidir. Zakrisson ve arkadaşları (43) tarafından yapılan çalışmada hemşire liderliğinde yürütülen pulmoner rehabilitasyon programının hastalık yönetiminde pozitif etkileri olduğu belirtilmektedir. Pitta ve ark.'nın (100) yaptığı çalışmada pulmoner rehabilitasyon ile KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerinde düzelme olduğunu saptamıştır.

Reis ve ark.'nın (101) yaptığı çalışmada pulmoner rehabilitasyon ile yaşam kalitesinde düzelme olduğu görülmüş bu düzelmenin nedeni ise yapılan etkili pulmoner rehabilitasyon sonucunda dispne azalma, fonksiyonel kapasitede artma ve psikolojik semptomlarda düzelme olarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde pulmoner rehabilitasyon merkezlerinin sayısının artırılması KOAH hastalarının anksiyete ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlayacağı düşüncesindeyiz.

5.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların CAT Bulgularının Tartışılması

CAT ölçeği; KOAH'ta sağlık durumunun etkilenmesini ölçmektedir. Testte yer alan sorular hastalığın günlük yaşama, sağlık durumuna etkilerini belirlemeyi sağlamaktadır (102).

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmek için Türk populasyonunda geçerlilik ve güvenilirliği olan sıkça kullanılan CAT KOAH değerlendirme anketini kullandık. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, kişinin kendi içinde dinamiktir, hastalık şiddeti ve sağlık beklentilerinin her ikisindeki değişiklikler ile değişmektedir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalığın GYA ve bireyin zindelik hissi üzerindeki etkisini nicel olarak belirlemektedir (103). Müdahale ve kontrol grubunun eğitim öncesi CAT puanları karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmazken, müdahale grubunda eğitim sonrası CAT puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu sonuç eğitimin yaşam kalitesi üzerinde olumlu sonuç verdiğini göstermiştir. Çalık Kütükcü'nün (104) CAT anketini kullanarak yaptığı çalışmasında eğitim grubunda CAT skorunda anlamlı gelişme görülmemiştir.

Çilakar'ın (105) yaptığı çalışmada hastaların dispne algısını değerlendirmek ve nefes darlığının günlük aktivitelerine etkisini ölçmek için; pulmoner rehabilitasyon öncesi ve sonrasında mMRC ve CAT sorgulaması yapılmış. mMRC ve CAT değerlerinde olumlu yönde, istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler saptanmıştır.

Ardelan ve ark.'nın (106) yaptığı çalışmada 71 hastaya 8 hafta boyunca pulmoner rehabilitasyon programı uygulanmış ve tedavi öncesi ile sonrasında hastalara CAT sorgulaması yapılmış, çalışmanın sonunda CAT değerinde %16.23'lük anlamlı düşme gözlenmiştir.

Dodd ve arkadaşları (107) 118 hastaya 8 hafta pulmoner rehabilitasyon tedavisi uygulamışlar ve tedavi sonrası hastalarda CAT sorgulamasında anlamlı derecede düşüş gözlemişler. KOAH hastalarına uygulamalı olarak verilen planlı hemşirelik eğitiminin hasta yakınlarına da öğretilmesi ve hasta yakınlarının hastalarına öğrenilen hemşirelik eğitimini düzenli olarak uygulaması halinde yaşam kalitesinin daya iyi olacağı değerlendirilmiştir.

5.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sistemi Anketi Bulgularının Tartışılması

Günümüzde KOAH olgularında yaşam kalitesini değerlendirmek üzere çeşitli anketler kullanılabilmektedir. Saint George Solunum Anketi (SGRQ) KOAH hastalarında yaşam kalitesini ölçen, tekrarlanabilen ve birçok ülkede uygulanan bir ankettir (108). Solunum anketinin dört alt bölümünde yapılan hesaplamalar sonrasında anket değerlerinde toplam skorlarında planlı eğitim verilmeyen hastaların müdahale öncesi ve kontrol grubu öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark görülmezken müdahale sonrası planlı eğitim verilen grubun yaşam kalitesinde anlamlı değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Van Ranst ve arkadaşlarının (109) yaptıkları çalışmada hastalara 12 haftalık pulmoner rehabilitasyon programı uygulamış ve hastaların yaşam kalitesini solunum anketi ile değerlendirmişlerdir. Pulmoner rehabilitasyon sonrası hastaların tüm semptom skorlarında anlamlı değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir.

Croitoru ve arkadaşlarının (110) yaptığı çalışmada hastalara 7 haftalık pulmoner rehabilitasyon programı uygulanmış ve hastaların yaşam kalitesini solunum anketi ile değerlendirmişler. Solunum anketi skorlarında ortalama 5.59 puanlık anlamlı azalma gözlemlenmiştir.

Burgel ve arkadaşlarının (111) 326 hasta üzerinde yaptığı araştırmada, solunum anketi total skoru ile dispne, alevlenme sıklığı, komorbidite varlığı, BKİ, depresyon ve FEV1 yüzdesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Solunum anketi toplam skoru, depresyonu olan düşük kilolu kadınlarda daha yüksek bulunmuş, dispne, depresyon varlığı ve alevlenme sıklığı solunum anketi toplam skorunu önemli oranda etkilerken komorbiditeler ve FEV1 yüzdesinin çok az etkilediği saptanmıştır. Yoshimi ve arkadaşları (112) yaptıkları çalışmada 31 hastaya haftada 2 gün 6 hafta pulmoner rehabilitasyon programı uygulamışlar ve bu hastaların 24'ünün yaşam kalitesini solunum anketi ile değerlendirmişlerdir.

Pulmoner rehabilitasyon sonrası hastaların solunum anketi toplam skoru 42' den 31' e düşmüş ve düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemşirenin KOAH hastalarına anksiyete giderici eğitimler verme, korkularını paylaşmalarını sağlama, nefessizlik hissi ile baş edebilmelerine yardımcı olma ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunma gibi birçok fonksiyonları bulunmaktadır. Bunların yanında KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin danışmanlık becerilerini geliştirme işlevi bulunmaktadır. KOAH'lı hastalarla çalışan hemşirelerin de hastaların günlük yaşamını olumsuz etkileyen faktörleri, bunları algılayış biçimlerini ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek uygun hemşirelik müdahalelerini yapması gerekmektedir (1).

KOAH'lı bireylerin semptom kontrolünün sağlanması, pulmoner fonksiyonların korunması için düzenli göğüs ve solunum egzersizlerini uygulamaları gerekir (113). Bunun etkili yolu, planlı ve sürekli eğitimidir (114). Çalışmamızın sonuçları ile yapılan literatür çalışmaları uyumluluk göstermiştir. KOAH hastalarına verilen planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesini yükselttiği çalışmamızda görüldüğü için, hastalara eğitim verecek donanımlı ve eğitilmiş hemşire sayısının artırılması KOAH'lı hastalıkların yaşam kalitesine olumlu katkılar sunacağı düşüncesindeyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan çalışmadan elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Müdahale grubundaki hastaların eğitim sonrası HAD-depresyon ve HAD-anksiyete puan ortalamalarının arttığı, müdahale öncesine göre HAD-anksiyete ve HAD-depresyon puan ortalamalarında meydana gelen değişimlerde istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0,05$).
- Müdahale grubundaki hastaların CAT puan ortalamalarının azaldığı, eğitim öncesi değerine göre CAT puanlarında eğitim sonrası meydana gelen düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$).
- Müdahale grubundaki hastaların Solunum Sistemi Anketi tüm skorlarında puan ortalamalarının azaldığı ve eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$).
- Kontrol grubundaki hastalarının son değerlendirmelerinde HAD-anksiyete puan ortalamalarının azaldığı, kontrol grubunun öncesi ve sonrası HAD-anksiyete puanlarında meydana gelen değişimlerde istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0,05$).
- Kontrol grubundaki hastaların kontrol sonrası HAD-depresyon puan ortalamalarının arttığı, HAD-depresyon puan ortalamalarının kontrol öncesi ve sonrası meydana gelen artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$).
- CAT değerlendirmesinde kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının kontrol öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$).
- Kontrol grubundaki hastaların solunum sistemi anketinin kontrol sonrası aktivite skoru dışındaki tüm skorlarındaki puan ortalamalarının azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$).
- Kontrol grubunda öncesi ve sonrası değerlendirmelerde solunum sistemi anketi tüm skorlarının puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

6. 2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunabilir.

- ✓ KOAH hastalarına tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın tedaviye etkin olarak katılması sağlanmalı, olabildiğince aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmeli,
- ✓ Eğitim, hastalık şiddetine göre bireyselleştirilmeli ve bir program dahilinde hastalık ilerledikçe ortaya çıkan gereksinimlere göre sürdürülmeli,
- ✓ Ayrıca sosyal katılımı arttırmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla grup aktiviteleri, boş zaman uğraşlarının verilmesi, sosyal destek programlarının oluşturulması ve desteklenmesi,
- ✓ Topluma dayalı olarak sürdürülen, risk faktörleri ve sigara ile ilgili konular başta olmak üzere KOAH la ilgili eğitimin okul çağından itibaren verilmesi,
- ✓ Hemşirelerin sorun çözme becerileri ve anksiyete ile baş etme teknikleri gibi özelleşmiş becerilerde de kendini geliştirmeleri,
- ✓ KOAH hastalarında dipne hem anksiyete hem de yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptom olduğu için dispne yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilip uygun eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Hastalara solunum teknikleri, inhaler ilaç kullanma teknikleri, fiziksel egzersizler ve solunum egzersizleri ile ilgili konularda temel bilgi ve becerilerini geliştirerek günlük yaşam aktivitelere katılımı sağlamak için eğitimlerin, eğitilmiş hemşireler tarafından verilmesi ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,
- ✓ Eğitilmiş hemşirelerin sayısının artırılması için hemşirelere uzmanlar tarafından eğitim programlarının düzenlenip belli aralıklarla sürdürülmesi,
- ✓ Bu konuda daha geniş hasta gruplarını kapsayan çalışmaların yapılması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available form .Erişim adresi:<http://goldcopd.org>. Erişim tarihi: Ocak 2017.
2. Akgün, D., Isparta il merkezinde KOAH öntanı prevelansı ve ilişkili faktörler. Türk Toraks Dergisi 2013;14(2):43-47.
3. Lozano, R.,Naghavi, M., Foreman, K ve ark. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for th Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380:2095-128. Erişim tarihi:Ocak 2017.
4. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388:1459-544. Erişim tarihi: Ocak 2017.
5. Global, regional. and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388:1659-724. Erişim tarihi:Ocak 2017.
6. Kılıç, B. Sağlıkta eşitsizlikler.In: Kocabaş, A.,Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi , s. 511-6, 2014.
7. Hill, K., Geist, R., Goldstein, R., Lacasse. Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. European Respiratory Journal 2008; 3(2): 1-11.
8. Lou, P., Zhu, Y., Chen, P ve ark. Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease inChina:cross-sectional case control study. BMC Pulm Med 2012;12(53): 2-9.
9. Kılıç, Z., Özçelik, H. İleri Evre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Sık Görülen Semptomların Yönetimi. Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Dergisi 2014; 1 (2): 85 91.
10. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu Supplement 2014; 2:15; http://www.chiesi.com.tr/img/download/documenti/363_ttd-koah-tani-ve-tedav-C4-B0-raporu-2014.pdf. Erişim tarihi: Mayıs 2018.

11. Türk Toraks Derneği'nin GOLD (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı; <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1042017161917-tumu.pdf>. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
12. Schraufnagel, DE., Blasi, F., Kraft, M., Gaga, M., Finn, P., Rabe, KF. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. *Eur Respir J* 2013; 42:906-15. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
13. Lim, SS., Vos, T., Flaxman, AD., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H ve ark. (2012). A comparative risk assesment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2224-60. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
14. WHO (2007). Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases. A comprehensive approach. Geneva. <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf> Erişim tarihi: Şubat 2018.
15. Lozano, R.,Naghavi, M., Foreman, K ve ark. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380:2095-128.Erişim tarihi: Şubat 2018.
16. Abul, Y., Özlü, T.: Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (1):7 -12.
17. Bloom, D., Cafiero, ET., Abrahams-Gessel, S ve ark. The global economic burden of non-communicable diseases: a report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health,September 2011. Geneva, Switzerland: World Economic Forum. 2011.
18. Raheison, C., Girodet, PO. Epidemiology of COPD. *Eur Respir Rev* 2009; 18: 213-21.
19. Selen, F., Kav, S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014; 16(1): 12-22.
20. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2013; 11: 5-64.
21. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385:117-71. Erişim tarihi:10.02.2018.
22. Decramer ,M., Janssen,W., Miravitlis, M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012; 379:1341-51.

23. Lopez-Campos, JL., Ruiz-Ramos, M., Soriano, JB. Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994–2010: a joinpoint regression analysis. *Lancet Respir Med* 2014; 2:44-53.
24. Abramson M. Declining COPD mortality: is the epidemic over *Int J Tuberc Lung Dis* 2013 ;17:1-3.
25. Chapman, KR., Mannino, DM., Soriano, JB ve ark. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006 ; 27:188-207.
26. Tanik, A., Demirci, F., Doğan, M.S., Güler Doğru, A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periodontal hastalık ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi* ; 42 (2): 274-278.
27. Aşker, S., Ekin, S., Arısoy, A., Yıldız, H., Günbatır, H., Sertoğullarından, B. Sigara İçenlerde ve Tandır Dumanı Maruziyeti Olanlarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişme Riski *Van Tıp Dergisi* 2014; 21(4): 225-229.
28. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu (2014). Sigarayı bırakma, Tanı ve Tedavi uzlaşma raporu. <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1655&menu=240>. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
29. Kurtulgan, O., Mete, A., Uyar, M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında ekspiratuar yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi bulguları ile trakeal indeks ve solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişki. *Dicle Med J* 2012;39:42-48.
30. Foreman, MG., Campos, M., Celedón, JC. Genes and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am* 2012; 96:699-711.
31. Kamil, F., Pinzon, I., Foreman, MG. Sex and race factors in early onset COPD. *Curr Opin Pulm Med* 2013;19:140-4.
32. Aryal, S., Diaz-Guzman, E., Mannino, DM. (2013). COPD and gender differences: an update. *Trans Res.*162(4):208-18. doi: 10.1016/j.trsl.2013.04.003.
33. Mattes, J., Gibson, P G. The early origins of COPD in severe asthma: the one thing that leads to another or the two things that come together. *Thorax* 2014; 69:789-790.
34. Göktalay, T., Şakar Coşkun, A., Havlucu, Y., Akdemir, SE., Datlı, U., Gümeli, F., Yorgancıoğlu, A. Belediye çalışanlarında akciğer sağlığı taraması. *Tuberk Toraks* 2013; 61(1): 12-20.
35. De Marco, R., Accordini, S., Marcon, A ve ark. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2011 ;183:891-7.
36. Salvi, S.:Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2014; 35: 17-27.

37. Tülüce, D., Kutlu Türkan, S., Çetin, N., Köktürk, N. Hasta koçluğunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomaları üzerine etkisi: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(2): 32-41.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOAİ) Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler İçin Eğitim Modülü. Ankara. 2011.
39. Öcal, S., Topeli, A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Güncel Bilgiler. İç Hastalıkları Dergisi 2014; 21: 97-109.
40. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı, Dördüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Kitapevi,s.366-371. 2017.
41. Türk Toraks Derneği KOAİ Çalışma Grubu (2013) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Eğitim Kitapları Serisi. [http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/3172012103033-2KOAİ-Hasta-Kitabi 2012. pdf](http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/3172012103033-2KOAİ-Hasta-Kitabi%202012.pdf). Erişim tarihi: Mayıs 2018.
42. Türk Toraks Derneği Pulmoner Rehabilitasyon ve Kronik Hasta Bakımı Çalışma Grubu (2013). Solunumsal Rehabilitasyonu. [http://www.toraks.org.tr/halk/pdfs/ solunumsal-rehabilitasyon. pdf](http://www.toraks.org.tr/halk/pdfs/solunumsal-rehabilitasyon.pdf). Erişim tarihi: Mayıs 2018.
43. Bal Özkaptan, B., Kapucu, S KOAİ'lı Bireylerde Öz-Etkililiğın Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4(2): 74-80.
44. Mehel Tutuk, SP., Altun, Ş. KOAİ Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Sürekli Eğitim Dergisi 2014; 23(6); 218.
45. Özkan, S. Kronik Öbstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ve fonksiyonel Durum. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(1). 98-103.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Hastalıkları (2011). Hemşirelik Bakım Rehberi. <http://docplayer.biz.tr/4767331-Dahiliye-hastalıkları-hemşirelik-bakım-rehberi-2011.html>
47. Polatlı, M., Yorgancıoğlu, A., Aydemir, Ö.,Yılmaz Demirci, N., Kırkıl, G., Atış Naycı, S., Köktürk, N., Uysal, A., Günakan, G. St. George solunum anketinin Türkçe geçerllk ve güvenilirliği. Tuberk Toraks 2013; 61(2): 81-87.
48. Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8 (4):280-287.

49. Yalçın, A., Kaya, A. KOAH'ta Yaşamın Son Günleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013 ; 1 (1) : 143-151.
50. Karadeniz Yenilmez Ö. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Fonsiyonel Durum, Aktiviteye Katılım Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İş ve Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Tezi, Pmukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Denizli, 2015
51. Öncü E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Akut Alevlenme Sonrası Tens Uygulamasının Solunum Fonksiyonları, Egzersiz Kapasitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri ,2014
52. Özkan S. KOAH ve Astımlı Hastalarda Fonsiyonel Performans ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006
53. Çevirme L. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Olgularda Solunum Fonksiyonlarının, Yaşam Kalitesinin, Anksiyetenin Ve Depresyonun Alevlenme Sayısına Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne. 2008
54. Kara, M., Mirici A. KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002 ; 34:61-66.
55. Tel, H., Akdemir, N. KOAH' lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş et me durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2):44-52.
56. Howard, C., Halas, CN., Wray, J., Carby, M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. Behaviour Research and Therapy 2009; 47:7176.
57. Akman N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, 2016
58. Avşar, G., Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12: 3: 67-73.
59. Mollaoğlu, M., Fertelli, TK., Özkan, F. Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Archives of Gerontology and Geriatrics 2011 ; 53:93.

60. Sudo, E., Tanuma, S., Yoshida, A., Takahoshi, Y., Kobayashi, C., Ohama, Y. (2001). The Effects of Pulmonary Rehabilitation with COPD, *Nippon Ronen Igakka zasshi*. 2001;38(6),780-4.
61. Özlü, T., Çetinkaya, M., Öztuna, F., Topbaş, M., Bülbül, Y. Trabzon'da 30 yaş ve üzeri nüfusta KOAH prevalansı. *Toraks Dergisi 7 Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri*, Antalya, s. 5-628. 2004.
62. Okut G. KOAH 'lı Bireylerin İnhaler Tedavi, Solunum Egzersizi ve Öksürük Egzersizlerine Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Hemşirelik programı Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011
63. Kılıçkaya C. (2013). KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık Ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2013
64. Kara Kaşıkçı, M., Alberto, J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Clinical Nursing* 2007; 16: 1468-78.
65. Güner, A., Atak, N. (2002). KOAH'lı Hastalarda Sağlık Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002 ; 50(4): 451-461.
66. Ingadottir, T.S, Jonsdottir, H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19, 2795–2805.
67. Kapısız Ö. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Dispne Algıları İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce ,2011
68. Tertemiz , KC., Kömüs, N., Ellidokuz, H., Sevinç, C., Çımrın, AH. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. *Tuberk Toraks* 2012 ; 60(2):114-122.
69. Kim, S., Clark, S., Camargo, Jr CA. (2006). Mortalite after an emergency department visit for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2006; 3:75-81.
70. Esteban, C., Quintana, JM., Aburto, M., Moraza, J., Egurrola, M, España PP. (2008). Predictors of mortalit y in pat ients with stable COPD. *J Gen Intern Med*. 23:1829-34.

71. Bulucu Deniz, G., Ünsal, A. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(1). 577-587.
72. Ulubay, G. (2014). KOAH'lı Hastalarda Atak Nedeni İle Hastaneye Yatışlarının Maliyet Analizi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014
73. Burrows, B.J. Knudson ,R.J.,Lebowitz.,M . (1977). The Relationship of Childhood Respiratory Illness to Adult Obstructive Airway Disease. ATS Journals.115 (5). <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/arrd.1977.115.5.751>. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
74. Polatlı, M, et al, A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: The COPD-Life study. Tuberk Toraks 2012;60: 1-12.
75. Karadağ, M. KOAH Tedavisinde Sigaranın Bıraktırılması. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (1): 98-104.
76. Anar, C., Tatar, D, Gediktaş, E., Yıldırım, Y.ü, Halilçolar, H. Uzun Süre Oksijen Tedavisi Uygulanan KOAH'lı Olgularda Anksiyete Depresyon sıklığı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2012; 26 (2): 83-89.
77. O'Donnell, DE., Arsigny, CD., Webb, KA. (2001). Effects of Hyperoxia on Ventilatory Limitation During Exercise in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med 163: 892-898.
78. Çil Akıncı, A., Pınar, R. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerinin Yapma Sırasında Bağımlılık Durumları ve Etkileyen Faktörler. E-Journal of New World Sciences Academy; 6 (1): Article Number:1B0023. file:///C:/Users/TOSHIBA/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/ZNQR52XT/10.12739-NWSA.2014.9.2.E0020-186911.pdf. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
79. Aydemir, Y. İnhaler Cihazların Hatalı Kullanımı-Etkili Faktörler ve Eğitimin Rolü. Solunum Dergisi;2013;15(1):32-38.
80. Tertemiz, KC., Kömüs, N., Ellidokuz, H., Sevinç, C., Çımrın, AH. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Tuberk Toraks 2012; 60 (2): 114-122.

81. Varol F. KOAH Fenotiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2016
82. Yılmaz, A., Yılmaz, H. KOAH Akut Alevlenmelerinde Saptanan Mikroorganizmalarla Hava Yolu Darlığı Arasındaki İlişki. Konuralp Tıp Dergisi 2013; 5(2):22-28.
83. Yohannes AB, Roomi J., Baldwin R.C., Connolly, M.J. (1998). Depression in elderly outpatients with disabling chronic obstructive pulmonary disease. Age and Ageing 1998; 27: 155-160.
84. Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C.S., Brøndum, E ve ark. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. Respiratory Medicine 2006; 100:87–93.
85. Kim, F.S., Kunik, M.E., Molinari, V.A., Hillman, S.L., Lalani, S., Orenge, C.A., Petersen, N.J., Nahas, Z., White, S.G (2000). Functional impairment in COPD patients the impact of anxiety and depression. Psychosomatics 2000; 41:465-71.
86. Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau M, Beaupré A, Bégin R ve ark. Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Specific Self management Intervention. Arch Intern Med 2003; 163(5):585-591.
87. Casas, A., Troosters, T., Garcia-Aymerich, J., Roca, J., Hernandez, C., Alonso, A., Del Pozo, F., Toledo, D.P., Anto, J.M., Rodriguez-Roisin, R., M. Decramer and members of the Chronic Project. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. Eur Respir J 2006;28:123–130.
88. Fernandes, A., Pachea, S., Bird, W., Bryden, C. Measures to improve knowledge and self care among patients with COPD: a UK general practice audit. Primary Care Respiratory Journal 2006; 15, 307—309.
89. Gallefoss, F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. PEC 2004; 52 (3): 259–266.
90. Lee, H., Yoon, J.Y., Kim, I., Jeong, Y.H. The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The journal of acute and critical care 2013; 42 (6) : 473–479.
91. Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Hallin, R., Ulrik, C. S ve ark. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. Eur Respir J 2005 ; 26: 414–419 .

92. Karadağ, E., İnkaya Vardar, B., Kunduracı, E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayını 2016;25(5):175-180.
93. Mikkelsen, RL., Middelboe,T., Pisinger ,C., Stage, K. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. Nord J Psychiatry 2004; 58:65-70.
94. Yıldız, M., Mirici, A., Gönügür, U., Ülker, Çakır, D., Güleç, Öyekçin, D., Akbaş, B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi ve Egzersiz Performansına Etkisi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2016; 30 (2): 81-87.
95. Korkmaz, T., Tel, H. KOAH 'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010 13:2: 79-86.
96. Begüm Avşar, B., Yalçınsoy, M., Yakar, H İ., Bilgin, S., Akkaya, E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012; 34: 260-267.
97. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., Uslu, S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Prev Med Bull 2010; 9(3) : 209- 216.
98. Santo Tomas, LH., Varkey, B. Improving health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Pulm Med. 10(2):120-127.
99. Olgun, N., Çil, A. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'ın Pulmoner Rehabilitasyon İle Yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1) : 103-113.
100. Pitta ,F., Troosters,T., Probst,V.S., Langer,D., Decramer,M., Gosselink, R. Are Patients With COPD More Active After Pulmonary Rehabilitation. Chest journal August 2008; 134 (2) : 273–280.
101. Ries A,L., Bauldoff, G,S., Carlin, B,W., Casaburi, R., Emery, C,F,, Mahler, D,A,.et al. Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.Chest.Pubmed 2007;131(5):4S-42S.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17494825>. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
102. Jones, P.W., Harding, G., Berry,P., Winklund, I.,Chen,W-H., Kline Leidy, N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J 2009;34: 648–654.

103. Reardon, J.Z., Lareau, S.C., ZuWallack, R. (2006) Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Medicine* 2006; 119 10 (1); 32-37.
104. Çalık Kütükcü E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Üst Ektremite Kas Kuvveti Eğitiminin Solunum ve Periferik Kas Kuvveti, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014
105. Çilekar Ş. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon Programının Yaşam Kalitesi, C-Reaktif Protein (CRP) Ve Solunum Fonksiyonlarına Etkinliği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya, 2013
106. Ardelean ,DL., Iulia, L., Popescu, R., Didilescu, C., Dinescu, S., Olteanu, M ve Ark. Evaluation of COPD patients using CAT-COPD assessment test. *Pneumologia*. 2012; 61(4):221-9.
107. Dodd JW., Hogg L., Nolan, J., Jefford, H., Grant, A., Lord, VM ve Ark. (2011). The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. *Thorax* 2011; 66: 425- 429.
108. Curtis, JR ., Deyo, RA., Hudson, LD. (1994). Health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 49(2):162-70.
109. Van Ranst, D., Otten, H., Willem Meijer, J., Van't Hul, A. (2011). Outcome of pulmonary rehabilitation in COPD patients with severely impaired health status. *International Journal of COPD* 2011 1(6): 647-657.
110. Croitoru, A., Ioniță, D., Stroescu. C., Pele, I., Gologanu, D., Dumitrescu ve Ark. Benefits of a 7-week outpatient pulmonary rehabilitation program in COPD patients. *Pneumologia* 2013; 62(2):94-8, 101.
111. Burgel P,R., Escamilla, R., Perez, T., Carre, P., Cailaud, D., Chanez, P ve ark. Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. *Respiratory Medicine* 2013; 107: 233-241.
112. Yoshimi, K., Ueki, J., Seyama, K., Takizawa, M., Yamaguchi, S., Kitahara ve ark. Pulmonary rehabilitation program including respiratory conditioning for chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Improved hyperinflation and expiratory flow during tidal breathing. *J Thorac Dis* 2012;4(3):259-264.

113. Türk Toraks Derneği (2016) Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2016 Güncellemesi. Supp 1:17. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1082017TTD-Astim-Tani-ve-Tedavi-Rehberi-2016.pdf>. Erişim tarihi: Mayıs 2018.
114. Tel, H., Akdemir. N. (1998). KOAH'lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Baş etme Durumunun Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.,2(2): 44-52.



ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/010

Karar tarihi : 04.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 04.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen 22.03.2017 tarihli Tez Jürisi Atama Formuna göre;

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi, 154101098 öğrenci numaralı Ezgi DİRGAR'ın "Kendisine İnsülin Enjeksiyonu Uygulayan Diyabetlilerin Uygulama Hataları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının değerlendirilmesi ve tez savunma sınavını yapmak üzere aşağıdaki Öğretim Üyelerinden sınav jürisi oluşturulmasına ve tez savunma sınav tarihinin aşağıdaki şekilde belirlenmesine;

| Asil Jüri Üyeleri | | Yedek Jüri Üyeleri | |
|-------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| 1. | Prof. Dr. Nermin OLGUN (Danışman-Üye) | 1. | Doç. Dr. Özlem OVAYOLU |
| 2. | Doç. Dr. Nuran TOSUN (Başkan-Üye) | 2. | Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT |
| 3. | Yrd. Doç. Dr. Selda ÇELİK (Üye) | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|---------------------|-------|--------------------|----------------------------------|
| Sınav Tarihi: | 25.04.2017 | Sınav Saati: | 11.00 | Sınav Yeri: | Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO |
|----------------------|------------|---------------------|-------|--------------------|----------------------------------|

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | TEZ KONUSU |
|-----------------------------------|---|
| 154101062 Aslan DOĞAN | KOAH'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin hastalığın yaşam kalitesi ve Anksiyete üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi |

3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | TEZ KONUSU |
|-----------------------------------|---|
| 164102032 Burçak ÖCAL | Koroner arter bypass greft yapılan hastaların fizyoterapi beklentileri ve kaygı düzeylerinin incelenmesi |
| 154102034 Asiya UZUN | Serebral palsili çocuklarda fizyolojik lordozu destekleyen alt gövde desteğinin gövde stabilitesi ve üst ekstremitte fonksiyonelliği üzerine etkisi |
| 154102040 Tahir DEDEOĞLU | Fizyoterapistlerin mesleki profesyonelliklerini uygulayabilme düzeylerinin araştırılması |

4- Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programına kayıtlı 154115006 numaralı Sezer AVCI isimli öğrencinin Tez İzleme Komitesi 04.04.2017 tarihinde toplanarak tez önerilerini incelemiştir. Tez konusunun "Gebelikte Aile içi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi" olmasına;


Oy birliği ile karar verilmiştir.












Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)



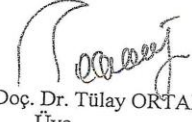

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)


Aylin ELİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

ASLI GİBİDİR


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2018/019

Karar tarihi : 20.06.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu acil gündem maddesi ile toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencisi **154101062** numaralı **Aslan DOĞAN**'ın 20.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavında jüri tarafından tez konusunun değiştirilmesine karar verilmiştir. Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konusu görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde tez konusunun değiştirilmesinin uygun olduğuna;

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | SAVUNMA SINAVINDAKİ TEZ KONUSU | KABUL EDİLEN TEZ KONUSU |
|--------------------------------------|---|--|
| 154101062 Aslan DOĞAN | KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi | KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi |

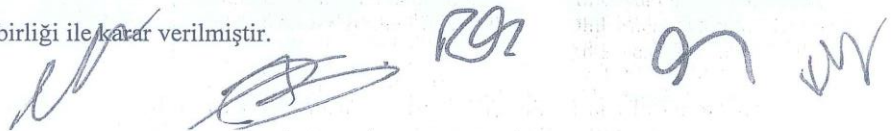
2- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencisi **164101053** numaralı **Ayten DURSUN**'un 20.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavında jüri tarafından tez konusunun değiştirilmesine karar verilmiştir. Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konusu görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde tez konusunun değiştirilmesinin uygun olduğuna;

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | SAVUNMA SINAVINDAKİ TEZ KONUSU | KABUL EDİLEN TEZ KONUSU |
|--------------------------------------|--|--|
| 164101053 Ayten DURSUN | Kalp Damar Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Müzik Dinletmenin Cerrahi Korku Üzerine Etkisi | Kalp Cerrahisi Planlanan Hastalarda Ameliyat Öncesinde Müzik Dinletmenin Cerrahi Korku ve Anksiyete Üzerine Etkisi |

3- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencisi **154101090** numaralı **Şevket CENGİZHAN**'ın 20.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavında jüri tarafından tez konusunun değiştirilmesine karar verilmiştir. Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konusu görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde tez konusunun değiştirilmesinin uygun olduğuna;

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | SAVUNMA SINAVINDAKİ TEZ KONUSU | KABUL EDİLEN TEZ KONUSU |
|--------------------------------------|---|---|
| 154101090 Şevket CENGİZHAN | Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi | Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Eğitiminin Durumluk, Sürekli ve Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi |

Oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)



Dr. Öğr. Üyesi Begümhan TURHAN
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

Aylin Filiz
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

04.04.2017

Sayın Aslan DOĞAN

“KOAH’lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmanız 04.04.2017 tarih ve 2017-03 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2017/03
Karar Tarihi : 04.04.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın "...*Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi ...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şevket CENGİZHAN'ın "...*Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aslıhan KORKMAZ'ın "...*Trakeostomili Hastaların Sosyal İzolasyon Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Semra YILDIRIM'ın "...*Gaziantep İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerde Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımının İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fatma YILDIRIM'ın "...*Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdurrahman OKUTAN'ın "...*Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa GÖKSULAR'ın "...*Hemşirelerin Çocuk Hakları Konusunda Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Asiya UZUN'un "...*Serebral Palsili Çocuklarda Fizyolojik Lordozu Destekleyen Alt Gövde Desteğinin Gözde Stabilizasyonu ve Üst Ekstremité Fonksiyonelliği Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sedat YİĞİT'in "...*Kronik Venöz Yetmezlik Tanılı Hastalarda Egzersiz Eğitiminin Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aslan DOĞAN'ın "...*KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Güzide ŞENDAĞ'ın "...*Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Akdeniz Diyet Kalite İndeksi ile Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "...*Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kadir SEVİN'in "...*Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

2017/03 Sayı ve 04.04.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 3. Sayfasıdır.
(Aslan DOĞAN)

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

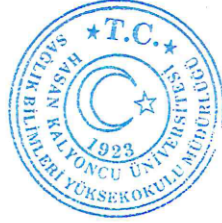
Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

Güven HOŞ
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri



ASLIGİBİDİR

Ek 5.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi,
Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi.

SAYIN KATILIMCI;

Bu Anket ve formlardaki bütün soruları cevaplanmanızı rica ediyor, size teşekkür ediyorum.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Adınız, Soyadınız:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz: 1() Kadın 2() Erkek
4. En son hangi okulu bitirdiniz? 1() Okur-yazar değilim 2() Okur-yazarım
3() İlkokul mezunuyum 4() Ortaokul
5. Medeni durumunuz: 1() Evli 2() Bekar 3() Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor
6. Aile yapınız nasıl? 1() Çekirdek aile 2() Geniş aile
7. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz? 1() Yalnız başına 2() Eşim ile
3() Çocuklarım il 4() Eşim ve çocuklarımla
- 5- Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile
8. Çalışma durumunuz nedir? 1() Evet -Tam gün 2() Evet- Yarım gün
3() Hastalık nedeniyle çalışmıyorum
4() Hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmıyorum
9. Size göre maddi durumunuz nasıldır? 1() Düşük (Gelir giderden az)
2() Orta (Gelir gider eşit)

B- HASTALIĞA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

10. Hastalık süresi.....ay/yıldır.
11. Hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı? 1() Nebulizatör
2() Oksijen tüpü 3() Oksijen konsantretörü
4() Bipap Cihazı 5() Mekanik ventilatör
12. KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1() Evet (Açıklayınız.....) 2() Hayır
13. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

1()Evet 2()Hayır 3()Kısmen

14. Geçtiğimiz bir yıl boyunca kaç kez hastaneye yattınız?

1()Hiç 2()1-2 kez 3()3 ve daha fazla

15. Bakımınız ile ilgilenen birileri var mı? 1()Evet (Açıklayınız.....)

2()İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok 3()Hayır, ihtiyaç duymuyorum

16. Çevrenizde sıkıntılı ve sevinçli anlarınızda sizi destekleyen kişiler var mı?

1()Evet (Açıklayınız.....) 3()Hayır (18. SORUYA GEÇİNİZ).

17. Bu kişilerin desteğinden memnun musunuz?

Kesinlikle hayır 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kesinlikle evet

18. Sigara kullanıyor musunuz? 1()Evet 2()Hayır



Adınız:

Bugünün Tarihi:



KOAH'nız ne durumda? KOAH Değerlendirme Testini uygulayın

Bu anket, KOAH'nı sağlığınıza ve günlük yaşamınıza olan etkisinin değerlendirilmesinde size ve sağlık çalışanına yardımcı olacaktır. Cevaplarınız ve test puanınız, siz ve sağlık çalışanınız tarafından hastalığınızın tedavisinde gelişme sağlamak ve bundan en fazla faydayı elde etmeniz için kullanılabilir.

Örnek: Çok mutluym

 0 1 2 3 4 5

Çok kederliyim

Hiç öksürmüyorum

 0 1 2 3 4 5

Sürekli öksürüyorum

Akciğerlerimde hiç balgam yok

 0 1 2 3 4 5

Akciğerlerim tamamen balgam dolu

Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum

 0 1 2 3 4 5

Göğsümde çok daralma var

Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor

 0 1 2 3 4 5

Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor

Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum

 0 1 2 3 4 5

Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum

Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden dışarı çıkmaya çekinmiyorum

 0 1 2 3 4 5

Akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum

Rahat uyuyorum

 0 1 2 3 4 5

Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum

Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum

 0 1 2 3 4 5

Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum

KOAH Değerlendirme Testi ve CAT logosu, GlaxoSmithKline şirketler grubunun tescilli ticari markasıdır.
©2009 GlaxoSmithKline şirketler grubu. Bütün Hakları saklıdır.

Toplam skorunuzu öğrenmek için tıklayınız

SKOR

SOLUNUM SİSTEMİ ANKETİ (St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ))

Bu anket, göğüs hastalığınızın size verdiği sıkıntıyı ve yaşamınıza olan etkisini daha iyi anlamanızı sağlamak üzere hazırlanmıştır. Bu anket, doktorların tanılarının yanı sıra, şikayetlerinize sebep olan göğüs hastalığınızı tüm yönleriyle değerlendirmek amacı ile kullanılacaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyunuz. Anlamadığınız her şeyi sorunuz. Cevap verirken sorular üzerinde çok düşünmeyiniz.

Adınız-Soyadınız:

Tarih:

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

BİRİNCİ KISIM

Bu bölümde son 1 sene içinde akciğer hastalığınızın ne durumda olduğunu tanımlayacak sorular yer almaktadır. Her soru için kutulardan birini işaretleyiniz.

1. Son bir sene içinde öksürme sıklığınız:

- 1()Haftanın hemen her günü 2()Haftanın çoğu günü 3()Ayda birkaç gün
4() Sadece üşüttüğüm zaman 5()Hiç

2. Son bir sene içindeki balgam çıkarma sıklığınız:

- 1()Haftanın hemen her günü 2()Haftanın çoğu günü 3()Ayda birkaç gün
4() Sadece üşüttüğüm zaman 5()Hiç

3. Son bir sene içinde nefes darlığı durumum:

- 1()Haftanın hemen her günü 2()Haftanın çoğu günü 3()Ayda birkaç gün
4() Sadece üşüttüğüm zaman 5()Hiç

4. Son bir sene içinde göğsümde hissettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı:

- 1()Haftanın hemen her günü 2()Haftanın çoğu günü 3()Ayda birkaç gün
4() Sadece üşüttüğüm zaman 5()Hiç

5. Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz?

- 1()3'den fazla 2()3 atak 3()2 atak 4()1 defa 5()Hiç

6. En ağır atağınız ne kadar sürdü ? Eğer ağır bir atak geçirmediyseniz 7. Soruya geçiniz.

- 1()1 hafta veya daha uzun 2()3 gün veya daha uzun 3()1-2 gün 4()1 günden az

7. Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiçbir problem olmadan rahat gün geçirdiniz?

- 1() 0 gün(Haftanın her günü rahatsızım 2() 1 veya 2 günü rahat geçirdim
3() 3 veya 4 günü rahat geçirdim 4() Hemen hemen her gün rahattım
5() Her gün rahattım

8. Göğsünüzde hırıltı-hışıltı varsa bu sabahları kötüleşiyor mu?

- 1()Evet 2()Hayır

İKİNCİ KISIM

BÖLÜM-1

Akciğer hastalığınız ile ilgili durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? Lütfen uygun olan kutuyu işaretleyiniz.

- 1() En önemli problemim 2()Bana fazla problem yaratmıyor
3() Bana az problem yaratıyor 4() Hiç problem yaratmıyor yaratıyor

Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- 1() Akciğer hastalığım nedeni ile iş hayatım tamamen sona erdi
2() Akciğer hastalığım nedeni ile işimi yapmam zorlaştı veya işimi değiştirdim
3() Akciğer hastalığım işimi etkilemiyor

BÖLÜM-2

Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır. Her madde için uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

- 1) Otururken veya yatarken 1()Doğru 2()Yanlış
2) Yıkanırken ve giyinirken 1()Doğru 2()Yanlış
3) Ev içinde dolanırken 1()Doğru 2()Yanlış
4) Dışarıda düz yolda yürürken 1()Doğru 2()Yanlış
5) Merdiven çıkarken 1()Doğru 2()Yanlış
6) Yokuş yukarı çıkarken 1()Doğru 2()Yanlış
7) Spor yaparken 1()Doğru 2()Yanlış

BÖLÜM-3

Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.

- 1) Öksürdüğümde canım acıyor 1()Doğru 2()Yanlış
2) Öksürmek beni yoruyor 1()Doğru 2()Yanlış

- 3)Konuşunca nefes nefese kalıyorum 1()Doğru 2()Yanlış
4)Öne eğilince nefes nefese kalıyorum 1()Doğru 2()Yanlış
5)Öksürük veya nefes darlığım nedeni ile uykum bölünüyor 1()Doğru 2()Yanlış
6) Çok çabuk yoruluyorum 1()Doğru 2()Yanlış

BÖLÜM-4

Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır

- 1) Öksürüğüm veya solunum sıkıntım topluluk içinde utanmama neden oluyor
1()Doğru 2()Yanlış
- 2) Akciğerimle ilgili şikayetlerim yakın çevremi, ailemi, arkadaşlarımı, komşularımı rahatsız ediyor
1()Doğru 2()Yanlış
- 3) Nefes alamadığım zaman paniğe kapılıyorum veya çok korkuyorum
1()Doğru 2()Yanlış
- 4) Akciğer hastalığımı kontrol altında tutamadığımı düşünüyorum 1()Doğru 2()Yanlış
- 5) Akciğerlerimin daha iyi olacağını ummuyorum 1()Doğru 2()Yanlış
- 6) Akciğer hastalığım nedeni ile zayıf, halsiz ve güçsüz biri oldum 1()Doğru 2()Yanlış
- 7) Egzersiz yapmaktan kaçınıyorum (Benim için tehlikeli olacağını düşünüyorum
1()Doğru 2()Yanlış
- 8) Kolumu kaldıracak halim olmadığını hissediyorum
1()Doğru 2()Yanlış

BÖLÜM-5

Tedaviniz ile ilgili soruları içermektedir. Eğer herhangi bir tedavi almıyorsanız bu bölümü atlayınız ve 6. Bölüme geçiniz.

- 1) Tedavimin faydasını görmüyorum 1()Doğru 2()Yanlış
- 2) İlaçlarımı başkalarının yanında kullanmaktan çekiniyorum 1()Doğru 2()Yanlış
- 3) Tedavimin bazı hoş olmayan yan etkilerini hissediyorum 1()Doğru 2()Yanlış
- 4) Tedavim yaşantımı çok fazla etkiliyor 1()Doğru 2()Yanlış

BÖLÜM-6

Bu bölüm; nefes darlığınız ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığı konusundaki soruları içermektedir. Her bir soruda sizin için geçerli olan kutuyu işaretleyiniz.

- 1) Yıkılmak veya giyinmek uzun zamanımı alıyor 1()Doğru 2()Yanlış
- 2) Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum ya da bunlar uzun zamanımı alıyor
1()Doğru 2()Yanlış
- 3)Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum
1()Doğru 2()Yanlış

4) Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

5) Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

6) Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

7) Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdivenden yukarı yük taşırken, çiçek ekmek gibi kolay bahçe işleriyle uğraşırken, dans ederken veya golf oynarken zorlanıyorum. 1()Doğru 2()Yanlış

8) Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşırken, bahçe kazarken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, tenis oynarken veya yüzerken zorlanıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

9) Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken bisiklete binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum 1()Doğru 2()Hayır

BÖLÜM-7

Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınız üzerinde nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtı verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.

1) Spor yapamıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

2) Sosyal etkinliklere katılamıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

3) Alışveriş için dışarıya çıkamıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

4) Ev işi yapamıyorum 1()Doğru 2()Yanlış

5) Yatağımdan, koltuğımdan daha uzak bir yere gidemiyorum

1()Doğru 2()Yanlış

Aşağıda akciğer hastalığınız nedeni ile yapmakta güçlük çekebileceğiniz faaliyetler listelenmiştir. Bu listede yer alan faaliyetleri yapmıyorsanız işaretlemeyiniz. Bu faaliyetler nefes darlığı nedeniyle yapmakta zorlanabileceğiniz hareketlerden bazılarıdır.

1) Yürüyüşe çıkmak veya köpeği gezdirmek ()

2) Ev içinde veya bahçede bir şeyler yapmak ()

3) Cinsel ilişki ()

4) Camiye gitmek veya bir sosyal aktiviteye katılmak ()

5) Kötü havada dışarı çıkmak veya dumanlı ortamda bulunmak ()

6) Aile, arkadaş ziyaretlerinde bulunmak veya çocuklarla oynamak ()

Yukarıda belirtilenler dışında, akciğer hastalığınız nedeni ile yapamadığınız bir başka aktivite veya önemli faaliyetler varsa burada yazınız

.....

.....

.....

.....

Şimdi, akciğer hastalığınızın sizi nasıl etkilediğini en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz. Sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1) Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum ()

2) Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum ()

3) Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum ()

4) Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum ()

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi tanımamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘ patlayacak gibi ’ hissediyorum.

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1- Çoğu zaman | 2-Birçok zaman |
| 3- Zaman zaman, bazen | 4-Hiçbir zaman |

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Aynı eskisi kadar | 2-Pek eskisi kadar değil |
| 3- Yalnızca biraz eskisi kadar | 4-Nerdeyse hiç eskisi kadar değil |

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1- Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli | 2- Evet, ama çok da şiddetli değil |
| 3- Biraz, ama beni endişelendiriyor | 4- Hayır, hiç öyle değil |

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Her zaman olduğu kadar | 2- Simdi pek o kadar değil |
| 3- Simdi kesinlikle o kadar değil | 4- Artık hiç değil |

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1- Çoğu zaman | 2-Birçok zaman |
| 3- Zaman zaman, ama çok sık değil | 4-Yalnızca bazen |

6) Kendimi neşeli hissediyorum

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1- Hiçbir zaman | 2- Sık değil |
| 3- Bazen | 4- Çoğu zaman |

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi hissediyorum.

- | | |
|---------------|----------------|
| 1- Kesinlikle | 2-Genellikle |
| 3- Sık değil | 4-Hiçbir zaman |

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1- Hemen hemen her zaman | 2-Çok sık |
| 3- Bazen | 4-Hiçbir zaman |

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

- | | |
|-----------------|------------|
| 1- Hiçbir zaman | 2- Bazen |
| 3- Oldukça sık | 4- Çok sık |

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

- | | |
|---------------|--------------------------------------|
| 1- Kesinlikle | 2-Gerektiği kadar özen göstermiyorum |
|---------------|--------------------------------------|

- 3- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 4-Her zaman ki kadar özen gösteriyorum
- 11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum
- 1- Gerçekten de çok fazla 2-Oldukça fazla
- 3- Çok fazla değil 4-Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum
- 1- Her zaman olduğu kadar 2-Her zamankinden biraz daha az
- 3- Her zamankinden kesinlikle daha az 4-Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- 1- Gerçekten de çok sık 2-Oldukça sık
- 3- Çok sık değil 4-Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- 1- Sıklıkla 2-Bazen
- 3- Pek sık değil 4-Çok seyrek

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu çalışma;

KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Gönüllü olan KOAH hastaları için, solunum ve öksürük egzersizleri, sigarayı bırakma eğitimi, inhaler ilaç kullanma eğitimi, postural drenaj eğitimi, oksijenin doğru ve etkin kullanımı eğitimi ve hastalarda farkındalık yaratacak hastalık hakkında bilgi eğitimini içeren genel bir eğitim ve ev ortamında eğitimin devamı niteliğinde uygulanabilirliği olan eğitim kitapçığı verilecektir. Veri toplamak amacıyla sosyodemografik özelliklerini içeren soru formu ,anksiyete ölçeği ,St. Georges solunum anketi ve KOAH değerlendirme testi kullanılacaktır.

Bu çalışmada amaç; Koah'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitimi ile Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve anksiyete düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla yapılacaktır.

Elde edilen veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkaları ile paylaşılmayacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Aslan DOĞAN

Danışman

Prof. Dr. Nermin OLGUN

ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZİNİ

From: aslandoğan<aslandogan7272@gmail.com>

Sent: Tuesday, April 3, 2018 12:54 PM

To: soaydemir@hotmail.com

Subject: ölçeklerin kullanım izni

Merhaba sayın hocam ben Hasan Kalyoncu Üniversitesinde tezli yüksek lisans yapmaktayım. KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi adlı tez proje çalışmamda sizin ve arkadaşlarınızın birlikte Türkçe geçerlilik ve uyarlamasını yaptığımız Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) Değerlendirme Testi (CAT) ve St. George solunum anketinin (SGRQ) ile Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğinin bilimsel çalışmalarında kullanmam için sizden izin talep etmekteyim saygılarımla.

3 Nisan 2018 13:22 tarihinde Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com> yazdı:

Sayın Aslan Doğan,

Tez çalışmanızda KOAH Değerlendirme Testini, St. George Solunum Anketini ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 30/05/2018

Tez Başlığı / Konusu: KOAH' ı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi Ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 41 sayfalık kısmına ilişkin, 28/05/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinalite raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 24 'tür. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Tarih ve İmza

30.05.2018

Adı Soyadı: Aslan Doğan
Öğrenci No: 154101062
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Programı: Yüksek lisans
Statüsü: Y.Lisans Doktora

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.


Prof. Dr. Nermin OLGUN

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

Aslan DOĞAN

ORJİNALLİK RAPORU

%**24**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**20**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**8**

YAYINLAR

%**9**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|---|--|------------|
| 1 | toraks.org.tr İnternet Kaynağı | % 3 |
| 2 | Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi | % 2 |
| 3 | earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı | % 2 |
| 4 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 2 |
| 5 | www.guncelghs.org İnternet Kaynağı | % 1 |
| 6 | docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 7 | hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 8 | acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 1 |
| 9 | Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi | % 1 |

| | | |
|----|--|------|
| 10 | www.journalagent.com İnternet Kaynağı | % 1 |
| 11 | www.slideshare.net İnternet Kaynağı | % 1 |
| 12 | www.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 13 | Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 14 | Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 15 | dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 16 | www.duyguhastanesi.com.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 17 | cms.galenos.com.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 18 | e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 19 | www.mersinsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 20 | ÜSTÜNOVA, Emine and NAHCİVAN, Nursen. "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin ", İstanbul Üniversitesi Florence | <% 1 |

Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 2015.

Yayın

- | | | |
|----|---|-----|
| 21 | dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <%1 |
| 22 | library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı | <%1 |
| 23 | dergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı | <%1 |
| 24 | sbfe-dergi.erciyes.edu.tr İnternet Kaynağı | <%1 |
| 25 | slidegur.com İnternet Kaynağı | <%1 |
| 26 | YILDIZ, Füsün, BAŞYİĞİT, İlknur, BOYACI, Haşim, ILGAZLI, Ahmet, BÜYÜKGÖZE, Bengü, YÜCESOY, Leyla, ŞENGÜL, Canan and YILDIRIM, Elif. "Yakın takip edilen astımlı hastalarda atak sıklığı", TUBITAK, 2003. Yayın | <%1 |
| 27 | istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <%1 |
| 28 | www.toraks.org.tr İnternet Kaynağı | <%1 |
| 29 | YILDIZ, Muammer, MİRİCİ, Arzu, GÖNLÜGÜR, Uğur, ÜLKER ÇAKIR, Dilek, GÜLEÇ ÖYEKÇİN, Demet and AKBAŞ, Burhan. "KRONİK | <%1 |

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINA EŞLİK
EDEN DEPRESYON VE ANKSİYETENİN
YAŞAM KALİTESİ VE EGZERSİZ
PERFORMANSINA ETKİSİ", Meta Basım, 2016.

Yayın

- | | | |
|----|--|------|
| 30 | KARADAĞ, Ezgi, İNKAYA VARDAR, Bahar and KUNDURACI, Ersin. "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki", Türk Tabipleri Birliği, 2016. | <% 1 |
| 31 | www.okulsagligi.net İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 32 | tepecikeah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 33 | Submitted to Sakarya University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 34 | www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 35 | www.tuberktoraks.org İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 36 | Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK) Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 37 | Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi | <% 1 |

| | | |
|----|---|-----|
| 38 | Selime Çelik, Uğur Kolat, Birim Sungu Danışmant, Rabia Önem et al. "Psychopathology, addiction severity and temperament character traits in smoking cessation", SiSli Etfal Hastanesi Tip Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital, 2014 Yayın | <%1 |
| 39 | SELEN, Filiz and KAV, Sultan. "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi", Sade Ajans, 2014. Yayın | <%1 |
| 40 | acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <%1 |
| 41 | kongre.saykad.net İnternet Kaynağı | <%1 |
| 42 | Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci Ödevi | <%1 |
| 43 | dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <%1 |
| 44 | ÇETİNKAYA DURU, Pelin, ÖZKAN AKTOĞU, Serir, ERER, Onur Fevzi, HALİL, Halil and YALNIZ, Enver. "The efficacy of long term oxygen therapy in COPD", Türk Toraks Derneği, 2014. | <%1 |

Yayın

| | | |
|----|--|------|
| 45 | Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 46 | KAMIŞ, Ümit, ÖZKAĞNICI, Ahmet, TÜRE, Hüseyin and OKUDAN, Süleyman. "Santral retina ven tıkanıklığında oküler ve sistemik risk faktörleri", MEBAS Medikal Basın, 2005. Yayın | <% 1 |
| 47 | batmanbdh.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 48 | acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 49 | Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 50 | www.logos.com.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 51 | acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 52 | Besime İnal, Berrin Karadağ, Gönül Hitay, Sedakat Küçükmen et al. "The effects of the period of breast feeding on the development of Type 2 diabetes in women", SiSli Etfal Hastanesi Tıp Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital, 2015 Yayın | <% 1 |

| | | |
|----|--|------|
| 53 | www.psikiyatridizini.org İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 54 | HACIHASANOĞLU, Rabia, KARAKURT, Papatya, YILDIRIM, Arzu and USLU, Seval. "Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2010. Yayın | <% 1 |
| 55 | igh.dergisi.org İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 56 | dosya.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 57 | www.titck.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 58 | file.lookus.net İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 59 | POLATLI, Mehmet, YORGANCIOĞLU, Arzu, AYDEMİR, Ömer, DEMİRCİ YILMAZ, Nilgün, KIRKIL, Gamze, NAYCI ATIŞ, Sibel, KÖKTÜRK, Nurdan, UYSAL, Atilla, AKDEMİR, Selim Erkan, ÖZGÜR, Eylem Sercan and GÜNAKAN, Gonca. "St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği", Türk Tüberküloz ve Toraks Derneği, 2013. Yayın | <% 1 |

60

DİRİK, Gülay and ŞAHİN, Gökhan. "Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi", Uludağ Üniversitesi, 2008.

Yayın

<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ASLAN DOĞAN

KOAH EĞİTİM KİTAPÇIĞI

KOAH nedir biliyor musunuz?

KOAH, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının kısaltılmış ismidir.

Kronik demek, uzun süredir devam eden ve geçmeyecek olan demektir.

Obstrüktif demek, kısmen tıkanmış demektir.

Akciğer, soluk aldığımız organımızdır.

Hastalık

KOAH'A NEDEN OLAN RİSK FAKTÖRLERİ

- Maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü ve odun/kağıt üretiminde çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği gibi meslekler nedeniyle **toz, duman ve zararlı gazlara maruz kalmak**
- Kişinin sigara içmemesine rağmen **sigara dumanına maruz kalması**



Sigara

Page • 12



İç ortam havasının kirliliği



Dış ortam havasının kirliliği



Mesleki tozlar ve kimyasallar

Eğer bu risk faktörlerine maruz kalıyorsanız hastalığınızın ciddi anlamda ilerleyeceğini bilmelisiniz ve bu risk faktörlerini azaltacak ya da hayatınızdan çıkartacak adımları bir an önce atmalısınız.

KOAH'A NEDEN OLAN FAKTÖRLER

- %90 neden **sigara**dır.



Page - 11

KOAH'la Mücadele İçin Yapmanız Gerekenler Nelerdir?

Adım 1: Sigara içmeyi bırakın

Adım 2: Grip ve zatürre aşılarınızı yaptırın

Adım 3: KOAH ilaçlarınızı doğru şekilde kullanın

Adım 4: Egzersiz yapın

Adım 5: İyi ve doğru beslenin

Adım 6: Enerjinizi iyi kullanın ve stresten uzak durun

Adım 7: Oksijen tedavinizi kullanın

Adım 8: Ataklarınızı azaltıcı tedbirleri alın ve atağa girdiğinizi fark edin

KOAH sigara bırakılmasının acil olduğu en önemli hastalıktır.

KOAH' da sigarayı bırakmak hastalığın ilerlemesini durduran en etkili yöntemdir.

Sigara bırakma polikliniklerinden destek alarak sigarayı daha kolay bırakabilirsiniz.

Adım 3: KOAH ilaçlarınızı doğru şekilde kullanın

Solunum Yoluyla (İnhaler) Tedavi

İlaçların solunum yoluyla, yani inhalasyonla alınması, yan etkilerinin yok denecek kadar azaltılması ve doğrudan akciğerlere etki etmesi açısından özellikle tercih edilmektedir. Solunum yoluyla verilen ilaçların etkili olması için doğru şekilde kullanılması gerekir.

İlaçlar, Doktorun önerdiği şekilde kullanılmalıdır, önerilenden fazla kullanılmamalıdır.

İnhaler İlaç Kullanımı;

Ölçülü Doz İnhaler (ÖDİ) Kullanımı

İNHALER CİHAZLARIN DOĞRU BİR ŞEKİLDE NASIL KULLANILACAĞI ÖĞRENİLMELİDİR

İLAÇLAR ANCAK DOĞRU BİR ŞEKİLDE KULLANILDIĞINDA AKCİĞERE DOĞRU MİKTARDA İLAÇ ULAŞIR.

1. Ölçülü doz inhaler (ÖDİ)

a. Direkt kullanım

b. Ara cihaz ile kullanım (Hazne)

2. Kuru Toz inhaler (KTİ)

3. Nebülizer

1. Direkt kullanım
2. Ölçülü doz inhallerin koruyucu kapağını çıkartın
3. İyice çalkalayarak içindeki ilacın tamamen karışmasını sağlayın
4. Öncelikle nefesinizi boşaltın
5. Başınızı hafifçe arkaya doğru eğin
6. Dişeriniz ağızlık parçasının üzerine gelecek ve dudaklarınız arasında boşluk kalmayacak şekilde cihazı ağızınıza yerleştirin
7. Yavaş bir nefes almaya başlayın, sonra cihaza bir kez basın ve bastıktan sonra nefes almaya devam edin.
8. Nefes alma işlemi tamamlandıktan sonra cihazı ağızınızdan ayırın ve 8 -10 saniye kadar nefesinizi tutun.
9. Nefesinizi yavaşça boşaltın.

1 Kapsülün İnhaler içine yerleştirilmesi

Öncelikle cihazın koruyucu kapağını çıkarın ve ağızlık bölümünü ok yönünde çevirerek cihazı açın. Kapsülü ambalajından çıkarın ve cihazın içindeki boşluğa yerleştirerek ağızlığı kapatın.



2 İlacın kullanıma hazır hale getirilmesi

Cihazın her iki tarafında yer alan turuncu düğmelere aynı anda sadece **bir kez** sonuna kadar basın ve bırakın.



3 İlacın akciğerlere çekilmesi

İlacı içinize çekmeden önce nefesinizi olabildiğince çok dışarı verin, daha sonra cihazın ağızlık bölümünü ağızınıza yerleştirip dudaklarınızı kapatın. Hızla derin bir nefes alarak kapsülün boşaldığını gösteren **vızıltı** şeklindeki sesi duyduğunuzdan emin olun. Cihazı ağızınızdan çektikten sonra nefesinizi en az **5 saniye** daha tutmaya devam edin ve sonra verin.



4 İlacınızı kullandıktan sonra

Şimdi rahat bir nefes alın. Cihazı açarak kapsülün içindeki tozun tamamen boşaldığından emin olduktan sonra kapsülü atın. Ağızınızı su ile iyice çalkalayın ve suyu tükürün.



Aerolizer Kullanırken Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Kapsüller sadece solunum yolu ile kullanmak içindir
- Kesinlikle su ile yutmayın
- Kapsülleri ıslatmayın, elinizde uzun süre tutmayın nemden koruyun
- Kapsülleri açmayın
- Cihaza her uygulamada sadece bir kapsül koyun.
- Kapsülün dönme sesini duyun, tamamen boşaldığını görün

Adım 4: Egzersiz Yapın ve Pulmoner Rehabilitasyon Programlarına Katılın.
Doktorunuzdan sizi pulmoner rehabilitasyon programlarına yönlendirmesini talep edin!

Fiziksel ve Solunum Egzersizlerinin Amaçları Nelerdir?

Hastalığınız ile ilgili endişe ve korkularınız ile başa çıkmanıza yardımcı olmak ve güç soluk alıp verme korkunuzu ortadan kaldırarak KOAH ataklarınızı azaltmaya olanak sağlar. Ayrıca hastane başvurularınızı ve yatış gerekliliğinizi azaltır.

Egzersizin Psikolojik yararları: Enerji seviyenizi artırır. Depresyonunuzu azaltır ve günlük işlerinizi yapmanız kolaylaştırır. Genel sağlığınız için ise kaslarınızı güçlendirerek, uyku kaliteniz artırır. Egzersiz Stresi azaltır ve kalp sorunları gelişme riskini azalır. Egzersiz yaptıkça mutluluk hormonu salınımı artar bu da kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı olur.

Egzersiz Programları hangileridir?

Egzersiz programları yürüme, bisiklete binme, bacak ve kol kasları ile solunum kaslarını güçlendirme ve nefes darlığını azaltma yöntemleri egzersizlerini içerir. Egzersiz programı haftada 3-5 gün, en az 20 dakika ve 6-10 hafta sürecek şekilde planlanır.

Egzersiz öncesi ve sırasında uymanız gereken kurallar Vardır!

- Egzersizden önce ısınma sonrasında ise soğuma hareketlerini yapmayı unutmayınız.
- Egzersiz sırasında hafif kıyafetleri ve spor ayakkabıları tercih edin
- Hafif bir yemek yediğinizden emin olun egzersizlerin yemekten en az bir saat sonra yapılması gerektiğini unutmayın.
- Egzersiz yaparken sıvı almanız gerektiğini unutmayın.

Şu durumlarda ise Egzersizi sonlandırmanız önemlidir.

- Göğsünüzde ağrı ya da baskı hissi olursa
- Baş dönmesi, mide bulantısı hissederseniz
- Soğuk soğuk terlerseniz
- Eklem ve kaslarınızda aşırı ağrı olursa
- Çok yorgun hissederseniz
- Egzersizleri yaparken terleyebileceğinizi, kalp hızınızın artabileceğini ve nefes darlığınızda artış olabileceğini bilin.

Bunlar normalde beklediğimiz durumlardır. Endişelenmeyin. Egzersizleri her yerde yapabilirsiniz, yürüyüş en basit uygulanabilecek egzersizdir.

ALT VÜCUT EGZERSİZLERİNİ YAPIN;

Yürüyüş ya da bisiklete binme gibi egzersizlerdir. Bu egzersizler bacak kaslarınızı güçlendirir, kalp-dolaşım ve solunum sisteminizi olumlu etkiler. Daha az nefes darlığı çekmenizi sağlayarak bacak yorgunluğunu azaltır, daha uzun mesafeler yürüyebilmenize ve merdiven çıkmanıza yardımcı olur.





ÜST VÜCUT GÜÇLENDİRME EGZERSİZLERİ YAPIN;

Bu hareketler kol ve omuz kaslarınızı çalıştırmaya dayalıdır. Bunları; alış-veriş paketlerinin taşınması, yemek yapmak, herhangi hafif bir şeyi kaldırmak, ev işleri, banyo yapmak, giyinmek gibi günlük hayatımızda önemli birçok aktiviteyi kolaylıkla yapmanıza yardımcı olacaktır. Böylelikle göğüs kafesi ve kol –omuz kaslarınız güçlenerek solunumunuz daha iyi olmasını sağlar.



NEFES DARLIĞINIZ ÇOK BELİRGİN OLDUĞUNDA NEFES DARLIĞINI AZALTAN GEVŞEME POZİSYONLARINI KULLANIN;



- Yüksek yan yatış
- Sırtüstü yüksek yatış
- Kollar destekli sandalyede öne doğru oturma
- Masadan destek alarak öne doğru oturma
- Önden veya arkadan destek alarak ayakta durma

SOLUNUM EGZERSİZLERİNİ YAPIN;

1-Büzük Dudak (Pursed Lips)

- Büzük dudak solunumunda, dudakların büzülerek kontrollü nefes verilmesi amaçlanır.
- Hasta rahat bir pozisyonda iken burundan 1-2 saniye nefes alır ve dudakları büzerek tıpkı bir mumu söndürmeden alevini eğmek için üflermişçesine yaklaşık 3-4 saniyede nefesini verir.
- Bu sırada karın kaslarını kasmaktan kaçınılmalıdır.

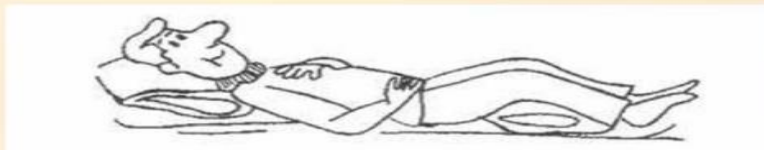


2 -Diafragmatik solunum

Diafragmatik solunumda diafragma yardımcı olabilmek için kişiye **yarı yatar pozisyon** verilir. Omuz ve boyun kasları gevşetilmesi istenir.

Kişi burundan nefes alırken bir el kaburgaların hemen altına (karına) konur. Hasta burundan yavaş ve derin bir nefes alırken göğsün üst kısmını gevşek tutması ve karını yavaşça yükselmesi söylenir. Ardından yavaşça ağızdan nefes vermesi istenir.

Bunu işlem 3-4 kez tekrar edilmeli, hiperventilasyon yapılmamalıdır.



Hastanın bir elini karnının üstüne koyması hareketin farkında olmasına yardımcı olacaktır.

Nasıl yapıldığını öğrendikten sonra hasta diafragmatik solunumu değişik pozisyonlarda (otururken, ayakta) ve aktivite sırasında (yürüme, merdiven çıkma) çalışabilir.



3-Postüral Drenaj

Bu yöntem akciğerden balgamın daha kolay çıkarılmasında kullanılır. Göğüs kafesi üzerinde yapılan küçük vuruşlar sayesinde akciğerde yapışmış balgam rahatlıkla atılır. Her yöne hareket edebilen yataklar sayesinde hastaya değişik pozisyonlar verilerek balgamın atılması sağlanır.

POSTURAL DRENAJ POZİSYONLARI



Postural direnaja



Perküsyon: Periferal bronş düzeyinden sekresyonların hareket etmesi için göğüs kafesi üzerine kapalı parmaklar aracılığıyla vurulmasıdır.

POSTURAL DRENAJIN UYGULANMADIĞI DURUMLAR

Hemoraji, Pulmoner Ödem, Brankospazm, Fraktürler, Konjestif Kalp Yetmezliği, Plevral ödem

4-Kontrollü Öksürme Tekniği;



1- Maksimal İnhalasyon yapmak: Etkili bir öksürükle mukusu hareket ettirmek, distal havayolları ve akciğerlerin hava ile doldurulmasına bağlıdır. Böylelikle havanın dışarı verilmesi sırasında mukus havayollarından yukarı doğru hareket edecektir.

2. Nefesi iki saniye tutmak: Bu basamak hastaya soluk vermeye hazırlar ve inhale edilen (solunan) havanın akciğerlerin uç kısımlarına dağılmasına olanak sağlar.

3. İki kere öksürmek: İlk öksürük mukusu çözecektir. İkinci öksürük mukusu ileri doğru hareket ettirecektir. Daha fazla öksürük aşırı oksijen ve enerji kullanımına neden olur, kaçınılmalıdır. Tekrarlı öksürme ile oluşabilecek bronkospazmdan kaçınılmalıdır.

4. Durmak: Yeniden kontrolü sağlamak için bir müddet durup beklenir.

5. Havayı burundan inhale etmek: Ağız yolu ile alınan derin bir inhalasyon çözünmüş olan mukusu tekrar havayollarından aşağıya doğru hareket ettirecektir. Bu nedenle hastanın burnundan soluk alması sağlanır.

ADIM 5. DOĞRU BESLENİN

- ❖ Az az ve sık sık beslenmeye özen gösterin,
- ❖ Yemeklerinizi daha yavaş yemeye ve iyi çiğnemeye özen gösterin,
- ❖ Çiğneme ve yutmayı kolaylaştırmak için sulu ve yumuşak yemekleri tercih edin,
- ❖ Eğer böbrek rahatsızlığınız yoksa sıvı alımınızı artırın,
- ❖ Posa alımınızı artırın. Ancak lahana kuru baklagiller, gazlı içecekler gibi gaz yapıcı besinlerden kaçınınız ve yemek yerken dik oturun.

ADIM 6: STRESTEN UZAK DURUN

- ❖ Sizi **Gerginleştirecek, Üzecek ve Agresifleştirecek** şeylerden uzak durun ve güzel şeyler düşünün sevdiğiniz güzel şeyleri hayal edin ve yapın, **örneğin güzel müzikleri dinleyin** sevdiğiniz güzel yerlere gidin, arkadaşlarınızla sohbet edin ve zaman geçirin.

ADIM 7: OKSİJEN TEDAVİNİZİ KULLANIN.

- ❖ **Doktorunuzun sizin tedaviniz için uygun görüp önerdiği oksijen tedavisini günlük doz miktarına ve kullanım süresine uyarak doğru ve zamanında uygulamayı unutmayın.**

ADIM 8: ATAKLARINIZI KONTROL ALTINA ALIN;

- ❖ Her günlük ilaçlarınızı almanıza rağmen kendinizi iyi hissetmiyorsanız,
- ❖ Nefesiniz çok daralıyorsa, çarpıntınız ve morarma varsa,
- ❖ Evde oksijen cihazınız yoksa bacaklarınız şişmişse,
- ❖ Kalp ve şeker gibi ciddi hastalığınız varsa, eviniz hastaneye uzaksa,
- ❖ Zaman kazanmak için hızlı nefes açan ilaçlarınızı sıkça kullanmaya ihtiyacınız olacaktır bu nedenle;

1 saatlik dönemde hızlı tedavi için 20 dakika arayla 3 kez inhalelerinizi (6-8 puff) yapın oksijen kullanıyorsanız evde cihazınız varsa hastaneye gidine kadar oksijeninizi kullanın, ZAMAN KAYBETMEDEN HASTANENİN ACİL SERVİSİNE BAŞVURUN.

KAYNAKLAR

1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA). Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Eds: M. Erdiç, İ. Gülmez. [www.toraks.org.tr.317201203033-2KOA-Hasta-Kitabi2012.pdf](http://www.toraks.org.tr/317201203033-2KOA-Hasta-Kitabi2012.pdf). Erişim tarihi: 10.11.2017.
2. Kronik obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOA).Hastalarında postural drenaj uygulanması. <http://fizyoo.com/postural-drenaj-uygulaması/>.Erişim tarihi:10.11.2017.
3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOA).Hastalarında Solunum Egzersizleri.http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/e-dergi%20sunum2011.pdf.Erişim tarihi:10.11.2017.
4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA).Hastalarında Kuru Toz İnhallerin Doğru ve Direk Kullanımı. <http://qhaler.com/> Erişim tarihi:10.11.2017.
5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA).Hastalarında Nefes darlığını azaltan pozisyonlar. [http://slideplayer.biz.tr/slide/2727061/Nefes Darlığı ile Baş edebilme yöntemleri ppt](http://slideplayer.biz.tr/slide/2727061/Nefes-Darlığı-ile-Baş-edebilme-yöntemleri-ppt).Erişim tarihi:10.11.2017.

SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Adı Soyadı : Aslan DOĞAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Batman, 10/05/1989

Çalıştığı Kurum: Batman Bölge Devlet Hastanesi

Görevi: Hemşire

Eğitim:

- Lisans: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2009-2013)
- Yüksek Lisans: Hasan Kalyoncu Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümü

Yüksek Lisans Tez Projesi: KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki etkisinin Değerlendirilmesi

İş Deneyimi:

- ✓ İstanbul Özel İlgı Hastanesi
- ✓ İstanbul Özel İklim Hastanesi
- ✓ Batman Özel Farabim Hastanesi
- ✓ Şırnak Devlet Hastanesi
- ✓ Batman Gerçüş Devlet Hastanesi