



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINA
SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN
HEMŞİRELİK BAKIMINDA YAŞAMIN ANLAMI VE
ÖZBAKIM GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatma KARASU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Tez Danışman

Prof.Dr. Rukuye AYLAZ

Doktora Tezi -2019

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINA SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINDA
YAŞAMIN ANLAMI VE ÖZBAKIM GÜCÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatma KARASU

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışman
Prof.Dr. Rukuye AYLAZ**

**MALATYA
2019**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Fatma KARASU'nun “ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımında Yaşamın Anlamı ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi ”** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07/05/2019



Prof.Dr.Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışman
Jüri Başkanı



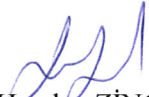
Dr.Öğr.Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Üye



Dr.Öğr.Üyesi Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof.Dr.Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Üye



Doç.Dr. Handan ZİNCİR
Erciyes Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/.....sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Tanımı.....	3
2.2. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi ve Yüğü	3
2.3. Hastalığın Gelişme ve İlerlemesini Etkileyen Faktörler	4
2.4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Tanı	6
2.5. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Görülen Semptomlar.....	7
2.6. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Evreleri	8
2.7. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Tedavi	8
2.8. Yaşamın Anlamı	11
2.9. Özbakım Gücü	13
2.10. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	14
2.10.1. Modelin Bileşenleri.....	15
2.10.1.1. Deneyim ve Kişisel Özellikleri.....	15
2.10.1.2. Davranışa Özgü Algılar	15
2.10.1.3. Davranış Çıktısı	17
2.11. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	18
3. MATERYAL VE METOT	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer e Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Verilerin Toplanması	23

3.6. Hemşirelik Girişimi	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	28
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	30
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	55
EK 1. Özgeçmiş	55
EK 2. Tanıtıcı Anket Formu	56
EK 3. Özbakım Gücü Ölçeği	57
EK 4. Yaşam Tutum Profili Ölçeği	58
EK 5. Koah Semptom Değerlendirme Formu	59
EK 6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)	60
EK 7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)	61
EK 8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Belirlenen Sorunlara Yönelik Hemşirelik Bakım Planları	62
EK 9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakım Rehberi.....	78
EK 10. Etik Kurul Karar Formu	101
EK 11. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	103
EK 12. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	104

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca tezimin tüm aŐamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, deneyimlerini paylaŐan sayın hocama, danıŐmanım Prof.Dr. Rukuye AYLAZ'a,

Ayrıca her türlü yardım ve desteğini gösteren, değerli komite üyelerim Sayın Dr. Öğretim Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Tuba UÇAR'a,

Tez çalışmam süresince uygulama olanağı tanıyan tüm hastalarım,

Doktora eğitimimin boyunca her konuda benden desteğini hiç esirgemeyen ailem ve beni her zaman sabırla ve anlayıŐla karŐılayan eŐim Veli EŐref KARASU'ya teŐekkür ederim.

Fatma KARASU

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımında Yaşamın Anlamı ve Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünü değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Bu araştırma, tam deneysel desen olan Solomon Dört Grup Model olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Kilis Devlet Hastanesi ve Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde KOAH tanısı konulan yetişkin hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme power analizi ile belirlendi ve 1. Deney grubuna 40, 2. Deney grubuna 40, 1. Kontrol grubuna 40 ve 2. Kontrol grubuna 40 KOAH'lı hasta basit rastgele örnekleme yöntemi ile gruplara atandı.

Veriler Haziran 2018–Şubat 2019 tarihleri arasında toplandı. Verilerin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Yaşam Tutum Profili Ölçeği ve Özbakım Gücü Ölçeği kullanıldı. Deney gruplarındaki hastaların evlerinde araştırmacı tarafından Sağlığı Geliştirme Modeline göre 2 haftada bir 3 kez hemşirelik bakım uygulandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi, ki-kare ve ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Deney 1 grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği son test puan ortalaması 112.70 ± 29.0 ; Yaşam Tutum Profili Ölçeği son test puan ortalaması 156.37 ± 13.5 olarak saptandı. Kontrol 1 grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği son test puan ortalaması 81.35 ± 17.7 , Yaşam Tutum Profili Ölçeği son test puan ortalaması 120.50 ± 31.9 olarak saptandı. Grupların son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: KOAH'lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre uygulanan bakım, hastaların özbakım gücünü ve yaşamın anlamını artırdığı saptandı.

Anahtar kelimeler: KOAH, yaşamın anlamı, özbakım gücü, sağlığı geliştirme modeli, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Meaning of Life and Assessment of Self-care Force in Nursing Care Given by Model of Health Promotion for Chronic Obstructive Pulmonary Patients

Objective: The aim of this study was to evaluate the meaning of life and self-care power in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model.

Material Methods: This research was carried out as the Solomon Four Group Model, which is a full experimental design. The study population consisted of adult patients diagnosed with COPD in Kilis State Hospital and Gaziantep Dr. Ersin Aslan Training and Research Hospital Chest Diseases Polyclinic. The sample of the study was determined by power analysis and 40 patients in the experimental group, 40 patients in the experimental group, 40 patients in the control group and 40 patients in the control group were assigned to groups by simple random sampling method.

Data were collected between June 2018 and February 2019. According to Health Development Model, nursing care was applied 3 times in every 2 weeks by the researcher in the homes of the patients in the experimental groups. The experimental groups went to the patients' homes and applied nursing care 3 times in 2 weeks according to the Health Development Model. In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, t-test in dependent groups, t-test in independent groups, chi-square and ANOVA were used.

Results: The Selfcare Power Scale final test of the patients in the experiment group 1 was 112.70 ± 29.0 ; Life Attitude Profile Scale final test score was 156.37 ± 13.5 . The Selfcare Power Scale final test of the patients in the control group 1 was 81.35 ± 17.7 , the final test score of the Life Attitude Profile Scale was 120.50 ± 31.9 . The difference between the posttest mean scores of the groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The care applied to the patients with COPD according to the Health Development Model increased the self-care power of patients and the meaning of life.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, life meaning, self-care power, health promotion model, nursing care.

SİMGELER VE KISALTMALAR

KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
BOLD	: Akciğer Hastalığı Yüğü
GOLD	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Global Girişim
DALY	: Yeti Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılları
FEV ₁	: Birinci Saniyede Zorlu Ekspirasyon Hacmi
FVC	: Zorlu Vital Kapasiteye
YTPÖ	: Yaşam Tutum Profili Ölçeği
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Girişim Uygulama Planı	25
Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı	31



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Solomon Dört Grup Model	23
Tablo 3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Yaklaşımları.....	26
Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması... 29	
Tablo 3.4. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	30
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	32
Tablo 4.2. Deney(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Ön Test–Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.3. Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Ön Test –Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.4. Deney(1) – Deney(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.5. Deney(1)–Kontrol(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.6. Deney(1) – Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili ölçeğinin Ön Test–Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.7. Deney(2) – Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.8. Deney(2) – Kontrol(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39

1. GİRİŞ

Tüm dünyada KOAH önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Her yıl yaklaşık olarak 3.2 milyon kişi KOAH'tan ölmekte ve 2030 da dünyada üçüncü sırada ölüm nedeni olması beklenmektedir (1,2). Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması ve gelişmekte olan ülkelerde sigara içmenin giderek artması nedeniyle KOAH prevalansının artacağı bildirilmektedir (1,3).

Kronik obstruktif akciğer hastaları ölüm korkusu, anksiyete, dispne, sekresyon, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı gibi yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikolojik birçok olumsuz deneyimlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (4,5). KOAH hastaları alevlenme dönemlerinde sık sık hastaneye yatma, kendi aktivitelerini yapmada yetersizlik, sosyal ve ekonomik kayıplar, kullanılan ilaçlar gibi nedenlerinden dolayı yaşam kalitelerinde düşme görülmektedir (3).

Kronik obstruktif akciğer hastası kendisini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşayabileceği kayıp ve değişikliklerden dolayı tehdit altında hisseder (6,7). Hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan olumsuzluklar bireylerin özbakım gücünü etkiler. KOAH bireyin sağlık durumunu etkileyerek özbakım gücünü azaltır. KOAH'nın semptomlarını kontrol altına alabilmelerinde özbakım gücünün yeterli düzeyde olması ve sorumluluklarını üstlenmesi önemlidir (8-10).

Kronik obstruktif akciğer hastalığı yaşamdaki anlam deyimlerine meydan okuyan ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Yaşamda anlam ihtiyacı evrenseldir ve yaşamda anlam bulabilme sadece psikolojik iyi olmayı etkilemez aynı zamanda hastalık seyrinde pozitif bir etki yaratır ve psikolojik açıdan da koruyucu olabilir (11-14).

Temel rolü bakım verme olan hemşireler, eğitici, tedavi edici, savunucu danışmanlık ve araştırmacı rolleri olarak KOAH'lı hastaların durumunu saptamaya yönelik çalışmalar yapmalı, elde edilen sonuçlar doğrultusunda kaliteli ve sürekli bakıma yönelik geliştirici müdahalelerde yer almalıdır. Hemşire bakım verdiği bireyin potansiyel gücünü kullanmasını sağlamalıdır. Bireylere sağlık davranışı sağlığı geliştirme programları ile kazandırmalıdır. Sağlığı geliştirme modeli hemşirenin ve bireyin daha kaliteli bir hayat için beraber çalışmasını amaçlamaktadır. Bu sebeple sağlığı geliştirme modeli kullanılarak hemşirelik bakımının verilmesi bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi, uzun süreli ve yüksek standartlı bir hayat

geçirmesi açısından çok önemlidir (4). Hemşirelerin, KOAH'lı bireylere uygun bakımı planlayabilmesi ve özbakım gücünü destekleyebilmesi için özbakım gücüyle ilgili kavramları ve özbakım gücünü etkileyen faktörleri bilmesi gerekmektedir. Özbakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması ya da etkilerinin azaltılması ile bireylerin özbakım gücünü artırmaya yönelik birey ve aileye eğitimlerin planlanması ve girişimlerin desteklenmesi önemli hemşirelik girişimlerindedir (8,10). Hemşirelerin, KOAH'lı hastanın fiziki sağlık sorunlarının değerlendirmesi kadar, bireyin hastalık sürecinden nasıl etkilendiğini ve hastalıkla yaşamın anlamı değerlendirmesine de önem verilmesi gerekmektedir. KOAH'lı bireylerin özbakım gücüyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte (15,16) yaşamın anlamını belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0-a}: KOAH'lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı yaşamın anlamını etkilemez.

H_{0-b}: KOAH'lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı özbakım gücü düzeylerini etkilemez.

H_{1-a}: KOAH'lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı yaşamın anlamını etkiler.

H_{1-b}: KOAH'lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı özbakım gücü düzeylerini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Tanımı

Kronik obstruktif akciğer hastalığı, zararlı partiküllere/gazlara maruziyet sonucu meydana gelmektedir. KOAH; tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır (1).

Kronik obstruktif akciğer hastalığı tipik özelliği kronik hava akımı kısıtlanması, amfizem ve obstruktif bronşiyolit birlikteliği ile gelişmektedir. Her zaman bu patolojiler birlikte olmaz, ancak zaman içerisinde değişik oranlarda ortaya çıkar. Kronik inflamasyon küçük hava yollarını daraltan ve akciğer parankimini harap eden yapısal değişikliklere neden olur. Küçük hava yollarının kaybı da hava akımı kısıtlanması ve mukosilyer fonksiyon bozukluğuna katkıda bulunur (1). Genetik olarak duyarlı kişilerin, uygun çevresel risk faktörleri ile uzun süre karşılaşması KOAH gelişimine neden olmaktadır. KOAH gelişimi değişken bir hastalık olup, benzer risk faktörleri ile karşılaşan bireylerde hastalık farklı seyir gösterebilmektedir (17).

2.2. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi ve Yükü

Ülkeler arasında ve aynı ülke içinde değişik bölgeler arasında kronik obstruktif akciğer hastalığı prevalansı farklılık gösterebilmektedir. KOAH, zararlı gazlara/partiküllere uzun süreli maruziyet ile hava yolunun aşırı cevaplılığı, çocuklukta yetersiz akciğer gelişimi ve genetik gibi faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. KOAH'nın prevalansı büyük orada tütün kullanımıyla ilişkili olmasına rağmen, çoğu ülkede genellikle risk faktörleri; dış ve iç ortam hava kirliliği ve mesleki maruziyettir.

Dünya nüfusunun yaşlanmasına ve risk faktörleri ile maruziyetin sürmesine bağlı olarak önümüzdeki yıllarda KOAH prevalansı ve yükünün artacağı öngörülmektedir (18).

Prevalans: Araştırmalarda, hastalığın sigara içenlerde ve ileri yaşlarda arttığı, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde, gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyette eşit ya da kadınlarda artığını ortaya koymuştur. KOAH nedeniyle gerçekleşen tüm ölümlerin %44.8'i tütün kullanımı, %27.1'i dış ortam kirliliği, %20.6'sı iç ortam hava kirliliği, %7.96'si dış ortam hava kirliliği, %11.1'i mesleki maruziyetlerinden kaynaklandığı ortaya konmuştur (2,3).

Morbidite ve Mortalite: Morbidite ölçümleri olarak, hastaneye yatış, acil servise başvuru ve hekime başvuru rakamları ile yapılmaktadır (19). KOAH'ın morbiditesi yaşlanma, sigara içme ve KOAH ile ilişkili diğer kronik durumlardan (kas-iskelet sistemi bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus gibi) etkileyebilir ve bu kronik durum hastanın sağlık durumunu olumsuz yönde bozabilir (1,4,20).

Kronik obstruktif akciğer hastalığı'nın yeterince bilinmemesi ve teşhis edilmemesi, mortalite verilerinin güvenilirliğini azaltmaktadır (17). Genellikle birinci sırada ölüm sebebi olmasına rağmen, genellikle katkı yapan durumlar arasında veya ölüm belgelerinde anılmamaktadır (21,22). Ülkemizde 2016 verilerine göre ölüm nedenleri sıralamasında %11.9 ile solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer alırken aynı yıl toplam ölümler içerisinde KOAH'a bağlı ölüm sayısı 24.868'dir (23). Günümüzde KOAH mortalitesindeki bu artış temel olarak sigara içme oranının giderek artmasıdır. Diğer ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması ve KOAH'ın seyrini etkileyen tedavilerin az olmasından kaynaklanmaktadır (1).

Ekonomik ve Sosyal Yük: Bireyde hastalığın oluşturduğu yükü anlamak için, ülkeler arasında karşılaştırma yapmada yarar vardır. Yapılan Küresel Hastalık Yüğü araştırmasında her sağlık probleminin neden olduğu yükü değerlendirebilmek amacıyla, Yeti Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yıllarının (DALY) temel alınmaktadır (2,3,24). Bir sağlık probleminde DALY kayıpları hesaplanırken, erken ölüm sebebiyle kaybedilen yıllarla engellilik derecesi açısından düzeltme yapılarak hesaplanmış engelli olarak yaşanan yıllar toplanmaktadır (1,15, 24).

Kronik obstruktif akciğer hastalığı dikkat çekici boyutta bir ekonomik yüke neden olur. KOAH'nda tanı ve tedavi harcamaları gibi doğrudan ve sakatlığın ekonomik sonuçları, hastalık, erken ölüm, kaybedilen iş gücü nedeni ile yapılan aile harcamaları gibi dolaylı maliyetler oldukça yüksek miktardadır (25). KOAH da alevlenmeler doğrudan maliyetin %60'ına neden olmaktadır (26). Yaşlı bireylerde KOAH'ın ekonomik yükünün incelendiği bir çalışmada, hasta başına ilişkilendirilen maliyet tahmini yıllık olarak 1.592-7.273 \$ arasında değiştiği bildirilmiştir (27,28).

2.3. Hastalığın Gelişme ve İlerlemesini Etkileyen Faktörler

Sigara: Sigara KOAH'ın önde gelen risk faktörüdür. KOAH'lıların %80'ni sigara içen hastalardır. KOAH oluşumunda sigara içme süresi, sigaraya başlama yaşı ve

günlük tüketilen sigara sayısı gibi neden olan faktörler önemli olsa da, sigara içme süresinin KOAH'ın gelişme riski açısından daha önemli olduğu saptanmıştır (29). Sigarayı bırakan KOAH'lıların hem şikayetlerinde düzelme hem de solunum fonksiyonlarındaki kötüleşme yavaşlamaktadır. Fakat sigarayı bırakmakla KOAH tamamen ortadan kalkmamaktadır. Pasif olarak sigara dumanına maruz kalma birçok akciğer hastalığı açısından risk yaratmaktadır (30). Türkiye de 15 ve üzeri yaştaki kişilerin 2012 yılı tütün ve tütün mamulleri kullanımı %27 (erkek %41.4, kadın %13.1)'dir (23).

Genetik faktörler: KOAH'a neden olduğu ispatlanmış tek genetik risk faktörü Alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Alfa-1 antitripsin; üretim yeri karaciğer olan bir proteindir ve akciğer üzerine yıkıcı etkiyi engeller. Alfa-1 antitripsin eksikliği yaygın değildir ve proteolitik enzimlerin majör inhibitörü olup, alt solunum yollarında kuvvetli bir doku yıkıcı proteaz olan nötrofil elastazın akciğer dokusunda yaratacağı yıkımı önlemektedir. Alfa-1 antitripsin eksikliği, akciğerde bu yıkım önleyici dengeyi bozar ve amfizem gelişmesi için duyarlılığı artırır. KOAH'lı hastaların sadece küçük bir kısmını Alfa-1 antitripsin eksikliği (%1-3) açıklayabilir (31-33).

Mesleki Maruziyet: KOAH sigara içmeyen bireylerde de yaygın bir hastalıktır. Özellikle mesleki olarak duman, gazlar, toz ve kimyasallara maruziyet önemli bir risk faktörüdür. Maden işçiliği, ulaşım ve çimento sektörü, metal işçiliği, kağıt/odun sektöründe çalışma, hayvan yemi, tahıl ve tekstil işçiliği, duman ve toza maruz kalma gibi iş alanları risk grupları arasında yer almaktadır (34-36).

Yaş ve Cinsiyet: Yaş KOAH gelişimi için çoğu zaman risk faktörü olarak sayılmaktadır. Ancak, sağlıklı bir yaşlanmanın KOAH'a yol açtığı yoksa yaşın yaşam boyu maruz kalınan faktörlerinin toplamını mı yansıttığı henüz belli değildir. Geçmiş yıllardaki çalışmaların büyük bir kısmında KOAH prevalans ve mortalitesinin erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu gösterilmekteydi. Fakat, günümüzde gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda erkekler ile kadınlar arasında hastalık prevalansının neredeyse eşitlendiği ortaya koyulmaktadır. Bu eşitliğin tütün kullanma dağılımlarındaki değişiklikleri yansıtıyor olabileceği düşünülmektedir (31,37,38).

Hava Kirliliği: Özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan dış hava kirliliği kalp ve akciğer hastalıklarını tetiklediği ve aynı zamanda kötü seyretmesine neden olduğu bilinmektedir (1). Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin iç ortam hava kirliliğinin en önemli nedeni olan biomass maruziyetidir (39-41).

Astım/Bronşiyal Hiperaktivite: Astımın KOAH için bir risk faktörü olabileceği henüz kanıtlanmış değildir. Yapılan araştırmalarda, astım hastalarının hemen hemen %20'sinde geri dönüşüm olmayan hava akımı kısıtlılığı geliştiği ve difüzyon kapasitesinde azalma olduğu bildirilmiştir (42). Bir başka araştırmada, yetişkin astımlı bireylerde astımı olmayan yetişkinlere göre zaman içerisinde KOAH gelişme riskinin 12 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Klinik olarak astım tanısı olmadan da bronşiyal hiperaktivite olabilir. Bronşiyal hiperaktivite, hem genel popülasyonda KOAH oluşumu için bağımsız bir risk faktörü işlevi görebilir, hem de hafif KOAH'lı bireylerde aşırı FEV₁ (Birinci Saniyede Zorlu Ekspirasyon Hacmi) azalması için bir risk göstergesi olabilir (43).

Kronik Bronşit: Kronik bronşit varlığının akciğer fonksiyonlarındaki azalmayla ilişkisinin olmadığı eski çalışmalar mevcuttur. Ancak, daha sonra yapılan araştırmalarda mukus hipersekresyonuyla FEV₁'deki azalma arasında bir ilişki bulunduğu ve kronik bronşit varlığının KOAH gelişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (44,45).

Beslenme ve Sosyo-ekonomik Faktörler: Yoksulluk pek çok risk faktörüne maruziyet olasılığını artırma sebebi ile KOAH gelişmesi için risk faktörü olduğu açıktır. KOAH gelişime riskinin sosyo-ekonomik durum ile ters orantılı olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (1). Fakat bu durumun iç ya da dış ortam hava kirliliği, yetersiz beslenme, kalabalık yaşam, enfeksiyonlar ya da düşük sosyo-ekonomik koşullarla ilişkili diğer faktörlerden hangisini yansıttığı bilinmemektedir (46). Kilo kaybının ve malnütrisyon solunum kas gücünde ve kitlesinde azalmaya neden olduğu gösterilmiştir. A, C ve E vitaminlerinin yetersiz alımı ve alkol kullanımı KOAH gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmüştür (47).

Enfeksiyonlar: Çocukluk çağında şiddetli solunumsal enfeksiyon öyküsü, erişkin dönemde akciğer fonksiyonunda azalma solunumsal semptomlarda artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. KOAH alevlenmelerinde enfeksiyonlara yatkınlık rol oynamakla birlikte, hastalık gelişimindeki etkileri çok açık değildir (1,48).

2.4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Tanı

Kronik öksürük, dispne ve sekresyon çıkarma yakınması olan bireylerde ve risk faktörlerine maruziyeti olanlarda KOAH araştırılmalıdır. KOAH tanı değerlendirmesi spirometrik incelemeyle doğrulanmalıdır. Spirometri, hava akımı kısıtlamasını ölçmede tekrarlanabilen, standart, objektif ve kolay bir yöntemdir. Bu yöntemle saptanan önemli

değişiklik ekspiratuar akımlardaki kısıtlanmadır. KOAH şüphesi olan hastalarda bronkodilatör sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacminin (FEV₁), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı; FEV₁/FVC<%70 ise hastanın KOAH tanısı kesinleşmektedir (2,49,50).

Fizik muayene bulgularında tanı da yararlanılmaktadır. Bunlara ek olarak radyolojik tetkikler, arteriyel kan gazları, egzersiz testleri, fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi ve laboratuvar değerlendirmeleri tanıda önemli yer almaktadır (39).

2.5. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Görülen Semptomlar

Progresif ve kronik dispne, balgam ve öksürük KOAH'ın en karakteristik semptomlarıdır. Hastaların yaklaşık %30'unda balgamlı öksürük vardır. Bu semptomlar günlük olarak değişiklik göstermekle birlikte gün içinde sabah saatlerinde yoğun hissedilmektedir (1,2).

Dispne: KOAH'ın başlıca semptomu ve kısıtlılığın en önemli nedenlerinden biridir. Genellikle anksiyetede hastalığa eşliketmektedir. Hastayı doktora başvurmaya yönlendiren en önemli semptom dispnedir (28).

Öksürük: KOAH etiyojisinde yer alan partikül ve zararlı gazlara havayollarının ilk verdiği cevap öksürüktür. Hastalar tarafından patolojik bir semptom olarak algılanmayabilmektedir. KOAH'da kronik olan öksürük balgamlı ya da balgamsız olabilir. Ancak, bazı bireylerde anlamlı havayolu kısıtlılığı öksürük olmadan da gelişebilmektedir (1).

Balgam Çıkarma: KOAH olgularında balgam genelde yapışkan, çıkartılması zor ve mukoid niteliktedir. Birbirini takiben iki yıl boyunca üç ya da daha fazla süreyle balgam çıkarma kronik bronşiti tanımlar. Pürülan balgam olması inflamatuvar belirtilerin artığı bulgusudur ve balgamın pürülan olması bakteriyel bir alevlenmeyi göstermektedir (2).

Göğüs Sıkışması ve Wheezing: KOAH'da ekspirasyon sırasında duyulan ses wheezing sesidir. Göğüste sıkışma hissi ve wheezing günlük olarak hatta gün içinde bile değişebilen bir semptomdur. Göğüste sıkışma genellikle efor sonrası ortaya çıkar (2).

Diğer yakınmalar: Yorgunluk, iştahsızlık ve hastalığın ileriki dönemlerinde kilo kaybı görülebilir. Bu bulgular önemlidir ve fakat başka hastalıkları da (tüberküloz, akciğer kanseri vs.) işaret edebilir. Bacakların şişmesi (sağ kalp yetersizliği geliştiğini gösteren ilk bulgu), ayrıca anksiyete ve depresyon göz ardı edilmemelidir. KOAH'lı hastalarda bu semptomlar sık görülmektedir (49).

2.6. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Evreleri

Kronik obstruktif akciğer hastalığının şiddeti ile ilgili spirometrik sınıflandırma dört evreden oluşur.

GOLD 2017'ye göre KOAH'ta değerlendirme FEV₁/ FVC'nin < %70 olan hastalarda FEV₁ beklenen;

— **Evre 1:** Hafif KOAH

FEV₁/ FVC < %70 ve FEV₁ ≥ %80

Birey genelde akciğer fonksiyonlarının anormal olduğunun farkında değildir.

— **Evre 2:** Orta KOAH

FEV₁ / FVC < %70 ve %50 ≤ FEV₁ ≤ %79

Karakteristik olarak eforla gelen nefes darlığı. Zaman zaman balgam ve öksürük olabilir. Hastalar genelde bu evrede alevlenme gerçekleştiğinde hekime başvurmaktadır.

— **Evre 3:** Ağır KOAH

FEV₁ / FVC < %70 ve %30 ≤ FEV₁ ≤ %49

Dispne artışı, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik vardır ve hasta sık alevlenmeler yaşar.

— **Evre 4:** Çok Ağır KOAH

FEV₁ / FVC < %70 ve FEV₁ < %30

Kronik solunum yetersizliği mevcuttur. Solunum yetersizliği korpulmonale gibi etkilere de yol açabilir (1).

2.7. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Tedavi

Kronik obstruktif akciğer hastalığında tedavi; hasta eğitimi, sigaranın bırakılması, farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik tedaviyi kapsamaktadır.

Etkin bir KOAH tedavisi için dört yaklaşım vardır;

- Risk faktörlerinin azaltılması,
- Hastanın eğitimini sağlanması,
- Alevlenmelerin önlenmesi ve tedavisinin sağlanması,
- Stabil KOAH tedavisi sağlanmasıdır (1).

Risk Faktörlerinin Azaltılması: KOAH'da sigaranın bırakılmasında ilk basamak hastanın motive edilmesinde içeren non-farmakolojik tedavi yaklaşımlarıdır. Ancak önerilerle ve sosyal destekle sigara bırakılmıyorsa ilaç tedavisi önerilir. İç ve dış ortam

hava kirliliğinin kontrolünü sağlamak mümkündür. Bunun için toplum sağlığı politikaları, kültürel değişiklikler ve hastalar tarafından uygulanan koruyucu önlemler birlikte ele alınmalıdır (18). Biyomas yakıt dumanına maruziyeti azaltmak büyük önem taşımaktadır. Mesleki maruziyetin azaltılması için, bu maruziyeti yaşayan hastalara bu iritanlardan kaçınmalarını önermek gerekmektedir. Ölü veya inaktive edilmiş virüs aşılar (influenza ve pnömokok aşıları) önerilmeli ve bu aşılar yaşlı KOAH'lı hastalarda daha etkilidir (17).

Hasta Eğitiminin Sağlanması: KOAH hastalığının önlenmesi temel alınmakla birlikte, bireye tanı konulduktan sonra hem hastalar hem de hasta yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmelidir. Tedaviye olabildiğince hastanın etkin olarak katılımı sağlanmalı ve hasta aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmelidir. KOAH tedavisinde hasta eğitimi mutlaka yer almalıdır. Bir uzman desteği ve denetimi altında KOAH özgü eğitimle tedavinin etkinliği artırılabilir (1,3).

Hasta eğitiminde;

Risk faktörlerinden kaçınma, sigarayı bırakma, hastalık hakkında bilgi verilmesi, düzenli ilaç kullanımı ve inhalasyon tekniklerinin öğretilmesi, alevlenmelerin erken fark edilmesi ve önlenmesi, dispneyi azaltma yöntemleri, oksijen tedavisi, yeterli hidrasyon, doğru beslenme ve diyet önerileri, solunum egzersizleri, egzersizin faydaları, bronşiyal hijyen yöntemleri, fiziksel aktiviteyinin devamlılığı, enerji tasarrufu, günlük işleri basitleştirme yöntemleri, kronik hastalıkla baş edebilme, boş zamanların değerlendirilmesi, seyahat, sağlık kurumlarına başvurma endikasyonları ve yaşam sonunun planlanması yer almalıdır (2).

Alevlenmeler: KOAH alevlenmesi nefes darlığı, öksürük ya da balgamdaki değişikliklerle karakterize ve tedavide değişiklik gerektirecek kadar belirgin akut bir durumdur. Alevlenmelerin başlıca nedenleri; bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar, çevresel kirlenmeler ya da bilinmeyen sebeplerdir. Hastalık ilerledikçe alevlenmeler daha şiddetli ve sık olmaktadır. Alevlenmelerin sıklaşması KOAH hastalarının yaşam kalitesinin daha da düşmesiyle sonuçlanır (31).

Stabil KOAH Tedavisi: Amaç; hastalığın ilerlemesinin önlenmek, semptomları gidermek, egzersiz kapasitesini arttırmak, yaşam kalitesinin iyileştirmek, mortaliteyi azaltmak, alevlenme ve komplikasyonları önlenmek ve tedavi etmektir. KOAH'ın tedavi planı hastalığın derecesi, bireysel yanıt ve komorbiditelere göre düzenlenir. Stabil KOAH'ın tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerden oluşur.

Farmakolojik tedavide, inhaler kortikosteroidler, bronkodilatörler ile kombinasyon tedavilerden oluşurken, non-farmakolojik tedavide uzun süreli oksijen tedavisi, pulmoner rehabilitasyon, evde mekanik ventilasyon ve cerrahi tedavilerden oluşur (1).

Farmakolojik Tedavi: KOAH'da farmakolojik tedavinin amacı semptom kontrolü ve semptomların önlenmesi, alevlenmelerin ağırlığını ve sıklığını azaltmak, sağlık durumunun ve egzersiz kapasitesinin iyileştirmektir (1,28).

Bronkodilatörler: Gerektiği durumlarda ya da KOAH'ın her döneminde düzenli olarak kullanılır. Hastaların tedaviye yanıtı değişken olması nedeniyle hastalar yakından izlenmelidir. B-2 agonistleri, metilksantinler, antikolinergikler ve bronkodilatörlerin kombine kullanımı olarak uygulanmaktadır (28).

Kortikosteroidler: KOAH'da oral ya da parenteral kortikosteroidler, potansiyel yan etkileri ve stabil dönemde yararlı olmamaları nedeniyle uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Akut KOAH ataklarında kortikosteroidler kullanılır ve büyük oranda yarar sağlar (1).

Fosfodiesteraz-4 İnhibitörleri: KOAH nedeniyle oluşan inflamatuvar hücrelerin aktivasyonunun engelleyen yeni bir yaklaşım olarak son yıllarda tedaviye eklenmiştir. Orta ve ağır KOAH'lı hastaların solunum fonksiyonlarını, semptomlarını ve yaşam kalitesini düzettiği, ayrıca akut atak sayısını ve bronşlarda inflamasyonu azaltmaktadır (51).

Non-farmakolojik Tedavi:

Pulmoner Rehabilitasyon: Kronik solunum hastalığı olan ve genellikle yaşam aktiviteleri azalmış vakalarda, multidisipliner, hastaya özel ve kanıta dayalı bir yaklaşımdır. Temel amaç; semptomları azaltmak, fonksiyonel ve emosyonel durumu optimize ederek, yaşam kalitesini artırarak, hastalığın sistematik stabilize ya da geri döndürerek sağlıkta ilişkili maliyeti azaltmaktır. KOAH'lı vakaların yönetiminde, hastalık evresinde bağımsız bir tedavi yaklaşımı olarak pulmoner rehabilitasyon yer almalıdır (28).

KOAH'da pulmoner rehabilitasyonun tedaviye katkıları;

- Yaşam kalitesinde iyileşme,
- Egzersiz kapasitesinde artış,
- Hastaneye başvurular ve hastane yatış süresinde azalma,
- Hastalıkla ilgili depresyon ve anksiyete de azalma,
- Dakikadaki ventilasyon hızında azalma,

- Üst ekstremitelerde endurans ve güçlendirme eğitimi ile kol aktivitelerinde artış,
- Kazanımların pulmoner rehabilitasyon sonrasında devam etmesi,
- Solunum kas egzersizleri özellikle genel egzersizler ile birlikte uygulandığında faydalı olduğu bildirilmektedir (1-3).

Uzun Süreli Oksijen Tedavisi: Çok ağır KOAH'lı hastaların non-farmakolojik tedavilerinden biridir. Günde 15 saat ve üzerinde (uykuyu da içine alacak şekilde) uygulanması sağkalımı arttırdığı kanıtlanmıştır. Oksijen tedavisinin asıl amacı PaO₂ 60 mmHg üzerinde ve oksijen saturasyonunu da %90'nın üzerinde tutmaktır. Uzun süreli oksijen tedavisi pahalı ve zor bir tedavi olduğu için endikasyonlarının doğru tanımlanması gerekmektedir (1,39).

Uzun süreli oksijen tedavisi endikasyonları:

- PaO₂ ≤55 mmHg (7.3 kPa) ya da SpO₂ < %88 olması (hiperkapni olabilir ya da olmayabilir ve 3 haftalık süre içerisinde iki defa kanıtlanmış olması) ya da
- PaO₂>55 mmHg (7.3 kPa) ve PaO₂<55 mmHg (8 kPa) arasında olması, pulmoner hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliğini düşündürülen periferik ödem ya da polisitemi (hematokrit >%55) olması şeklinde belirlenmiştir (1).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Cerrahi Tedavi: GOLD 2017 raporuna göre; homojen veya heterojen amfizemi olan ve medikal tedaviye rağmen belirgin hiperinflasyonu olan vakalar için cerrahi ya da bronkoskopik hacim azaltıcı tedaviler önerilmektedir. Medikal tedavinin yanında hastalara pulmoner rehabilitasyona alınmış olmaları ve sigarayı bırakması vurgulanır (1).

2.8. Yaşamın Anlamı

İnsanlar, uzun zamandır insan varlığının anlamını keşfetmeye çalışıyorlar. Anlamlılık kavramı, kişinin yaşamına uyumunu, önemli, yönetebilir ve sahipleyici duygusu olarak tanımlanır (57). Yaşamın anlamı psikolojik alanda birçok kuram ve araştırmacı tarafından ele alınmıştır. Steger ve arkadaşları göre yaşamda anlam, bireyin yaşamını anlamlandırmasını sağlayan bir hedefe, kapsayıcı bir yaşam amacına sahip olma, hayatlarının amaçlarını şekillendirme ya da güçlendirme çabası (58); Jim ve arkadaşları yaşamın amacını, değeri ve bireyin hayatındaki önemli hedefler olarak tanımlamaktadırlar (59). Yaşamın anlamı, yaşamda olan problemlere doğru çözümler bulmak ve her kişi için kesintisiz olarak, koyduğu görevleri yerine getirme sorumluluğunu üstlenmek anlamına gelir. Yaşamın anlamı an be an ve kişiden kişiye

değişir. Bu nedenle yaşamın anlamını genel terimlerle tanımlamak imkansız ve yaşamın anlamına ilişkin sorular genel terimlerle yanıtlanamaz (58).

Görünüşte rastgele oluşumları kültürel açıdan anlaşılabilir olanlara dönüştürmek için, insanlar olumlu (eğitim seviyesi, meslekteki başarıları) ve negatif (hastalıklar, kazalar, travmatik olaylar) olaylara anlam yüklemeyi isterler. Hayatta güçlü bir anlam hissetmek, insanların inandıklarına sağlıklı bir tutarlılık anlayışına katkıda bulunur. Hayatlarındaki olayları açıklayabilirler, zor olaylar ile baş edebilecek kaynaklara sahiptirler ve bu olayları başarıyla yönetmek için zaman ve enerji harcarlar (60-62).

Yaşamın anlamı pozitif psikolojinin konusu olarak öne çıkmasına rağmen hastalıklarla ilişkisi bağlamında çalışmalar yapılmıştır. Yaşamda anlam bulabilme sadece psikolojik iyi olmayı etkilemez aynı zamanda hastalık seyrinde pozitif bir etki yaratır ve psikolojik açıdan da koruyuculuk sağlayabilir. Özellikle hayatı tehdit eden hastalıklarla ilişkisi ele alınmıştır. Ölümcül ya da ciddi bir kronik hastalık teşhisi konulması kişinin deneyimine anlam verme ihtiyacını artırır ve daha yüksek bir güçle hayata inanma veya yaşamı algılama ile sonuçlanabilir (57,58,62).

Kronik hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, kişi kronik bir ağrıya maruz kaldığında, sıklıkla hayattan beklentilerinde ve hayatın amacında revizyon gerektirdiği belirtilmiştir. Kronik hastalıkların sadece biyopsikosoyal değil var oluşsal alanlarda da bir etkiye neden olabileceği teorisinden yola çıkmış ve araştırma sonucunda kişinin hayatında anlama sahip olması kronik ağrıya uyum sürecinde önemli olduğu bulunmuştur (63). Farklı türde fiziksel hastalığa olan kişilerde yapılan bir araştırmada depresyon ve hayatın anlamı arasında negatif bir ilişki olduğu ve yaşamın anlamının kişilerin hastalıklarına uyum sağlamalarında önemli olduğu bulunmuştur (64).

Teknolojinin gelişmesiyle kronik hastalıklarda yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması uzun yıllar kronik hastalık ile yüz yüze kalmayı, hastalık ile yaşamayı öğrenmeyi, hastalıkla savaşmayı ve yaşamın anlamını artırma zorunluluğunu getirmektedir. KOAH ile yaşamayı öğrenme, semptomları kontrol altına almayı, hayatı olumsuz etkileyen yönlerinin üstesinden gelmeyi ve aynı zamanda hayatı yeniden organize ederek yeni bir yaşam standardı geliştirmeyi gerektirir (47,48,65). Sağlığı Geliştirme Modeli günümüzde sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanması amacı ile KOAH olan bireylerin en başta semptom yönetimine, kendi özbakım aktivitelerini

yapmasına ve bağımsız duruma gelmesini sağlayarak hastanın yaşamdan anlam bulmasını artırabilir.

2.9. Özbakım Gücü

Özbakım; insanın yaşamını, sağlık ve iyilik halini devam ettirebilmek için kendisi tarafından gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle, sağlığı geliştirmek, sağlığın bozulmasını önlemek, bakım gereksinimlerini karşılamak, psikolojik iyi halinin korumak için bireyin üzerinde düşen sorumlulukları yerine getirebilmesi anlamına gelmektedir. Orem'e kişinin özbakım gereksinimlerini kendisi karşılayabilmesi için yeterli düzeyde özbakım gücüne sahip olması gerektiğini vurgulamıştır. Özbakım gücü, bireyin sağlığı, iyilik durumunu ve yaşamı sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlama veya uygulama becerisi olarak belirtilmektedir (65,66). Orem'e göre özbakım gücü insanın kendisinin ve başkalarının özbakımını yapacak ve gereksinimlerini belirleyecek güce sahip olduğunu ve bu gücün bireysel farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir. Örneğin, KOAH'lı bir bireyin farmakolojik tedavisini bilmesi, başlatması, sürdürmek için yönetme becerisinin olması özbakım gücünün bir göstergesidir. Özbakım gücü bireyin bulunduğu çevreden edinilir ve çevre özbakım gücünü etkiler (66,67).

Orem, bireyin özbakım gücünü etkileyen faktörleri; cinsiyet, yaş, sağlık durumu, gelişim durumu, sosyokültürel özellikler, aile, düzenli yapılan fiziksel aktiviteler ve yaşam şekli, sağlık sistemi, çevresel faktörler aynı zamanda kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliği olarak belirtmiştir. Bu faktörler özbakım gücünü değişik yollarla etkilerler. Örneğin bir çocuğun kendi özbakımını sağlayabilmesi için yaşı, gelişim ve sosyokültürel durumu ile yakından ilgilidir (68).

Orem, özbakım gücünün kişisel özelliklerle ilgili olduğunu da belirtmiştir. Bu kişisel özellikler "özbakım gücü güç bileşenleri olarak belirtmektedir. Bu güç bileşenleri; bireyin kendine saygı ve güven, fiziksel enerjisini kontrol edebilme ve başlatma becerisi, özbakımı hakkında karar verebilme, motivasyon, anlama yeteneği, teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi, algısal, bilişsel durumu, iletişim becerisi, hedeflerine ulaşmak için kendi özbakım davranışlarını düzenleme ve ayrıca özbakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamıyla bütünleştirme becerisidir (67,68).

Kronik obstruktif akciğer hastası kendisini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşayabileceği kayıp ve değişikliklerden dolayı tehdit altında hisseder. Hastalık ve

tedavi sürecinde yaşanan olumsuzluklar bireylerin özbakım gücünü etkilenmektedir. KOAH'nın semptomlarını kontrol altına alabilmelerinde özbakım gücü yeterli düzeyde olması ve sorumlulukları üstlenmesi önemlidir (5,6).

Başta kronik hastalıklar olmak üzere, bireyin sağlık durumunu etkileyen tüm hastalıklar, özbakım gücünü etkilemektedir (7-12). Omurilik yaralanması olan bireylere uygulanan hemşirelik bakımının hastalarda özbakım gücünü artırdığı ve yaşam kalitesine pozitif yönde katkı sağladığı bulunmuştur (69). Tip II diyabetli hastalar ile özbakım gücüne yönelik yapılan çalışmalarda, özbakım gücü yüksek olan bireylerin metabolik kontrol düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır (70). Ayrıca farklı kronik hastalıklarda özbakım gücüne yönelik yapılan çalışmalarda, özbakım gücü yüksek olan bireylerin hastalık yönetimlerinde daha başarılı bulunmuşlardır (71,72). KOAH tanısı konan hastalarda ortaya çıkan ciddi solunum güçlüğü (başta dispne olmak üzere) özbakım gücünün azalmasına neden olmaktadır (73,74).

Özbakım herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimidir. Özbakım gereksinimlerinin yerine getirilmemesi durumunda bakım eksikliği ve sağlığın bozulması söz konusudur. Bu gereksinimlerin karşılanmasında özbakım gücü önemli bir yere sahiptir. Özbakım gücü yeterli olan hastalar, özbakım gereksinimlerini uygun ve yeterli karşılayabilecek, kendi sağlık sorumluluğunu kendisi alabilecek aynı zamanda başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini yerine getirebilecektir. KOAH bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve kendi sağlık sorumluluğunu alma ve yerine getirmekte aksaklıklar ortaya çıkarmaktadır (62,65,69). Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak KOAH olan bireylerin iyilik hallerinin korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararların sorumluluğunu alması aynı zamanda hastanın genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileşmesini hedeflenmektedir. Özbakım gücü artan bireylerin yaşamda anlam bulması pozitif yönde etkilemektedir.

2.10. Sağlığı Geliştirme Modeli

1987 yılında Pender tarafından geliştirilen model 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol göstererek sağlığı koruma modelinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır. Model sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilip, bireyin sağlık davranışları üzerinde dolaylı ve doğrudan etkisi olan faktörleri tanımlamaktadır. Sağlığı Geliştirme Modeli üç

bileşeni vardır. Bu bileşenler deneyim ve kişisel özellikler, davranışa özgü algılar ve davranışsal sonuç'tur. Modelde algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların bireyin davranış oluşumunda önemli etkisi olduğu belirtilmiş ve bireyin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğu açıklanmıştır (75,76).

2.10.1. Modelin Bileşenleri

2.10.1.1. Deneyim ve Kişisel Özellikleri

Pender kişisel özellikleri; cinsiyet, yaş, öz motivasyon, benlik saygısı, sağlığı kişisel olarak anlamı, sosyokültürel durum, etnik köken ve eğitim olarak belirtmiştir (76). Bireyin davranışları, bireysel özelliklerden etkilenmektedir. Sağlığı geliştirme modelinde bireyin davranışlarının kişisel özelliklerden ve deneyimlerden etkilendiğini açıklamıştır. Deneyimler olumlu veya olumsuz olabilir. Bireyin KOAH tedavisine ilişkin önceki deneyimi ve kişisel özellikleridir. Bireyin daha önce kendisinde, aile bireylerinde ya da yakın akrabalarında KOAH'ı deneyimlemiş olması ayrıca KOAH'lı bireyin biyolojik olarak yaşı, cinsiyeti, sahip olduğu KOAH risk faktörleri, fonksiyonel kapasitesi, psikolojik ve sosyokültürel durumu sağlığı geliştirmedeki davranış değişikliğini etkileyecek faktörlerdir. Deneyim ve kişisel özellikler, sağlığı geliştirme davranışını (KOAH da başarılı inhaler ilaç kullanımı ya da sigara içiyor ise içmeyi bırakma gibi) kazandırmayı etkileyen alanlardır.

2.10.1.2. Davranışa Özgü Algılar

Algılanan Yararlar: Bireyin kazanması gereken sağlık davranışının, kendi sağlığı üzerindeki olumlu etkileri algılsa bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir (76). Örneğin KOAH'lı hastası düzenli beslenmeyi kendi sağlığı için olumlu bir davranış olarak algılsa, beslenmeye ilişkin öz-yeterlilik algısı olumlu etkilenecek ve bu davranış başarılı olacaktır. Halk sağlığı hemşiresi hastanın beslenmesine yönelik öz-yeterliliğini arttırmaya ilişkin eğitimler planlayarak hastaya bu davranışının yararlarını öğretmelidir.

Algılanan Engeller: Birey yeni bir sağlık davranışına başlama veya sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik ve kültürel etkenli birçok engelle karşılaşabilir. Bireyin sağlık davranışı ile ilgili olumsuz duyguları, davranışı geliştirmeyi olumsuz yönde etkileyebilir (75,76). Hastaya KOAH tanısı konulduktan sonra, ilaçlarını düzenli kullanmanın, sigarayı bırakmanın, egzersiz yapmanın, düzenli beslenmenin, ataklarını

kontrol altına alınması hastalık sonrasında faydasının olmayacağı gibi olumsuz duygular, hastanın öz-yeterlilik algısını da olumsuz yönde etkileyerek KOAH ile baş etmeyi engellemektedir. Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretlerinde, hastaya hastalığın risk faktörlerini, belirtilerini, alevlenme dönemlerinde ne gibi girişimlerde bulunması gerektiğini, solunum ve öksürük egzersizlerini yapmasının, ilaçlarını nasıl kullanacağı gibi konularda, hastanın davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık vererek KOAH ile baş etmeyi sağlayabilir.

Algılanan Öz-etkililik: Kişinin sağlığını geliştirmede ya da sağlıkla ilgili problemlerini çözümlenmede etkin olma gücü olarak tanımlanır. Öz-etkililik, kişinin belirli bir davranışı başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi inancı ve öz yargısı olarak ifade edilir (76). Örneğin halk sağlığı hemşiresi tarafından KOAH'lı hastaya davranış değişikliğinin yararları anlatılarak (olumsuz duygularla baş edildikten sonra), olumlu davranış kazanılması kolaylaşacaktır. KOAH'lı hastasının hemşire tarafından aldığı eğitim ve danışmanlık sonrasında öz-etkililik algısının yükselmesi kendisi için sağlıklı yaşam davranışlarını başarı ile yerine getirmesine neden olacaktır.

Aktiviteye Bağlı Duygular: Negatif ya da pozitif duygulardan oluşmaktadır. Davranışa ilişkin bireyin duyguları, bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağını etkiler. Davranışa yönelik olumlu duygular, davranışın tekrarlanma olasılığını artırırken, olumsuz duygular davranışın tekrar yapılmasına engel olmaktadır (75). KOAH'lı hasta kullandığı ilaçların, aldığı oksijen tedavisinin, yaptığı egzersizin, solunum ve öksürük egzersizlerinin, stres ile baş etmenin ya da sigarayı bırakmasının kendisi açısından işe yaramadığı duygusuna kapılabilir. Bu nedenle hasta sağlıklı yaşam davranışını sürdürmesi için halk sağlığı hemşiresi tarafından sosyal çevresinden destek olarak ve ev ziyaretleri yaparak hastayı cesaretlendirmelidir.

Kişilerarası Etkiler: Bireyin davranışına ilişkin çevresindeki insanların düşünce, tutum ve inanışlarını kapsamaktadır. Aslında davranışa ilişkin bireye verilen destektir. Model alma, sosyal normlar ve sosyal destek kişilerarası ilişkilerin ilk kaynağıdır (76). Örneğin KOAH'lı hastasının her gün 20 dakikalık yürüyüşüne kız ya da oğlu ile yapması veya stresten uzak durmak için kendisine uygun hobi edinmesi ve buna da eşinin de eşlik etmesi önemli olmakla birlikte, yapılan etkinliğin daha eğlenceli hale getireceği halk sağlığı hemşiresi tarafından hasta ve hasta yakınlarına ifade edilmelidir.

Durumsal Etkiler: Yaşanılan çevrenin, bireyin davranışı üzerindeki etkisini tanımlamaktadır. Bireyin tam bir iyilik haline (bedensel, ruhsal, sosyal olarak)

ulaşabilmesi için isteklerini belirleyebilmesi ve tanıyabilmesi çevresini değiştirebilmesi ya da çevresiyle uyumlu yaşaması gerekmektedir (76). KOAH'lı hastalar özellikle dispne ataklarının sık olması ya da oksijene bağımlı olma gibi durumlarda rahatlarında bozulma ve sosyal yaşantılarından geri kalma gibi durumsal etkiler, sağlık davranışını pozitif veya negatif yönde etkileyebilmektedir.

2.10.1.3. Davranış Çıktısı

Davranışa İlişkin Plan Yapma: Davranışa ilişkin planı ve davranışı belli stratejiler doğrultusunda yapmayı içerir. Davranış ile ilgili plan yapma, davranışla karşı gösterilen niyet kavramını ortaya koymaktadır. Plana bağlılığı göz ardı etmeyen bir veya daha fazla tercih ortaya çıkmadığı sürece bireyde davranış oluşumu söz konusudur (76).

Anlık Tercihlerin ve Acil Gereksinimlerin Karşılanması: Acil gereksinimler planlanan davranışının öncesinde, acil bir gereksinim/anlık bir tercih ortaya çıkması durumunda davranış çıktısı etkilenecektir. Bu acil gereksinimler aile sorumlulukları, iş ve çevresel olaylar gibi kişinin genelde kontrolünün düşük olduğu davranışlardır. Tercihler bireyin üzerinde nispeten yüksek kontrole sahip oldukları davranışlardır (75,76).

Sağlığı geliştirme davranışı, kişinin sağlıklı davranışı göstermesi ve ayrıca yaşam biçimi haline getirmesidir. Sağlıklı davranışın gösterilmesiyle, sağlık ve işlevsel yetenek geliştirilmiş aynı zamanda daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur (75). KOAH yaşam boyu devam eden bir hastalık olması sebebiyle, bireyin hastalığa uyumu için birçok etkenle baş etmesi gerekmektedir. Bireyin KOAH yönetmede, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesine ve kendi sağlık bakımına katılımını sağlayarak bireyin özbakım gücünü artırmasına destek olur. Yeterli özbakım gücüne sahip olmak bireyin yaşamdan doyum almasını artırmaktadır (65,68). Hastaların özbakım gücüne sahip olmaları, duruma uyum sağlamalarını ve yaşam kalitesini yükselterek hayattan anlam bulabilmelerini sağlayabilir (59).

Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak KOAH bireylere evde uygulanan hemşirelik bakımında sistematik bir yaklaşım sağlayarak uygulama ile ilgili kavramlara bilimsel bir temel oluşturmaktadır.

2.11. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Kronik obstruktif akciğer hastalığının yönetiminde ve tedavisinin başarısında sağlık çalışanlarının ekip anlayışını benimsemesi, bakım ve tedavinin sürekliliği gerekir. Son yıllarda KOAH prevalansındaki artış, hemşirelikte daha ileri ve çok yönlü yaklaşımların gelişmesini sağlamıştır. Evde hasta eğitiminde; sigarayı bırakma, pulmoner rehabilitasyon programlarını içeren girişimler uzun süreçte sağlıkta olumlu gelişmeler sağlamıştır. Bu durum bize tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'da da halk sağlığı hemşireliği bakımının öneminin giderek arttığını göstermektedir (52,53).

Hemşireler, non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının uygulanmasında çok önemli bir yere sahiptirler. Halk sağlığı hemşiresi bütüncül bir yaklaşımla hastaların kendilerini en rahat hissettikleri ev ortamında bakım modelleri kullanarak verilen hemşirelik bakımında öncelikle dispne başta olmak üzere, yaşanan semptomların kontrol altına alınmasında, hastaneye yatışlarının azaltılmasında, egzersiz kapasitesinin artırılmasında ve KOAH'ın yönetiminde önemli bir rol almaktadır. Halk sağlığı hemşiresi sahada bakım modelleri kullanarak hastaların hem özbakım gücünü hem de motivasyonunu yükseltir. Solunum sistemi hastalıklarında bakım verme durumlarını inceleyen bir araştırmada, KOAH ve astım ön planda olmak üzere, solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 hemşirelerin önemli bir rolü olduğu bulunmuştur (54). Başka bir çalışmada halk sağlığı hemşireleri tarafından KOAH nedeniyle hospitalize edilen hastalarda öz yönetiminin arttırmaya yönelik bir programın etkinliği değerlendirilmiş ve hem ev ziyaretleri hem de telefonla takipler gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda girişim grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında hastaların, hastalık öz yönetiminin arttığı, yaşam kalitesinde gelişim olduğu ve hastaneye başvuru sürelerinin uzadığı görülmüştür (55). Yine benzer bir çalışmada birinci basamakta hemşire liderliğinde yürütülen pulmoner rehabilitasyon programının bir yıllık izlem sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda girişim grubunda alevlenme sıklığında azalma görülürken, kontrol grubunda artış olduğu bildirilmiştir. Ayrıca girişim grubundaki hastaların hastane yatışlarının azaldığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür (56).

Halk sağlığı hemşireleri, KOAH'lı hastaların evdeki bakımında, havayolu açıklığının sağlanması ve gaz değişiminin düzenlenmesi, aktivite intoleransı ve anksiyetenin azaltılması, beslenmenin ve uyku düzeninin sağlanması gibi bireye özgü bakımı planlar ve uygular. KOAH'lı hastaların halk sağlığı hemşireliği bakımında en

önemli nokta hasta ve ailesinin eğitimi, hemşirelik bakımına hasta ve ailesinin katılımı ve en önemlisi de bakımın sürekliliğidir. Hastalık, hem bireyi hem de aileyi etkilediği için uygulamada ailelerin eğitimi de önemlidir. Aile ile birlikte program oluşturulmalı, hasta-aile-hemşire arasındaki ilişkinin iyi kurulması gerekmektedir (53,55).

Sağlığı geliştirme modeli, kişinin kendi sağlığını koruma ve geliştirme, kendi sağlığı üzerindeki kontrol gücünü kazanma, hastalığı önleme, bütüncül ve alternatif yaklaşımları, bireyin otonomisi, problem çözme deneyimleri (4) değerleri kapsamında halk sağlığı hemşireliğinde bütüncül ve sürekli bakım anlayışıyla KOAH'lı hastaların semptomlarının azalmasına yardımcı olabilir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Solomon Dört Grup Deneme model olarak tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer e Zaman

Araştırma hasta popülasyonu açısından sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin benzerlikleri nedeniyle; Kilis Devlet Hastanesi ve Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma hastanesinde yürütüldü. Araştırma Kasım 2017 – Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın yürütüldüğü Kilis Devlet Hastanesinde üç Göğüs Hastalıkları Polikliniği bulunmakta ve dört Göğüs Hastalıkları uzman hekimi çalışmaktadır. Klinik toplam 48 yatak kapasiteli olup 17 hemşire görev yapmaktadır. Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde altı Göğüs Hastalıkları Polikliniği bulunmakta ve 10 Göğüs Hastalıkları uzman hekimi görev yapmaktadır. Klinik toplam 30 hasta kapasitedir ve 13 hemşire çalışmaktadır. İki klinikte hemşirelik bakımı aynı şekilde uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni, Kilis Devlet Hastanesi ve Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde KOAH tanısı konulan yetişkin hastalar oluşturdu. Ocak — Ağustos 2017 tarihinde Kilis Devlet Hastanesinde KOAH tanısı konulan 160, Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise KOAH tanısı konulan 5861, toplam 6021 hasta mevcuttur. Gruplar arasındaki bulaşı önlemek için deney gruplarını Kilis Devlet Hastanesinden, kontrol grupları Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alındı. Gaziantep de toplamda dört kamu hastanesi mevcut olup kura ile Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi belirlendi.

Araştırmanın örneklemi; G-power 3.1.9.2. yazılımı kullanılarak yapılan analizde ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,80$) minimum örnek büyüklüğü 160 KOAH'lı hasta olarak belirlendi. Hastalar deney ve kontrol gruplarına randomize olarak atandı. Bu amaçla Olasılıklı Örneklem yöntemlerinden Basit Rastgele Örneklem yöntemi kullanıldı.

Hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi için listelenerek ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçildi. Araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 40 KOAH'lı hasta 1. Deney grubunu ve 40 KOAH'lı hasta 2. Deney grubunu, 40 KOAH'lı hasta 1. Kontrol grubunu ve 40 KOAH'lı hasta 2. Kontrol grubunu oluşturdu. Araştırmada hasta kayıpları (ölüm ya da araştırmadan çekilme) olacağı düşünüldüğünden 1. Deney 49, 2. Deney 48 ve 1. Kontrol 50, 2. Kontrol 50 hasta ile başlandı.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- En az 6 ay veya daha uzun süre önce KOAH tanısı konmuş,
- İletişim sorunu olmama.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, KOAH hastalarının tanıtıcı özellikleri ve hastalık öykülerine ilişkin bilgileri içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, Yaşam Tutum Profili Ölçeği, Özbakım Gücü Ölçeği ve Semptom Değerlendirme Formu kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form KOAH tanısı konmuş hastaların tanıtıcı özelliklerinden; KOAH'ın evresi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, işi, gelir düzeyi, sigara içme ve daha önce KOAH ile ilgili eğitim alma gibi bazı tanıtıcı özellikleri hakkındaki bilgileri içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Özbakım Gücü Ölçeği (EK 3)

Özbakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer (1979) (77) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Nahcıvan (78,79) tarafından yapılmıştır. Bireylerin özbakım eylemlerini gerçekleştirme yeteneği ya da güçlerini yine kendilerinin değerlendirdikleri bu ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipi olan ölçek, her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Ölçekte; 4 "beni çok tanımlıyor", 3 "beni biraz tanımlıyor", 2 " fikrim yok ", 1 " beni pek tanımlıyor ", 0 "beni hiç tanımlamıyor" şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3,6,9,13,19,22,26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak maksimum puan 140'tır. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların özbakım gücü artmaktadır. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.94 olarak hesaplandı.

Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ) (EK 4)

Reker tarafından (1992) geliştirilen YTPÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliği Erci (2008) tarafından yapılmıştır. YTPÖ hayatı tehdit eden bir hastalıkla veya sıkıntılı olaylarla karşı karşıya kalındığında (küresel amaç), hayatın bir amacı olduğu ve hayatındaki olayların bir anlamı olduğu inancı hakkındaki genel duyguları değerlendirmek için kullanılır (80).

Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 biraz katılmıyorum, 4 karar veremiyorum, 5 biraz katılıyorum, 6 katılıyorum, 7 kesinlikle katılıyorum şeklinde 7'li likert tipi özelliktedir. YTPÖ'nin 4 alt boyutu bulunmaktadır. Yaşamın amacı alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan 8 ve en yüksek puan 56' dır. Yaşamın anlamı alt boyutu 7 maddeden oluşmakta, alt ölçekten alınan en düşük puan 7 ve en yüksek puan 49' dur. Yaşama Dair Seçim /Sorumluluk alt boyutu 7 maddeden oluşmakta, alt ölçekten alınan en düşük puan 8 ve en yüksek puan 56'dur. Yaşamın anlamını araştırma alt boyutu 7 maddeden oluşmakta, alt ölçekten alınan en düşük puan 7 ve en yüksek puan 49'dur. Yaşamın anlamı, amacı, yaşama dair seçim /sorumluluk alt boyutlardan yüksek puan alınması bireyin pozitif yaşam tutum profiline sahip olduğunu gösterir. Yaşamın anlamını araştırma alt boyutunun da yüksek puan alınması yaşamın anlamı ve anlamsızlığı arasındaki ilişkiyi gösterir. Erci'nin yapmış olduğu çalışmasında YTPÖ'nin 4 alt boyutunun Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları 0.78-0.88 arasında değişirken toplam ölçek için 0.91 olarak bulunmuştur (81). Bu çalışmada alt boyutlar Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.82-0.95, toplam ölçek için 0.96 olarak hesaplandı.

Semptom Değerlendirme Formu (EK 5)

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanarak Semptom Değerlendirme Formu oluşturuldu. Semptom Değerlendirme Formu KOAH'lı hastaların sıklıkla yaşadığı semptomları ve sağlık sorunlarını değerlendirmek amacıyla geliştirildi. KOAH'a ilişkin semptomlar dispne, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, göğüste sıkışma, hemoptizi, çabuk yorulma, güçsüzlük, aktivite intoleransı, depresyon, anksiyete, uyku problemi, kas-iskelet sistemi bozuklukları, iştahsızlık, enfeksiyon belirtileri, kilo kaybı, bacaklarda şişlik, hafıza kaybı, dikkat azalması, cinsel problemler ve solunum yetersizliğine bağlı kanda asit artışıdır (1,2,26,82,83). Ede edilen semptomlar

neticesinde hemşirelik tanıları Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (NANDA) tanılama sistemine göre konuldu.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında, Kilis Devlet Hastanesi ve Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde KOAH tanısı konulan hastaların evlerine gidilerek toplandı. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile 10-15 dakikada uygulandı.

Tablo 3.1. Solomon Dört Grup Model

Gruplar	Yansızlık	Ön test	Girişim	Son test
D1	R	✓	X	✓
D2	R		X	✓
K1	R	✓		✓
K2	R			✓
D1, D2: Deney Grubu		K1, K2: Kontrol Grubu		
R:Grupların Oluşumundaki Randomizasyon		X: Girişim İşlemi		

D1 ve K1 gruplarına ön test olarak Özbakım Gücü ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği, D1, D2, K1 ve K2 gruplarına son test olarak Özbakım Gücü ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği uygulandı. Bütün gruplardaki hastalara Tanıtıcı Bilgi Formu dolduruldu. Ön test ve son test verilerinin toplanması arasındaki süre 3 aydır.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Araştırmada öncelikli olarak Kilis Devlet Hastanesi ve Gaziantep Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde KOAH tanısı konulan hastalarının dosyaları incelendi, hastalara ait bilgiler araştırmaya dahil edilme kriterlere uygunluk yönünden değerlendirildi. Kriterlere uygun olan bireyler telefon ile aranarak çalışma hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul eden hastalarla ilk ev ziyareti için gün/saat belirlendi.

Bakım, Sağlığı Geliştirme Modeline göre hazırlanmış bakım rehberi ile deney gruplarındaki hastalara belirlenen haftalarda araştırmacı tarafından ev ziyaretlerine

gidilerek, hastanın hastalığı nedeniyle oluşan yakınmalarına uygun hemşirelik girişimleri uygulandı.

Deney grupları

İlk ev ziyaretinde;

1. ve 2. Deney gruplarına, hastalara ilk ev ziyaretinde Semptom Değerlendirme Formu kullanılarak hastada belirlenen semptomlara yönelik hemşirelik tanıları belirlendi ve belirlenen tanıları ilişkin hemşirelik girişimleri uygulandı. Hastada KOAH nedeniyle meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişime nasıl adapte olacağı ve karşılaşacağı sorunlara uyum sağlaması anlatıldı.

Hemşirelik bakım sonunda, Sağlığı Geliştirme Modeline göre araştırmacı tarafından hazırlanan bakım rehberi hastalara verildi. Bu ziyaret yaklaşık olarak 30-45 dakika sürdü.

İkinci ev ziyaretinde (ilk ziyaretten 2 hafta sonra);

1. ve 2. Deney gruplarına, Semptom Değerlendirme Formuna göre problemler tekrar değerlendirildi, belirlenen problemlere yönelik hemşirelik tanıları konularak girişimler uygulandı. Hastaların talepleri doğrultusunda hemşirelik bakımı uygulandı. Bu ziyaret yaklaşık olarak 30-45 dakika sürdü.

Üçüncü ev ziyaretinde (ikinci ziyaretten 2 hafta sonra);

1. ve 2. Deney gruplarına, Semptom Değerlendirme Formuna göre problemler tekrar değerlendirildi belirlenen problemlere yönelik hemşirelik tanıları konularak girişimler uygulandı. Hastaların talepleri doğrultusunda hemşirelik bakımı uygulandı. Bu ziyaret yaklaşık olarak 30-45 dakika sürdü.

Dördüncü ev ziyaretinde (ilk ziyaretten 3 ay sonra);

1. ve 2. Deney grubuna, Hastaların talepleri doğrultusunda hemşirelik bakımı uygulandı. Bu ziyaretin yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

Kontrol Grupları

Birinci ve ikinci ev ziyaretinde;

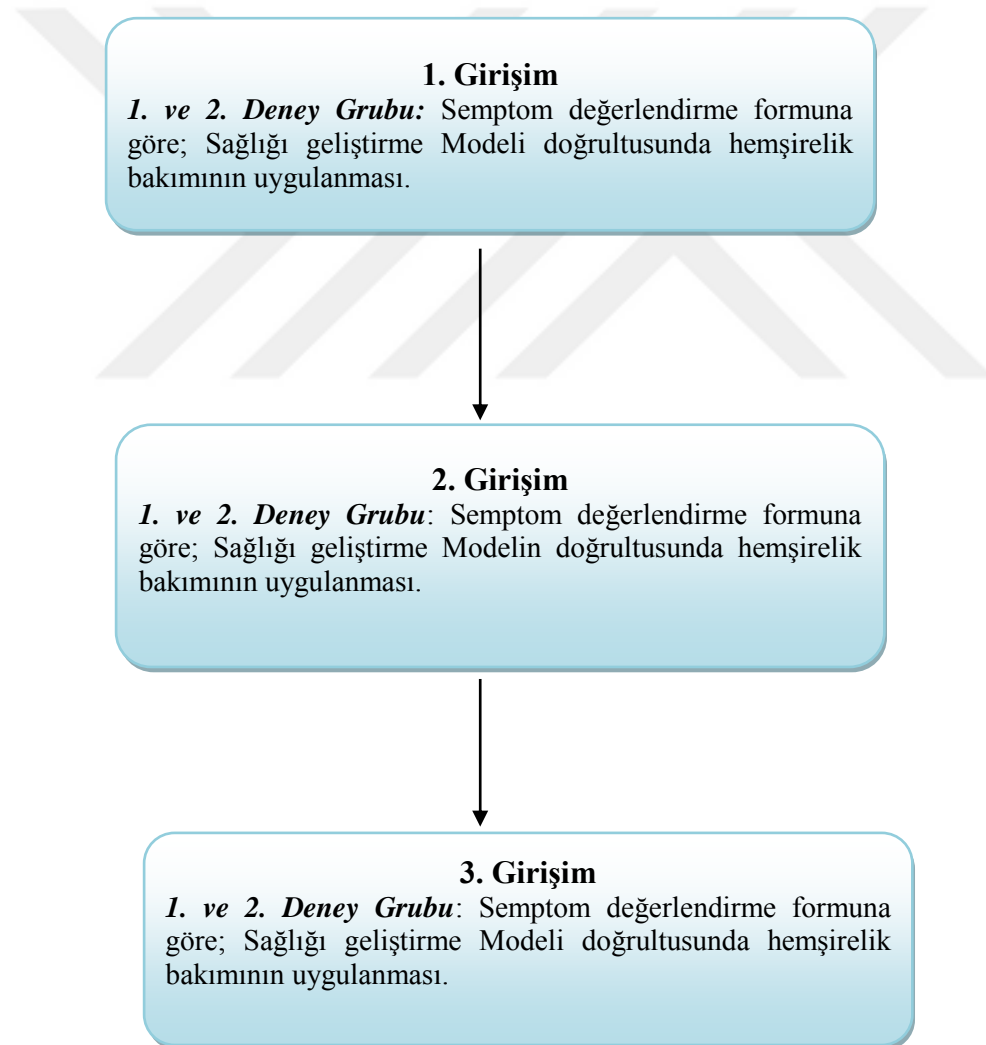
1. ve 2. Kontrol gruplarına, kronik obstrüktif akciğer hastalarına hemşirelik bakımı uygulanmadı. Ancak hastalar rutin sağlık hizmetlerini almaya devam ettiler.

3.6.1. Hemşirelik Girişim Materyali

Hemşirelik Bakım Planı, NANDA tanılama sistemi kullanılarak (84), KOAH'lı bireylerle yapılan ev ziyareti esnasında uygulanmak üzere semptom değerlendirme formu kullanılarak belirlenen sorunlara yönelik olarak geliştirildi. Bakım planında;

saptanan sorunlara yönelik hemşirelik tanıları, nedenleri, amaçları ve hemşirelik girişimleri yer almaktadır (EK 8).

Bakım Rehberi: Literatür incelenerek (1,2,23,49,52) KOAH'lı bireylerin bakımında gereksinimlerine yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde oluşturuldu. Bu rehberde, KOAH tanımı, nedenleri, belirtileri, tedavisi, bakımı sigara içmeyi bırakma, KOAH ilaçlarının doğru ve düzenli kullanılması, öksürme ve derin solunum egzersizi yapma, pulmoner rehabilitasyon programına katılma, doğru beslenme ve yeterli hidrasyon, solunum yolu enfeksiyonlarından korunma, stresten uzak durma, oksijen tedavini kullanma, ataklarını kontrol altına alma, düzenli olarak sağlık kontrollerinizi yaptırma, günlük aktivite/hareketlilik durumunu düzenleme yer almaktadır (EK 9).



Şekil 3.1. Girişim Uygulama Planı

Tablo 3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Yaklaşımları

Modelin Değişkenleri	Hemşirelik Yaklaşımları
1.DENEYİM VE KİŞİSEL ÖZELLİKLER	Bireyi tanıma, kişişel öyküsünü değerlendirme, önceki davranışların şimdiki davranışlara direk etkisi nedeniyle önceki davranışlar deneyimlerini sorgulama (sigarayı iğiyorsa bırakmayı, egzersiz yapmayı, ilaçlarını düzenli kullanmayı, diyetine uymayı, arkadaş-akraba ya da ailede KOAH'ı deneyimleme), bakımı planlama.
2.DAVRANIŞA ÖZGÜ ALGILAR	<p>Algılanan Yararlar</p> <p>Hasta için bakım ilişkisinin anlamı, KOAH neden olan sağlık olaylarını tanımlama, hastaya empati yapma, hastalık tehdidinin azalabilmesi için hastanın kendine olan inancını güçlendirme ve hastaya bakım vermek için kendini değerlendirme ve hazırlık yapma (KOAH'lı hastaların düzenli beslenmeleri, sigarayı bırakmaları, düzenli ilaç kullanmaları, solunum ve öksürme egzersizi yapmaları, stresten uzak durmaları, ataklarını kontrol altına almayı öğrenmeleri v.s semptom yönetimi açısından olumlu bir davranış olarak algılamaları sağlıkları açısından faydalıdır).</p> <p>Algılanan Engeller</p> <p>Hastanın hastalığı ile ilgili olumsuz duygularını anlama, onun günlük yaşamın şeklini ve rollerini nasıl etkilediğini anlama, geliştireceği sağlık davranışı ile ilgili olumsuz duyguları anlama (sigarayı bırakmanın, ilaçlarını düzenli kullanmanın, egzersiz yapmanın, düzenli beslenmenin semptom yönetiminde faydasının olmayacağı gibi), sağlık davranışına karşı oluşan engellerin neler olduğunu anlama (bu engeller; sağlık davranışını geliştirirken bir süre sonra sıkılma, zaman ayırmama, ekonomik yetersizlikler, davranışın güç olması ve aile tarafından desteklenmemesi olabilir) ve bu engellerin ortadan kalkması için hastaya yardım edebilme.</p>

Tablo 3.2. Devamı

2.DAVRANIŞA ÖZGÜ ALGILAR	Algılanan Öz-etkililik	Hastanın güçlü ve yetersiz yönlerini bilme, öz-etkililik algısını değerlendirme ve öz-etkililik düzeyini geliştirme, engellerin ve yüksek riskli durumları belirleme, bireye bakımda motive edici ve aktif karar alıcı bilgiyi sağlama ve semptom yönetimi için gerekli yeteneği kazandırma, hastanın kendi seçimlerinin ve sonuçlarının farkında olmasını sağlama, eş, arkadaş ve aile gibi sosyal destek sistemlerini değerlendirme ve harekete geçirme, sağlıklı davranışın başlatıp sürdürmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresi azaltmaya çalışma.
	Aktiviteye Bağlı Duygular	Davranışla ilgili hastada oluşan duygular, bireyin davranışının devamlılığını etkilemesi nedeniyle hastanın duygularını ifade etmesini sağlayabilme, hastanın davranışa yönelik pozitif duygularını artırabilme.
	Kişilerarası Etkiler	Hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek, yaşamındaki destekleri belirleme (eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi) ve bu desteklerin hastanın bakımıyla ilgisini saptama, sağlık personelleriyle olan etkileşimini belirleme.
	Durumsal Etkiler	Hastanın çevresini tanıması ve uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi ve bu konuda isteklerini belirleyebilesini sağlama, hastanın rahatını sağlamak ve sürdürmek, çevrenin iyileşme sürecine dahil etmek.
3.DAVRANIŞ ÇIKTISI	Davranışa ilişkin plan yapma	Hastanın sağlık davranışı için niyetini ifade etmesini sağlama, hastanın sağlık davranışı için plan yapmasını ve bu plana sadık kalmasını sağlama, hedeflenen sağlık davranışını uygulamaya geçirmesini ve sürdürmesini sağlayabilme.
	Acil Gereksinimlerin ve Tercihlerin Karşılanması	Planlanan sağlık davranışını uygulamaya geçirmeden önce, davranışın ortaya çıkmasını engelleyecek durumları hasta ile birlikte gözden geçirme, oluşabilecek olumsuz durumları elimine etme.
	Sağlığı Geliştirme Davranışı	Hastanın sağlık davranışını uygulama ve yaşam biçimi haline getirme, sağlık davranışının uygulama ile sağlığı geliştirme, işlevsel yetenek oluşma ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlayabilme.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Özbakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği puan ortalamaları.

Bağımsız Değişkenler: Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda yapılan bakım.

Kontrol Değişkenleri: KOAH'ın evresi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sigara içme ve daha önce KOAH ile ilgili eğitim almadır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı sadece iki hastanede yapılmış olmasındır. Araştırma sonuçları evrene genellenebilir.



eğitim, medeni, çalışma, gelir, sigara kullanma ve daha önce KOAH hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak bir önemlilik belirlenmedi ($p>0.05$).

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

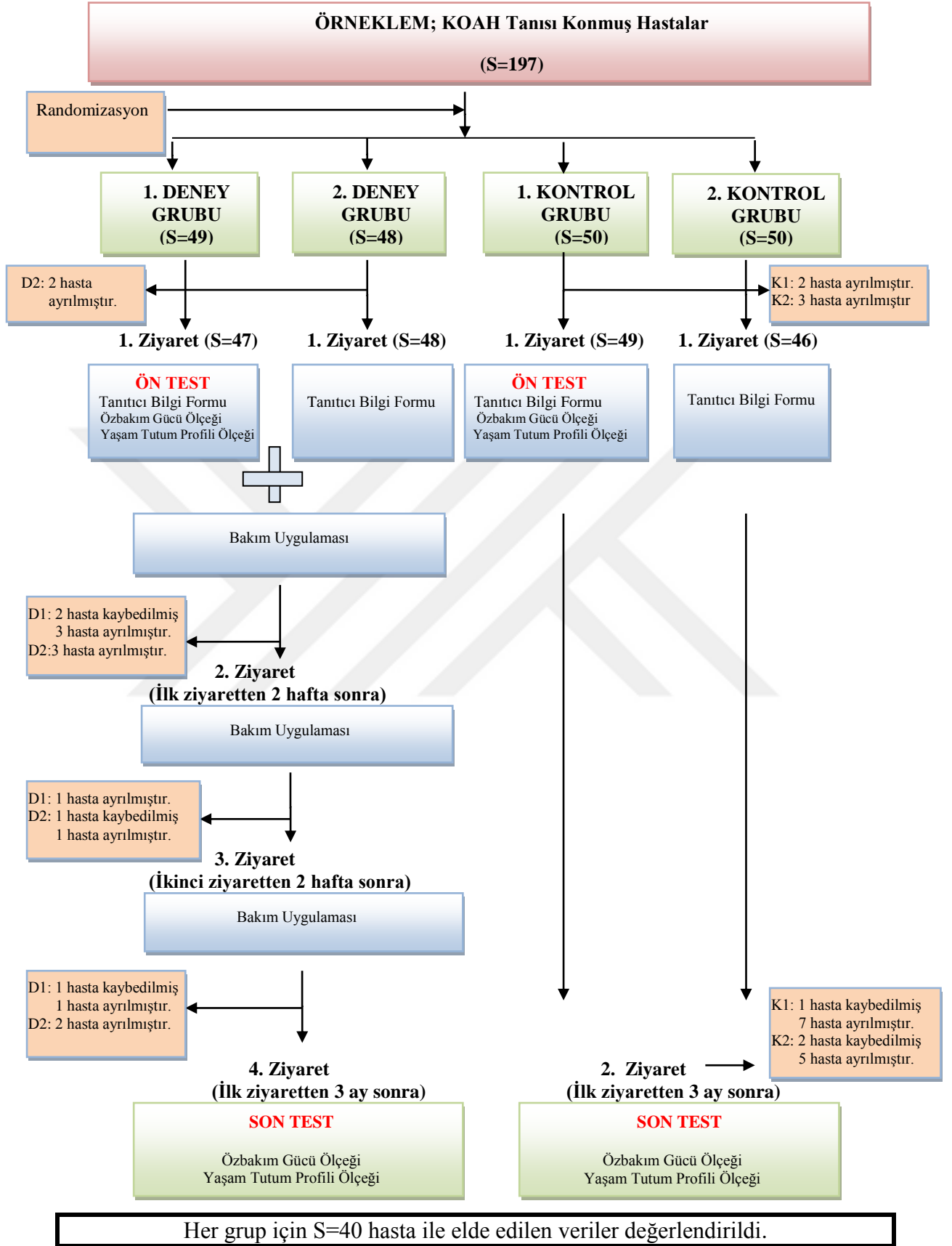
Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 22 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi, ki-kare ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

Tablo 3.4. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan İstatistik Yöntem
<ul style="list-style-type: none">• Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirilmesi• Deney ve kontrol gruplarının yaş ortalamalarının karşılaştırılması• Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması• Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması• Deney ve kontrol gruplarının bakım öncesi ve sonrası ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması• İç tutarlılık• Normallik dağılım	<ul style="list-style-type: none">• Yüzdelik, ortalama ve standart sapma• Tek yönlü varyans analizi• Ki- kare• Bağımsız gruplarda t testi• Bağımlı gruplarda t testi• Cronbach's alfa• Shaphiro wilk

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Karar No: 2018/80) (EK 10). Ek olarak Kilis ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüklerinden yazılı izin alındı (EK 11, EK 12). Araştırmaya ilişkin bilgilendirmeler yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden bireylerden Bilgilendirilmiş Onam alındı (EK 6, EK 7). Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı. Gruplara son test uygulandıktan sonra Sağlığı Geliştirme Modeline göre hazırlanan bakım rehberi kontrol grupları hastalarına verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla verilerden elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney(1) Grubu (S=40)		Deney(2) Grubu (S=40)		Kontrol(1) Grubu (S=40)		Kontrol(2) Grubu (S=40)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
KOAH evresi								
1. Evre	2	5.0	2	5.0	2	5.0	3	7.5
2. Evre	23	57.5	25	62.5	23	57.5	24	60.0
3. Evre	12	30.0	11	27.5	11	27.5	10	25.0
4. Evre	3	7.5	2	5.0	4	10.0	3	7.5
Cinsiyet								
Kadın	9	22.5	13	32.5	8	20.0	8	20.0
Erkek	31	77.5	27	67.5	32	80.0	32	80.0
Eğitim Durumu								
Okuryazar	24	60.0	22	55.0	22	55.0	18	45.0
İlköğretim	14	35.0	17	42.5	14	35.0	20	50.0
≥ Lise	2	5.0	1	2.5	4	10.0	2	5.0
Medeni Durum								
Evli	39	97.5	39	97.5	38	95.0	37	92.5
Bekar	1	2.5	1	2.5	2	5.0	3	7.5
Çalışma Durumu								
Evet	2	5.0			2	5.0	2	5.0
Hayır	38	95.0	40	100	38	95.0	38	95.0
Gelir Durumu								
İyi	3	7.5	2	5.0	2	5.0	2	5.0
Orta	27	67.5	33	82.5	24	60.0	31	77.5
Kötü	10	25.0	5	12.5	14	35.0	7	17.5
Sigara Kullanma Durumu								
Kullanmadım	11	27.5	15	37.5	9	22.5	10	25.0
Daha Önce Kullandım	24	60.0	22	55.0	19	47.5	24	60.0
Kullanıyorum	5	12.5	3	7.5	12	30.0	6	15.0
Daha önce KOAH hakkında bilgi alma								
Evet	2	5.0	3	7.5	4	10.0	2	5.0
Hayır	38	95.0	37	92.5	36	90.0	38	95.0

* İşçi olarak çalışmaktalar.

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özellikler dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Deney (1) grubundaki hastaların %57.5’inin KOAH’ın 2. evresinde,

%77.5'inin erkek, %60.0'minin okuryazar, %97.5'inin evli, %95.0'minin çalışmadığı, %67.5'inin gelir durumun orta, %12.5'inin hala sigara kullandığı, %95.0'inin daha önce KOAH hakkında bilgi almadığı saptandı. Deney (2) grubundaki hastaların %62.5'inin KOAH'ın 2. evresinde, %67.5'inin erkek, %55.0'minin okuryazar, %97.5'inin evli, %100.0'minin çalışmadığı, %82.5'inin gelir durumun orta, %7.5'inin hala sigara kullandığı, %92.5'inin daha önce KOAH hakkında bilgi almadığı saptandı.

Kontrol (1) grubundaki hastaların %57.5'inin KOAH'ın 2. evresinde, %80.0'minin erkek, %55.0'minin okuryazar, %95.0'minin evli, %95.0'minin çalışmadığı, %60.0'minin gelir durumun orta, %30.0'minin hala sigara kullandığı, %90.0'minin daha önce KOAH hakkında bilgi almadığı saptandı. Kontrol (2) grubundaki hastaların %60.0'minin KOAH'ın 2. evresinde, %80.0'minin erkek, %50.0'minin ilköğretim mezunu olduğu, %92.5'inin evli, %95.0'minin çalışmadığı, %77.5'inin gelir durumun orta, %15.0'minin hala sigara kullandığı, %95.0'minin daha önce KOAH hakkında bilgi almadığı saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Ön Test–Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Ön Test	Son Test	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	84.07 ±15.8	112.70 ±29.0	-9.782	0.000
YTPÖ Toplam	131.05 ± 21.2	156.37 ± 13.5	-11.182	0.000
Yaşamın amacı	34.22 ± 6.5	43.72 ± 4.9	-16.400	0.000
Yaşamın anlamı	31.7 ± 5.5	42.85 ± 3.8	-6.369	0.000
Yaşama dair seçim / sorumluluk	34.77 ± 5.7	40.07 ± 3.7	-3.551	0.000
Yaşamın anlamını araştırma	30.30 ± 6.3	34.72 ± 5.54	-8.833	0.000

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımlı Gruplarda t Testi, p< 0.05

Tablo 4.2'de Deney (1) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

incelendiğinde; hastaların ön testte Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 84.07±15.8, son test puan ortalaması 112.70±29.0 olarak saptandı. Hastaların son test puan ortalamasının yükseldiği ve iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p=0.000).

Deney (1) grubundaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan ortalaması 131.05±21.2, son test puan ortalaması 156.37±13.5 olarak belirlendi. Yaşam Tutum Profili Ölçeği, Yaşamın Amacı alt boyut ön test puan ortalaması 34.22±6.5, son test puan ortalaması 43.72±4.9; Yaşamın Anlamı alt boyut ön test puan ortalaması 31.7±5.5, son test puan ortalaması 42.85±3.8; Yaşama dair seçim /sorumluluk alt boyut ön test puan ortalaması 34.77±5.7, son test puan ortalaması 40.07±3.7; Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyut ön test puan ortalaması 30.30±6.3, son test puan ortalaması 34.72±5.54 saptandı. Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam ve alt boyutlarında hastaların ön test– son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (p=0.000) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Ön Test –Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Ön Test	Son Test	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	83.05 ± 17.9	81.35 ± 17.7	1.272	0.211
YTPÖ Toplam	125.82 ± 27.7	120.50 ± 31.9	3.006	0.005
Yaşamın amacı	29.50 ± 11.9	29.57 ± 11.7	-1.000	0.323
Yaşamın anlamı	29.85 ± 7.4	35.12 ± 8.1	-18.712	0.000
Yaşama dair seçim / sorumluluk	35.60 ± 8.5	35.80 ± 8.5	-1.275	0.210
Yaşamın anlamını araştırma	28.17 ± 8.9	25.12 ± 10.3	3.328	0.002

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımlı Gruplarda t Testi, p< 0.05

Tablo 4.3’de Kontrol (1) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin ön test–son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; hastaların ön testte Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması

83.05±17.9, son test puan ortalaması 81.35±17.7 olarak saptandı. Hastaların son test puan ortalamasının azaldığı ve iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığını saptandı (p=0.211).

Kontrol (1) grubundaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan ortalaması 125.82±27.7, son test puan ortalaması 120.50±31.9; Yaşamın Amacı alt boyut ön test puan ortalaması 29.50±11.9, son test puan ortalaması 29.57±11.7; Yaşamın Anlamı alt boyut ön test puan ortalaması 29.85±7.49, son test puan ortalaması 35.12±8.1; Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk alt boyut ön test puan ortalaması 35.60±8.5, son test puan ortalaması 35.80±8.5; Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyut ön test puan ortalaması 28.17±8.9, son test puan ortalaması 25.12±10.3 olarak saptandı. Yaşamın amacı ve Yaşama Dair Seçim / Sorumluluk alt boyutlarından hastaların ön test –son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığını saptandı (p>0.05). Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam, Yaşamın anlamı ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarında ön test –son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 4.5). Toplam ölçekten ve alt boyutlarından yüksek puan alması bireyin pozitif yaşam profiline sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Deney(1) – Deney(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Deney(1)	Deney(2)	Önemlilik	
	Grubu	Grubu	t	p
	X±SS	X±SS		
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	112.70 ± 29.0	115.72 ± 25.3	-0.496	0.621
YTPÖ Toplam	156.37 ± 13.5	157.30 ± 12.6	-0.317	0.752
Yaşamın amacı	43.72 ± 4.9	43.67 ± 4.9	0.045	0.964
Yaşamın anlamı	42.85 ± 3.8	38.62 ± 3.4	5.209	0.000
Yaşama dair seçim / sorumluluk	40.07 ± 3.7	40.80 ± 3.5	-0.888	0.377
Yaşamın anlamını araştırma	34.72 ± 5.5	34.20 ± 5.5	0.423	0.673

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımsız Gruplarda t Testi, p< 0.05

Tablo 4.4’de Deney (1) ile Deney (2) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin son test ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Deney (1) hastaların son test Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması

112.70 ± 29.0, Deney (2) Özbakım Gücü Ölçeği son test toplam puan ortalaması ise 115.72 ± 25.3 olarak belirlendi. İki grubun puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi (p=0.621).

Deney (1) ve Deney (2) gruplarındaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan, Yaşamın Amacı, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarının son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında önemli bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Deney (1) ve Deney (2) gruplarındaki hastaların Yaşamın Anlamı alt boyutu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney(1)–Kontrol(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Deney(1) Grubu	Kontrol(2) Grubu	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	112.70 ± 29.0	79.70 ± 13.2	6.543	0.000
YTPÖ Toplam	156.37 ± 13.5	122.50 ± 31.9	6.174	0.000
Yaşamın amacı	43.72 ± 4.9	31.40 ± 10.7	6.581	0.000
Yaşamın anlamı	42.85 ± 3.8	34.65 ± 8.0	5.802	0.000
Yaşama dair seçim / sorumluluk	40.07 ± 3.7	34.65 ± 8.6	3.627	0.001
Yaşamın anlamını araştırma	34.72 ± 5.5	24.97 ± 9.7	5.486	0.000

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımsız Gruplarda t Testi, p< 0.05

Tablo 4.5’de Deney (1) – Kontrol (2) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Deney (1) hastaların son test Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 112.70 ± 29.0, Kontrol (2) Özbakım Gücü Ölçeği toplam son test puan ortalaması ise 79.70 ± 13.2 olarak saptandı. İki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (p=0.000).

Deney (1) ve Kontrol (2) gruplarındaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan, Yaşamın Amacı, Yaşamın Anlamı, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarının son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Deney(1) – Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili ölçeğinin Ön Test–Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	ÖN TEST				SON TEST			
	Deney(1) Grubu	Kontrol(1) Grubu	Önemlilik		Deney(1) Grubu	Kontrol(1) Grubu	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	84.07 ±15.8	83.05±17.9	0.544	0.787	112.70±29.0	81.35±17.7	5.830	0.000
YTPÖ Toplam	131.05±21.2	125.82±27.7	0.945	0.348	156.37±13.5	120.50±31.9	6.538	0.000
Yaşamın amacı	34.22 ± 6.5	29.57±11.9	2.196	0.031	43.72±4.9	29.57±11.7	7.003	0.000
Yaşamın anlamı	31.7 ± 5.5	29.85±7.4	0.337	0.213	42.85±3.8	35.12 ±8.1	5.437	0.000
Yaşama dair seçim / sorumluluk	34.77 ± 5.7	35.60±8.5	-0.507	0.613	40.07±3.7	35.80 ±8.5	2.902	0.005
Yaşamın anlamını araştırma	30.30 ± 6.3	28.17±8.9	1.226	0.224	34.72±5.5	25.12±10.3	5.175	0.000

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımsız Gruplarda t Testi, $p<0.05$

Tablo 4.6’da Deney (1) – Kontrol (1) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin ön test–son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Deney (1) grubunun Özbakım Gücü Ölçeği ön test puan ortalaması 84.07 ±15.8, son test puan ortalaması 112.70±29.0 iken Kontrol (1) grubunun ön test puan ortalaması 83.05±17.9, son test puan ortalaması 81.35±17.7 olarak saptandı. Gruplar arasında ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ancak son test puan ortalamaları arasında önemli bir farkın

olduğu belirlendi ($p<0.05$). Deney (1) grubunun Son test puan ortalamasının olumlu yönde arttığı ve girişimin etkin olduğu belirlenmiştir.

Deney (1) ve Kontrol (1) gruplarındaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan, Yaşamın Anlamı, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarının ön test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) ancak son test puan ortalamaları açısından önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaşamın Amacı alt boyutunda ön test–son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Deney(2) – Kontrol(1) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Deney (2) Grubu	Kontrol (1) Grubu	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	115.72 ± 25.3	81.35 ± 17.7	7.032	0.000
YTPÖ Toplam	157.30 ± 12.6	120.50 ± 31.9	6.773	0.000
Yaşamın amacı	43.67 ± 4.9	29.57 ± 11.7	6.976	0.000
Yaşamın anlamı	38.62 ± 3.4	35.12 ± 8.1	2.505	0.014
Yaşama dair seçim / sorumluluk	40.80 ± 3.5	35.80 ± 8.5	3.434	0.001
Yaşamın anlamını araştırma	34.20 ± 5.5	25.12 ± 10.3	4.893	0.000

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımsız Gruplarda t Testi, $p<0.05$

Tablo 4.7’de Deney (2) – Kontrol (1) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Deney (2) hastaların son test Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 115.72 ± 25.3 , Kontrol (1) Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 81.35 ± 17.7 olarak saptandı. İki grubun son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Deney (2) ve Kontrol (1) gruplarındaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan, Yaşamın Amacı, Yaşamın Anlamı, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarının son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Deney(2) – Kontrol(2) Grubundaki Hastaların Özbakım Gücü Ölçeği İle Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=40)

Ölçekler	Deney (2) Grubu	Kontrol (2) Grubu	Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Özbakım Gücü Ölçeği Toplam	115.72 ± 25.3	79.70 ± 13.2	7.972	0.000
YTPÖ Toplam	157.30 ± 12.6	122.50 ± 31.9	6.405	0.000
Yaşamın amacı	43.67 ± 4.9	31.40 ± 10.7	6.553	0.000
Yaşamın anlamı	38.62 ± 3.4	34.65 ± 8.0	2.880	0.014
Yaşama dair seçim / sorumluluk	40.80 ± 3.5	34.65 ± 8.6	4.159	0.001
Yaşamın anlamını araştırma	34.20 ± 5.5	24.97 ± 9.7	5.192	0.000

* YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği, t= Bağımsız Gruplarda t Testi, $p< 0.05$

Tablo 4.8’de Deney (2) – Kontrol (2) grubundaki hastaların Özbakım Gücü Ölçeği ile Yaşam Tutum Profili Ölçeğinin son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Deney (2) hastaların son test Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 115.72 ± 25.3 , Kontrol (2) Özbakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması ise son test puan ortalaması 79.70 ± 13.2 olarak saptandı. İki grubun son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Deney (2) e Kontrol (2) gruplarındaki hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği toplam puan, Yaşamın Amacı, Yaşamın Anlamı, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk ve Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutlarının son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Kronik akciğer hastaları, hastalık süreci boyunca birçok semptomla karşı karşıya kalmakta ve bu semptomlarda hastaların hem özbakım güçlerini hem de yaşamdan anlam duymalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda KOAH hastalarına verilen bakımın semptom yönetimi, özbakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine katkı sağladığı belirlenmiştir (83,85-87). Ancak yaşamın anlamı üzerine yapılmış çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu bölümde yapılan çalışmalardan farklı olarak sağlığı geliştirme modeline göre verilen bakımın KOAH hastalarında özbakım gücü ve yaşamın anlamı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalar ile tartışılmıştır. Bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünü değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Deney 1 grubundaki hastaların ön test-son test özbakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.). Deney 1 grubundaki hastaların son testte puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır. Deney 1 ve ön test uygulanmayan Deney 2 gruplarındaki hastaların son test özbakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Bu sonuç Deney 1 ve Deney 2 grubuna evde verilen hemşirelik bakımının standardize olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların özbakım gücünün arttığı saptanmıştır.

Özbakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlayan bir yeteneğidir. Bireyin özbakım gücünü kullanabilmesi için bilgiye, beceriye ve güdülenmeye ihtiyacı vardır (78,79). Bu çalışmada, Deney 1 grubunun Özbakım Gücü Ölçeği son test puan ortalamalarında önemli bir artış söz konusudur. Ön test uygulanmayan Deney 2 ve Deney 1 gruplarındaki hastaların özbakım gücü ölçeği son test puan ortalamaları bir birine benzer olarak saptanmıştır. Literatür taramasında, KOAH'na yönelik sağlığı geliştirme modeli temel alınmış bir çalışma bulunmamıştır. Farklı hasta gruplarında sağlığı geliştirme modeli temel alınarak yapılan çalışmalarda; hemşirelerin hastalara bakım sunarken, bakımı standartlaştırması, bakımın kalitesini artırırken aynı zamanda verilen bakım sonunda olumlu etkiler belirlenmiştir (88-90). Bu çalışmada son test puan

ortalamalarındaki bu artış sağlığı geliştirme modelinin bireyi bir bütün olarak ele alması ve hemşire-hasta işbirliği dahilinde çalışılmasını sağlayarak bireylerde sağlıklı davranışsal değişiklik yapabilmesini sağlar. Bu modelde evde verilen hemşirelik bakımı sonucunda KOAH hastalarında sağlıklı yaşam ve uyum hissini uyandırarak bu da kişinin enerjisini yükselterek özbakım gücünün artmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca KOAH sadece hastayı değil aynı zamanda hastanın aile ve çevresini de etkileyen bir hastalıktır. Bütüncül bir yaklaşımla evde uygulanan hemşirelik bakımı ve uygulanan bakımın sürekliliği dikkate alındığında bireyin bağımsızlık duygusunu artırarak özbakım gücünün gelişmesine katkı sağlamış olabilir.

Bu çalışmada, Deney 1 ve Kontrol 1 (Tablo 4.6) ve Deney 2 ve Kontrol 2 guruplarındaki hastaların son test özbakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Hemşirelik bakımı uygulanan gurplarda özbakım gücü puan ortalamaları artarken, bakım uygulanmayan kontrol gurplarda özbakım gücü ortalamalarında düşüş olmuştur. Hastanın yaşadığı ortamda sunulan hemşirelik bakımı, hastanın özbakım gücü yetersizliğini ve motivasyon eksikliğini gidererek hastanın semptom kontrolünün sağlanması ve kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olduğu görülmektedir.

Literatürde özbakım gücü üzerine yapılan çalışmalarda; Kılıç KOAH'lı hastalar ile yaptığı çalışmada özbakım güçlerinin düşük olduğunu saptamıştır (15). Karakurt'un tip 2 diyabetli hastaları ile yaptığı çalışmada, hemşire tarafından verilen eğitimin hastaların özbakım gücünü olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir (91). Akay ve Akyol'un kalp yetersizliği hastalar ile yaptıkları çalışmada; internet yoluyla video konferas sonrasında telefonla takip ettikleri hastalarda giriş öncesine göre hastaların özbakım gücünün arttığı belirlenmiştir (92). Kaya ve Acaroğlu'nun omurilik yaralanması olan hastalarla yaptıkları çalışmada, hemşirelik bakımının ve eğitiminin hastaların özbakım gücünü artırdığını belirlemiştir (93). Fırat ve Alpar'ın hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşire tarafından verilen eğitimin hastaların özbakım gücünü artırdığını saptamıştır (94). Yıldız ve Erci'nin yaptıkları çalışmada, ev ziyaretleri yapılarak verilen hemşirelik bakımının hipertansiyonlu hastaların özbakım güçlerini artırdığı saptanmıştır (95). Aylaz ve Ercinin sürekli ayaktan periton diyalizi hastaları ile yaptıkları çalışmada, ev ziyaretleri yapılarak verilen hemşirelik bakımının hastaların özbakım güçlerinin artırdığı saptanmıştır (96). KOAH'lı hastaların özbakım gereksinimleri özbakım güçlerini aştığı zaman hemşirelik bakımına ihtiyaç

duyulmaktadır. Burada hemşirenin hastanın özbakım gereksinimlerini karşılaya bilmesi için bireyin bilgi, beceri ve güdülemeye ilişkin yeterliliklerini, sınırlılıklarını ve yetersizlik durumlarını bilmesi gereklidir (65,69). Ev ziyaretleri hastanın ev koşullarının, problemlerinin ve ihtiyaçlarının belirlenmesine aynı zamanda hemşirelik bakımının planlanmasına ve değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri KOAH hastalarına önemli müdahalelerde bulunabilecek bir konumdadır (69). Hemşire tarafından hastalara ev ziyareti yapılması semptomlarını kontrol altına alınmasında ve özbakım ihtiyaçlarını kendi kendilerine karşılamada olumlu etki sağlamaktadır.

Bu sonuçlar; Sağlığı Geliştirme Modeline göre uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında Özbakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının artması, yapılan hemşirelik bakımının etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.2). Bu sonuç neticesinde, **“KOAH’lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı özbakım gücü düzeylerini etkiler”** H_{1-b} hipotezini desteklemektedir.

Araştırmada Deney 1 grubundaki hastaların yaşam tutum profili ölçeği toplam ve alt boyut ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.). Deney 1 grubundaki hastaların son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre arttığı saptanmıştır. Ön test uygulanmayan Deney 2 ve Deney 1 gruplarındaki hastaların YTPÖ toplam ve alt boyut son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.4). Yaşam tutum profili ölçeği özellikle hayatı tehdit eden hastalıklar ya da hayatı olumsuz yönde etkileyen bir durumla karşılaşıldığında hayatın amacı ve anlamı hakkındaki genel duyguları değerlendirmede kullanılır (58). Yaşam anlamı, yaşamın amacı, yaşama dair seçim / sorumluluk alt boyutlarından yüksek puan alınması bireyin pozitif yaşam tutum profiline sahip olduğunu gösterir. Yaşamın anlamını araştırma alt boyutundan yüksek puan alınması ise yaşamın anlamı ve anlamsızlığı arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Literatür taramasında, sağlığı geliştirme modeli temel alınarak KOAH hastalarıyla yaşam tutum profili üzerine yapılmış herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Ancak yaşamın anlamı üzerine yapılan çalışmalar genellikle kanserli hastalar ile mevcuttur. Vehling ve arkadaşlarının kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam tutumlarının negatif yönde olduğunu saptamıştır (97). Erci ve Özdemir’in kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam profillerinin negatif tutum yönünde olduğu belirlenmiştir

(98). Hassankhani ve arkadaşlarının kanserli hastalar ve aileleri üzerinde yaptığı çalışmada, kanserli hastaların yaşam anlam puan ortalamalarının aile üyelerinin yaşamın anlamı puan ortalamalarının çok daha düşük olarak bulmuştur (99). Bauer ve Farran meme kanserli kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam anlamlarının düşük olduğunu saptamışlardır (100). Kılıç ve arkadaşlarının geriatrik yaş grubundaki bireylerle yaptıkları çalışmada, bireylerin yaşam tutumlarının orta düzeyde olduğunu saptamıştır (101). Yaşamın anlamı, psikolojik ve fiziksel sağlık için önemlidir. Anamlı bir hayat sürmek KOAH hastaları için çoğu zaman zordur. Yaşamdan anlam bulmanın sağlıklı davranışlara katılım için bir temel olduğunu ve kendine iyi bakmanın dikkate almaya değer bir yaşam öngördüğünü göstermektedir. Ayrıca, yaşamda daha fazla anlama sahip bireylerin daha uzun süre yaşadıkları görüşü savunulmaktadır. Bu nedenle, yaşamda daha fazla anlama sahip olanların sağlıklı davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir, çünkü yaşamdaki anlam uzun vadeli perspektifler ve kendi kendine sağlıkta düzenleme yapmaya neden olur (102).

Bu çalışmada, Deney 1 ve Kontrol 1 (Tablo 4.6) ve Kontrol 2 ve ön test uygulanmayan Deney 2 gruplarındaki hastaların son test YTPÖ ve yaşamın anlamı, yaşama dair seçim/sorumluluk ve yaşamın anlamını araştırma alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Hemşirelik bakımı uygulanan gruplarda YTPÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları artarken, bakım uygulanmayan kontrol gruplarında puan ortalamalarında olumsuz yönde bir eğilim söz konusudur. Deney gruplarına evde uygulanan hemşirelik bakımı, hastaların yaşamdan anlam bulmalarını olumlu yönde etkilemiştir. Yaşam tutum profilleri yükselen KOAH hastaları hayata daha sıkı bağlanacakları, zorluklarla baş edebilecekleri ve problemlere çözüm becerileri açısından fayda sağlayacağı düşünülebilir.

Bu çalışmada Deney 1 ve ön test uygulanmayan Deney 2 gruplarının YTPÖ toplam ve alt boyut son test puan ortalamalarında önemli bir yükseliş görülmektedir. Bu yükselişte; sağlığı geliştirme modelinin hastanın bütünlüğünden ödün vermeden, hemşire-hasta ilişkisinin saygılı ve güvenli olması, geçmiş alışkanlıklarını, kişisel özelliklerini, algılanan yarar-engel durumlarını göz ardı etmeden birey merkezli olması temel olarak rol oynayabilir. Bu çalışmada hemşirenin bütüncül bir bakış açısıyla hastaların kendilerini rahat hissettikleri ev ortamında, KOAH hastalığına ve tedavisine bağlı olarak gelişen semptomları belirleyerek, hemşirelik tanılarını planlaması,

girişimlerini uygulaması, hastanın semptomları yönetmesine, kendi bakım aktivitelerini üstlenmesine ve kısa zamanda bağımsız duruma gelmesine yardımcı olmasına bağlı olarak hastanın yaşam tutum profilini artırmış olabilir.

Bu sonuçlar; sağlığı geliştirme modeline göre uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında YTPÖ ve alt boyut puan ortalamalarının artması yapılan hemşirelik bakımının etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.2). Bu sonuç neticesinde, **“KOAH’lı hastalara sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımı yaşamın anlamını etkiler”** H_{1-a} hipotezini desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Solomon dört gruplu deneme modeli kullanılarak sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımının KOAH'lı hastalarda özbakım gücü ve yaşamın anlamı üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney grubundaki hastalara uygulanan hemşirelik bakımı, hastaların özbakım güçlerinin artırdığı,
- Deney grubundaki hastalara uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında, hastaların yaşam tutum profillerinin artırdığı,
- Hemşirelik bakımı verilmeyen kontrol grubundaki hastaların özbakım güçlerinin azaldığı,
- Hemşirelik bakımı verilmeyen kontrol grubundaki hastaların yaşam tutum profillerinin azaldığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Halk sağlığı hemşiresinin yaşamın anlamı ve özbakım gücünü artıran uygulamalarda bulunması,
- KOAH'lı hastalarına evde uygulanacak hemşirelik bakımında sağlığı geliştirme modelinin kullanılması,
- Hemşirelik modellerinin hasta bakımında hemşireler tarafından kullanılması,
- Hemşirelik bakımının hastaların özbakım gücü ve yaşamın anlamı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla başka hasta grupları ile çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org> 15 Ekim 2017.
2. 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.
3. Global, regional, and national comparative risk assessment of 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.
4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford, 1996.
5. Meek PM. Measurement of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease, what is the tool telling you?. *Chron Respir Dis* 2004, 1: 29-37.
6. O'Donnell DE, Laveneziana P. Dyspnea and activity limitation in COPD: mechanical factors. *J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2007, 4(3): 225-36.
7. Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 1. Basım, İstanbul, Akademi Yayınları, 2012: 323-46.
8. Tülüce D, Kutlutürkan S. Stabil KOAH tanılı hastalarda bakım maliyet etkinliği üzerine etkili bir yaklaşım: Hasta koçluğu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2016, 13(2): 2697-709.
9. Orem DE. *Nursing, Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis, Mosby, 2001.
10. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Education* 2001, 27(3): 393-404.
11. Mohammad HM, Farahani B, Zohhur A, Panahi Azar SH. The theory is based on the Orem self care in patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010, 3(2): 87-91.
12. Sidani S. Self-Care. D. Doran, J. Almost (Ed.). *Nursing sensitive outcomes, the state of the science*. Canada: Jones and Bartlett Publishers. 2003.

13. Taylor EJ. Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000, 27(5); 781-8.
14. Dezutter J, Luyckx K, Wachholtz A. Meaning in life in chronic pain patients over time: Associations with pain experience and psychological well-being. *J Behav Med* 2015, 38: 384–96.
15. Kılıç Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin özbakım gücü ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2013.
16. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AR, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *Int J Nurs Pract* 2013, 19: 14-22.
17. Abramson M. Declining COPD mortality: is the epidemic over? *Int J Tuberc Lung Dis* 2013, 17: 1-3.
18. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2732017161349-1.pdf> 15 Eylül 2017.
19. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu. http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754-koah2010_tum-rehber.pdf 23 Ekim 2017.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Küresel hastalık yükü çalışması. 2010 http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf 13 Ekim 2017.
21. Rosenberg SR, Kalhan R, Mannino DM. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, morbidity, mortality and risk factors. *Semin Respir Crit Care Med* 2015, 36: 457-69.
22. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006, 3: 442.
23. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr> 20 Ekim 2017.
24. Lopez AD, Shibuya K, Roa C. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006, 27: 397-412.
25. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanı ve tedavisinde birinci basamak hekimler için eğitim modülü eğitimci rehberi. Ankara, 2011 <http://www.saglik.gov.tr/GARD/dosya/1-73905/h/astim-koah-katilimci-rehberi.pdf> 19 Ekim 2017.

26. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. 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.
27. Bustacchini S, Chiatti Furneri G, Lattanzio F, et al. The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: results from a systematic review of the literature. *Curr Opin Pulm Med* 2011, 17: 35–41
28. Global strategy for the diagnosis, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına karşı küresel girişim 2011, http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/Turkish_GOLDReport_2011.pdf 23 Ekim 2017.
29. Assad NA, Kapoor V, Sood A. Biomass smoke exposure and chronic lung disease. *Curr Opin Pulm Med* 2016, 22: 150-7.
30. Woodruff PG, Barr RG, Bleecker E, Christenson SA, Couper D, Curtis JL, Gouskova NA, Hansel NN, Hoffman EA, Kanner RE, Kleerup E, Lazarus SC, Martinez FJ, Paine R¹, Rennard S, Tashkin DP, Han MK. Clinical significance of symptoms in smokers with preserved pulmonary function. *N Eng J Med* 2016, 374: 1811-21.
31. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiñç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Türk Toraks Dergisi* 2014, 15(Ek 2): 1-11.
32. Köhnlein T, Welte T. Alpha-1 antitrypsin deficiency, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Med* 2008, 121(1): 13-9.
33. Foreman MG, Campos M, Celedón JC. Genes and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am* 2012, 96: 699-711.
34. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi* 2010, 1(2): 105-13.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanı ve tedavisinde 1. basamak hekimler için hizmet içi eğitim modülü. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-66816/h/rehber.pdf> 17 Temmuz 2017.
36. Govender N, Lallo UG, Naido RN. Occupational exposures and cronic obstructive pulmonary disease: a hospital based case-control study. *Thorax* 2011, 66: 597-601

37. Foreman MG, Zhang L, Murphey J, Hansel NN, Make B, Hokanson JE, Washko G, Regan EA, Crapo JD, Silverman EK, DeMeo DL. Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2011, 184: 414-20.
38. Aryal S, Diaz-Guzman E, Mannino MD. Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014, 9: 1145–54.
39. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013 Reports, global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2013). http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf 24 Ekim 2017.
40. Guoping H, Yumin Z, Jia T, et al. Risk of COPD from exposure to biomass smoke: a metaanalysis. *Chest* 2010, 138: 20–31.
41. Faner R, Agusti A. Multilevel, dynamic chronic obstructive pulmonary disease heterogeneity. A challenge for personalized medicine. *Annals ATS* 2016, 13(5): 466-70.
42. Decramer M, Janssen W, Miravitlis M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012, 379: 1341-51.
43. De Marco R, Accordini S, Marcon A, et al. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2011, 183: 891-7.
44. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2014. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf 29 Ekim 2017.
45. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2014, 35: 17-27.
46. Kainu A, Rouhos A, Sovijarvi A, et al. COPD in Helsinki, Finland: socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scand J Public Health* 2013, 41: 570-8.

47. Koefoed MM, Sondergaard J, Christensen RD, Jarbol DE. Influence of socioeconomic and demographic status on spirometrytesting in patients initiating medication targetting obstructive lung disease: a populatin-based cohort study. *BMC Public Health* 2013, 13: 580.
48. Brashier BB, Kodgule R. Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Assoc Physicians India* 2012, 60: 17-21.
49. Vrbica Z, Labor M, Gudelj I, Labor S, Jurić I, Plavec D. MARKO study group. Early detection of COPD patients in GOLD 0 population: an observational non-interventional cohort study - MARKO study. *BMC Pulm Med* 2017, 17: 36.
50. Ulubay G, Köktürk N, Dilektaşlı AG, Şen E, Çiftci F, Demir T, Yıldız Ö, Gemicioğlu B, Saryal S. Ulusal Spirometri ve Laboratuvar Standartları. *Tüberküloz Toraks Dergisi* 2017, 65(2): 117-30.
51. Rennard SI, Calverley PM, Goehring UM, et al. Reduction of exacerbations by the PDE4 inhibitor roflumilast the importance of defining different subsets of patients with COPD. *Respir Res* 2011, 12: 18.
52. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective, and safe patient care? *Prim Care Respir J* 2013, 22: 230-3.
53. Ramos FL, Criner GJ. Use of long-term macrolide therapy in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2014, 20: 153-8.
54. Blake D, Roberts NJ, Partridge MR. How much of a primary care nurse's time is spenton those with respiratory disease? A pilot study. *Prim Care Respir J* 2007, 16(5): 319-20.
55. Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglund D et al. Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care, a controlled trial. *Prim Care Respir J* 2011, 20(4): 427-33.
56. Wood-Baker R, Reid D, Robinson A. et al. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012, 7(1): 407-13.
57. Schnell T. The Sources of Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to Demographics and Well-Being. *J Posit Psychol* 2009, 4(6): 483-99.
58. Steger, M. F. Making Meaning in Life. *Psychol Inq* 2012; 23(4): 381–5.
59. Jim HS, Purnell JQ, Richardson SA, Golden-Kreutz D, Andersen BL. Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research* 2006, 15(8): 1355-71.

60. Kremer H, Ironson G. Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV: implications for health care. *AIDS Patient Care STDS* 2014, 28(3): 144–54.
61. Giglio RE, Rodriguez-Blazquez C, Pedro-Cuesta J, Forjaz MJ. Sense of coherence and health of community-dwelling older adults in Spain. *Int Psychogeriatr* 2014, 1–8.
62. Audet CM, Wagner LJ Wallston KA. Finding meaning in life while living with HIV: validation of a novel HIV meaningfulness scale among HIV-infected participants living in Tennessee. Audet et al. *BMC Psychology* 2015, 3: 15.
63. Dezutter J, Luyckx K, Wachholtz A. Meaning in life in chronic pain patients over time: Associations with pain experience and psychological well-being. *J Behav Med* 2015, 38: 384–96.
64. Psarra E, Kleftaras G. Adaptation to physical disabilities: The role of meaning in life and depression. *The European Journal of Counseling Psychology* 2013, 2(1): 79-99.
65. Özkan F, Zincir H, Seviğ EÜ. Birden fazla kronik hastalığı olan bir çocuğa Orem öz bakım yetersizliği teorisine göre hemşirelik bakımı verilmesi: bir olgu sunumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014, 2(2): 71-9
66. Chen IH, Chi MJ. Effects of self-care behaviors on medical utilization of the elderly with chronic diseases - A representative sample study. *Arch Gerontol Geriatr* 2015, 60: 478–85.
67. Hardway DL. Self care deficit theory. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=jFMiCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Dorothea+Orem's+Theory+Of+Self+Care.&ots=iZ4eVh3bgP&sig=ctP7W6F3IJSzTJcgAe8VH97akFE&redir_esc=y#v=onepage&q=Dorothea%20Orem%E2%80%99s%20Theory%20Of%20Self%20Care.&f=false 29 Ekim 2017.
68. Özalp GÖ, Beytut D, Karayağız Muslu G, Yardımcı F. Olgu sunumu: Orem'in öz bakım teorisine göre juvenil dermatomiyozitli hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 28(2): 123-33.
69. Kara B, Akbayrak N. Tip II diabetes mellitus hastalarının öz-bakım gücü ile metabolik kontrol düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004, 2: 15–21.

70. Qiao J, Shiu A. Diabetes self-efficacy and self-care behaviour of chinese patients living in Shanghai. *J Clin Nurs* 2004, 13: 771.
71. Kaya H, Acaro. Lu R. Omurilik yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık- bağımsızlık ve öz-bakım gücü üzerine etkisi. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2005, 15: 56-68.
72. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2013, 2(1): 15-21.
73. Abedi HA, Salimi S, Feizi A, Safari Vaghasloo S. Assessment of relationship between self-efficacy and self-care in COPD Patients. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2012, 10(1): 68-74.
74. Bentsen SB, Rokne B, Larsen TW, Henriksen AH, Wahl AK. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES), a validation and reliability Study. *Scand J Caring Sci* 2010, 24: 600-9.
75. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. second edition. norwalk, CT: *Appleton & Lange*, 1987.
76. Pender NJ. Murdaugh LC. Parsons AM. Health promotion in nursing practice. fifth edition. USA: *Prentice Hall* 2006, 51-7.
77. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of selfcare agency. *Res Nurs Health* 1979, 22: 25-34.
78. Nahcivan NÖ. Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. İ.U.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1994.
79. Nahcivan N. A Turkish language equivalence of the exercise of self- care agency scale. *West J Nurs Res* 2004, 26: 813-24.
80. Reker B, Gary T, Peacock EJ. The life attitude profile (lap): a multidimensional instrument for assesing attitudes toward life. *Can J Beh Sci* 1981, 13: 264-73.
81. Erci B. Meaning in life for patients with cancer: validation of the life attitude profile-revised scale. *J Adv Nurs* 2008, 62(6): 704-11.
82. Özkaptan BB. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylere öz-bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
83. Yu SH, Guo AM, Zhang XJ. Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Sci* 2014, 1(1): 53-7.

84. Carpenito-Moyet L.J, Erdemir F. (Ed). *Hemşirelik Tanıları*, 13. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2012.
85. Benzoa RP, Abascal-Boladoa B, Duloherya MM. Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Educ Couns* 2016, 99: 617–23.
86. Aylaz R, Erci B. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne ve diyalize bağlı enfeksiyonlardan korunmalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2010, 18(1): 40-6.
87. Kars Fertelli T, Tel H. Miyokard İnfarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007, 11(2): 57-61.
88. Çövener Ç, Ocağcı AF. Tip 1 Diyabet yönetimi: bir hemşirelik modeli örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10(1): 30-7.
89. Sevinç S. Pender'in sağlığı geliştirme modelinin miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde uygulanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2012.
90. Ersin F, Bahar Z. Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. *International Journal of Caring Sciences* 2017;10(1):421-32.
91. Karakurt P. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. *Int J Nurs Pract.* 2012;18(2): 170-9.
92. Akay B, Akyol AD. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin özbakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2014, 5(8): 75-88.
93. Kaya H, Acaroğlu R. Omurilik yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve öz-bakım gücü üzerine etkisi. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2005, 15(1): 56-68.
94. Fırat Kılıç H, Alpar Ş.E. The effect of group training implemented on hemodialysis patients for their stress management, psychosocial adjustment and self-care strength. *International Journal of Human Sciences* 2016; 13(1):754-67.
95. Yıldız E, Erci B. Effects of self-care model on blood pressure levels and self-care agency in patients with hypertension. *International Journal of Health Sciences March* 2016; 4(1): 69-75.

96. Aylaz R, Erci B. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(1): 81-90.
97. Vehling S, Kamphausen A, Oechsle K, Hroch S, Bokemeyer C, Mehnert A. The preference to discuss expected survival is associated with loss of meaning and purpose in terminally ill cancer patients. *J Palliat Med* 2015, 18(11): 970-6.
98. 98.Erci B, Özdemir S. Relationships between life attitude profile and symptoms experienced with treatment decision evaluation in patients with cancer. *Holist Nurs Pract* 2013, 27(2): 98-105.
99. 99.Hassankhani H, Soheili A, Hosseinpour I, Ziaei JE, Nahamin M. A Comparative Study on the Meaning in Life of Patients with Cancer and Their Family Members. *J Caring Sci* 2017, 6(4): 325–33.
100. 100.Bauer-Wu S, Farran CJ. Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. *J Holist Nurs* 2005, 23(2): 172-90.
101. 101.Kılıç D, Türkoğlu N, Adıbelli D, Armut S. Geriatrik yaş grubundaki kişilerin yaşam doyumu ve yaşam tutum profilleri arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016, 5(1): 1-8.
102. 102.Hooker SA, Masters KS, Park CL. A Meaningful life is a healthy life: a conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Rev Gen Psychol* 2018, 22(1): 11–24.

EKLER

EK 1. Özgeçmiş

Ad:	Fatma
Soyad:	KARASU
Doğum Yeri:	Pazarcık/Kahramanmaraş
Doğum Tarihi:	20.02.1984
Görev Yeri:	Kilis
Yabancı Dil:	İngilizce
e-posta Adresi:	fatmakarasu@kilis.edu.tr
Tarih	Eğitim
2007	Lisans: Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu
2011	Yüksek Lisans: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
2019	Doktora: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İş Tecrübesi	
2007 – 2008	Başkent Üniversite Hastanesi / Hemşire
2008 – 2014	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi / Hemşire
2014 – 2015	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Öğretim Görevlisi
2016 – Halen	Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Öğretim Görevlisi

EK 2. Tanıtıcı Anket Formu

Sayın katılımcı; sağlığı geliştirme modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve özbakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Burada belirteceğiniz görüşler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve vereceğiniz bütün yanıtlar gizli tutulacaktır.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doktora öğrencisi
Fatma KARASU

1. KOAH evresi:

- a) 1. Evre b) 2. Evre c) 3. Evre d) 4. Evre

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

4. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar b) İlköğretim
c) Lise d) Üniversite

5. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

6. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

7. Mesleğiniz nedir?

- a) İşçi b) Memur c) Serbest meslek
d) İşsiz e) Diğer.....

8. Gelir düzeyiniz nedir?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır, hiç kullanmadım.
b) Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum.
c) Evet, halen kullanıyorum.

10. Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

EK 3. Özbakım Gücü Ölçeği

Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1	Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2	Kendimi beğeniyorum.					
3	Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4	Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5	Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6	Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7	Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8	Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9	Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10	Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11	Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12	Dengeli beslenirim.					
13	Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14	Sağlığuma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15	Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16	Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17	Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18	Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19	Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20	Kendimle dostum.					
21	Kendime iyi bakarım.					
22	Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23	Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24	Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25	Yaşam bir zevktir.					
26	Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27	Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28	Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29	Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30	Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31	Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32	Kendime bakmak için Bilgilenmeye çalışırım.					
33	Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34	Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35	Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK 4. Yaşam Tutum Profili Ölçeği

Bu anket sizin yaşamınızla ilgili duygu ve düşünceleriniz ifade edilmiştir. Her maddeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun kelimeyi işaretleyiniz.

KK- Kesinlikle Katılıyorum (7) **K-** Katılıyorum (6) **BK-** Biraz Katılıyorum (5)
KV-Karar Veremiyorum (4) **BKM-** Biraz Katılmıyorum (3) **KM-** Katılmıyorum (2)
KKM- Kesinlikle Katılmıyorum (1)

YAŞAM TUTUM PROFİLİ	KK	K	BK	KV	BKM	KM	KKM
Yaşamın Amacı							
1. Geçmişte yaşadıklarım hayatıma yön ve anlam verir.							
2. Hayatımla ilgili belirgin hedeflerim var.							
3. Memnuniyet verici bir yaşama amacımın olduğunu biliyorum.							
4. Genellikle olarak hayatımı istediğim gibi yaşıyorum.							
5. Hayatıma kendim yön veririm.							
6. Yaşamımla ilgili amaçlarıma ulaşırken tamamen tatmin olduğumu hissedirim.							
7. Hayatıma yön veren bir yaşama amacım var.							
8. Yaşamım şu anda ilgi çekici ve zevkli devam ediyor.							
Yaşamın Anlamı							
9. Hayatın anlamı açıkça içinde yaşadığımız dünyamızdır.							
10. Hayatıma yön veren amacımın ve güçlerimin farkındayım.							
11. Düşündüğüm zaman, var olmanın bir nedeni olduğuna inanırım.							
12. Yaşamımın anlamamı sağlayan bir düşünce yapısına sahibim.							
13. Hayatımın tüm yönleriyle belirsizlikler içinde olduğunu düşünürüm.							
14. Hayatın esas anlamını net olarak anlarım.							
15. Yaşamımda düzenli ve uyumluyumdur.							
Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk							
16. Hayatımı yönlendirme imkanımın var olması benim için çok önemlidir.							
17. Hayatımdaki başarıları çoğunlukla kendi çabalarımla elde ederim.							
18. Yaşamımla ilgili olan şeyleri kendim belirlerim.							
19. Seçim yapma özgürlüğümle ilgili olarak, hayatımdaki tüm seçimleri tamamen özgürce yapabileceğime inanırım.							
20. Hayatımda yapmak istediğim her şeyi yapabilirim.							
21. Yaşamım benim ellerimde ve onu ben yönlendiririm.							
22. Yaşamımla ilgili önemli olaylarda da kendi kararlarımı kendim veririm.							
23. Hayatımda yaptığım tercihlerin sorumluluğunu kabul ederim.							
Yaşamın Anlamını Araştırma							
24. Yeni ve farklı şeyler bana çekici gelir.							
25. Yaşadığım sıradan şeyleri değiştirmeyi severim.							
26. Maceraya ve keşfedilecek yeniliklere ihtiyacım olduğunu düşünürüm.							
27. Yaşamımdaki yeni bir değişiklik bana cazip gelir.							
28. Gelecekte güzel bir şeylerin olacağını umuyorum.							
29. Yaşamdan bugüne kadar aldığım kadar daha çok şey almaya istekliyim.							
30. Gelecekte yeni amaçlara ulaşmaya karar verdim.							

EK 5. Koah Semptom Değerlendirme Formu

KOAH Semptomları	Ev ziyaretleri			
	1.	2.	3.	4.
Dispne				
Öksürük				
Balgam çıkarma				
Hırıltılı solunum				
Göğüste sıkışma				
Hemoptizi				
Yorgunluk				
Çabuk yorulma				
Güçsüzlük				
Aktivite intoleransı				
Depresyon				
Anksiyete				
Uyku problemi				
Kas-iskelet sistemi bozuklukları				
İştahsızlık				
Enfeksiyon belirtileri				
Kilo kaybı				
Bacaklarda şişlik				
Hafıza kaybı				
Dikkat azalması				
Cinsel problemler				
Asit				
Diğer:.....				

EK 6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)

Araştırma, Kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve özbakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, sizinle aynı sorunları yaşayan KOAH'lı hastalara faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde size Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile ilgili bütün konularda eğitimler verilecek ve bu eğitimleri uygulamanız istenecektir. Ayrıca sizi tanımamızı sağlayacak tanıtıcı özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, Özbakım Gücü Ölçeği ve Yaşamın/Hayatın Anlamı Ölçeği formları doldurmanız istenmektedir. Tüm eğitim ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsmi saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmacı

Fatma KARASU

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EK 7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)

Araştırma, Kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve özbakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, sizinle aynı sorunları yaşayan KOAH'lı hastalara faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizi tanımamızı sağlayacak tanıtıcı özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, Özbakım Gücü Ölçeği ve Yaşamın/Hayatın Anlamı Ölçeği formları doldurmanız istenmektedir. Tüm eğitim ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmacı

Fatma KARASU

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

**EK 8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Belirlenen Sorunlara
Yönelik Hemşirelik Bakım Planları**

Hastanın Adı-Soyadı:

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<ul style="list-style-type: none">- Akut dispne / solunum çabasında artma- Etkin olmayan solunum- Aşırı ve yoğun sekresyon artışı- Ventilasyon perfüzyonun bozulması- Anksiyete-Sigara kullanımı-Mevsimsel hastalıklar (grip v.s.) <p>Nedenlerine bağlı olarak Gaz Değişiminde Bozulma</p>	<ul style="list-style-type: none">- Etkili bir solunum ve gaz değişiminde iyileşmenin sağlanması	<ul style="list-style-type: none">-Hastanın solunum sayısı ve şekli takip edilecek-Hastaya semi fowler ya da yan yatar pozisyonu verilecek-Ağız ve burun içerisinde oluşan sekresyonlar temizlenecek-Dispne sırasında hastanın yalnız bırakılmaması ve rahatlatılıp gevşemesi sağlanacak-Sakin bir ortam sağlanacak-Derin nefes alıp verme, öksürük egzersizleri öğretilecek ve yaptırılacak-Siyanoz açısından hastayı kontrol edilecek ve bu aile üyelerine öğretilecek-Oksijen desteği varsa hastanın alması sağlanacak-Grip gibi mevsimsel hastalıklardan korunma yolları hakkında bilgilendirilecek-Solunumun zorlaşması anksiyete, korku gibi durumunda aile üyelerine gerekenler hakkında bilgi verilecek
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Etkisiz öksürme ya da hiç öksürememe</p> <p>-Hava yolu sekresyonlarını çıkaramama / atamama</p> <p>-İmmobilite</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak</p> <p>Hava Yolu Temizlemede Etkisizlik</p>		<p>-Etkin öksürmek ve hava yolu temizliğinin sağlanması</p> <p>-Hava yolu açıklığının sürdürülmesi</p>	<p>-Derin nefes alıp verme egzersizleri öğretilecek ve yaptırılacak</p> <p>-Hastaya öksürük egzersizleri öğretilecek ve yaptırılacak</p> <p>-Hasta öksürmeye teşvik edilip cesaretlendirilecek</p> <p>-Egzersizler hastanın en rahat durumunda ve ağrısının olmadığı zaman yapılacak</p> <p>-Egzersizlerden sonra dinlenme periyodları oluşturulacak</p> <p>-Başka bir sağlık problemi yok ise günlük 2500-3000ml hidrasyon sağlanacak</p> <p>-Evde kaldığı odadaki nem oranı yeterli olması sağlanacak</p> <p>-İlaçlarını doğru kullanması sağlanacak</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Dispne -Yorgunluk -İştahsızlık -Aktivite azlığı ve enerji düzeyinde azalma -Sekresyon artışına bağlı değişen ağız hijyeni</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak</p> <p>Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az Beslenme</p>	<p>-Hastanın günlük olarak metabolik gereksinimlerine yönelik olarak besin almasının sağlanması</p>	<p>-Hastaya yeterli beslenmenin önemi anlatılacak -Hastanın her ev ziyaretinde kilosu ölçülecek -Hastanın protein, karbonhidrat, yağ ve vitamin olan temel besin grupları hakkında eğitim verilecek -Az ve sık sık beslenmesi ve yüksek proteinli ve kalorili yiyeceklerin tüketimi sağlanacak -Yemek yenen ortamın temiz, sakın ve havalandırılmış olması sağlanacak -Hastanın yemek öncesi en az 30 dk dinlenmesi sağlanacak ve yemekten bir saat önce ve bir saat sonra egzersizlerden sakınılacak -Hastanın yemekten önce ağızın çalkalanması ve dişlerin fırçalanması açısından bilgi verilecek -Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durması sağlanacak -Yemek sırasında şiddetli dispnesi varsa oksijen desteği sağlanacak</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-KOAHA -Dispne -Güçsüzlük -Yorgunluk</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Aktivite İntoleransı</p>		<p>-Hastanın aktivite düzeyinin ilerletilmesi</p>	<p>-Hastayla birlikte hangi aktivitelerin öncelikli olduğunu belirlenecek</p> <p>-Hastanın aktiviteye verdiği tepkileri izlenecek</p> <p>-Akut dönemde hastanın istirahat etmesi sağlanacak</p> <p>-Aktiviteler sırasında hastanın büzük dudak, diyafragmatik solunum tekniklerini kullanmasını öğretmek ve yaptırmak</p> <p>-Aktiviteyi yapması için hasta cesaretlendirilecek</p> <p>-Gerektiğinde aktivite sırasında oksijen desteğini sürdürmek</p> <p>-Eğer hasta uzun süre yatak istirahatinde ise günde en az iki kez ROM egzersizleri yaptırılacak</p> <p>-Aktiviteler için giderek artan aktivite planını hasta ile birlikte oluşturulacak</p> <p>-Hastanın aktivitenin devamlılığının önemi açıklanacak</p> <p>-Hastanın enerjisini koruma yöntemleri anlatılacak</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-İmmobilite -Beslenme değişikliği</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Bağırsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon</p>		<p>-Hastanın en az 2-3 günde bir bağırsak hareketlerinin olduğunu bildirmesi</p>	<p>-Hastanın posalı yiyecekleri tüketmesi sağlanacak (baklagiller, brokoli, havuç, tahıllı yiyecekler, kuru meyveler vb) -Yeterli miktarda hidrasyon sağlanacak (sakıncası yok ise 2000-3000 ml günlük) -Yeterli egzersiz yapması sağlanacak -Kahvaltıdan 30 dk önce ılık su içmesi sağlanacak -Boşaltım için düzenli bir zaman ayırması ve defekasyonu ertelememesi söylenecek -Gerektiğinde (dr. istemiyle) laksatif kullanımı sağlanacak</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Dispne -Öksürük -Çevresel uyaranlar -Kullandığı ilaçlar</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Uyku Örüntüsünde rahatsızlık</p>	<p>-Hastanın kendisini yeterli uyuduğunu ve dinlendiğini ifade etmesi</p>	<p>-Hastanın evde yattığı odanın yeterli havalandırılması, sessiz ve karanlık bir ortam olması gerektiği anlatılacak -Gün içerisinde yorucu olmayan egzersizlerin yapılması ve hastanın aktif tutulması sağlanacak -Relaksasyon teknikleri hakkında hasta bilgilendirilecek -Dinlenme saatlerinde hastanın rahatsız edilmemesi gerektiği aile üyelerine söylenecek -Gündüz uykuya eğilimin azaltılması sağlanacak -Her gün aynı saatte yatma alışkanlığı kazanması sağlanacak -Yatmadan önce uykusuzluğa neden olabilecek yiyecek ve içecekleri tüketmemesi söylenecek -Dispne nedeniyle uykusunun bölünmemesi için uygun pozisyon öğretilecek ve önemi anlatılacak.</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Uyku bozukluğu -Dispne -Beslenme bozukluğu -Doku oksijenlenmesinin azalması</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Yorgunluk</p>	<p>-Hastanın kendisini dinlenmiş olarak ifade etmesi ve aktivitelere katılımında artış olmasının sağlanması</p>	<p>-Yorgunluğun sıklığı ve ciddiyeti sorgulanacak -Yorgunluğu artıran aktiviteler değerlendirilecek ve hastanın yorgunluğa neden olan faktörleri ifade etmesini sağlamak -Hastanın yorgunluğa ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanacak -Hastanın yeteri kadar uyku ihtiyacı sağlanacak (evde rahatsız edici faktörler en aza indirilecek) -Yeteri kadar beslenmesi için teşvik edilecek -Aktiviteyi hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda planlanacak -Hava yolu açıklığı sağlanacak ve dispne kontrol altında tutulacak -Fiziksel aktivite ve egzersiz yapması için hasta cesaretlendirilecek (dayanma gücünü geliştirmek için) -Enerjiyi koruma yöntemleri öğretilecek</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Sekresyon da artış -Ventilasyon ve gaz değişiminin bozulması -Beslenme değişikliği</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Enfeksiyon riski</p>	<p>-Hastanın enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini bilmesi ve enfeksiyondan korunmak için gerekli önlemleri almasının sağlanması</p>	<p>-Hastaya enfeksiyon belirtileri anlatılacak (ateş, solunum sıkıntısı, sekresyonda artış, öksürük, ateş, titreme, halsizlik, balgamda renk, koku, kıvam, yoğunluk değişikliği) ve enfeksiyon belirtileri kontrol altında tutulacak</p> <p>-Evin havalandırılması değerlendirilecek ve bu konunun önemi hastaya anlatılacak</p> <p>-Solunum ve öksürük egzersizleri, postural drenaj sekresyonları kolaylaştırdığından hasta ve ailesine öğretilecek ve uygulanacak</p> <p>-Yeter beslenmesi için teşvik edilecek</p> <p>-Hastanın başka bir sağlık problemi yok ise günlük hidrasyon sağlanacak</p> <p>-Hastaların ainfluenza ve pnomoniye karşı aşılınması için teşvik edilecek</p> <p>-Hatanın sigara ve hava kirliliğinden uzak durması için hasta ve ailesi bilgilendirilecek</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Yorgunluk hali -Hastalık süreci -Aktivite kısıtlılığı -Oksijene bağımlı olma</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Sosyal izolasyon</p>		<p>-Sosyal ilişkilerin devamlılığının sağlanması</p>	<p>-Sosyal izolasyon nedenlerini belirlenecek -Hastalık semptomları kontrol altında tutulacak -Hastanın duyu ve düşüncelerini ifade etmesine imkan sağlanacak -Hastanın sosyal etkileşimini geliştirmek için desteklenecek ve cesaretlendirilecek -Hastanın aile ve arkadaşları ile işbirliği yapılacak -Sosyal toplum gruplarına katılım için hasta yönlendirilecek -Anksiyete ve stres durumu minimum düzeyde tutulacak</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Yorgunluk -Dispne -Öksürük -Doku oksijenlenmesinin azalması</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Özbakım eksikliği sendromu</p>	<p>-Hastanın özbakım aktivitelerini olarak sağlanması</p> <p>özbakım bağımsız yapmasının</p>	<p>-Hastanın özbakım ile ilgili hangi alanlarda yetersiz olduğu belirlenecek</p> <p>-Hastanın özbakım aktivitesine katılabilmek için yeteneği değerlendirilecek</p> <p>-Özbakım eksikliği hakkındaki düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilecek</p> <p>-Kendi ile ilgili olaylara katılımı sağlanacak</p> <p>-Özbakımın karşılanması için evde uygun ortam hazırlanacak ve ev koşulları gözden geçirilecek ve gerekli önlemler alınacak</p> <p>-Kişisel hijyenin önemi ve banyoyu kolaylaştıracak önlemler konusunda hasta ve ailesine bilgi verilecek (banyodan sonra bornoz giymesi, havluyla kurulmak için zaman kaybetmemesi, tıraş olurken oturmayı tercih etmesi, banyoda nem rahatsız ediyorsa, banyo yaparken kapıyı açık bırakması gibi)</p> <p>-Yemek hazırlama, yemek yeme ve alış veriş yaparken pratik yöntemler hastaya anlatılacak (yemek pişirirken aspiratörü çalıştırması ve mutfağını etkin bir şekilde havalandırması aynı zamanda oturarak çalışması gibi)</p> <p>-Dar kıyafetlerden kaçınması, ortama uygun kıyafetler giymesi sağlanacak (önden düğmeli giyecekleri tercih etmesi, eğilmemek için bağciksız ayakkabıları tercih etmesi gibi)</p> <p>-Yardımla ya da yardımsız olarak tuvalete gitmesi için hasta cesaretlendirilecek</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Hastanın eğitim durumu -Hastaya yeterli bilginin verilmemesi</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Bilgi eksikliği</p>		<p>-Hastanın yeterli bilgilenmesinin sağlanması</p>	<p>-Hasta ve ailesinin KOAH ile ilgili bilgi düzeyi tespit edilecek</p> <p>-Hasta ve ailesinin KOAH ile ilgili eksik ve yanlış bilgileri belirlenecek</p> <p>-Hastaya eğitim verirken uygun ortam hazırlanacak</p> <p>-Hastaya hastalığı ile ilgili aralıklı olarak okuyabileceği yazılı kaynak (eğitim materyali) sağlanacak</p> <p>-Bir sonraki ev ziyaretinde hastanın bilgi düzeyi sorgulanacak ve eksikler tamamlanacak</p> <p>-eğitim konusu uygulama gerektiriyorsa demonstrasyon yöntemi ile hastaya öğretilcek</p> <p>-Eğitim konuları;</p> <p>-Hastalık bilgisi</p> <p>-KOAH'da tedavi</p> <p>-Oksijen kullanımı</p> <p>-Dispne kontrolü</p> <p>-Alevlenmelerde önlem</p> <p>-Beslenme</p> <p>-Egzersiz</p> <p>-Solunum ve öksürük egzersizleri vs.</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Yorgunluk -Dispne -Halsizlik -İlaç yan etkileri</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Cinsel örüntülerde etkisizlik</p>		<p>-Hastanın cinsel yaşama ilişkin sorunlarının ortadan kaldırılması</p>	<p>-Hastanın bu konudaki kaygılarını ifade etmesine fırsat sağlanacak -Bu konuda konuşmadan önce uygun ortam sağlanacak -Hastaya cinsel aktivitede fiziksel çabayı azaltan önerilerde bulunulacak (solunumun en iyi olduğu zamanda seksüel aktivitenin planlanması, aktivite esnasında büyük dudak solunumun yapılması, yemek ya da yorucu bir işten sonra seksüel aktiviteden kaçınılması, alışılmış pozisyonlar yerine yan yatma gibi daha az enerji gerektiren pozisyonların denenmesi yararlı olabilir) -Hastanın eşinden destek alınacak -Gerektiğinde konu ile ilgili uzmana yönlendirilecek</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI		AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Hastalığa bağlı ölüm korkusu</p> <p>-Dispne</p> <p>-Boğulma hissi</p> <p>-Hastalığa bağlı bilgi eksikliği</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak</p> <p>Anksiyete</p>		<p>-Hastanın psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta bir artma olduğunu ifade etmesinin sağlanması</p>	<p>-Hastanın kendisini ifade etmesi sağlanacak ve güven ortamı oluşturulacak</p> <p>-Hastaya destek olunacak</p> <p>-Aksiyete düzeyi belirlenecek</p> <p>-Yapılacak bakım ve tedavi konularında bilgilendirmeler yapılacak</p> <p>-İlaçlarını doğru ve düzenli kullanımı konusunda hasta bilgilendirilecek</p> <p>-Alevlenme dönemlerinde neler yapması gerektiği anlatılacak</p> <p>-Dispne yönetiminde hastaya</p> <p>-Solunum egzersizleri</p> <p>-Öksürük egzersizleri</p> <p>-Postural drenaj öğretilecek ve uygulatılacak</p>
Tarih			
1. Ev ziyareti			
2. Ev ziyareti			
3. Ev ziyareti			
4. Ev ziyareti			

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Günlük sıvı ihtiyacının alınmaması -Sıvı kaybı durumları (anksiyete, terleme, sıcak ortam) -Dispne -Beslenme düzeyinde azalma</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak Sıvı volüm eksikliği</p>	<p>-Sıvı volüm eksikliğinin giderilmesi</p>	<p>-Hastaya yeterli sıvı alınımının ve hidrasyonun sürdürülmesinin önemi açıklanacak -Sıvı volüm eksikliği bulguları takip edilecek (dudaklarda kuruluk, ciltte kuruluk, idrar miktarında azalma v.s.) -Cildin durumu nemliliği, sıcaklığı açısından değerlendirilecek -Oral mukoza değerlendirilecek -Hasta için bir sakıncası yok ise günlük en az 2 litre sıvı alması sağlanacak -Hasta oksijen alıyorsa nemlendirilerek alması sağlanacak -Kahve, çay vs. içeceklerin diüretik etkisi nedeniyle sıvı kaybına daha fazla neden olacaklarından gün içerisinde kısıtlama yapılması sağlanacak -Sekresyonun kolay atılıp atılmadığı değerlendirilecek -Aldığı çıkardığı takibi ve kilo kontrolü yapılacak</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Tedavi amacıyla kortikosteroid kullanımı</p> <p>-Gereksinimden fazla sıvı alama</p> <p>-Böbrek fonksiyon bozukluğu</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak</p> <p>Sıvı volüm fazlalığı</p>	<p>-Vücut sıvı volümünün normal sınırlar içinde sürdürülmesinin sağlanması</p>	<p>-Hastada oluşan sıvı volüm fazlalığı nedenleri sorgulanacak ve bilgilendirilecek</p> <p>-Günlük kilo takibi yapılması sağlanacak</p> <p>-Sıvı volüm fazlalığı bulguları takip edilecek (karın şişliği, bacaklarda ödem, boyun venlerinde dolgunluk, nefes darlığı)</p> <p>-Yaşam bulguları takip edilecek</p> <p>-Yeterli protein alınımı sağlanacak</p> <p>-Solunum sesleri değerlendirilecek</p> <p>-Dispnesi varsa oturur pozisyonu verilecek</p> <p>-Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve kilo takibi yapılacaktır</p> <p>-Eğer dönem varsa ödemin derecesi değerlendirilecek</p> <p>-Ödem olan bölge travmalardan korunacak</p> <p>-Deri bütünlüğü korunacak</p> <p>Olduğu kadar tuzsuz yiyecekler alması sağlanacak</p> <p>-Bacaklarda oluşan ödemi azaltmak için bacaklar eleve edilecek</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
<p>-Hastaya zarar veren uyarıcıların olması</p> <p>-Dispne</p> <p>-Ansiyete</p> <p>-Uyku örüntüsünde bozulma</p> <p>-Göğüste ağrı</p> <p>Nedenlerine bağlı olarak</p> <p>Rahatta değişim</p>	<p>-Hastanın rahattında pozitif yönde değişim olduğunu ifade etmesi</p>	<p>- Eğer hastanın ağrısı var ise şiddetini, yerini, tipini, ağrıyı azaltan ve artıran durumları belirlenecek</p> <p>-Ağrının nedeni sorgulanacak ve nedene yönelik girişimler planlanacak</p> <p>-Hastanın rahatsızlık duyduğu konular belirlenecek ve bunlara yönelik değişiklikler yapılacak (ortam değiştirme gibi)</p> <p>-Hastanın kendisini ifade etmesi ve duygularını dile getirmesine fırsat verilecek</p> <p>-Hastanın bu dönemde beslenme ve uyku düzeyinde değişiklikler olabileceği durumuna karşı hasta izlenecek</p> <p>-Hastaya diyetine uygulanması sağlanacak</p> <p>-Uygun aktivite yaptırılacak</p> <p>-Hastanın dinlenme düzeyini korumak için uyku saatleri düzenlenecek</p> <p>-Hasta sevdiği aile bireyleri ya da arkadaşları ile zaman geçirmesi sağlanacak</p> <p>Hastanın anksiyetesi ve stresi mümkün olduğu kadar minimum düzeyde tutulacak</p>
Tarih		
1. Ev ziyareti		
2. Ev ziyareti		
3. Ev ziyareti		
4. Ev ziyareti		

**EK 9.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline
Göre Hazırlanan Hemşirelik Bakım Rehberi**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI İLE
YAŞAMAK**

**Pes Etme
Kendine İnan
KOAİ İle Mücadele Et
Yaşama Tutun!**

**Fatma KARASU
Danışman: Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

2019

KOAH Nedir?

KOAH'ın açılımı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" dır. **Kronik** ömür boyu devam eden demektir. **Obstrüktif** kısmen tıkanmış demektir. KOAH, bronşları ve akciğerleri ilgilendiren bir hastalıktır. Bu hastalıklar ilerleyici ve sürekli. Hastalık büyük oranda sigara dumanı ve diğer zararlı gaz ve parçacıklara bağlı olarak gelişen soluk yollarının mikrobik olmayan bir iltihabı sonucu oluşur. Bu iltihaplanma sonucu hava yolları daralır. Bu iltihapla mücadele etmede yetersiz kalan akciğerlerde giderek ilerleyen bir harabiyet oluşur. Hastalık erken dönemde saptanabilirse, risk faktörlerinden kaçınmak ve böylece hastalığın ilerlemesini durdurmak mümkün olabilecektir.

KOAH'ın Nedenleri Nelerdir?

Sigara: KOAH'a neden olan durumlardan en önemlisi “**SİGARA İÇMEK ve SİGARA DUMANINA MARUZ**” kalmaktır. Sigara dumanı, solunum yollarındaki hareketli tüylerinin hareketini azaltarak balgamın dışarı atılmasını zorlaştırmaktadır. Sigara içmediği halde sigara içilen ortamda bulunmaya pasif sigara içiciliği denir. Pasif sigara içiciliği de KOAH için bir risk faktörüdür.

Meslek Nedeniyle Toz, Duman ve Zararlı Gazlara Maruz Kalmak: KOAH riski yüksek olan meslekler arasında maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü ve odun/kağıt üretiminde çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği gelmektedir.

İç Hava Kirliliği: Hava kirliliği de sigaraya benzer etkiye sahiptir. Büyük şehirlerde otomobillerden kaynaklanan egzoz dumanına bağlı kirlilik solunum yollarını tahriş ederek solunum yolu enfeksiyonlarına neden olur. Ayrıca ısınma ya da yemek pişirme amacıyla çalı, çırpı ve tezek yakmak ve bunların dumanına maruz kalmak KOAH oluşmasına neden olabilir.

Cinsiyet: Büyük olasılıkla fazla sigara içimine bağlı olarak erkeklerde kadınlara oranla daha sıklıkla görülmektedir.

Sosyoekonomik Durum: Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayanlarda akciğer fonksiyonları daha düşük bulunmakta ve KOAH daha sıklıkla görülmektedir.

Beslenme: A, C, E vitamini eksikliği ve alkol kullanımı KOAH gelişiminde rol oynayabilmektedir.

Alfa-1 Antitripsin Eksikliği: Genetik olarak akciğer harabiyetini azaltan bir faktör olan alfa-1 antitripsin düzeyinin düşük olduğu kişilerde KOAH gelişebilir. Bu durum çok nadir görülür.

KOAH size bir başkasından bulaşmaz.

KOAH ALEVLENMESİ/ATAĞI NEDİR?

KOAH alevlenmesi “hastalığın doğal seyri sırasında, günlük olağan değişimlerin ötesinde, nefes darlığı, öksürük veya balgamdaki değişikliklerle karakterize olan, tedavide değişiklik gerektirecek kadar belirgin, akut olaylar” olarak tanımlanmaktadır. KOAH’a ait belirti ve bulguların alevlendiği/kötüleştigi bir durumu ifade eder. Atakların en sık ve en önemli nedeni enfeksiyonlardır. Diğer bir neden ise hava kirliliğidir.

KOAH’ı olan bireyler yılda yaklaşık olarak 1-4 kez atak yaşarlar. Ataklar daha çok kış aylarında olmakla beraber herhangi bir zamanda da olabilir. Sık alevlenme, nefes darlığını şiddetlendirerek KOAH’lı hastanın yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.

Ağır ataklar korkutucudur ve panik duygusunu beraberinde getirir. Ancak atakların çoğu hafif seyreder. Alevlenme tedavisi evde ya da hastanede yapılır. Hafif ataklar evde tedavi ile kontrol altına alınırken ağır atakların hastanede tedavisi gerekir. KOAH alevlenmesi, KOAH’lı hastaların acil servise başvuru nedenlerinden birisidir. Nefes darlığı uyumanıza ve sırt üstü yatmanıza engel oluyorsa, morarıyorsanız, bacaklarınız şişmişse, kalp hastalığınız, ciddi böbrek hastalığınız ve şeker hastalığınız varsa atakların hastanede tedavi edilmesi gerekir.

1. DENEYİM VE KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Sizin bireysel özellikleriniz olan biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörlerinizdir. Benzer ya da aynı davranışın geçmişte yapma sıklığınızı açıklar. Önceki davranışlarınızın doğrudan ve dolaylı etkileri sağlığı geliştiren davranışlarınız üzerinde çok etkilidir. Önceki davranışınızın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışınızın sonucunu etkilemektedir.

Daha önce sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

Egzersiz yaptınız mı?

Sağlığınıza nasıl algılıyorsunuz?

Bu deneyimlerden
ne öğrendiniz?

2. DAVRANIŞA ÖZGÜ ALGILAR

2.1. Algılanan Yararlar

Sizin kazanmanız gereken sağlık davranışlarınızın, sağlığınıza üzerinde olumlu etkilerine inanırsanız bu sağlık davranışlarına başlamanıza ve sürdürmenize kolaylıkla karar verebilirsiniz.

Sigarayı Bırakmanız Size Ne Kazandırır?

- Solunum fonksiyonlarındaki kayıp yavaşlar.
- KOAH'ın ilerlemesini engellersiniz.
- Nefes darlığınız azalır.
- Balgam miktarınız azalır.
- Daha az öksüreceksiniz.
- Akciğer kanseri olma riskiniz her geçen gün azalır.
- İyileşmeniz hızlanır.
- Kendinizi daha iyi hissedeceksiniz.
- Daha güçlü olacaksınız ve daha rahat gezebileceksiniz.
- Daha rahat uyursunuz.
- Yiyeceklerden daha çok tat alırsınız.
- Cebinizde daha çok para kalır.
- Daha güzel kokarsınız.
- ÇOK DAHA DİNÇ, SAĞLIKLI ve GENÇ hissedersiniz.

**GEÇMİŞTE SİGARAYI BIRAKTIĞINIZDA
SAĞLIĞINIZ DA OLUMLU YÖNDE OLAN
DEĞİŞİKLİKLERİ DÜŞÜNÜN!!!**



**ASLA BİR SİGARADAN NE OLUR DÜŞÜNCESİNE KAPILMAYIN.
YENİDEN SİGARA İÇMEYE BAŞLARSANIZ, VAZGEÇMEYİN.
YENİDEN BIRAKMAYI DENEYİN. TAM OLARAK BIRAKANA KADAR,
BAZI İNSANLAR PEK ÇOK KERE BIRAKMAYI DENER.**

KOAH İlaçlarınızı Doğru Şekilde Kullanmanız Size Ne Kazandırır?

- Hastalığınızın ilerlemesi yavaşlar.
- Hastalık belirtilerinizin sıklığında ve şiddetinde azalma olur.
- Sık sık olan alevlenmeleriniz azalır.
- Hastaneye yatışlarınız azalır.
- Daha rahat nefes alırsınız
- Nefes darlığınız azalır.
- Daha az öksürürsünüz.
- İyileşmeniz hızlanır.
- Balgamınızı atmanız kolaylaştırır.
- Egzersiz yapmanızı sağlar.
- Yaşam kalitenizi artırır.
- Yaşam süreniz uzar.
- Sizi rahatlatır.
- Kendinizi daha iyi hissedersiniz.
- Sevdiklerinizle kaliteli zaman geçirirsiniz.
- Sosyal hayatınızdan uzaklaşmazsınız.
- İşinize devam edebilirsiniz.

İlaçların inhalasyonla, yani solunum yoluyla 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.



Ağız açılır

Yerleştirilir

Kapatılır

İNHALER CİHAZLARIN DOĞRU BİR ŞEKİLDE KULLANIMINI ÖĞRENMENİZ ÖNEMLİDİR. İLAÇLAR ANCAK DOĞRU BİR ŞEKİLDE KULLANILDIĞINDA, AKCİĞERE DOĞRU MİKTARDA İLAÇ ULAŞIR.

Pulmoner Rehabilitasyon Programına Katılmak ve Derin Solunum-Öksürme Egzersizleri Yapmak Size Ne Kazandırır?

- Egzersiz kapasitenizi artırır.
- Solunum problemlerinizi kaynaklanan yakınmalarınızı ve gelişebilecek olumsuzlukları önler ve azaltır.
- Akciğer kapasitenizi artırır.
- Hastalığınızın ilerlemesini engeller.
- Nefes darlığınızı azaltır.
- Solunum kaslarınız güçlenir.
- Kalbin çalışmasını iyileştirir.
- Yaşam kaliteniz iyileşir.
- Hastane yatışlarınızı ve hastanede kalış süresinizi azaltır.
- Hastalığınız ile ilgili endişe ve korkularınız ile başa çıkmanıza yardımcı olur.
- Alevlenme sonrası iyileşme sürecinizi hızlandırır.
- Kas gücünüzü ve dayanıklılığınızı artırır.
- Günlük yaşam aktivitelerinizi yapabilir hale gelmenizde yardımcı olur.
- KOAH ataklarınızı azaltır.
- Solunum yollarınızdaki balgamın rahatlıkla atılmasını sağlar.
- Hastane başvurularınızı ve hastaneye yatışlarınızı azaltır.

- Kas ve eklemlerinizin hareketliliğini korur.
- Kas ve eklemler daha iyi hareket eder.
- Kas kuvvetini, kas dayanıklılığınızı ve direncinizi artırır.
- Kas dayanıklılığını ve direncini artırdığı için daha uzun mesafeler yürüye bilirsiniz.
- Daha güçlü, pozitif ve enerjik hissedersiniz.
- Gevşemenizi sağlar.
- Kilonuzun dengede tutulmasına yardımcı olur.
- Yeni arkadaşlar edinmenizi sağlar.
- Daha az ağrı hissedersiniz.

Pulmoner Rehabilitasyon

Uzun süreli solunum hastalığı olanlar için uygulanan bir programdır. Uzun süreli akciğer, solunum probleminiz olduğunda, nefes darlığı hissetmeksizin hareket etmeniz veya normal günlük aktivitelerinizi yapmanız güçleşir. Çok kolay yorulduğunuz ve sıklıkla tükendiğinizi hissedersiniz.

Pulmoner rehabilitasyon nefes darlığınızla başa çıkabilmeyi, aynı zamanda daha güçlü ve sağlıklı hissetmenizi sağlar. Nefessizlik hissi çok korkutucu olabilir; bu da nefes darlığının kötüleşmesine neden olabilir. Bunu önlemek için birçok kişi daha az hareket eder. Oysa bu çözüm değildir. Hareketliliğin kısıtlanması sizi güçsüz, yorgun ve daha fazla nefes darlığı ile karşı karşıya bırakır. Pulmoner rehabilitasyon bu kısır döngünün kırılmasında size yardımcı olacaktır.

Pulmoner rehabilitasyon programları; hastanede yatarak, ayakta ya da evde uygulanabilen, ilgili merkezlerin özelliklerine göre süre ve içeriği değişebilen programlardır.

Pulmoner rehabilitasyon programları bir takım işidir. Konusunda eğitimli deneyimli uzman doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler ve psikologlardan oluşan bir ekip programınız süresince ve bitiminde takiplerinizde sizinle birlikte olarak hastalığınızla başa çıkabilmeniz ve durumunuzu en iyi nasıl yönetebileceğiniz konusunda destek olur. Her bireyin kendi ihtiyaçları dikkate alınarak kişiye özel programlar oluşturulur.

Pulmoner Rehabilitasyon programlarından en fazla faydalananlar katılım için istekli olanlardır. KENDİNİZE BİR ŞANS TANIYIN!

Solunum egzersizleri, solunum yollarındaki balgamın rahatlıkla atılmasını ve

akciğer kapasitesinin arttırılmasını sağlayarak nefes darlığı hissinizi azaltacak ve daha rahat hareket etmenize katkıda bulunacaktır.

Nefes alırken sakin ve yavaş nefes almaya çalışın, bir iş yaparken mutlaka dinlenin. Nefes verirken ise nefes verme sesinizi dinleyin, daha az güç harcama yoluna gidin ve nefes verirken çıkan sesi azaltmaya çalışın. Bunun yanı sıra nefes darlığınızı azaltmak için solunum egzersizleri yapmalısınız. Solunum egzersizlerinden birisi büyük dudak, diğeri ise diyafragmatik solunum egzersizidir (karın solunumu).

Büyük dudak solunum egzersizinde;



- Eğer mümkünse dik oturun ya da başınız yüksekte olacak şekilde sırt üstü yatabilirsiniz, omuzlarınızı ve göğsünüzün üst kısmını gevşek bırakın.
- Ellerinizi kaburgaların en alt kısmına, karnınızın hemen üstüne yerleştirin.
- Ağızınızı kapatarak burnunuzdan olabildiğinde derin bir nefes alın ve aldığınız havayı dışarı bırakmadan içinizden 1-2-3 şeklinde sayın.
- Daha sonra dudaklarınızı ıslık çalar gibi büzerek ellerinizle kaburgalar altına yavaşça bası uygulayarak havayı dışarıya yavaş yavaş üfleyin. Nefesinizi verirken kendinizi zorlamayın, sadece havanın dışarıya yavaş ve daha uzun sürede çıkmasını sağlayın.

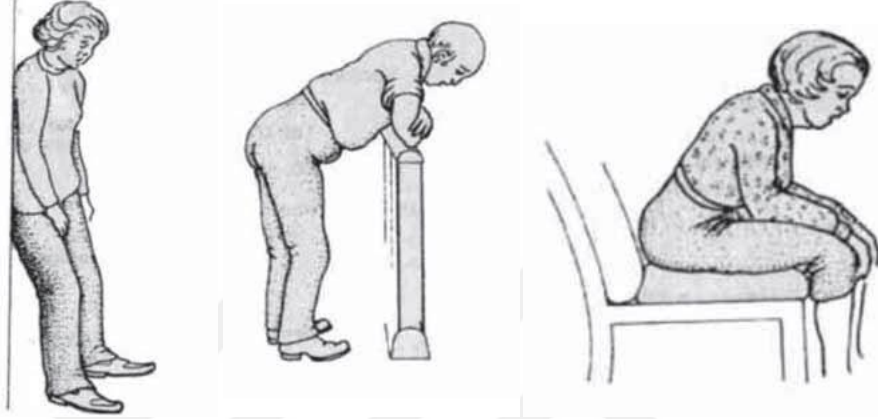
Diyafragmatik solunum egzersizinde;

- Karın solunumu olarak da adlandırılan bu egzersizde sırt üstü düz yatar pozisyonda ya da yarı oturur pozisyonda olunuz.
- Bir elinizi göğsünüze, diğeri elinizi karnınızın üstüne koyunuz.
- Burnunuzdan olabildiğince fazla miktarda havayı içinize çekmeye çalışarak yavaşça nefes alırken karnınızın yavaşça yükseldiğini hissediniz. Havayı içinize çektikten sonra içinizden 1-2-3 şeklinde sayınız.

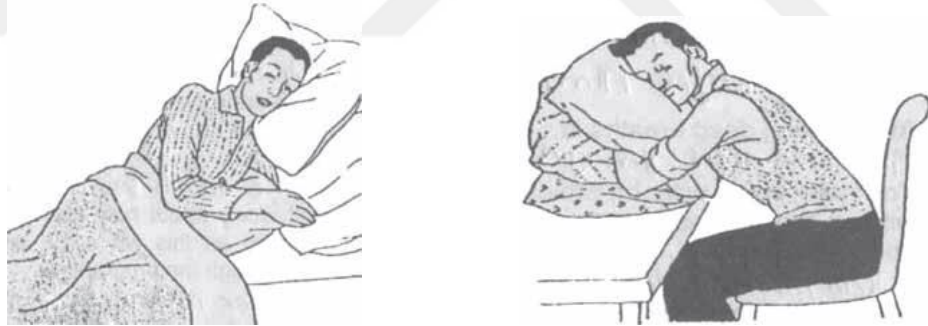
- Daha sonra dudaklarınızı büzerek yavaşça havayı dışarı atarken karın üzerindeki elinizle yavaşça baskı yapınız. Bunun için karın üzerine ince bir yastık ya da havlu ile bastırabilirsiniz.

Bu solunum egzersizleri günde 3-4 kez tekrarlanmalı ve her seferinde 8-10 kez yapılmalıdır.

Nefes darlığınız çok belirgin olduğunda nefes darlığını azaltan pozisyonları kullanın.



Eğer daha fazla nefes darlığınız varsa ve devam ediyorsa, biraz daha desteklemek gerekebilir. Örnekler:



Etkin öksürme; KOAH'lı hastalarda oldukça önemlidir. Solunum yollarında artan balgamın atılabilmesi için etkin öksürme gereklidir. Etkin öksürmeyi özellikle karın solunum egzersizi eşliğinde yapabilirsiniz. Öncelikle derin bir karın solunumu yaptıktan sonra öne doğru hafifçe eğilerek nefes verirken 3-4 defa kuvvetlice öksürünüz. Bu sırada kuvvetli öksürmek için bir yerden tutunarak destek alabilirsiniz. Etkili öksürmenin amacı, enerji tüketimini azaltarak inatçı öksürüğe bağlı yorgunluğu azaltmak, solunum yollarını tıkayan balgamın atılımını kolaylaştırmaktır.

Yerçekiminin balgam akışına yardım ettiği pozisyonları alarak hava yollarınızı sekresyonlardan temizleyebilirsiniz. Her iki tarafınıza da yan yatarak ve aynı zamanda solunum egzersizlerini yaparak balgamınızı hareketlendirebilirsiniz. Sekresyonlar üst kısımdaki hava oluna ulaştığı zaman derin bir nefes alışı sonrası kuvvetli nefes vererek atılabilir. 1-2 defa bu şekilde yaparak üst hava yollarınızı temizleyebilirsiniz.

Egzersiz

Yürüyüş egzersizleri, bacak kaslarını güçlendirerek solunum ve dolaşım sistemi fonksiyonlarını geliştirir. Yürüyüşler düz zemin üzerine, başlangıçta kısa mesafeli olarak planlanmalı, yürüyüş süresi yavaş yavaş arttırılmalıdır. Hastalar kısa etkili nefes açıcı ilaçlarını yanında bulundurmalıdır.



En basit ve en önemli egzersiz düzenli yürüyüş yapmaktır.

Yürüyüş programı yürüme mesafesi ve süresini arttıracak şekilde düzenlenir;
Günde 5 dakika yürüyebiliyorsanız günde en az 2 kez, yapabiliyorsanız 3 kez,
Günde 5-10 dakika arasında yürüyebiliyorsanız günde 2 kez,
Günde 10-15 dakika arasında yürüyebiliyorsanız en az günde 1 kez,
Günde 15-20 dakika arasında yürüyebiliyorsanız günde 1 kez yürümeniz önerilir.

Şu durumlarda ise egzersizi sonlandırmanız önemlidir;

Göğsünüzde gittikçe artan baskı ve ağrı hissi olursa,

Baş dönmesi ve mide bulantısı olursa,

Soğuk soğuk terlerseniz,

Soluk alıp verirken hırıltınızda bir atış olursa,

Çok yorgun hissederseniz,

Kas ve eklemlerde aşırı ağrı ve gerginlik olursa.

Günlük Yaşam, Aktivite/Hareketlilik Durumunuzu Düzenleyin

KOAH nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama korkusuyla hareketlerinizde sınırlama yapmanız, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinizde bozulmaya neden olmaktadır. Aktivite planlaması yapmanız, enerjinizi koruyarak günlük yaşam aktivitelerinizi sürdürmeniz gerekmektedir. Böylece kendinizi yeterli hissetmenize ve fizik kapasitenizi korumanıza destek sağlanacaktır.

- Kendinizi en iyi hissettiğiniz anda dışarı çıkın veya ziyarete gidin,
- Yemek yedikten sonra dinlenin,
- Nefes alabileceğiniz bol elbiseler giyin. Giymesi kolay elbiseler ve ayakkabılar kullanın,
- İşleri yavaş yavaş, oturarak ve dinlenerek yapın,
- Evde hayatı mümkün olduğunca kolaylaştırın.
- Yemek pişirmek, temizlik yapmak ve diğer günlük işleri yapmak için çok basit yollar bulun,
- Mutfakta, banyoda ve uyuduğunuz yerde, ihtiyacınız olan şeyleri kolayca ulaşabileceğiniz tek bir yere koyun,
- Düzenli olarak yürüyüş ve egzersiz yapın,
- Günün yoğun saatlerinde alışverişe çıkmayın. Merdiveni çok olmayan yerlere gidin,
- Doktorun ve size yardım edebilecek kişilerin telefonlarını yanınıza alın,
- Kendinizi iyi hissetmiyorsanız, ilaçlarınızı da yanınıza alın,
- Uzağa gidekseniz ya da bir günden fazla süren yolculuk yaparsanız, probleminiz olduğunda yanınızda bulunması gerekenleri doktora sorun.

Doğru ve İyi Beslenmek Size Ne Kazandırır?

- Vücut enerjiniz artar.
- Kendinizi daha dinç hissedersiniz.
- Solunum kaslarınız güçlenir.
- Egzersiz yapabilirsiniz.
- Bağırsak hareketlerinizi yavaşlamaz.
- Yeterli sıvı alırsanız (başka bir engel yok ise) balgamınızı daha kolay atarsınız.
- İdeal kiloda iseniz zayıflamaz ve kilonuzu korursunuz.

Dengeli Beslenme ve Yeterli Sıvı Alınımı için;



- Az ve sık sık beslenmeye özen gösterin. Bir öğünde aldığınız besin miktarının çok fazla olması mideniz akciğerlerinizin hemen altında yer aldığından soluk alıp vermenizi zorlaştıracaktır.
- Dispneyi (nefes darlığınızı) azaltmak ve enerji korumak için yemekten önce en az 30 dakika dinlenin ve kolay hazırlanan yiyecekler seçin.
- Yemekten 1 saat önce ve 1 saat sonra egzersiz ve tedavi aktivitelerinden sakının.
- Yemek yerken nefesiniz daralıyorsa, yavaş yiyin.
- Yemek yerken daha az konuşun.
- Çiğneme gerektiren yiyeceklerden sakının ve bu tür yiyecekler püre halinde hazırlayın.
- Çabuk doydüğünüzü hissediyorsanız, daha az ama daha sık yiyin.
- Kilolu iseniz, kilo verin. Eğer kilolu iseniz, nefes alıp vermek ve gezinmek daha zordur.
- Eğer çok zayıfsanız, kilo almak ve sağlıklı kalmak için ek gıdalar ve içecekler alın.
- Tüm besin gruplarını diyetisyeninizin önerdiği miktarda tüketin.
- Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ya da sıvı alımı kısıtlamasına sebep olacak başka bir hastalığınız yoksa günlük en az 2 litre su tüketin.
- Gaz yapıcı ve yağlı yiyeceklerden kaçının.
- Yüksek karbonhidratlı besinler (şeker, şekerli, nişastalı ve unlu besinler) nefes darlığını arttırabileceğinden bu besinleri çok az tüketin.

Solunum Yolu Enfeksiyonlarından Korunmak ve Düzenli Sağlık Kontrolleri Yapmak Size Ne Kazandırır?

- KOAH nedeniyle yaşanan sıkıntılarınız azalır.
- Nefes darlığı ataklarınız sıklaşmaz.
- Hastaneye başvurularınız azalır.
- Hastalığınızın ilerlemesini yavaşlatır.
- Beslenmenizde değişiklik olmaz.
- Vücut direnciniz ve enerjiniz azalmaz.
- Egzersizlerinizi aksatmazsınız.
- Düzenli kontroller hastalığınızın gidişini, ilaç tedavinize uyumu, tedavinin etkisi ve yan etkisi değerlendirilir.
- Hastalığınıza bağlı ek sorunların gelişip gelişmediği değerlendirilir.
- Gelişebilecek solunum yolu enfeksiyonları erken dönemde saptanır ve tedavisine erken dönemde başlanır.

Solunum yolu enfeksiyonlarından korunmak için;

- Uzun süre kapalı, havasız ve kalabalık ortamlarda kalmayınız,
- Günlük sıvı ihtiyacınızı karşılayarak balgam atılımını kolaylaştırınız,
- Yeterli ve dengeli besleniniz,
- Düzenli olarak derin solunum ve öksürme egzersizlerini yapınız,
- Günlük aktivite ve hareketlilik durumunuzu düzenleyiniz,
- Nezle, grip ya da diğer solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle yakın temastan kaçınınız,
- Kesinlikle sigara içmeyiniz ve içilen ortamlarda bulunmayınız,
- Toz, duman, gazlar, hava kirliliği gibi enfeksiyonu kolaylaştıran faktörlerden uzak durunuz,
- Yıllık grip aşısı ve zatürre aşınızı yaptırınız,
- Solunum yolu enfeksiyon belirtilerini biliniz. Bunlar; boğaz ağrısı/yanma/ acıma hissi, öksürüğün artması, halsizlik ve yorgunluğun artması, balgamın miktarında artış, koyu ve yapışkan, iltihaplı olması, balgamın renk ve kokusunun değişmesi, yüksek ateş, nefes darlığı şikayetinin artması, solunumda hırıltı sesinin duyulması, KOAH ile ilgili nefes açıcı ilaçlarınızı düzenli kullanmanıza rağmen bu şikayetlerin devam etmesidir.
- Enfeksiyon belirtileri fark edildiğinde derhal sağlık kuruluşuna başvurunuz ve size verilen enfeksiyona yönelik tedaviyi düzenli kullanınız.



Doktorunuzun önerdiği sıklıklarda ve hastalığınıza bağlı sorunlarınız arttığında mutlaka doktorunuza başvurarak kontrollerinizi aksatmayınız.

Oksijen Tedavinizi Kullanmak Size Ne Kazandırır?

- Egzersiz toleransınız artar.
- Hastalığınızın ilerlemesini engeller.
- Daha kaliteli bir yaşamınız olur.
- Yaşam kaliteniz artar.
- Yaşam süreniz uzar.
- Daha rahat nefes alırsınız.
- Uyku kaliteniz artar.
- İyilik duygunuz artar.
- Hastaneye yatışlarınız azalır.
- Hastalık belirtilerinizin sıklığında ve şiddetinde azalma olur.
- Sevdiklerinizle daha kaliteli zaman geçirirsiniz.
- Ruhsal olarak kendinizi daha iyi hissedersiniz.

Oksijen Tedavisi;

İleri evredeki KOAH'lı bireylerde akciğerlerin yetersiz kalması solunum yetmezliği gelişimine neden olabilir. Solunum yetmezliğinde bedenin düzgün çalışması için gerekli olan oksijen sağlanamaz. Hastalığınız ilerlemişse ve akciğerleriniz vücudunuzun ihtiyaç duyduğu oksijeni sağlamakta yetersiz kalıyorsa sürekli nefes darlığı hissi, yorgunluk ve uyku hali, sabah baş ağrısı, gerginlik-huzursuzluk gibi şikayetleriniz olur. Hastalığınızın bu evresinde sürekli oksijen tedavisi almanız gerekebilir. Tanıyı kesinleştirmek için atardamardan kan örneği alınır ve kandaki oksijen miktarına bakılır.

Solunum yetmezliği tanısı alan ve bu cihazları kullanan kişiler yaklaşık üç ayda bir düzenli kontrole gelmelidir. Eğer tedaviye yeni başlanmış ise tedavinin birinci ayında kontrol gereklidir. Bunların dışında tedavi altında nefes darlığında artış olursa ve başka sıkıntılar yaşarsanız hemen göğüs hastalıkları uzmanınıza

başvurmanız gereklidir. Cihazların temini sosyal güvenceniz varsa kolaydır. Bu durumda göğüs hastalıkları doktorunuz solunum yetmezliği heyet raporu hazırlamalıdır. Raporla başvuru yapıldığında Sosyal Güvenlik Kurumu tüm cihazları karşılamaktadır. Cihazların bozulması durumunda da değişiklik yapılabilmektedir.



Oksijen Tedavisi alırken şunlara dikkat etmelisiniz;

Solunum Yetmezliği geliştiğinde, oksijen tedavisi günde en az 15-16 saat kullanıldığında etkindir. Uyurken kandaki oksijen miktarı düştüğünden özellikle geceleri oksijen tedavisine devam edilmelidir.

- Oksijen gazının yanıcı özelliği vardır, bu nedenle oksijen kaynaklarının yanında ateş yakmayınız ve sigara içmeyiniz! Ayrıca oksijen konsantratörü veya oksijen tüpü ocak, soba gibi yanıcı cihazların uzağında (en az 2 metre) tutulmalıdır.
- Tüm cihazlarda olduğu gibi kullanırken düzenli olarak ne kadar oksijen aldığınızı kontrol ediniz ve doktorunuzun önerdiği oksijen akış hızı dışına kesinlikle çıkmayınız.
- Oksijen konsantratörünüzü teslim alırken cihazın seri numarası, üretim tarihi, kodu, markası ve diğer özellikleri (sayaç saati vb.) açıkça belirten belgelerin olmasına dikkat ediniz.
- Tüm cihazların bozulma ihtimali vardır, bu sebeple konsantratörünüzün düzenli olarak bakımı yapılmalıdır. Cihazın temin edildiği medikal firmayı, kullanım süresi, filtre değişim tarihi, garantisi gibi özelliklerini, bakımının en son ne zaman yapıldığını öğreniniz ve muhakkak not ediniz.
- Kullanım esnasında nazal kanül ve nemlendiricilerin temiz tutulması gerekmektedir, kullanım sırasında kirlenme söz konusu olursa değiştirmeniz gerekir. Değişimin rahatça yapılabilmesi için malzemelerin en az birer yedeklerinin bulundurulması uygun olur.

Ataklarınızı Kontrol Altına Almak ve Stresten Uzak Durmak Size Ne Kazandırır?

- Hafif atakların evde tedavisini sağlar.
- Hastane başvuru ya da yatışlarınızı azaltır.
- Panik olmanızı engeller.
- Anksiyete, depresyon ya da stresinizi azaltır.
- Stresten uzak durmak hastalığınıza bağlı şikayetlerinizi azaltır.
- Daha az yorulursunuz.
- Nefes darlığı problemi daha az çekersiniz.
- Kendinizi daha rahat ve iyi hissedersiniz.

Ataklar için;

Ataklarda günlük ilaçlarınızın yetersiz kalır. En sık görülen atak nedeni infeksiyonlardır. KOAH'ı olan bireyler yılda yaklaşık olarak 1-4 kez atak yaşarlar.

Vücudunuzdaki bir infeksiyonun varlığını nasıl anlayacağınızı bilmeniz, bu infeksiyonların ilerlemesini önlemeniz açısından önemlidir. Bu belirtiler; balgam miktarında ve renginde değişiklik olması, daha şiddetli veya daha sık öksürme hissi, soğuk algınlığına ilişkin belirti-bulgular (burun akıntısı, boğaz ağrısı, titreme, ateş vb.), aktiviteyle veya dinlenme durumunda kısa kısa soluk almak, solunum sırasında hışırtı sesi duyulması, nefes darlığında artış olarak sıralanabilir. Balgam miktarında artış olması ve balgamın sarı, yeşil renge dönüşmesi antibiyotik başlanmasını gerektirir. Bunun için bu şikayetler geliştiğinde vakit kaybetmeden doktorunuza başvurun.

İlaçlarınızı düzenli olarak kullandığınız halde kendinizi iyi hissetmiyorsanız, nefes darlığı, morarma ve çarpıntınız varsa, hızlı etkili nefes açıcı inhaler ilaçlarınızın kullanım sıklığını artırmalısınız ve derhal hastaneye başvurmalısınız. Bu durumda evde oksijen tedavisi alıyorsanız atağın başlaması ile oksijeninizi sürekli (24 saat) takınız. Oksijen düzeyini birden bire çok üst seviyelerden açmak size zarar verebilir. Atağınızı kontrol altına almak için gerekli olan en uygun oksijen akım hızı acil servise ulaştığınızda doktorlar tarafından belirlenecektir.

Ataklar sırasında;

Oksijeni en üst seviyede açmayınız,
Uyku ilaçları ve rahatlatıcı ilaçlar almayınız,
Atağınız uzadıysa mutlaka hastaneye başvurunuz,
Kesinlikle sigara içmeyiniz,
Oksijen tedavisi alırken yakıcı maddelerden uzak durunuz.

Stres için;

Stres hastalığınıza bağlı şikayetlerinizi arttırabilir. Stres durumunda daha hızlı nefes alıp verdiğiniz için daha çok yorulursunuz ve nefes darlığı hissiniz daha da artabilir. Bu nedenle KOAH hastalarının stresten korunması gerekmektedir.

Kendinizi gergin hissettiğiniz zamanlarda hoşlandığınız aktiviteler yapmak, arkadaşlarınızla vakit geçirmek, rahatlatıcı bir müzik dinlemek ve yoga-meditasyon yapmak sizi rahatlatır. Yavaş ve derin nefes alarak dudaklarınızı büzerek soluk verin. Strese neden olan faktörlerden uzak durmaya çalışın. Gerekirse psikolojik destek alın.

KOAH'la Daha Rahat Yaşamak İçin Pratik Yöntemler

Banyoda

- Banyodan sonra bornoz giyin, havluyla kurulanmak için zaman kaybetmeyin.
- Tıraş olurken veya makyaj yaparken oturmayı tercih edin.
- Nem sizi rahatsız ediyorsa, banyo yaparken kapıyı açık bırakın.

Giyinirken

- Dar giysilerden kaçın. Önden düğmeli giyecekleri tercih edin.
- Eğilmemek için bağciksız ayakkabıları tercih edin.

Mutfakta

- Yemek pişirirken aspiratörü çalıştırın ve mutfağınızı etkin bir şekilde havalandırın.
- Oturarak çalışın.

Yatak Odasında

- İlaçlarınız yatağınızın baş ucunda olsun.
- KOAH cinsel hayatınızı etkileyebilir. Sorunlarınızı eşinizle konuşun. Cinsel ilişkiden önce ilacınızı almanız sizi rahatlatacaktır. Cinsel ilişki sırasında nefes darlığı hissetmeniz akciğerlerinize zararı yoktur.

Son olarak;

- İşlerinizi oturarak yapmaya çalışın.
- Eğilmekten, uzanmaktan kaçın.
- İşlerinizi önceden planlayın, acele etmeyin.
- Hareketleriniz yavaş ve kararlı olsun.
- Alışverişte el arabası kullanın.
- Merdiven çıkarken nefes alın, arkadaki ayağınızı öndekinin yanına getirirken nefesinizi verin.
- Eğilirken nefes verin, doğrulurken nefes alın.

2.2. Algılanan Engeller

Size önerilen sağlık davranışını yapmayı zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algılarınızdır.

KOAH'LA BAŞETMEDE İLAÇ VE İLAÇ DIŞI TEDAVİNİN ÖNÜNDEKİ ENGELLERİ NASIL AŞABİLİRSİNİZ?

Öncelikle stresten uzak durun!!!

Stresten uzak durmak için; hobi edinin, kurslara katılın, arkadaşlarınızla ya da sevdiklerinizle zaman geçirin, müzik dinleyin.

İlaçlarınızı doğru ve düzenli kullanmaya özen gösterin. İlaçların size bir faydası olmadığını düşünmeyin. Doktorunuzun önerdiği şekilde kullanın. İlaçlarınızı düzenli saatlerde almayı unutuyorsanız alarm kurabilirsiniz ya da eşiniz ya da çocuklarınız ilaç saatlerinizi kontrol edebilir.

Yürüyüş, kol ve bacak egzersizlerinin sizi yoracağını düşünüyor olabilirsiniz. Ancak sağlığınız için egzersiz yapmak önemlidir. Utanmadan çekinmeden önerilen egzersizlerinizi yapın. Egzersizlerinizi yalnız yapmak istemiyor musunuz? Eşinizle, çocuklarınızla hatta torunlarınızla yapabilirsiniz.

Beslenmenize olabildiğince dikkat edin. Düzenli ve iyi beslenmek sizi dirençli yapar ve enerjik hissedersiniz. Kendinizi iyi hissettiğinizde işinizi ve egzersizlerinizi yapmanız, sevdiklerinizle zaman geçirmeniz, arkadaşlarınızı görmeniz güçleşmez.

Oksijen tedavisi almaya başlayacaksanız, ekonomik açıdan korkmayın. Cihazlarınızın temini sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır.

Sigara içiyorsanız yaşıınız kaç olursa olsun mutlaka bırakın. Belli bir yaştan sonra sigarayı bıraksam ne olur ki düşüncesini kafanızdan çıkarın. Sigarayı bıraktığınızda sağlığınız üzerindeki faydasını göreceksiniz.

Olumsuz duydu ve düşünceleri aklınıza getirmeyin. Maddi ve manevi problemlerinizi sizi seven ve dinleyen biriyle paylaşın. Hastalığımız ile ilgili sağlık personellerine soru sormaktan çekinmeyin.

Günün yoğun saatlerinde alışverişe çıkmayın.
Merdiveni çok olmayan yerlere gidin.
İşleri yavaş yavaş, oturarak ve dinlenerek yapın.
Evde hayatı mümkün olduğunca kolaylaştırın.

Sevdiklerinizden destek isteyin.
İlaç ve ilaç dışı tedavinize sıkılmadan devam edin ve zaman ayırın.

2.3. Algılanan Öz-Etkililik

Öz-etkililik, sizin belli bir sağlık davranışını başarılı olarak yapmanıza ilişkin kendi öz yargınız ve inancınız olarak tanımlanır. Siz sağlığını bozan bir olayın çözümünde etkili olabileceğinize inanıyorsanız daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendinize daha fazla güvenebilirsiniz.



**KENDİNİZE İNANIN VE GÜVENİN.
KENDİNİZE İNANMAYI VE GÜVENMEYİ HİÇBİR
ZAMAN BIRAKMAYIN.
SİZ YAPABİLİRSİNİZ...**

Sigarayı bıraktığınızda,
İlaçlarınızı doğru ve düzenli kullandığınızda,
Solunum ve öksürük egzersizleri yaptığınızda,
Yeterli ve doğru beslendiğinizde,
Egzersiz yaptığınızda,
Enfeksiyonlardan korunduğunuzda,
Stresten uzak durduğunuzda,
Oksijen tedavinizi aldığınızda,
Düzenli olarak sağlık kontrollerinizi yaptırdığınızda
ŞİKÂyetlerinizin azalacağına İnanın...

Daha önce sigarayı bırakma deneyimleriniz olmuş olabilir,
Ya da egzersiz yapmamış olabilirsiniz,
Ya da derin solunum ve öksürük egzersizlerini bilmiyor olabilirsiniz,
Şuana kadar bir Pulmoner Rehabilitasyon Programına Katılmamış
olabilirsiniz

**BUNLARI SORUN ETMEYİN BAŞARILI OLACAĞINIZA
İNANIN VE YOLUNUZA DEVAM EDİN...**

HİÇ BİR ZAMAN VAZGEÇMEYİN, TEDAVİNİZE

DEVAMEDİN...

2.4. Kişilerarası Etkiler

Aktiviteye bağlı duygular: Pozitif ya da negatif duygularınızdan oluşur. Yapacağınız sağlık davranışa ilişkin sizde oluşan duygular, sizin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağını etkiler. *Kişilerarası etkiler:* Aile, akran, sağlık personeli gibi çevrenizdeki insanların, sizin sağlık davranışınıza ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Sizin yapacağınız sağlık davranışına ilişkin verilen destektir.

KOAH İLE YALNIZ BAŞ ETMEK İSTEMİYOR MUSUNUZ?

Yalnız yürüyüş yapmak istemiyorsanız eşiniz, çocuklarınız ya da torununuz ile birlikte yürüyüş yapın. Egzersizlerinizi eğlenceli hale getirin (ailenin bütün fertleriyle bacak ve kol egzersizleri yapabilir ya da müzik eşliğinde yapabilirsiniz).

Kendinizi mutlu hissettiğiniz gürültüden uzak yeşillik alanlarda yürüyebilirsiniz. Açık alanda yürüyüş yapmak size iyi gelebilir. Televizyon izlerken, müzik dinlerken egzersizlerinizi yapabilirsiniz. Solunum ve öksürük egzersizlerinizde size eşlik edecek birini bulun.

Kızınız/oğlunuzla/eşinizle hobi kurslarından birine gidin. Hobi edinmek size iyi gelebilir.

**SEVDİKLERİNİZDEN, AİLENİZDEN VE SAĞLIK
PERSONELLERİNDEN MUTLAKA
DESTEK ALIN.**

2.5. Durumsal Etkiler

Sizin içinde yaşadığınız çevre davranış oluşumunuzu etkilemektedir. Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmeniz için çevrenizle uyumlu yaşamanız, çevrenizi değiştirebilmeniz, isteklerinizi belirleyebilmeniz, tanıyabilmeniz ve doyum almanız gerekmektedir.

HASTALIĞINIZIN OLMASI, ESKİ RAHATINIZIN BOZULMASI VE BAZI YAŞANTILARDAN GERİ KALMANIZ SİZİ OLUMSUZ ETKİLEMESİN.

Sigarayı bırakmaya karar verdiyseniz, ailenize ve arkadaşlarınıza sigarayı bırakmayı deneyeceğinizi söyleyin. Evde sigara bulundurmamalarını söyleyin. Çevrenizdeki insanlara evden uzakta ya da dışarıda sigara içmelerini söyleyin.

Evinizi sık sık havalandırın.

Tozlu ve havası kirli yerlerden uzak durun.

Sosyal yaşantınızdan geri kaldığınızı düşünüyorsanız arkadaşlarınızla bir araya gelin. Onları ziyaret edin.

Çevrenizdekilerin hastalığınızla ilgili olumsuz söylemlerini dikkate almayın.

Yürüyüşlerinizi ya da egzersizlerinizi yaparken çevrenizden gelecek olumsuz tepkilere dikkat etmeyin. Sağlığınız için doğru olanı yapın.

KOAH'lı hastalarla bir araya gelin. Deneyimlerinizi onlarla paylaşın. Sevdiklerinizle bir araya gelin. Onları evinize çağırın sohbet edin.

HAYATA SIKI SIKI TUNUNUN!!!

3. DAVRANIŞ ÇIKTISI

Sağlık davranışını yapmayı önceden planlayıp planlamadığınızı ya da acil bir gereksiniminizin doğması, sağlık davranışın ortaya çıkmasını etkilediği vurgulanmıştır.

3.1. Hedef Belirleme

Sigara kullanıyorsanız sigarayı bırakmak için bir tarih belirleyin. İlaçlarınızın saatlerini düzenleyin. Ya da telefondan alarm kurabilirsiniz. Pulmoner rehabilitasyon merkezi araştırın ve girmek için çaba sarf edin. Evin havasını temiz tutun. Nefes alıp vermenizi zorlaştıran duman gibi şeylerden uzak durun.

Vücudunuzu dinç tutun. Yürüyün, düzenli egzersiz yapın ve sağlıklı gıdalar yiyin.

KOAH'ınız ağır ise, nefesinizden olabildiğince yararlanın.

3.2. Anlık Acil Taleplerin Karşılanması

Acil bir durum ortaya çıktığında motivasyonunuzu düşürmeyin. İhtiyacınızı karşılayın ve yolunuza devam edin.

Hastalığınızı hiçbir zaman geri planda tutmayın.

Önceliğiniz sağlığınızdır. Bunu unutmayın.

3.3. Tekrarlı Değerlendirme

KOAH ile baş etmede ilaç dışı tedavinizde sizi zorlayan ya da eksik yanlarını düşünerek oluşturduğunuz programı gözden geçirerek yenilikler yapabilirsiniz.

Sağlığı Geliştirme Davranışı

Sizin istediğiniz davranışı yapmanız ve yaşam biçimi haline getirmenizdir. İsteddiğiniz davranışı yapmanız ile sağlığınıza geliştirmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamış olursunuz.

KAYNAKLAR

1. Pulmoner Rehabilitasyon Cep Kitabı. Türk Toraks Derneği.
<https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/411201392554-Pulmoner-Rehabilitasyon-Cep-Kitabi.pdf> 12 Ocak 2018
2. Solunumsal Rehabilitasyon. Türk Toraks Derneği.
https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011195111-15_solunumsal_rehabilitasyon.pdf 10 Ocak 2018
3. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) ile Yaşam. Türk Toraks Derneği.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/koah/KOAH_Ile_Yasam_Kitapci.pdf 12 Ocak 2018
4. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH). Türk Toraks Derneği.
<https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/27102014101640-KOAH-2014-Hekim-Egitim-Seti-.pdf> 12 Ocak 2018
5. KOAH “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı”. Türk Toraks Derneği.
https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/51120189268-KOAH_Hasta_Egitim.pdf 30 Ocak 2018
6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. Türk Toraks Derneği. https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/6112015103911-Uzman_KOAH_TAMAM.pdf 22 Ocak 2018
7. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINA KARŞI KÜRESEL Girişim.
https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011192920-04_KOAH_2004_resimli_brosur.pdf 24 Ocak 2018

EK 10. Etik Kurul Karar Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünün değerlendirilmesi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	80	
KARAR BİLGİLERİ	FORMU	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>
	Karar No:2018 /80	Tarih: 06.06.2018
Yukarıda bilgileri verilen başvurularla ilgili belgeler araştırmanın çalışmanın gerekeceği amaç, yaklaşımları ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyelerinin tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ozlem ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muradive NAÇAK	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Birgül ÖZÇİRCİ	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KEŞKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Serkan GİRİGÖL	BIYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Eda Didem YALÇIN	AĞIZ DIŞI ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Günay KOZAN	KBB	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Emine Aybiken YILDIRIM	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	80

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Rukuye AYLAZ			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLİYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLİYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİVE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
Haç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMA YA KATILAN MERKEZLER	ETİK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜLÜK FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER	<input type="checkbox"/>				

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasını her almıldığı her sayfaya imza atmaktadır.

EK 11. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Fatma KARASU

Çalışma Adları:

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlık Geliştirme Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımında Yaşamın Anlamı ve Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi (Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Komisyon Kararı:

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dâhil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmaların belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Uzm. Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri
Hizmetleri Başkanı

ÜYE

Fatih İNANC
Personel ve Destek
Hizmetleri Başkanı

ÜYE


Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İlaç Tıbbi Cihaz ve Sağlık
Hizmetleri Başkanı

02 Ekim 2018
.../09/2018

OLUR

Uzm. Dr. Serdar SARIFAKI
İl Sağlık Müdürü

EK 12. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu


T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
KILIS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

KILIS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KILIS PERSONEL
HİZMETLERİ BİRLİĞİ
13/02/2018 16:01 - 35277066 - 799 - E.406
00064703754

Sayı : 35277066-799
Konu : Araştırma İzni Öğr.Gör.Fatma
KARASU

KILIS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 28/02/2018 tarihli ve 52446582-799-795 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden, söz konusu yazıda adı geçen Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğr. Gör. Fatma KARASU'nun isteğinin uygun görüldüğü yazı yazımız ekindedir. Adı geçene tebliğ edilerek gereğinin yapılması hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mehmet Metin DEMİR
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza
Aşlı ile aynıdır. 28/02/2018

Orhan KELLEKULA
V.H.K.I.

Kilis İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:
e-Posta: caner.saydam@saglik.gov.tr İnt.Adresi: caner.saydam@saglik.gov.tr

Bilgi için: Caner SAYDAM
Unvan: MEMUR
Telefon No: 03488221515

Evrakın elektronik imza suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fb6958e1-1774-469f-90cd-33fb7b2dce9f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.