

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINA ROY
ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sema SARIKAYA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Ortak Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

BALIKESİR-2019

**T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINA ROY
ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sema SARIKAYA

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Bursa Uludağ Üniversitesi - Üye

Dr. Öğretim Üyesi Berna AKAY
Bandırma 17 Eylül Üniversitesi - Üye

Dr. Öğretim Üyesi Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi – Üye

Dr. Öğretim Üyesi Pelin PALAS KARACA
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

BALIKESİR-2019



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

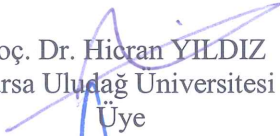
TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen
Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi”
başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10/12/2019

TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Bursa Uludağ Üniversitesi
Üye


Dr. Öğretim Üyesi Berna AKAY
Bandırma 17 Eylül Üniversitesi
Üye


Dr. Öğretim Üyesi Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye


Dr. Öğretim Üyesi Pelin PALAS
KARACA
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki ~~Doktora~~ / Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
.07/..02./2020 tarihinde teslim edilmiştir.


Prof. Dr. İZZET KARAHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 20/11/2019

Sema SARIKAYA



İTHAF

ALP TUĞRA, ATA KEMAL VE TUNA ARHAN İÇİN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden ve her zaman desteğini esirgemeyen, mutluluğumda ve sıkıntılarımda her koşulda ilgisini yanımda hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya,

Anlayışı ve bilgisi ile ihtiyaç duyduğum anda destek ve ilgisiyle yanımda olan Sayın Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a,

Veri toplama aşamasında imkan sağlayan Kütahya Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi yönetimi, dahiliye hekimleri ve hemşirelerine,

İstatistik aşamasında destek ve bilgisi ile yanımda olan Sayın Su ÖZGÜR'e,

Olumsuzluklar ve koşuşturmalı bir hayat içinde beni cesaretlendirip bu yolda yanımda olan Sayın İbrahim ERŞİL'e,

Yaşamımın her anında olduğu gibi destekleri ve sevgisi ile yanımda olan annem, babam ve kardeşime,

Birlikte geçireceğimiz vakitten çalıp derse gittiğim oğlum Alp Tuğra'ya, doğana kadar benimle derslerime eşlik edip son ana kadar bekleyerek destek olan oğlum Ata Kemal'e, tez hazırlamam gereken zamanda sürprizle gelerek hayatımızı renklendiren oğlum Tuna Arhan'a

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KOAH Tanımı, Patofizyolojisi.....	4
2.2. KOAH Epidemiyolojisi.....	5
2.3. KOAH Risk Faktörleri.....	5
2.4. KOAH Semptomları.....	7
2.5. Tanı Yöntemleri.....	9
2.6. Sınıflandırma.....	9
2.7. Tedavi.....	10
2.8. Hemşirelik Bakımı.....	11
2.9. KOAH'ta Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	12
2.10. Hemşirelikte Model Kullanımı.....	13
2.11. ROY Adaptasyon Modeli.....	13
2.10. Yaşam Kalitesi.....	16
2.11. Roy Adaptasyon Modeli ve Yaşam Kalitesi.....	17
2.12. Roy Adaptasyon Modeli ve KOAH.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu.....	21
3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu.....	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	23
3.6.1. Hemşirelik Girişimi.....	24

3.6.2. Araştırma Uygulama Şeması.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bulgulara Göre Tartışılması.....	40
5.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Grup İçi ve Gruplar Arası lek Skorlarına Göre Tartışılması.....	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR.....	46
EK-1. zgemiŐ.....	60
EK-2. Hasta Tanıtım Formu.....	61
EK-3. Türkçe Yaşam Kalitesi leği (SF 36).....	63
EK-4. KOAH Hasta Eğitim Kitapçığı.....	66
EK-5. Katılımcı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	91
EK-6. Etik Kurul Onayı.....	92
EK-7. Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	93
EK-8. Ölçek Kullanım İzni.....	94

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına ROY Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran, en az 6 aydır KOAH tanılı ve başka herhangi bir kronik hastalığı olmayan KOAH hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine Mayıs 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 89 KOAH hastası (45 deney, 44 kontrol) oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hasta tanıtım formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastalara ilk karşılaşmada hasta tanıtım formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanarak ön test tamamlanmıştır. Kontrol grubu hastalarına ön testi takiben üç aylık süre sonunda son test uygulanmıştır. Deney grubu hastalarına ise ön test sonrası araştırmacı tarafından Roy adaptasyon modeline göre hazırlanan 'KOAH Hasta Eğitim Kitapçığı' kullanılarak eğitim verilmiştir. Eğitimi takiben bir ay sonra deney grubu hastaları ile tekrar görüşülerek eğitim tekrarlanmış, hastaların soruları cevaplanmıştır. İkinci ayın sonunda ise tekrar görüşülerek eğitim pekiştirilmiştir. Üç ayın sonunda ise son test uygulanarak araştırma sonlandırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi, bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastalar sosyodemografik özelliklerine göre $p < 0,05$ anlamlılık düzeyine göre benzer dağılım göstermişlerdir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutuna göre gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında; deney grubu hastalarında son test ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgusu elde edilmiştir. Sonuç olarak KOAH lılara Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisinin olumlu olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, ROY adaptasyon modeli, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Education Given to Chronic Obstructive Pulmonary Patients According to Roy Adaptation Model on Quality of Life

The aim of this study was to determine the quality of life of chronic obstructive pulmonary patients according to Roy Adaptation Model.

The population of the study consists of COPD patients who has applied to Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu City Hospital internal medicine outpatient clinics, have been diagnosed with COPD for at least 6 months and have no other chronic diseases. The sample of the research is consisted of 89 patients (45=experimental and 44 control) who applied to Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu City Hospital internal medicine outpatients clinics between May 2017- May 2018 and met the inclusion criteria. Patient identification form and SF-36 quality of life scale werw used for data collection. In the first encounter, the patient idendification form and SF-36 quality of life scale were applied to the patients in the experimental and control groups and the pre-test was completed. The control group patients were post-tested after three months. After the pre-test, the experimental group patients were educated with ‘COPD Patient Eduction Booklet’ by the researcher according to The Roy adaptation model. One month later, the training was repeated with the experimental group patients and the questions were answered. At the end of second month, the training was re-discussed. At the end of three months, the last test was applied and research was terminated. Chi-square test, independent sample t test, Mann Whitney U test, Kruskall Wallis test were used in the analysis of the data. The patients in the experimental and control groups showed similar distribution according to their sociodemographic characteristics according to $p<0,05$ significance level. When the SF-36 quality of life scale was compared between the eighth sub-dimensions; it was found that the post-test means in the experimental group patients were statistically significant compared to the control group patients. As a result, it was found that the education given to the COPD patients according to Roy Adaptation Model had positive effect on quality of life.

Key Words: COPD, quality of life, ROY adaptation model.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
WHO : World Health Organization
RAM : ROY Adaptasyon Modeli
GOLD : KOAH Küresel Birleşimi (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
UHY-ME: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
HIV : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
FEV₁ :1. Saniyede Zorlu Ekspirasyon Volümü
FVC : Zorlu Vital Kapasite
TDK : Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. KOAH Klinik Seyri.....	8
Şekil 2.2. Roy Adaptasyon Modeli.....	16

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 8 alt boyutunun RAM uyum alanları ile ilişkisi	18
Tablo 3.1. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının hesaplanması.....	21
Tablo 3.2. SF-36 Alt boyutlarının puanlarının anlamları.....	22
Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklere göre dağılımı	29
Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklere göre dağılımı (devam).....	30
Tablo 4.2. Hastaların ailesel durumları ve yaşam alışkanlıklarına ilişkin özellikler..	32
Tablo 4.3. Hastaların düzenli doktor kontrolü ve ilaç kullanım durumları.....	33
Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarına göre grup içi ön test-son test ölçek skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.5. Deney ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ön test-son test ölçek skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	37

1. GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünyada önemi giderek artan kronik bir hastalıktır. Hem önlenabilir hem de tedavi edilebilir önemli bir halk sağlığı sorunu olarak önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) tahminlerine göre tüm dünyada 65 milyondan fazla KOAH hastası vardır. 2005 yılında dünyada % 5 oranla 3 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmuştur (DSÖ, 2019). Ülkemizde KOAH, kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra % 6'lık oranla üçüncü sırada mortalite nedenidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Nüfusun yaşlanması ve KOAH risk faktörlerinin artmasına bağlı olarak ilerleyen yıllarda KOAH sıklığının giderek artacağı tahmin edilmektedir (Mathers ve Loncar, 2006).

KOAH'ta tanı ve tedavi harcamaları ile hastalığın seyri süresince yapılan harcamalar büyük ekonomik yük doğurmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki KOAH alevlenme maliyetleri sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahiptir (Türk Toraks Derneği, 2019).

Daha önceki yıllarda KOAH, erkelerde daha sık görülürken, son yıllarda kadınlarda yaygın tütün ürünleri kullanımı ve artan iç ortam hava kirliliği nedeni ile her iki cinsiyette de hemen hemen aynı oranda görülmeye başlanmıştır (DSÖ, 2019). KOAH'ta en önemli risk faktörü sigara kullanımınıdır. Sigara kullanımının % 40-70 oranda KOAH'a sebep olduğu bilinmektedir (Abul ve Özlü, 2013; Khan ve ark., 2014). Ayrıca yaşla birlikte akciğer yapı ve fonksiyonlarındaki değişiklikler, genetik yatkınlık, toz ve kimyasallara maruziyet, iç ortam hava kirliliği, enfeksiyonlar, eşlik eden solunumsal hastalıkların varlığı gibi nedenler de KOAH riskini artırmaktadır (DSÖ, 2019; GOLD 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Kronik hastalıklarla birlikte zihinsel ve fiziksel sınırlılıklar, sakatlıklar, kişinin bağımsızlığını azaltmakta; uzun süreli bakım gereksinimini, sağlığın olumsuz algılanmasını artırmakta ve sosyal aktivitelerini azaltmaktadır. Kronik bir hastalık varlığı hem kişi için hem de ailesi için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları beraberinde getirerek uyum sürecini etkileyen bir stres kaynağı olmaktadır.

Kronik hastalığa uyumla birlikte yaşam kalitesi de etkilenmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013; Mollaoğlu, 2013).

Yaşam kalitesi, genel olarak iyilik halinin bir tanımıdır (Öksüz ve Malhan, 2005). DSÖ yaşam kalitesini; kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2019). Kronik hastalıkların kişinin yaşamı üzerindeki etkisini anlamak ve ölçmek için yaşam kalitesini belirlemek önemlidir.

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireylerin fonksiyonel kapasitelerini olumsuz etkilemekte, çalışma performansının düşürmekte, yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta ve sonuçta kişi/ailesinde sosyal izolasyon, sağlık durumunda kötüleşme, yaşam tarzında değişimler meydana gelmektedir (Türkmen, 2012; Kumsar Karakoç ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Kronik hastalığa sahip olan bireyler, en iyi sağlık durumlarını ve işlev seviyelerini mümkün olduğunca korumak için geniş bir desteğe ihtiyaç duyarlar. Evdeki sorunlarını yönetmek ve durumlarındaki herhangi bir değişikliğe hemen müdahale edebilmek için öz bakım becerileri ve planlı bir bakım gereksinimleri vardır (ICN, 2010). Kronik hastalıklara uyum ve yönetim süresince hasta eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Risk faktörlerinin önlenmesi, tanılama ve tedavi aşamasında hasta ve aile eğitimi kronik hastalığın getirdiği yaşam değişikliklerine birey ve aile uyumunu artırıp yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Aksu ve Fadiloğlu, 2010; Türkmen, 2012; Alkan, 2016). Hemşireler uygun kronik bakımı destekleme ve yönetmede birinci konumda bulunmaktadır (ICN, 2010). Hasta ve ailesinin eğitimini planlama, bilgilendirme ve hastaların güvenilir ve güncel sağlık bilgisine ulaşmasını sağlama görev ve sorumlulukları vardır (T.C. Resmî Gazete, 2011).

Hemşirelik; felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş, bireyi doğumdan ölüme kadar süren yaşam döngüsü boyunca sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya çalışan bir sağlık disiplini. Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleki uygulamalarda kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Hemşireliğe özgü bilimsel bilginin geliştirme ve uygulama yollarından birisi de hemşirelik modellerinin bakımda kullanılmasıdır (Velioğlu, 2012).

Hemşirelik modelleri mesleği uygulama, araştırma, eğitim ve yönetimde hemşirelere rehberlik etmektedir. Roy 'un adaptasyon modeli (RAM) bireyin hastalığa uyumuna ve yaşam beklentisinin artırılmasına odaklanmıştır. RAM'a göre hemşireliği diğer disiplinlerden ayıran hemşirelik sürecidir. Bu süreç aşamalı bir yaklaşımdan oluşmaktadır (Fawcett, 2005).

KOAH fiziksel, sosyal ve emosyonel olarak kişiyi etkileyerek yaşam kalitesini bozmaktadır (Mollaoğlu, 2007). Literatürde yapılan çalışmalar KOAH'lılarda yaşam kalitesinin önemli derecede azaldığını ortaya çıkarmıştır (Ünsal ve Yetkin, 2005; Soyyiğit ve ark., 2006; Dignani ve ark., 2015). KOAH'ta yaşam kalitesini iyileştirmek yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir (Özkan, 2006). Yaşam kalitesini gerçekçi şekilde saptamak KOAH'lılara verilecek bakım ve eğitimin planlanmasında önemli yer tutmaktadır.

Bu araştırma KOAH'a sahip hastalara ROY adaptasyon modeline göre verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Hipotezleri

H₁: KOAH'lı bireylere RAM'a göre verilen eğitim yaşam kalitesini artırır.

H₀: KOA'lı bireylere RAM'a göre verilen eğitim yaşam kalitesini artırmaz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı, Patofizyolojisi

KOAH; zararlı gaz ve partiküllere karşı hava yollarının ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilgili ve ilerleyici kalıcı hava akımı kısıtlaması ile karakterize, yaygın, önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. (GOLD 2019; Türk Toraks Derneği, 2019). Ayrıca Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Birleşimi (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) KOAH ta belirgin akciğer dışı etkiler olduğunu da vurgulamaktadır (GOLD, 2019). KOAH ta gelişen fizyolojik değişiklikler aşırı mukus üretimi, silia aktivitesinin bozulması, hava akışında azalma ve gaz değişiminde bozulma şeklinde görülür. Bu fizyolojik değişiklikler sıklıkla birbirine bağlı üç ayrı kategoride toplanabilir:

- Hava yollarının kalınlaşması ve tıkanması ile hava akımı sınırlaması.
- Mukus aşırı salgınımı ile kronik öksürük ve balgam üretimi.
- Alveol duvarlarının tahrip olması ile amfizem. (Khan ve ark., 2014).

KOAH'ta bronşiolit ve amfizem nedeni ile kronik hava akımı sınırlaması en karakteristik özellik olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik inflamasyon, küçük havayollarında parankim doku kaybıyla akciğer elastikiyetini azaltarak küçük hava yollarını daraltır ve yapısal değişikliklere neden olur. (GOLD, 2019).

KOAH'lı bireylerde kronik bronşit ve amfizemden biri veya genellikle ikisi bir arada bulunmakla birlikte hangisinin asıl neden olduğu tam olarak bilinmemektedir. Amfizem, alveollerde gaz alışverişinin bozulmasıdır ve klinik olarak sıklıkla kullanılan patolojik bir terimdir, KOAH hastalarında ortaya çıkan birçok yapısal değişiklikten yalnızca biridir. Kronik bronşit; öksürük ve iki yıl üst üste en az üç ay balgam üretimi ile ortaya çıkan epidemiyolojik bir terimdir. Kronik solunum yolu semptomlarının hava akımı sınırlamasından önce gelişebileceği ve akut solunum yolu olaylarının gelişimi ile ilişkili olabileceği bilinmektedir. Kronik solunum semptomları normal spirometri değerine sahip bireylerde de bulunur ve hava akımı sınırlaması olmayan önemli sayıda sigara içicisi, gelişen amfizem, hava

yolu duvarı kalınlaşması ve gaz hapsi varlığı ile ortaya çıkan akciğer hastalığının yapısal kanıtlarına sahiptir (GOLD, 2019).

2.2. KOAH Epidemiyolojisi

GOLD 2019 raporuna göre KOAH tüm dünyada hem sosyal hem ekonomik olarak artan bir yük oluşturan önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (GOLD, 2019). Tüm dünyada 65 milyondan fazla insan KOAH'a sahiptir (DSÖ, 2019).

DSÖ (WHO)'ye göre 2002'de tüm dünyada ölüm nedenleri arasında beşinci sırada iken, 2005'te 3 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olduğu ve tüm dünyadaki ölümlerin % 5 inden sorumlu olduğu bilinmektedir. 2030 yılında tüm dünyadaki ölümlerin başlıca üçüncü nedeni olacağı beklenmektedir (DSÖ, 2019).

Ulusal hastalık yükü ve maliyetlerini belirlemek amacı ile sağlık bakanlığı tarafından ülkemizin 2000 yılı nüfus verileri kullanılarak yapılan Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması (UHY-ME) (2004) sonuçlarına göre Türkiye'de toplam ölüm nedenleri arasında %5.8 ile KOAH üçüncü sırada yer almaktadır. 2017 yılı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması raporuna göre ise ülkemizde tüm ölüm nedenleri arasında yine üçüncü sırada % 6'lık orana sahiptir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). 2004 yılında yayımlanan UHY-ME raporunda KOAH nedeni ile ölüm kırsal alanda % 6.5 oranla üçüncü sırada, kentsel alanda % 5.3 ile dördüncü sırada belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Sağlık Bakanlığının 2013 yılında yayınladığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri sıklığı çalışması raporunda da KOAH'ın, kırsal alanda kentsel alana göre daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.3.KOAH Risk Faktörleri

Sigara: KOAH ta en önemli risk faktörlerinden biri sigaradır (Türk Toraks Derneği, 2019). KOAH riski ülkelere göre % 40-70 arasında değişen bir oranla aktif sigara içiciliği ile artmaktadır (Raherison ve Garodet, 2009). Sigara içme süresi artıkça hava akımı tıkanıklığı derecesi de artmaktadır (Bhatt ve ark., 2018). Yapılan çalışmalar sigara içmeyenlerin de KOAH'a sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. İngiltere de 1995,1996 ve 2001 yılı verileriyle yapılan İngiltere Sağlık Araştırması

sonuçlarına göre pasif içicilik KOAH için önemli bir değiştirilebilir risk faktörüdür (Jordan, 2011). Bu riske pasif sigara içiciliği ya da gebelikte annenin sigara kullanımını da dahildir. DSÖ'ye göre 2005 yılında 5.4 milyon insan sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmiştir. Bu sayının 2030 yılına kadar her yıl 8.3 milyon artması beklenmektedir (Hooper ve ark., 2012; GOLD, 2019, DSÖ, 2019).

Genetik: KOAH için en iyi belirlenen genetik risk faktörü alfa-1 antitripsinde kalıtsal eksikliklerdir. Yine sigara içen ve KOAH hastası olan kişilerin yakınlarında da önemli derecelerde hava akımı kısıtlaması olduğu saptanmıştır (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Yaş: Yaşla birlikte hava yollarının yapısal değişikliklere uğraması KOAH riskini ve morbiditeyi artırmaktadır (Jiang ve ark., 2017; GOLD, 2019).

Cinsiyet: Kadınlarda UHY_ME 2000 raporuna göre KOAH tüm ölüm nedenleri arasında % 3.5 oranla beşinci sırada iken erkeklerde % 7.8 ile üçüncü sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2017 yılında toplam 15834 erkek, 8851 kadın KOAH nedeni ile hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2019). Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalarda KOAH erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmekle birlikte son yıllarda yapılan araştırmalar bu oranın her iki cinsiyette hemen hemen eşit oranlarda olduğunu ortaya çıkarmıştır (Lindis ve ark., 2014; GOLD, 2019).

Hava Kirliliği, Mesleki Toz ve Kimyasallar: Organik ve inorganik tozlar, duman ve kimyasal maddeler olmak üzere mesleki riskler KOAH için önemli risk faktörü oluşturmaktadır (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019). ABD de 10000 kişilik geniş bir popülasyonda yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi III sonuçlarına göre iş yerinde mesleki toza maruziyet oranı % 19.2 bulunmuştur (Hnidzo ve ark. 2002). Odun dumanı, hayvansal gübreler, kömür önemli iç ortam hava kirliliği nedenleri arasındadır. Yemek pişirirken kadınların maruz kaldığı kimyasal partüküller de gelişmekte olan ülkelerde KOAH riskini artırmaktadır (Sana, 2018).

Akciğer büyüme ve gelişimi: Gebelik ve çocukluk döneminde ortaya çıkan herhangi bir faktör KOAH gelişme riskini artırabilir (Türk Toraks Derneği, 2019).

Birçok çalışma erken yaşta sigara dumanına maruz kalma ya da akciğeri etkileyen herhangi bir olumsuz nedenin yetişkin hava yolu hastalıkları riskini artırdığını ortaya koymuştur (Allinson ve ark., 2017; GOLD, 2019).

Havayolu Hiperaktivitesi ve Astım: Avrupa Topluluğu Solunum Sağlığı Araştırması (European Community Respiratory Health Survey) astım varlığının sigaradan sonra %15 oranla KOAH riskinde ikinci sırada yer aldığı sonucuna varmıştır (de Marco ve ark., 2011). Melborn Astım Kohort Çalışması (The Melbourne Asthma Cohort) sonuçlarına göre astım yakınması olan çocuklar sigara içmeseler bile yetişkin KOAH yakınmasına daha yüksek oranda sahiptirler (Silva ve ark., 2004). Kronik hava akımı sınırlaması patolojisi astım yakınması olan sigara içmeyenler ve astım yakınması olmayan sigara içenler arasında belirgin şekilde farklı bulunmuştur (To ve ark., 2016; GOLD, 2019).

Enfeksiyonlar: Çocukluk döneminde geçirilen akciğer enfeksiyonları ilerleyen yaşlarda KOAH görülme riskini artırmaktadır (de Marco ve ark., 2011). HIV enfeksiyonu varlığı KOAH gelişme riskini HIV negatif bireylere göre daha fazla artırmaktadır (Bigna ve ark., 2018). Tüberküloz da KOAH için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Byrne ve ark., 2015).

2.4. KOAH Semptomları

Kronik ve ilerleyen hava akımı sınırlaması KOAH'ın en belirgin semptomlarından biridir. Hastaların % 30 unda balgam üretiminde artış görülmektedir. Belirtiler günden güne değişmekle birlikte hava akımı sınırlaması yıllar içinde artmaktadır (Kessler ve ark., 2011). Dispne, balgam ve öksürük olmadan da ciddi bir hava akımı sınırlaması görülebilir.

Dispne: Nefes darlığı hastayı hekime götüren en önemli semptomdur. Hastalar nefes darlığını 'tıkanma, hava açlığı, nefes almada zorlanma, çabuk yorulma' gibi tanımlarla tanımlayabilirler (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Balgam: Genellikle öksürükle birlikte az miktarda balgam üretimi de vardır. Balgamı değerlendirmek genellikle zordur çünkü hastalar balgamı genellikle

yutarlar. Ayrıca balgam hastalığın atak dönemleri ile remisyon dönemlerinde farklılık gösterebilir. Pürülan balgam varlığı bir enfeksiyon göstergesi olabilir (GOLD, 2019). Balgam genellikle beyaz-koyu gri, yapışkan ve koyu kıvamlıdır (Türk Toraks Derneği, 2019).

Öksürük: Öksürük solunum yolu hastalıklarında belirgin ve başlıca semptomlardan biridir (Cho ve ark., 2016).

Hıslı ve Göğüste Sıkışma: Günler arasında ve gün içinde değişiklik gösterebilir. Sıkışma hissi genellikle efor sonrası görülebilir ve interkostal kasların aşırı kasılma kaynaklı olabilir (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).



Şekil 2.1. KOAH klinik seyri (Kocabaş, 2015).

2.5. Tanı Yöntemleri

Tanı koymada semptom varlığı sorgulanır. Risk grubunda olmasına rağmen hastada semptom bulunmayabilir ya da semptomları önemsemeyebilir. Tanı mutlaka spirometrik inceleme ile sorgulanır.

Hastanın öyküsü önemlidir. Sigara içme ya da kimyasal maruziyeti gibi risk faktörleri sorgulanmalıdır. Geçmişte astım öyküsü, enfeksiyon varlığı ya da ailede KOAH hastalığı önemlidir. Kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Solunum fonksiyonlarında anlamlı bozulma oluncaya kadar büzük dudak solunumu, yardımcı solunum kası kullanımı ya da yüzeysel solunum gibi fiziksel muayene bulguları ortaya çıkmayabilir (GOL, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Tanı koymada spirometri testi önemlidir. Hava akımı kısıtlamasını ölçmede standart, tekrarlanabilir, kolay ve objektif bir yöntemdir. KOAH tanısını kesinleştirme ve hastalığın seyrini izlemede önemli bir yere sahiptir (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Spirometri testi, test yapılacak kişiye bronkodilatör uygulama sonrasında ölçülen FEV₁/FVC oranı ile konur. KOAH evrelendirmesi de bu şekilde yapılmaktadır. Test kişiye 400 mcg salbutamol ya da 1000 mcg terbutalin verildikten sonra en az 15-20 dk sonra ölçülen değerlerle yapılır. FEV₁ zorlu bir ekspirasyon sonrası 1. saniyede ölçülen volümdür. FVC ise zorlu bir inspiriyum sonrası alınan maksimum hava hacmidir (Miller ve ark., 2005; Derom ve ark., 2008; Roisin ve ark., 2017; GOLD, 2019).

2.6. Sınıflandırma

KOAH'ta sınıflandırma belirli spirometrik hesaplamalarla yapılır. Evrelendirme yapılırken FEV₁/FVC oranı < % 70'tir. Bu oranla birlikte aşağıdaki değerlerle evrelendirme yapılır:

Evre 1: Hafif: FEV₁ ≥ %80

Evre 2: Orta: %50 ≤ FEV₁ < %80

Evre 3: Ağır: %30 ≤ FEV₁ < %50

Evre 4: Çok Ağır: FEV₁<% 30 (GOLD, 2019).

2.7. Tedavi

KOAH tedavisinde temel yaklaşım dört ana başlıkta toplanabilir:

Hasta Eğitimi: Hastalığın önlenmesi kadar tanı konulduktan sonra hasta ve yakınlarının eğitimi de önemlidir. Verilecek eğitimle hastaların tedaviye uyumu, tedavinin etkinliği ve yaşam kalitesi artırılabilir (Türk Toraks Derneği, 2019). Eğitim konuları şunlardan oluşmalıdır;

1. Hastalık hakkında temel bilgiler,
2. Sigarayı bırakma
3. İnhaler cihaz kullanımı,
4. Alevlenmenin erken tanınması,
5. Ne zaman yardım isteneceği,
6. Oksijen tedavisi,
7. Egzersizin yararları ve fiziksel aktivite,
8. Solunum egzersizleri,
9. Günlük işleri basitleştirme ve enerji tasarrufu (GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Hastaların durumuna özgü bireyselleştirilmiş eğitimler daha etkilidir (Tel, 1998; GOLD, 2019).

Risk Faktörlerinin Azaltılması: Sigara kullanımı, mesleki toz ve kimyasallara maruziyet, biyomas maruziyeti gibi riskleri azaltmak KOAH gelişimini önleme ve tedavi etkinliği açısından önemli bir yere sahiptir (Vozoris ve Stanbrook, 2011; GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019). Kişisel risk faktörlerini azaltmak KOAH gelişme riskini azaltmada en etkili ve ekonomik girişimdir (Koçyiğit, 2007).

İnfluenza ve pnömokok aşılması da risk yönetiminde önemli bir yere sahiptir. İnfluenza aşısı hastaneye yatış gerektiren alt solunum yolu enfeksiyonlarını ve ölümü önemli derecede önlemektedir (Wongsurakiat ve ark., 2004; GOLD, 2019).

Stabil KOAH Tedavisi: Tedavinin başlıca hedefleri:

- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi,
- Semptomların giderilmesi,
- Egzersiz kapasitesinin artırılması,
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi,
- Alevlenme ve komplikasyonlarının önlenmesi,
- Mortalitenin azaltılması.

Stabil KOAH tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlardan oluşur. Nonfarmakolojik tedavi de pulmoner rehabilitasyon, oksijen terapisi, evde mekanik ventilasyon ve cerrahi tedavidir. Farmakolojik tedavide ise bronkodilatörler, kortikosteroidler, antienflamatuar ajanlar, mukolitikler en sık kullanılanlardır (Koçyiğit, 2007; GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

Alevlenmelerin tedavisi: alevlenme stabil KOAH lı bir hastada balgam miktarında, öksürük şiddetinde artma ve nefes darlığı olarak tanımlanabilir. Alevlenme dönemlerinin mortalite ve morbiditeye önemli olumsuz etkileri vardır (Sercan, 2009; GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019).

2.8. Hemşirelik bakımı

Hemşire, hasta bakımında; hastanın gereksinimlerini karşılamada ve gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilir hale gelmesinde katkıda bulunur. KOAH'lı bireyler ve aileleri kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. KOAH yönetiminde özellikle hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım eğitimleri önemli bir yer tutar. Hasta ve yakınlarına hastalık, alevlenme dönemleri, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç tedavileri, psikososyal destek konularında bireysel eğitimler düzenlemek, danışmanlık yapmak başlıca hemşirelik girişimleri arasındadır. Bu amaçla öz yönetim eğitimleri hemşirelik bakımında önemli bir yer tutmaktadır. Öz yönetim; Türk Dil Kurumu (TDK) tanımlamasına göre 'bireylerin, dışarıdan herhangi bir müdahale olmaksızın amaçlarını etkin bir biçimde gerçekleştirmelerini sağlayan yöntem ve seçenekler bütünü'dür (TDK, 2019b). Sağlık bakımında ise; hastaların fonksiyonel yaşamlarını sürdürmeleri ve hastalıklarını kontrol etmeleri için duygusal destek sağlayan, hastalığa özgü tıbbi

durumu yönetmek için beceriler geliştiren ve sağlık davranışı değişikliği sağlayan formal bir hasta eğitim programıdır (Tel,1998; Jonsdottir, 2008; Çevik Akyıl, 2012; GOLD, 2019).

Hasta eğitimi genel olarak şu başlıkları içermelidir (Jonsdottir, 2008; Çevik Akyıl, 2012; Çevik Akyıl, 2013; Bal Özkaptan, 2013; Ay, 2013; GOLD, 2019; Türk Toraks Derneği, 2019):

- Hastalığın tanımı ve seyri,
- KOAH sebepleri,
- Belirti-bulgular,
- Olası komplikasyonlar,
- Tanı yöntemleri
- Tedavisi,
- Öz bakım yönetim konuları (boşaltım, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, enfeksiyonlardan korunma, kendi kendine izlem, alevlenmelerin erken tanınması, duygusal destek, hekim ya da hemşire ile iletişime geçilmesi gereken durumlar).

2.9. KOAH'ta Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

- Dispne yönetimi,
- Egzersiz kapasitesinin artırılması,
- Yorgunluğun azaltılması,
- Anksiyete ve depresyonun kontrol altında tutulması,
- Yeterli ve dengeli beslenme(kalori açısından uygun diyet),
- Eşlik eden hastalıkların varlığı,
- Alevlenme tanınması ve yönetimi,
- Sigara kullanımı,
- Uygun ve etkili medikal tedavi,
- Oksijen tedavisi,
- Pulmoner rehabilitasyon (Atasever ve Erdinç, 2003).

2.10. Hemşirelikte Model Kullanımı

Model TDK'ya göre örnek olmaya değer kimse veya şey olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019a). Hemşirelik model ve teorileri, hemşireliğin önemli unsurlarıdır ve mesleği etik hale getirmekte önemli yere sahiptir (Kaya ve Boz, 2017). Hemşirelik bakım uygulamalarını sistematize etmek için bir çerçeve oluşturmakta, sistematik düşünmeyi geliştirmekte ve profesyonel ortak bir dil oluşturmaya katkı sağlamaktadır (Risjord, 2010).

Hemşirelik mesleği, sağlık profesyonelleri içinde ekibin önemli bir üyesidir ve kronik hastalık yönetiminde giderek daha da artan lider rolündedir. Yaptıkları uygulamalar gereği daha fazla hastalarla zaman geçirip iletişim kurmaktadır. Hemşireler hasta eğitimini, bakımda süreklilik ve iş birliğini sağlar; hasta/hasta yakını ve toplumla iletişim kurar; bakım kalitesinin artırılması için teknolojiyi kullanır ve hastaların tedaviye uyumunu destekler (ICN, 2010).

Literatürde hemşirelik kavram ve modeli kullanımı konusuna dikkat çekilmekle birlikte ülkemizde bu konuda henüz yeteri kadar kullanım söz konusu değildir. Hemşireler tarafından model kullanımı sınırlı olup hemşirelik sürecinde tam anlamıyla model kullanımına yer verilmediği görülmüştür (İnan ve ark., 2013).

2.11. ROY Adaptasyon Modeli

Roy hemşireliği bilimsel ve insancıl bir meslek olarak tanımlamaktadır. Toplumun refahı ve sağlık ihtiyaçlarını sağlamada uzmanlaşmış bilgiler gerektirmektedir (Roy, 2009).

Roy Adaptasyon Modeli, Sister Calistra Roy tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Hemşireliğin doğasının topluma hizmet olarak tanımlanmış ve bu modeli geliştirmiştir. Roy adaptasyon teorisine göre hemşireliğin amacı bireyin etkili uyum sağlaması ve yaşam beklentisinin artırılmasıdır (Roy, 2009; Masters, 2012). Modelin gelişimini etkileyen faktörler; aile, eğitim, dini inanç, klinik deneyim ve rehberlerdir. Roy'un modeli şu sorulara cevap arar:

- Hemşirelik bakımının odağı kimdir?
- Hemşirelik bakımın amacı nedir?
- Hemşirelik bakımı ne zaman başlar? (Meleis, 2012; Nursing Theory, 2019).

Roy Adaptasyon Modeli Kavramları

Roy Adaptasyon Modeli 4 ana kavramdan oluşur: Kişi, sağlık, çevre ve hemşirelik (Roy, 2009; Fawcett, 2005; Velioğlu, 2012).

Roy'un modeline göre *insan* değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyopsikososyal bir varlıktır. Başa çıkma mekanizmaları kişinin çevreyle uyumunu sağlar. Model bireyle birlikte aileyi ve toplumu da ele alır.

Sağlık insan yaşamının kaçınılmaz bir boyutudur, bütünleşme ve bütünlük içinde olma halidir. Sağlık-hastalık arasında bir denge vardır.

Çevre kişinin davranışını etkileyen tüm koşullar ve etkilere dir.

Modele göre *hemşirelik* ise bir bilimdir ve bu bilimsel bilginin hemşirelik uygulamalarına uyarlanmasını gerektirir (Patton, 2004; Roy, 2009; Velioğlu, 2012; Masters, 2012; Nursing Theory, 2019).

Roy Adaptasyon Modeli Uyarıları

Modelin uyumu sağlayan üç uyarı bulunmaktadır:

Fokal uyarı: Bireyin iç ve dış çevresiyle yüzleşmesidir. Bir hastalık süreci ya da etkileyen bir olay gibi bireyi hemen etkileyen durumlardır. Birey derhal bu içsel ve dışsal uyarılarla yüzleşir.

Bağlamsal uyarılar: Fokal uyarıya katkıda bulunan ve etkileyen diğer uyarılardır.

Artık uyarılar: İnançlar, davranışlar ve kişisel deneyimler gibi mevcut durumu etkileyen kapalı faktörlerdir. Geçmişten kaynaklanır ve tedaviye yanıt etkilerler (Tolson ve McIntosh, 1996; Velioğlu, 2012).

Hemşireliğin amacı 4 alanla adaptasyonun sağlanmasıdır. Bunlar fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve bağımlılık alanlarıdır. Bu alanlarla hemşireler;

yaşam kalitesini artırmaya, sağlığın gelişmesine ve saygınlıkla ölmeye katkıda bulunurlar.

Fizyolojik alan, bireyin çevredeki uyaranlara verdiği kimyasal ve fiziksel tepkilerdir. Bu alan dokuz temel fizyolojik gereksinimden oluşur: oksijen, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyondur.

Benlik kavram alanı, bireyin belli bir zamanda kendisi veya başkaları hakkındaki inanç ve duygularının karışımıdır. Beden imgesi ve algısından oluşan fiziksel benlik ve düşünce, ahlak ve maneviyattan oluşan kişisel kimlikten oluşur. Beden imajı, cinsel fonksiyon, kendine yönelik tehditlerle etkili başa çıkma yöntemleri, kayıpla başa çıkma yöntemleri başlıca bileşenleridir.

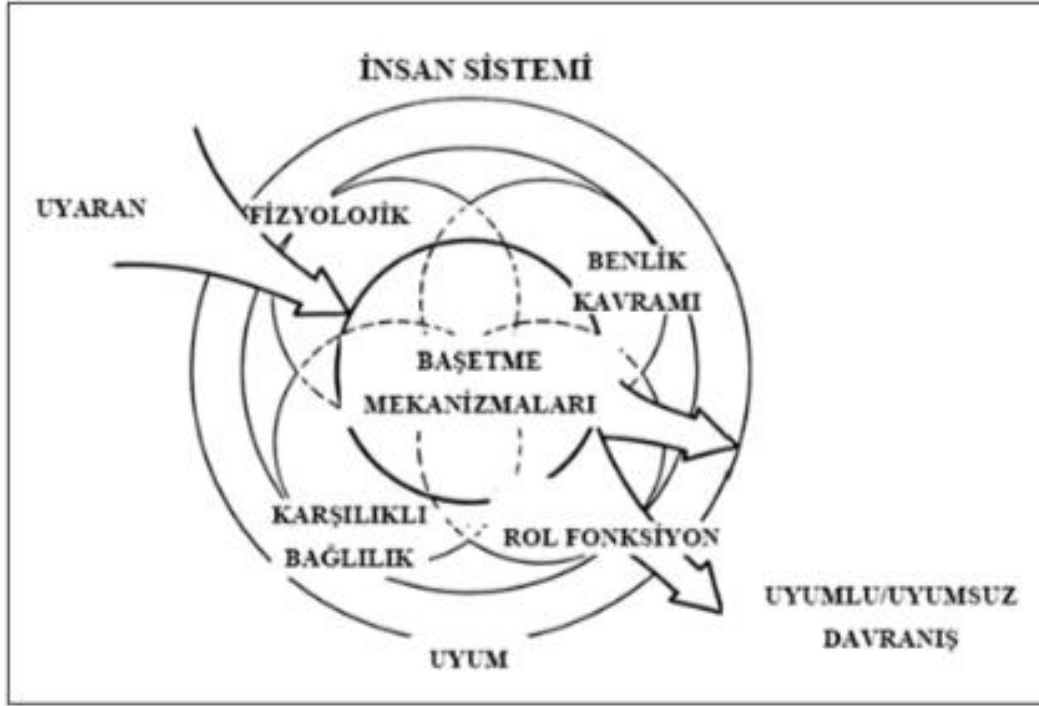
Rol fonksiyon alanı bireyin toplum içindeki belirlenmiş rolüdür. Üç ana rol vardır:

1. Birinci rol, cinsiyet rolü: kadın, erkek
2. İkincil rol, farklı roller: anne, baba, öğretmen,...
3. üçüncül roller: dernek başkanı olma,...

Bağımlılık alanı, kişi için anlamlı olan diğer kişilerle ilişkileri ve destek sistemlerini içerir. Sevgi, saygı, değer verme, değer görme gibi etkileşimlere odaklanır. Yalnızlık ve ayrılma durumlarında etkili başa çıkma yöntemleri, ilişkilerde güven duyma, destek sistemlerin yeterliliği önemlidir.

Modelde hemşireliğin amacı kişinin uyumunu artırmaktır. Bunu altı aşamalı hemşirelik süreci ile gerçekleştirir. Bu aşamalar şunlardır:

1. Davranış ve uyaranların değerlendirilmesi
2. Tanılama
3. Amaçlar
4. Planlama
5. Uygulama
6. Değerlendirme (Patton, 2004; Roy, 2009; Velioğlu, 2012; Masters, 2012; Nursing Theory, 2019).



Şekil 2.2. Roy Adaptasyon Modeli (Roy, 2009).

2.10. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ile ilgili olarak net bir tanım bulunmamakla birlikte günümüzde önemi giderek artan bir kavram haline almıştır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). DSÖ sağlığı; tam bir fiziksel, sosyal ve ruhsal refah hali olarak tanımlamaktadır. Sağlığı değerlendirmenin yaşam kalitesini ölçerek olması gerektiğini savunmaktadır. Yaşam kalitesini ise; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında beklentileri, amaçları, standartları ve endişeleri ile ilgili algısı olarak tanımlar. Tanımlamaya göre yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığından, psikolojik halinden, inançlarından, sosyal ilişkilerinden ve çevresiyle olan ilişkisinden etkilenen karmaşık ve kapsamlı bir kavramdır (DSÖ, 2019).

Yapılan tüm tanımlamalarda ortak nokta insan faktörü ve onun subjektif algısıdır. Yani yaşam kalitesinin etkilendiği kişisel faktörlerden bahsetmek mümkündür. Bu faktörler yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık durumu, gelir düzeyi, boş zaman aktiviteleri, destek sistemleri, yaşam koşulları, mesleği şeklinde sıralanabilir (Öksüz ve Malhan, 2005; Özmete, 2010; Vural ve ark., 2010; Esenyel, 2012; Sözen, 2014; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi kronik hastalığın bireye olan etkisini ölçmek için önemli bir alandır. KOAH'ta hastalığın ciddiyeti artıkça yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir (Zamzam ve ark., 2012). KOAH'lı bireyler; semptomların sıklığı, fiziksel aktivitelerin sınırlı olması, psikolojik ve sosyal sağlığın kötü olması nedeni ile yaşam kalitesinde düşüş yaşamaktadırlar. İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, sık hastane yatışları, alevlenme yaşanması, düzenli ilaç kullanımı hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Sharma ve Joshi, 2015).KOAH'a bağlı olarak emosyonel, sosyal, davranışsal fonksiyonlarda azalma yaşanmakta; özbakım, hareket, hobilerinden zevk alma, uyku ve istirahat fonksiyonları ciddi şekilde olumsuz etkilenmektedir (Özkan, 2006).

Bireylerin yaşam kalitesini artırmak kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biridir. Kronik hastalığa sahip olan bireyler mümkün olan in iyi sağlık durumunu ve fiziksel fonksiyonu korumak için geniş bir desteğe ihtiyaç duyarlar. Profesyonel sağlık ekibinin bir parçası olan hemşirelerin kronik hastalığı olan bireye eğitim verme, danışmanlık sağlama, bakım verme kaynak kişi olma gibi sorumlulukları vardır. Evde karşılaştıkları sorunları çözmek için ihtiyaçlarına uygun planlı bir eğitim gereksinimleri vardır. Böylece karşılaşılabilecekleri herhangi bir ani durum değişikliğiyle baş edip uyum sağlayabilirler. Hemşireler uygun kronik bakım modellerini yönetme ve desteklemede öncü konumdadırlar. Hastanın/ailenin/toplumun kronik durumdaki değişikliğe yaratıcı ve yenilikçi çözümler sunmak ve günlük yaşamlarında fark yaratmak için önemli bir konuma sahiptirler. Bu nedenle ICN 2010 yılı temasında hemşirelerin kronik bakımda önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamakta ve kronik bakımda lider olduklarını savunmaktadır (ICN, 2010; Akpınar ve Ceran, 2019).

2.11. Roy Adaptasyon Modeli ve Yaşam Kalitesi

Roy Adaptasyon Modeli'nin odaklandığı nokta insanın adaptif sisteminde ve çevresinde meydana gelen değişimlerdir ve Roy Adaptasyon teorisine göre hemşireliğin amacı bireyin etkili uyum sağlaması ve yaşam beklentisinin artırılmasıdır (Roy, 2009; Özkaraman ve ark., 2012; Masters, 2012). RAM'a göre hemşirelik uygulamaları, uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Hemşire; bireyin, sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi

değerlendirmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır (Barış ve ark., 2015). Literatüre bakıldığında hastalık uyumu artan bireylerde yaşam kalitesinin arttığı da bulunmuştur (Mumcu Boğa, 2013; Erci ve ark., 2018). Bu nedenle bireylerde uyumu artırmayı amaçlayan Roy Adaptasyon Modelini hemşirelik uygulamalarında bir rehber olarak kullanmak kronik hastalıklarda yaşam kalitesini artırabilir.

Tablo 2.1. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 8 alt boyutunun RAM uyum alanları ile ilişkisi

	Fizyolojik Alan	Benlik Kavramı Alanı	Rol Fonksiyon Alanı	Bağımlılık Alanı
Fiziksel Fonksiyon	X			
Sosyal Fonksiyon			X	X
Fiziksel Rol Güçlüğü	X		X	
Emosyonel Rol Güçlüğü		X	X	X
Mental Sağlık		X		X
Enerji/Canlılık		X	X	X
Ağrı	X	X		
Genel Sağlık		X		X

2.12. Roy Adaptasyon Modeli ve KOAH

Kronik hastalıklar uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, hastalığın seyrini azaltmak ve kişinin öz bakım etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için periyodik bakım ve izlem gerektiren durumlardır (DSÖ, 2019b).

Kronik hastalıklardan biri olan KOAH da bireye otonomisini kaybettiren, yaşamını tehdit edebilen, aktivitelerinde kısıtlamaya neden olan ve günlük yaşamında kısıtlamaya neden olan bir hastalıktır (Çevik Akyıl, 2010; Tel Aydın ve ark., 2012).

KOAH'ta hemşirelik bakımı; hastanın bilgi gereksinimlerini karşılama ve öz bakım gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilir hale gelmesinde katkıda bulunmayı içermelidir. KOAH'lı bireyler ve aileleri bu nedenle kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. Roy adaptasyon modeline göre birey dört uyum alanı (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon, bağımlılık) ile değişen durum ve çevre ile uyum sağlar. Bu dört alan birbirine bağlıdır ve bireyin uyumunu sağlamaktadır. Roy'un modelindeki hemşirelik bilimi de bilimsel bilginin altı basamakla bakıma uyarlanmasını gerektirir (Tel, 1998; Roy, 2009; Velioğlu, 2012; Çevik Akyıl, 2012).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma KOAH'a sahip hastalara ROY adaptasyon modeline göre verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacı ile kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerinde 01.05.2017-01.05.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi 150 yatak kapasiteli olup 4 adet dahiliye uzmanı ile hizmet vermektedir. Dahiliye polikliniklerine günlük ortalama 300-400 arası hasta başvurmaktadır. Başvuran hastalardan yatış gereken hastalar dahiliye servisine ya da 1. basamak yoğun bakıma yatırılarak tedavisi sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine başvuran, en az 6 aydır KOAH tanılı ve başka herhangi bir kronik hastalığı olmayan KOAH hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine Mayıs 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan KOAH hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power V 3.1.9.4 ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın priori güç analizi, grupların eğitim sonrası aralarında anlamlı bir fark beklendiği için ortamalar arası fark yaklaşımı üzerinden hesaplanmıştır. Bu nedenle, 0.80 güçte, $d=0.6$ etkide, α hata olasılığı 0.05 için minimum ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 72 (gruplarda minimum 36 birey olmak üzere) birey hesaplanmıştır. Örneklem grubu seçiminde polikliniğe başvuran araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar sırayla araştırmaya alınmıştır. Kriterlere uyan hastalardan ilk hasta deney sonraki hasta kontrol grubuna dahil edilerek sırayla hastalar

gruplandırılmıştır. Araştırma 45 deney, 44 kontrol grubundan toplamda 89 hastadan oluşmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Okur yazar olmak,
- 18 yaş üstü olmak,
- Psikiyatrik hastalığı olmamak,
- Çalışmaya katılmaya istekli olmak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen ‘Hasta Tanıtım Formu’ ve hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile ‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ ile toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların demografik verilerini toplamak amacı ile sorumlu araştırmacılar tarafından ilgili literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak (Soydeğer, 2008; Kaya, 2013; Kılıç, 2013; Bal Özkaptan, 2013; Varol, 2016) hazırlanan 21 sorudan oluşan ‘Hasta Tanıtım Formu’ kullanıldı (EK-2).

3.5.2. SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu

Ware ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilip 1990 da güncellenen yaşam kalitesi ölçeği formu 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 sorudan oluşan çok amaçlı, genel, kısa bir sağlık anketidir. Telefon ya da posta yoluyla uygulanabilmesi uygulama kolaylığı sunmaktadır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve enerji/canlılık sekiz alt boyutu oluşturmaktadır. Sekiz boyut iki ana grup olan fiziksel ve mental bileşenleri içermektedir. Son dört hafta göz önünde bulundurularak hasta değerlendirilir (Ware, 2000). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Pınar (2005) tarafından yapılmıştır (EK-3).

Ölçekteki her bir alt grubun puanı yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Değerlendirme 0 ile 100 puan arasında yapılmaktadır. 0'dan 100'e doğru gittikçe sağlık algısı kötüden iyiye artmaktadır. Ölçek alt boyutlarının hesaplaması tablo 3.1. de, ne anlama geldikleri tablo 3.2. de verilmiştir (Ware, 2000).

Tablo 3.1. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının hesaplanması

SF-36 Alt Boyutları	En Düşük Ham Puan	En Yüksek Ham Puan
Fiziksel Fonksiyon 3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Sosyal fonksiyon 6+10	2	8
Fiziksel Rol Güçlüğü 4a+4b+4c+4d	0	4
Emosyonel Rol Güçlüğü 5a+5b+5c	0	3
Mental Sağlık 9b+9c+9d+9f+9h	5	25
Enerji/Canlılık 9a+9e+9g+9i	4	20
Ağrı 7+8	2	10
Genel Sağlık 1+11a+11b+11c+11d	5	20

Tablo 3.2. SF-36 Alt boyutlarının puanlarının anlamları

SF-36 Alt Boyutları	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılık	Tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık hissetmeksizin yapabilme
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olarak toplumsal etkinliklerde aşırı miktarda kesinti olması	Fiziksel veya emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın toplumsal etkinliklerini yürütebilme
Fiziksel Rol Güçlüğü	Fiziksel sağlığın bozulması sonucu iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorunlar	İş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde fiziksel sağlık sorunları yaşanmaması
Emosyonel Rol Güçlüğü	Emosyonel sorunlar sebebiyle iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlar sebebiyle iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik hali veya depresyon durumu	Sürekli sakin, rahat ve mutlu hissetme
Enerji/Canlılık	Sürekli yorgunluk ve bitkinlik	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Ağrı	Şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı veya ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık	Sağlığının kötü olduğuna ve devamlı kötüye gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile üçer aylık aralarla uygulandı.

3.6.1. Hemşirelik Girişimi

Deney ve kontrol grubuna hastalar eş zamanlı olarak alınmıştır. Kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ilk hasta deney grubuna alınarak başlanmış, sonra sırası ile kontrol ve deney grubu olarak gruplandırma yapılmıştır. Literatür incelendiğinde KOAH hastaları ile yapılan eğitim görüşmeleri sıklığının belli bir standardı olmadığı görülmüştür (Jonsdottir, 2008). Bizim çalışmamızda deney grubu hastalarla birer aylık aralarla dört görüşme, kontrol grubu hastalarla ise üç ay arayla iki görüşme yapılmıştır.

Deney grubundaki hastalara;

- İlk görüşmede Katılımcı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-5) imzalatılmış, Hasta Tanıtım Formu (EK-2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3) ile ön test uygulanmış, KOAH Hasta Eğitim Kitapçığı (EK-4) ile 45-60 dk'lık bir eğitim verilmiştir. Bu görüşme yaklaşık 100 dk sürmüştür.
- İkinci görüşme ilk görüşmeden bir ay sonra gerçekleştirilmiş, hastaların soruları cevaplanarak ihtiyaç duyulan konularda KOAH Hasta Eğitim Kitapçığı (EK-4) ile eğitim tekrarlanmıştır. Bu görüşme yaklaşık 30-45 dk sürmüştür.
- Üçüncü görüşme ikinci görüşmeden bir ay sonra gerçekleştirilmiş ve hastaların soruları cevaplandırılarak eğitim pekiştirilmiştir. Bu görüşme yaklaşık 20-30 dk sürmüştür.
- Dördüncü görüşme üçüncü görüşmeden bir ay sonra gerçekleştirilmiş ve hastalardan tekrar onam alınarak (EK-5) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3) son test olarak uygulanmıştır. Bu görüşme yaklaşık 30 dk sürmüştür.

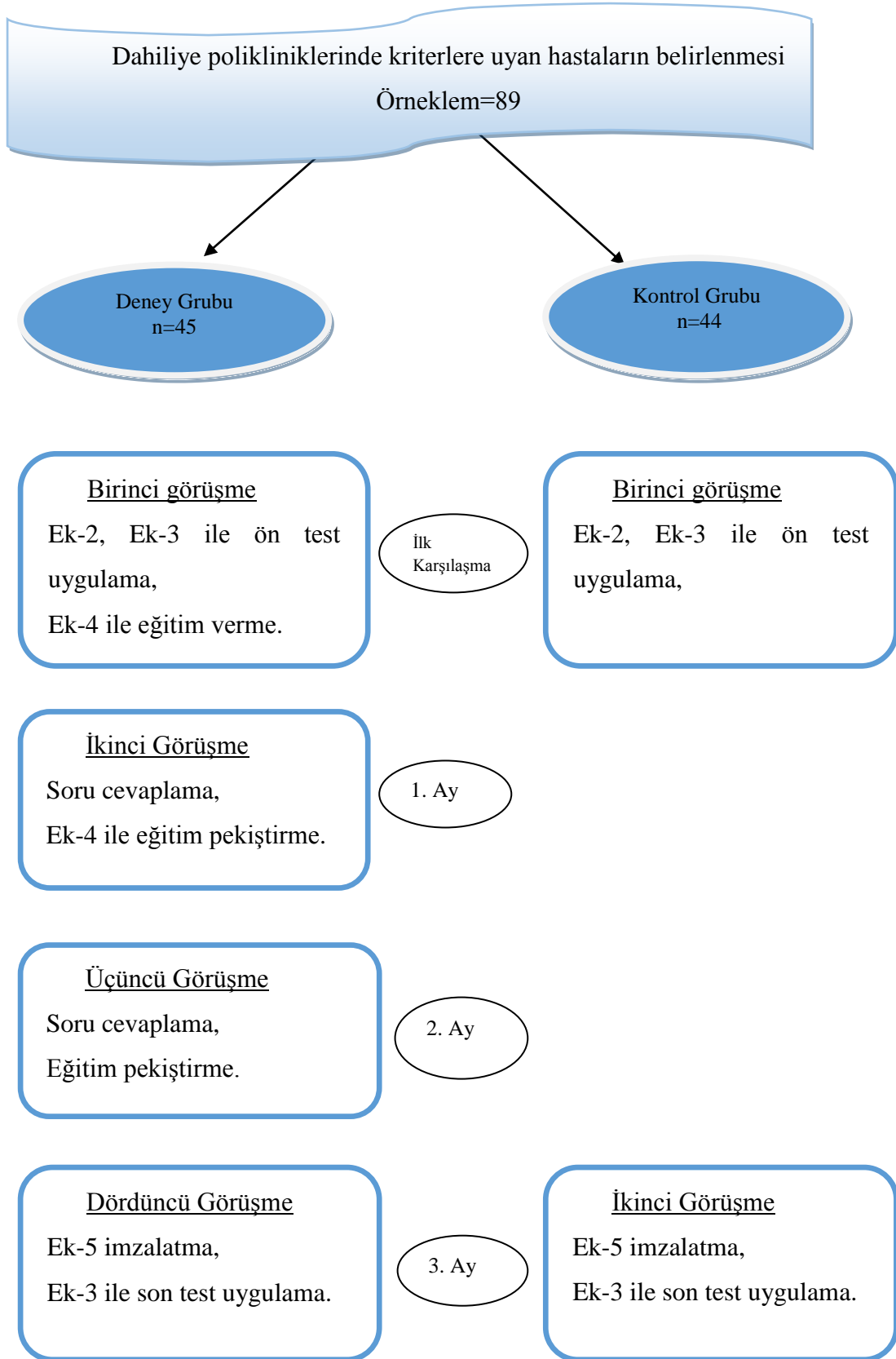
Kontrol grubundaki hastalara;

- İlk görüşmede Katılımcı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-5) imzalatılmış, Hasta Tanıtım Formu (EK-2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3) ile ön test uygulanmıştır. Bu görüşme yaklaşık 30-45 dk sürmüştür.

- İkinci görüşme ilk görüşmeden üç ay sonra gerçekleştirilmiş, hastalara tekrar onam formu (EK-5) imzalatılarak, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3) ile son test uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara son test uygulanmasını takiben istekleri doğrultusunda KOAH Hasta Eğitim Kitapçığı (EK-4) ile eğitim verilmiştir.

3.6.2. Araştırma Uygulama Şeması



Hasta Eğitim Kitapçığı: KOAH'la Yaşamak isimli hasta eğitim kitapçığı, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda ROY Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlanmıştır. Kitapçıkta solunum sistemi yapı ve fonksiyonları, KOAH hakkında genel bilgiler, KOAH tedavisi, sigarayı bırakmanın önemi, düzenli doktor kontrolü ve ilaç kullanımı, KOAH'la yaşamak için basit önerilere yer verilmiştir. Hasta eğitim kitapçığında yer alan eğitim konuları RAM'a göre şu şekilde gruplandırılmıştır:

Fizyolojik alan konuları

- Solunum sistemi organları ve görevleri,
- KOAH nedir?
- KOAH risk faktörleri,
- KOAH belirtileri,
- Sigarayı bırakmanın önemi, bırakma yöntemleri,
- Düzenli doktor kontrolü,
- Nefes darlığı kontrolü (büyük dudak solunumu),
- Öksürük kontrolü ve balgam çıkarma,
- Uyku düzeni, uykusuzlukla başetme yöntemleri,
- Egzersiz,
- Kilo kontrolü, beslenme önerileri,
- Alevlenme dönemleri, alevlenme dönemlerinde neler yapılabilir?

Rol Fonksiyon alanı konuları

- Hastalığın seyrine uygun günlük işleri yapma,
- Evdeki rolü yerine getirme,
- Hayatı değerli hale getirme,

Benlik Kavramı alanı konuları

- Stresle başetme (stresin hastalığa etkisi, başetme yöntemleri),

Karşılıklı Bağlılık alanı konuları

- KOAH'lı arkadaşlarla vakit geçirme, yeni arkadaşlıklar edinme.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın analizleri IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) V24'te yapılmıştır (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Araştırmada tanımlayıcı özellikler sayı (n), yüzde (%), ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), medyan (\tilde{x}), minimum ve maksimum değerleriyle sunulmuştur. Kategorik verilerin değerlendirilmesindeki ki kare analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygunluk kontrolü yapılmıştır. Normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik, sağlanmadığı durumlarda ise nonparametrik testlerle değerlendirmeler yapılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında; bağımsız örneklem t testi ve Mann Whitney U testi, çoklu grup karşılaştırmalarında normal dağılımın sağlandığı durumlarda tek yönlü ANOVA, normallığın sağlanmadığı durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Post-hoc karşılaştırmalar için ise Bonferroni ve Dunn testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişkilerinin değerlendirilmesinde normallığın sağlandığı durumlarda Pearson, sağlanmadığı durumlarda Spearman Rank korelasyonu uygulanmıştır. Tüm analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak seçilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hastalara Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri: Hastaların sosyo-demografik özellikleri.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma çalışmasına başlamadan önce TC Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-6), Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Bilimsel Araştırma Onayı (EK-7), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanımı için Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan yazardan izin (EK-8), araştırmaya katılan hastalardan Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-5) yazılı şekilde alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Araştırmanın kapsamı bir devlet hastanesine başvuran KOAH tanılı 89 hasta ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri, çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların SF-36 yaşam kalitesi leğine verdiği cevaplar ile sınırlıdır.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşam kaliteleri, SF-36 yaşam kalitesi leğinin ltđđ alanlar ile sınırlıdır.
- Araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı bölgeye aittir, genellenemez.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Erkek	17	43.6	22	56.4	39	100.0	X ² =1.35 p=0.245
Kadın	28	56.0	22	44.0	50	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Medeni Durum							
Evli	40	52.6	36	47.4	76	100.0	X ² =0.892 p=0.345
Bekar	5	38.5	8	61.5	13	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Eğitim Düzeyi							
Okuryazar	14	48.3	15	51.7	29	100.0	X ² =1.067 p=0.785
İlköğretim	18	50.0	18	50.0	36	100.0	
Ortaöğretim	12	52.2	11	47.8	23	100.0	
Yükseköğretim	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Çalışma Durumu							
Evet	12	48.0	13	52.0	25	100.0	X ² =0.091 p=0.763
Hayır	33	51.6	31	48.4	64	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Meslek							
İşçi	3	50.0	3	50.0	6	100.0	X ² =1.184 p=0.553
Serbest	8	44.4	10	55.6	18	100.0	
Memur	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
Toplam	12	48.0	13	52.0	25	100.0	
Çalışmama Nedeni							
Hastalığım nedeni ile çalışmıyorum	0	0.0	1	100.0	1	100.0	***
Başka nedenlerden dolayı çalışmıyorum	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
Emekliyim	8	44.4	10	55.6	18	100.0	
Ev hanımıyım	24	54.5	20	45.5	44	100.0	
Toplam	33	51.6	31	48.4	64	100.0	

X²: Ki kare test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması (devam)

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Aylık Gelir							
Gelir giderden az	30	51.7	28	48.3	58	100.0	$X^2=0.391$ p=0.822
Gelir gidere eşit	14	50.0	14	50.0	28	100.0	
Gelir giderden fazla	1	33.3	2	66.7	3	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Yaşanılan Kişi							
Aile	43	52.4	39	47.6	82	100.0	$X^2=1.47$ p=0.225
Yalnız	2	28.6	5	71.4	7	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	

X^2 : Ki kare test istatistiği, $p<0.05$ Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.1. de deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklere göre eşleştirilmesine yer verilmiştir. Katılan hastaların yaşı 18-70 arasında değişmektedir. Cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde; erkeklerin % 43.6 deney ve % 56.4'ü kontrol grubunda yer alırken, kadınların %56'sı deney ve %44'ü kontrol grubunda yer almıştır. Cinsiyete göre gruplar benzer dağılım göstermiştir.

Medeni duruma göre; evli bireylerin % 52.6'sı deney ve % 47.4'ü kontrol grubunda yer alırken, bekar bireylerin % 38.5'i deney ve % 61.5'i kontrol grubunda yer almıştır. Medeni duruma göre grupların dağılımı benzerdir.

Eğitim düzeyine göre gruplarda dağılım değerlendirildiğinde; okur yazar hastaların % 48.3'ü deney ve % 51.7'si kontrol grubunda, ilköğretim mezunu hastaların %50'si deney ve %50'si kontrol grubunda, ortaöğretim mezunu hastaların % 52.2'si deney ve % 47.8'i kontrol grubunda, yüksek öğretim mezunu olan hastaların %100'ü deney grubunda yer almıştır. Gruplarda eğitim düzeylerine göre benzer dağılım saptanmıştır.

Herhangi bir işte çalışma durumuna göre gruplarda dağılım değerlendirildiğinde; çalışan hastaların %48'i deney grubunda ve %52'si kontrol grubunda yer alırken çalışmayan hastaların % 51.6'sı deney grubunda ve % 48.4'ü

kontrol grubunda yer almıştır. Çalışma durumuna göre dağılım istatistiksel olarak benzer bulunmuştur.

Çalışan hastaların meslek dağılımları değerlendirildiğinde; işçi bireylerin %50'si deney ve %50'si kontrol grubunda iken serbest meslekteki bireylerin % 44.4'ü deney, % 55.6'sı kontrol, memurları %100'u deney grubunda yer almıştır. Hastaların meslek gruplarına göre gruplarda dağılımı benzerdir. Hastaların deney grubunda % 44.4'ü ve kontrol grubunda % 55.6'sı çalışmama nedeni olarak emekliliği gösterirken, deney grubunda hastaların % 54.5'i ve kontrol grubundaki hastaların % 45.5'i çalışmama nedenini olarak ev hanımı olma durumunu belirtmiştir.

Gelir durumu dağılımı değerlendirildiğinde; deney grubundakilerin % 51.7'si ve kontrol grubundakilerin % 48.3'ünün geliri giderinden az, deney grubundakilerin % 50'si ve kontrol grubundakilerin % 50'sinin geliri giderine eşit, deney grubundakilerin % 33.3'ü ve kontrol grubundakilerin % 66.7'sinin geliri giderinden fazladır. Aylık gelire göre gruplarda dağılım benzerdir.

Deney grubundaki hastaların % 52.4'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 47.6'sı ailesiyle birlikte yaşarken, deney grubundakilerin % 28.6'sı ve kontrol grubundakilerin %71.4'ü yalnız yaşamaktadır. Grupların yaşadığı kişilere göre dağılımı benzerdir.

Tablo 4.2. Hastaların ailesel durumları ve yaşam alışkanlıklarına ilişkin özellikleri

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Ailede başka KOAH hastası varlığı							
Evet	13	61.9	8	38.1	21	100.0	$X^2=1.415$ $p=0.234$
Hayır	32	47.1	36	52.9	68	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Sigara alışkanlığı							
Evet	8	34.8	15	65.2	23	100.0	$X^2=3.092$ $p=0.213$
Hayır	27	56.3	21	43.8	48	100.0	
Bıraktım	10	55.6	8	44.4	18	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Sigara miktarı/gün							
1-5 adet	0	0.0	1	100.0	1	100.0	$X^2=0.885$ $p=0.642$
6-10 adet	3	30.0	7	70.0	10	100.0	
11 ve üzeri	5	41.7	7	58.3	12	100.0	
Toplam	8	34.8	15	65.2	23	100.0	
Sigara kullanım yılı							
5 yıldan fazla	8	34.8	15	65.2	23	100.0	***
Toplam	8	34.8	15	65.2	23	100.0	
Alkol kullanımı							
Hayır hiç kullanmadım	40	55.6	32	44.4	72	100.0	$X^2=7.421$ $p=0.024$
Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum	1	10.0	9	90.0	10	100.0	
Evet, halen kullanıyorum	4	57.1	3	42.9	7	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Alkol kullanım miktarı							
Ara sıra	4	57.1	3	42.9	7	100.0	***

X^2 : Ki kare test istatistiği, $p<0.05$ Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.2' de grupların ailesel durumları ve yaşam alışkanlıklarına ilişkin özellikleri karşılaştırılmıştır. Ailede başka KOAH hastası olup olmadığı değerlendirildiğinde; deney grubundaki hastaların % 61.3'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 38.1'inin ailesinde KOAH hastası mevcuttur. Gruplarda ailede KOAH hastası olma durumu benzer dağılım göstermiştir.

Hastaların sigara içme alışkanlıkları değerlendirildiğinde; sigara içme durumu deney grubunda % 34.8, kontrol grubunda % 65.2'dir. Geçmişte sigara içip bırakan hastaların % 55.6'sı deney ve % 44.4'ü kontrol grubunda; hiç sigara içmeyenlerin % 56.3'ü deney ve % 43.8'i kontrol grubundadır. Sigara alışkanlığına göre gruplarda

dağılım istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Sigara içenlerin dağılımına göre deney grubundaki hastaların 3'ü 6-10 adet sigara tüketirken, 5'i 11 ve üzeri sigara tüketmektedir. Kontrol grubunda ise hastaların 1'i 1-5 adet, 7'si 6-10 adet, 7'si 11 ve üzerinde sigara tüketmektedir. Deney grubundaki hastaların % 34.8'i ve kontrol grubundaki hastaların % 65.2'si 5 yıldan uzun süredir sigara tüketmektedir.

Hastalarda alkol kullanımları değerlendirildiğinde; deney grubundaki hastaların % 57.1'i ve kontrol grubundaki hastaların % 42.9'u halen sigara kullanıyorken, deney grubundakilerin %10'u ve kontrol grubundakilerin %90'ı daha önceden kullandığını fakat şimdi kullanmadıklarını belirtmiştir. Alkol kullanımı gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Deney grubundaki hastaların daha düşük alkol kullanım sıklığı gösterdiği görülmüştür. Deney grubundakilerin %57.1'i ve kontrol grubundaki bireylerin % 42.9'u ara sıra alkol kullandıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların düzenli hekim kontrolü ve ilaç kullanım durumları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Düzenli doktor kontrolü							
Evet	26	54.2	22	45.8	48	100.0	$X^2=0.542$ p=0.462
Hayır	19	46.3	22	53.7	41	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Düzenli ilaç kullanımı							
Düzenli	23	57.5	17	42.5	40	100.0	$X^2=1.399$ p=0.237
Şikâyetim oldukça	22	44.9	27	55.1	49	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	
Evde oksijen kullanımı							
Evet	0	0.0	1	100.0	1	100.0	$X^2=1.034$ p=0.309
Hayır	45	51.1	43	48.9	88	100.0	
Toplam	45	50.6	44	49.4	89	100.0	

X^2 : Ki kare test istatistiği, $p<0.05$ Anlamlılık düzeyi

Hastaların düzenli hekim kontrolüne gitme durumları sorulduğunda; deney grubundaki hastaların % 46.3'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 53.7'si kontrole önerilen şekilde gitmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların bu davranışı deney ve kontrol gruplarında benzer dağılım göstermiştir.

Hekimin önerdiği ilaçları hastaların düzenli kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda; deney grubundaki hastaların % 57.5'i ve kontrol grubundaki hastaların % 42.5'i düzenli ilaç kullanırken, deney grubundaki hastaların % 44.9'u ve kontrol grubundaki hastaların % 55.1'i şikâyeti oldukça ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Gruplarda düzenli ilaç kullanımını benzer dağılım göstermiştir.

Kontrol grubundaki 1 hasta evde oksijen kullanırken, geriye kalan 88 hasta kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Grup İçi SF-36 Ölçeği Ön Test-Son Test Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup			
	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	$\bar{X} \pm SS$	p değeri	$\bar{X} \pm SS$	p değeri
Fiziksel Fonksiyon Ön Test	18.9±5.3	p<0.001^W	17,9±4,9	0.185^T
Fiziksel Fonksiyon Son Test	20.8±5.4		17,6±4,7	
Sosyal Fonksiyon Ön Test	6.4±1.4	p<0.001^W	6,3±1,6	0.806^W
Sosyal Fonksiyon Son Test	7.3±1.5		6,3±1,6	
Fiziksel Rol Güçlüğü Ön Test	1.4±1.7	p<0.001^W	1,7±1,7	0.655^W
Fiziksel Rol Güçlüğü Son Test	2.6±1.4		1,7±1,7	
Emosyonel Rol Güçlüğü Ön Test	1.2±1.4	p<0.001^W	1,5±1,3	0.763^W
Emosyonel Rol Güçlüğü Son Test	2.1±1.2		1,5±1,4	
Mental Sağlık Ön Test	17.4±3.2	p<0.001^T	17,4±3,1	0.590^T
Mental Sağlık Son Test	19.3±2.5		17,3±2,8	
Enerji/Canlılık Ön Test	10.4±2.7	p<0.001^W	10,3±2,8	0.599^T
Enerji/Canlılık Son Test	12.5±2.6		10,2±2,6	
Ağrı Ön Test	6.2±1.8	p<0.001^W	6,4±2,2	0.225^T
Ağrı Son Test	7.2±2		6,5±2,2	
Genel Sağlık Ön Test	11.1±2.6	0.001^T	10,6±3	0.401^W
Genel Sağlık Son Test	12±2.5		10,7±3	

W: Wilcoxon işaret testi T: bağımlı örneklem t testi p<0.05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.4.'te deney ve kontrol gruplarına göre grup içi ölçeğin sekiz alt boyutu ön test-son test skor ortalamaları karşılaştırıldığında;

Deney grubunda fiziksel fonksiyon ön ve son test ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0.001), kontrol grubunda saptanmamıştır (p=0.185).

Deney grubu sosyal fonksiyon ön ve son test ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken (p<0.001), kontrol grubunda bulunamamıştır (p=0.806).

Deney grubunda fiziksel rol gclg n ve son test ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$), kontrol grubunda bulunamamıştır ($p=0.655$).

Deney grubu emosyonel rol gclg n ve son test ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0.001$), kontrol grubunda saptanamamıştır ($p=0.763$).

Deney grubu mental sağlık n ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$), kontrol grubunda bulunamamıştır ($p=0.590$).

Deney grubu enerji/canlılık n ve son test ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.001$), kontrol grubunda fark yoktur ($p=0.599$).

Deney grubu ağrı ön test ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$), kontrol grubunda bulunamamıştır ($p=0.225$).

Deney grubu genel sağlık anlayışı n ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$), kontrol grubunda bulunamamıştır ($p=0.401$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Gruplar Arası Ön Test-Son Test Ölçek Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup		p
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	
	X \pm SS	X \pm SS	
Fiziksel Fonksiyon Ön Test	18.9 \pm 5.3	17.9 \pm 4.9	0.364^U
Fiziksel Fonksiyon Son Test	20.8 \pm 5.4	17.6 \pm 4.7	0.004^U
Sosyal Fonksiyon Ön Test	6.4 \pm 1.4	6.3 \pm 1.6	0.721^U
Sosyal Fonksiyon Son Test	7.3 \pm 1.5	6.3 \pm 1.6	0.004^U
Fiziksel Rol Güçlüğü Ön Test	1.4 \pm 1.7	1.7 \pm 1.7	0.343^U
Fiziksel Rol Güçlüğü Son Test	2.6 \pm 1.4	1.7 \pm 1.7	0.011^U
Emosyonel Rol Güçlüğü Ön Test	1.2 \pm 1.4	1.5 \pm 1.3	0.447^U
Emosyonel Rol Güçlüğü Son Test	2.1 \pm 1.2	1.5 \pm 1.4	0.031^U
Mental Sağlık Ön Test	17.4 \pm 3.2	17.4 \pm 3.1	0.983^t
Mental Sağlık Son Test	19.3 \pm 2.5	17.3 \pm 2.8	p<0.001^t
Enerji/Canlılık Ön Test	10.4 \pm 2.7	10.3 \pm 2.8	0.739^U
Enerji/Canlılık Son Test	12.5 \pm 2.6	10.2 \pm 2.6	p<0.001^U
Ağrı Ön Test	6.2 \pm 1.8	6.4 \pm 2.2	0.756^U
Ağrı Son Test	7.2 \pm 2	6.5 \pm 2.2	0.096^U
Genel Sağlık Ön Test	11.1 \pm 2.6	10.6 \pm 3	0.365^U
Genel Sağlık Son Test	12 \pm 2.5	10.7 \pm 3	0.029^U

U: Mann Whitney U testi, t: bağımsız örneklem t testi, p<0.05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.5.'te deney ve kontrol gruplarına göre ölçeğin gruplar arası sekiz alt boyutu karşılaştırması yapıldığında;

Gruplar arası fiziksel fonksiyon ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken (p=0.364), son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.004). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası sosyal fonksiyon ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamazken (p=0.721) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.004). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası fiziksel rol güçlüğü ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0.343$) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.011$). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası emosyonel rol güçlüğü ön test skor ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken ($p=0.447$) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.031$). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası mental sağlık ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p=0.983$) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası enerji/canlılık ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklı değilken ($p=0.739$) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Gruplar arası ağrı ön test son test ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası genel sağlık anlayışı ön test skor ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0.365$) son test ölçüm ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.029$). Deney grubu son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bulgulara Göre Tartışılması

Hastaların sosyo-demografik bulguları Tablo 4.1.'de verilmiştir. Çalışmamızdaki deney grubundaki hastaların % 43.6'sı, kontrol grubundaki hastaların % 56.4'ü erkeklerden oluşmaktadır. Literatüre bakıldığında hastaların cinsiyete göre dağılımlarında değişik sonuçlar elde edilmiştir (Çevik Akyıl, 2010; Bal Özkaptan, 2013; Ahmed ve ark., 2019). KOAH sıklığı geçmiş yıllarda erkeklerde daha fazla görülürken son yıllardaki literatür çalışmalarında (Lindis ve ark., 2014; GOLD, 2019) her iki cinsiyette de eşit oranda görüldüğü belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da son yıllardaki literatür bilgileri ile aynı sonuçlar elde edilmiştir.

Medeni duruma göre; evli bireylerin % 52.6'sı deney ve % 47.4'ü kontrol grubunda yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda bireylerde medeni duruma bakıldığında seçilen örneklem grubuna göre grup dağılımları farklıdır (Çevik Akyıl, 2010; Menekşe, 2018; Ahmed ve ark., 2019). Bu farklılıkların çalışılan örneklem grupların farklı olması ve medeni durumun KOAH görülme sıklığını etkilememesi nedeni ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim düzeyine göre bakıldığında bizim çalışmamız ve literatür çalışmaları arasında benzerlik saptanmıştır. Çalışmamıza katılan bireylerde yükseköğrenim mezunu birey sayısı diğerlerine göre daha az bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde öğrenim durumu azaldıkça KOAH sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Rafii ve ark., 2017; Menekşe, 2018; Albayrak, 2018; Kara, 2019). Eğitim düzeyi artıkça kişilerin sağlık durumları da etkilenmektedir. Eğitim düzeyi, geliri artırıp bireylere yaşam koşullarını kontrol etme algısı sağlar (Türk Toraks Derneği, 2019). Bu nedenle eğitim durumu azaldıkça KOAH sıklığı artabilir.

Bireylerde çalışma durumları değerlendirildiğinde çalışmayan birey sayısının daha fazla olduğu, çalışmama nedeni olarak da ev hanımı ya da emekli olmayı neden gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Literatür sonuçları da çalışmamızla benzer

şekildedir (Menekşe, 2018; Albayrak, 2018; Kara, 2019; Aldan, 2019; Kar ve Zengin, 2019). KOAH görülme sıklığı ve emeklilik yaşının ileri yaşta olmasının sonuçları etkilediği düşünülebilir.

Gelir durumu dağılımı değerlendirildiğinde; gelir giderden az olan birey sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bu yönü ile literatürdeki çalışmalarla benzer bulgu taşımaktadır (Çevik Akyıl, 2010; Albayrak, 2018; Menekşe, 2018; Kara, 2019; Aldan, 2019).Düşük sosyoekonomik düzey; yetersiz ve dengesiz beslenme, daha kötü yaşam koşulları, sigara içme prevelansında artış ve daha sık görülen çocukluk çağı enfeksiyonlarına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da KOAH gelişim riski sosyoekonomik düzey düştükçe artmaktadır (Kartaloğlu, 2013; Türk Toraks Derneği, 2019).

Çalışmamıza katılan bireylerde literatürdeki diğer çalışmalardaki gibi ailesi ile yaşayan birey sayısının fazla olduğu saptanmıştır (Menekşe, 2018; Albayrak, 2018; Kara, 2019; Aldan, 2019). Toplumumuz çekirdek ya da geniş aile yapısına sahip, ataerkil bir toplum olduğu için özellikle kronik hastalığa sahip bireyler aileleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Bu durum çalışma sonuçlarının bu yönde olmasına katkı sağlamıştır..

Sigara içme durumu değerlendirildiğinde literatür çalışmaları ile çalışmamız arasında benzerlik vardır. Sigara içmeyen ya da bırakan birey sayısı hala içenlere göre daha fazladır (Rafii ve ark., 2017; Albayrak, 2018; Menekşe, 2018; Kara, 2019; Aldan, 2019). Sigaranın bırakılması, KOAH gelişimi önlemek ve ilerlemenin yavaşlatılması için en etkili yoldur (Aytemur Solak, 2006; Karadağ, 2013). Özge ve arkadaşları yaptığı çalışmada KOAH gibi kronik hastalığı bulunan bireylerin sigara bırakma konusunda daha motive oldukları sunucuna ulaşmışlardır (Özge ve ark., 2005). Sigaranın bırakılmasıyla KOAH oluşumunun azalması yanında KOAH yakınmalarında da azalmalar meydana gelmektedir (Budak, 2010). Tüm bu nedenlerle sigara içmeyen ya da bırakan kişi sayısı hala içenlere oranla daha fazla bulunmuş olabilir.

Alkol kullanım durumu değerlendirildiğinde alkol kullanmayan ya da kullanıp bırakan birey sayısı hala kullananlara göre daha fazla olarak bulunmuştur. Çalışmamız bu yönü ile literatür çalışmaları ile uyumaktadır (Menekşe, 2018;

Kuzulu ve ark., 2017).

Hastaların düzenli hekim kontrolüne gitme durumları sorulduğunda; deney grubundaki hastaların % 46.3'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 53.7'si kontrole önerilen şekilde gitmediklerini belirtmişlerdir. KOAH'ta izlem sıklığı; hastanın durumuna ve hastalığın klinik seyrine göre belirlenmelidir (van den Bernt ve ark., 2008). Diğer taraftan hastanın mevcut durumun, hastalığın seyrinin ve tedavi etkinliğinin düzenli olarak takip edilmesi gerekmektedir (Türk Toraks Derneği, 2019). Düzenli kontrole gitmeme nedeni bireylerin 'düzenli kontrol' kavramından ne anladıkları ve hekimin hastanın durumuna özgü olarak önerdikleri izlem sıklığı kaynaklı olabilir.

Hekimin önerdiği ilaçları hastaların düzenli kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda; düzenli ilaç kullanan ve şikayeti oldukça ilaç kullanan birey sayısı birbiri ile aynıdır. Kara çalışmasında düzenli ilaç kullanan birey sayısının daha fazla olduğunu saptamıştır (Kara, 2019). KOAH'ta ilaç kullanımı sıklıkla semptomları azaltmak, fonksiyonel kapasiteyi artırmak ve alevlenmeleri önlemek amaçlı kullanılmaktadır (Jenkins, 2017).

5.2. Deney-Kontrol Gruplarının Grup İçi ve Gruplar Arası Ölçek Skorlarına Göre Tartışılması

Hasta eğitimi, sağlıkla ilgili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesini ve bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir (Avşar ve Kaşıkçı, 2008). Hemşirelerin primer sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hastanın taburculuğu sonrasında ait bir eylem değildir ve hastayla hemşirenin ilk karşılaştığı anda eğitim süreci başlamalıdır (Smith ve Zsohar, 2013). DSÖ uzmanlar komitesi sağlık eğitimini 'kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırma' şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık eğitimin amacı; bireyin, toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre

oluşturmalarını sağlayacak davranış değişikliği benimsetmektir (Ulusoy, 2001). 173 hasta ile öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılan bir çalışmada hasta öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu ve sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği sonucuna varılmıştır (Tan ve ark., 2013). KOAH'lı hastalara ölçülü doz inhaler kullanımına yönelik demonstrasyon yöntemi ile verilen eğitimin etkinliğinin ölçüldüğü bir çalışmada, eğitimin inhaler kullanımı becerisini artırdığı bulunmuştur (Özkan, 2013). Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitimlerin hastaların hastalık uyumunu artırdığı bilinmektedir (Kacaroglu ve Gülseven, 2014; Demirsoy ve ark., 2017; Erdoğan, 2019; Ertem, 2019; Çevik Akyl ve Ergüney, 2013).

Kronik hastalıklarda hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir (Çivi ve ark., 2011; Gelin ve Ulus, 2015; Jardin ve ark., 2017). KOAH'lı hastaların hastalık evresi ve yaşam koşullarına göre değişen düzeylerde aktiviteleri etkilenmekte ve yaşam kaliteleri bozulmaktadır. Varol'un 2016 yılında KOAH fenotiplerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada hastaların, hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır. Akbay ve arkadaşlarının 2001 yılında 102 hasta ile yaptığı çalışmayla hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Yıldırım tarafından hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarının incelendiği bir çalışmada hastaların banyo ve boşaltım aktivitesinde yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir (Yıldırım, 2011). Çakır'ın 40 KOAH'lı, 35 KOAH olmayan birey ile 2019 yılında yaptığı çalışmada; KOAH tanılı bireylerde KOAH tanılı olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Norveç'te 100 KOAH'lı ve 3594 genel popülasyondan bireyin karşılaştırıldığı bir çalışmada KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesinin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında daha düşük olduğu bulgusu elde edilmiştir (Bentsen ve ark., 2012).

Hastalara verilen eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin ölçüldüğü değişik çalışmalarda, eğitim sonrası hastaların yaşam kalitelerinde artma gözlenmiştir (Kurçer ve Özbay, 2011; Albayrak, 2018; Şener, 2019; Uzun, 2019).

Çalışmamıza ait deney ve kontrol gruplarına göre grup içi ön test-son test ölçek skor ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.4.'te verilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden deney grubu hastalarına hem ön test hem de son test skor ortalamaları için en düşük puan ortalaması emosyonel rol güçlüğü alanında

saptanırken; en yüksek puan ortalaması ise hem ön test hem de son test skor ortalamasında fiziksel fonksiyon alanında hesaplanmıştır. Çakır (2019)'ın çalışmasında KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyonun fazla olduğu ve bunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Özpulat'ın çalışmasında hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı bulunmuştur (Özpulat ve Yıldırım, 2014). Sharma ve Joshi'nin (2015) 40 KOAH hastası ile yaptığı çalışmada fiziksel fonksiyon alanında yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu saptanmıştır. 40 hasta ile KOAH olan hastalarda sağlık eğitiminin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, hastaların eğitim sonrası yaşam kalitesi değerlerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Güner ve Atak, 2001). Labrecque ve ark. 2011 yılında 57 KOAH'lı ile yaptığı araştırmaya göre; planlı hasta eğitiminin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı, hastane yatışlarını azalttığı sonucu elde edilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ön test-son test ölçek skor ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.5' te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin sekiz alt boyutu bileşenlerinden ağrı dışındaki alanlarda deney grubu hastalarında son test ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Albayrak (2018) 148 KOAH hastası ile yaptığı çalışmada deney grubu hastaların yaşam kalitelerinin son test puan ortalamalarının ön teste göre daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir. Mumcu Boğa çalışmasında eğitimle birlikte hastaların yaşam kalitelerinde önemli oranda yükselme olduğunu saptamıştır (Mumcu Boğa, 2013). Ağrı skorunun gruplar arası ön test son test skorlarının farklı olmama nedeni hastaların kronik ağrı yakınmasının bulunması, ağrı kesici kullanılmadan ağrı skorunun değişmeyeceğini düşünmeleri ve hekimlerin tedavide hastalara ağrı kesici reçete etmeleri olabilir. Yapılan birçok çalışmada KOAH'lılarda ağrı kesici kullanımı yüksek bulunmuştur. KOAH'lılarda kronik ağrı çok yaygın görülmekte ve ağrı nedeni olarak da dispne şiddeti, depresyon, azalan fiziksel aktivite belirtilmektedir (Lee ve ark., 2017; van Dam van Isselt ve ark., 2014). Bizim çalışma sonucumuz da hipotezimiz olan **'KOAH'lı bireylere ROY adaptasyon modeline göre verilen eğitim yaşam kalitesini artırır'** ı desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH'lılara RAM'a görev verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile yaptığımız çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Deney ve kontrol grubundaki hastalar sosyo-demografik özelliklere göre benzer dağılım göstermiştir.
- Ailede başka KOAH hastası olma durumuna göre gruplar benzer dağılım göstermişlerdir.
- Deney ve kontrol grupları sigara içme alışkanlıklarına göre benzer dağılım gösterirken, alkol kullanım durumuna değerlendirildiğinde deney grubundaki hastaların daha düşük düzeyde alkol kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Gruplar arasında düzenli doktor kontrolü ve ilaç kullanımı özellikleri benzer dağılım göstermiştir.
- Yaşam kalitesi ölçeğinin 8 alt boyutunda deney grubu ön test-son test ortalamaları farklı bulunmuştur. Deney grubu son test ortalamaları ağrı alt boyutu dışında diğer alanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH'lı hastalara planlı hasta eğitimi yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiye sahip olduğu için hasta bakımında hasta eğitimine önem verilmelidir.
- Hasta eğitiminde RAM kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- Hemşirelerin hasta eğitiminde eğitici rolleri ile daha aktif yer almaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Abul Y, Özlü T. Türkiye de koah epidemiyolojisi, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1(1): 7-12.

Ahmed MS, Neyaz A, Aslami AN. Health-related quality of life of chronic obstructivepulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. *Lung India* 2016;33:148-153. <https://DOI:10.4103/0970-2113.177438>.

Akbay S; Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001;49(3):338-344.

AkpınarNB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;3(2):140-152.

Aksu T, Fadıloğlu Ç. Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 2(3):126-132.

Albayrak D. KOAH'lı Hastalara Yaşam Modeline Göre Verilen Hemşirelik Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.

Aldan G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne, Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.

Alkan HÖ. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(Sup 2):41-47.

Allinson JP, Hardy R, Donaldson GC, Shaheen SO, Kuh D, Wedzicha JA. Combined impact of smoking and early-life exposures on adult lung function trajectories. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2017; 196(8):1021-1030.

Atasever A, Erdiñç E. Koah'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51(4):446-455.

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3):67-73.

Ay FA, *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2013:184-724.

Aytemur Solak Z, Kaçmaz Başoğlu Ö, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(1):43-50.

Bal Özkaptan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Barış N, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş. Roy adaptasyon modeline göre bir hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;31(2):130-139.

Bentsen SB, Rokne B, Wahl AK. Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; 27(4):905-912. <https://doi.org/10.1111/scs.12002>.

Bhatt SP, Kim Y, Harrington KF, Hokanson JE, Lutz SM, Cho MH, DeMeo DL, Wells JM, Make BJ, Rennard SI, Washko GR, Foreman MG, Tashkin DP, Wise RA, Dransfield MT, Bailey WC, Smoking duration alone provides stronger risk estimates of chronic obstructive pulmonary disease than pack-years. *Thorax* 2018; 73:414-421.

Bigna JJ, Kenne AM, Asangbeh SL, Sibetcheu AT. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* 2018; 6(2):193-202.

Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Journal of Researches and Studies* 2016; 8(15):137-150.

Budak R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Görülme Sıklığına Aktif ve Pasif Sigara İçiciliğinin Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.

Byrne AL, Marais BJ, Mitnick CD, Lecca L, Marks GB. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 32:138-46.

Cho SH, Lin HC, Ghoshal AG, Bin Abdulmuttalif AR, Thanaviratananich S, Bagga S, Faruqi R, Sajjan S, Brnabic AJ, Dehle FC, Wang de Y. Respiratory disease in the Asia-Pacific region: Cough as a key symptom. *Allergy Asthma Proc* 2016; 37(2):131-40.

Çakır FF. Stabil Durumdaki KOAH Hastalarında Solunum Fonksiyonları, Egzersiz Kapasitesi, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ile Birlikte Ağrı, Kas Kuvveti ve Kemik Mineral Yoğunluğunun İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Protez Ortez ve Biyomekani Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.

Çevik Akyıl R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Uyumuna Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.

Çevik Akyıl R, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım. İçinde: Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:75-93.

Çevik Akyıl R, Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Akademi yayınları, 2013:131-135.

Çevik Akyıl R, Ergüney S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(5):1063-1075. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06093.x>. Epub 2012 Jul 20.

Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2011;53:248-253.

De Marco R, Accordini S, Marcon A, Cerveri I, Anto JM, Gislason T, Heinrich J, Janson C, Jarvis D, Kuenzil N, Leynaert B, Sunyer J, Svanes C, Wjst M, Burney P. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a european cohort of young adults. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*. 2011; 183:891-897.

Demirsoy Horta G, Aksu H, Özsoy S. Kadının postpartum döneme uyumunda Roy'un Adaptasyon Modelinin kullanımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017;33(1):160-170.

Derom E, van Weel C, Liistro G, Buffels J, Schermer T, Lammers E, Wouters E, Decramer M. Primary care spirometry. *Eur Respir J* 2008; 31:197–203.

Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: an evolutionary concept analysis. *Nursing Forum* 2015; 50(3):201-213.

Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018;26(2):79-92.

Erdoğan N. Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Program. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.

Ertem Sunay G. Tip 1 diyabetli ergenlerin hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2019.

Esenyel C. Edirne Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.

Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition. F.A. Davis Company, Philadelphia, 2005.

Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen etmenler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 6(1):31-35.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2019 Report). <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>.

01.10.2019.

Güner A, Atak N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda sağlık eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2001; 54(4):321-332.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, sayı:27910, 19 Nisan 2011.

Hnizdo E, Sullivan PA, Bang KM, Wagner G. Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2002; 156(8):738-46.

Hooper R, Burney P, Vollmer WM, McBurnie M, Gislason T, Tan WC, Jithoo A, Kocabas A, Welte T, Buist S. Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD Project. *Eur Respir J*, 2012 June, 39(6):1343–1353.

İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 16(2):132-139.

International Council of Nurses (ICN). Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. International Nurses Day 2010. Geneva: ICN; 2010.

Jardin MJ, Zuo L, Gray NA, de Zoysa JR, Chan CT, Gallagher MP, Monaghan H, Grieve SM, Puranik R, Lin H, Eris JM, Zhang L, Xu J, Howard K, Lo S, Cass A, Perkovic V. A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. *Journal of the American Society of Nephrology* 2017; 28:1898-1911.

Jenkins C. Drugs for chronic obstructive pulmonary disease. *Australian Prescriber* 2017; 40(1):15-19.

Jiang J, Zhiao J, Yuan Y, Di S. Risk factors associated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A retrospective analysis in 4624 patients. *Biomedical Research* 2017; 28 (9):3855-3859.

Jonsdottir H. Nursing care in the chronic phase of COPD: a call for innovative disciplinary research. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing* 2008;17, 7b,272–290.

Jordan ER, Cheng KK, Miller MR, Adab P. Passive smoking and chronic obstructive pulmonary disease: cross-sectional analysis of data from the Health Survey for England, *BMJ Open* 2011; 2:e000153. <https://doi:10.1136/bmjopen-2011-000153>.

Kacaroglu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. Roy Adaptasyon Modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *International Journal of Human Sciences* 2014;11(2):209-220.

Kar S, Zengin N. KOAH'lı hastalarda sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre sağlık durumunun incelenmesi. *Journal of Health Professional Research* 2019;1(1):1-7.

Kara A. KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2019.

Karadağ M. KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1 (1):98-104.

Kartaloğlu Z. Sosyoekonomik durum ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(1):87-96.

Kaya A. Boz İ. The Development of the Professional values models in nursing, *Nurs Ethics* 2017. <https://doi:10.1177/0969733017730685>.

Kaya D. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

Khan S, Fell P, James P. Smoking-related chronic obstructive pulmonary disease (COPD), *Diversity and Equality in Health and Care* 2014;11:267–71.

Keslerr R, Partridge MR, Miravitlles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, Ostinelli J. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European crosssectional study. *Eur Respir J* 2011; 37(2):264–272.

Kılıç Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2013.

Koçyiğit E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi. *Nobel Med* 2007; 3(1):4-11.

Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Arseven O. *Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:142.

Kumsar Karakoç A, Taşkın Yılmaz F. kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2(2):62-70.

Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011;11(2):107-113.

Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ, Öznur H, Kızıltaş Ö, Tekin O, Demir N, Albayrak Z. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 2017;4:204-215.

Labrecque M, Rabhi K, Laurin C, Favreau H, Moullec G, Lavoie K, Julien M. Can a self-management education program for patients with chronic obstructive pulmonary disease improve quality of life ? *Canadian Respiratory Journal* 2011;18(5):77-81.

Lee AL, Goldstein RS, Brooks D. Chronic pain in people with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, clinical and psychological implications. *Journal of COPD Foundation* 2017; 4(3):194-203.

Lindis SH, Muellerova H, Mannino DM, Menezes AM, Han MK, Molen T, Ichinose M, Aisanov Z, Oh YM, Davis KJ. Continuing to Confront COPD international patient survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013. *International Journal of COPD* 2014; 9:597-611.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plosmedicine* 2006; 3(11):2011-2030.

Masters K. Nursing Theories: A Framework for Professional Practice, 2nd Edition. Sudbury, Jones and Bartlett, 2012.

Meleis AI. Theoretical Nursing, Theoretical nursing: Development and progress. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Menekşe B. Koah Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2018.

Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Crapo R, Enright P, van der Grinten CPM, Gustafsson P, Jensen R, Johnson DC, MacIntyre N, McKay R, Navajas D, Pedersen OF, Pellegrino R, Viedi G, Wanger J. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005; 26:319–338.

Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 1. Sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, İzmir 2007, *Kongre Özet Kitabı*: 9-11.

Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. İçinde: Durna Z. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Akademi yayınları, 2013:51-64.

Mumcu Boğa N, Cerrahi Menapozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi. Erzurum:Atatürk Üniversitesi, 2013.

Nursing Theory. Roy Adaptation Model. <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/roy-adaptation-model.php> 03.08.2019.

Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalimetri, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.

Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1):57-72.

Özge C, Tümkaya M, Özgür ES, Eker S. Solunumsal yakınması olan hastaların sigara alışkanlık durumlarının değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16:12-17.

Özkan ÇG. KOAH'lı hastalara ölçülü doz inhaler kullanımına yönelik demonstrasyon yöntemi ile verilen eğitimin etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(1):98-103.

Özkaraman A, Özer S, Balcı Alpaslan G. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(3):138-152.

Özmete, E. Aile yaşam kalitesi dinamikleri: aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal refah, fiziksel/materyal refahın algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2010; 3(11):455-465.

Özpulat F, Yıldırım A. Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile başatma yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. *Sted* 2014; 23(4):122-129.

Patton D. An analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; 11:221-228.

Pınar R Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *2005*; 14(1):259-264.

Rafii F, Haghani H, Beni FH. Health-related quality of life and related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Client-Centered Nursing Care* 2017; 3(1):45-50. <https://doi.org/10.32598/jccnc.3.1.45>.

Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. *Eur Respir Rev* 2009; 18(114):213–221.

Risjord M. Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy. UK: A John Wiley & Sons Ltd Publication, 2010,98-105.

Roisin RR, Han MK, Vestbo J, Wedzicha JA, Woodruff PG, Martinez FJ. Chronic respiratory symptoms with normal spirometry a reliable clinical entity?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2017; 195(1): 17-22.

Roy C. The Roy adaptation model. 3 edition. Upper Saddle River New Jersey, Pearson Education; 2009.

Sercan ÖE. Koah'ta alevlenme nedenleri ve alevlenmenin değerlendirilmesi. *Solunum Dergisi* 2009; KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı: 7-10.

Sharma K, Joshi S. Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Chitwan, Nepal: a pilot study report. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2015;4(9):1235-1241.

Silva GE, Sherrill DL, Guerra S, Barbee RA. Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. *Chest* 2004; 126(1): 59-65.

Smith JA, Zsohar H. Patient-education tips for new nurses. *Wolters Kluwer Health* 2013; 43(10):1-3. <https://doi:10.1097/01.NURSE.0000434224.51627.8a>.

Soydeğer B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda İlaç Profiline Belirlenmesi ve Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.

Soyyigit Ş, Erk M, Nazlı G, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(3): 259-266.

Sözen F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.

Şener N. Sezaryen olan lohusalara verilen eğitimin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2019.

Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21(1):1-8.

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, Aralık 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_1_9.06.2018.pdf 01.08.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara. 2013.

Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D: Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012; 20(3):177-183.

Tel H, Akdemir N. Koah'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(2):44-52.

To T, Ju J, Larsen K, Simatovic J, Feldman L, Ryckman K, Gershon A, Lougheed MD, Licskai C, Chen H, Villeneuve PJ, Crighton E, Su Y, Sadatsafavi M, Williams D, Carlsten C. Progression from asthma to chronic obstructive pulmonary disease is air pollution a risk factor? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2016; 194(4): 429-438.

Tolson D, McIntosh J. The Roy Adaptation Model: a consideration of its properties as a conceptual framework for an intervention study. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:981-987.

Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2832014161915-Bolum-1.pdf> 01.10.2019.

Türk Dil Kurumu. TC Atatürk Kültür, Dil Ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=MODEL 03.01.2019.

Türk Dil Kurumu. TC Atatürk Kültür, Dil Ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=253487 03.01.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı 2009-2017 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 ölüm nedeni istatistikleri 2009 ve sonrası. 01.10.2019.

Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. İçinde: Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:37-49.

Ulusoy Gökkoca FZ. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sted* 2001;10(10): 371-374.

Uzun Ö. Epilepsili çocuğa, ailesine ve öğretmenlerine verilen hastalık ve ilaç yönetimi eğitiminin çocuğun bilgi düzeyine, okul başarısına ve yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2019.

Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(1): 42-53.

Van Dam van Isselt EF, Groenewegwn Siphema KH, Spruit van Eijk M, Chavannes NH, de Waal MWM, Janssen DJA, Achterberg Wp. Pain in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014. <http://doi:10.1136/bmjopen-2014-005898>.

Van den Bernt L, Schermer T, Smeele I, Bischoff E, Jacobs A, Grol R, van Weel C. Monitoring of patients with COPD: A review of current guidelines' recommendations. *Respiratory Medicine* 2008; 102:633-641.

Varol F. KOAH Fenotiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnen Menderes Üniversitesi, 2016.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, 2012.

Vural Ö, Eler S, Atalay NG. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2010; 8(2), 69-75.

Ware J. SF-36 health survey update. *Spine* 2000;25(24):3130-3139.

World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/> 01.10.2019a.

Wongsurakiat P, Maranetra KN, Wasi C, Kositanont U, Dejsomritrutai W, Charoenratanakul S. Acute respiratory illness in patients with COPD and the

effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study. *Chest* 2004; 125(6): 2011-2020.

World Health Organization. Health statistics and information systems. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> 02.10.2019b.

World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=66BF91CED7980ECF7AC76D44187BF5E4?sequence=1/ 02.10.2019c.

Yıldırım D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği. Yüksek lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.

Zamzam MA, Azab NY, El Wash RA, Ragab AZ, Allam EM. Quality of life in COPD patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 2012; 61:281-289.

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Sema SARIKAYA
Doğum tarihi	: 25.06.1985
Doğum yeri	: Finike
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	:Yeni Mah. 540. Sok. Sedanur Apt. K:2 Finike/ANTALYA
Tel	: 0533 468 3137
E-mail	: semaersil@hotmail.com.tr
EĞİTİM	
Lise	: Kumluca Anadolu Lisesi (2003)
Lisans	:Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (2003-2008)
Yüksek lisans	:Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2015-halen)

EK-2. HASTA TANITIM FORMU

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz nedir?

1. Erkek 2. Kadın

3) Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar

4) Eğitim düzeyiniz nedir?

1.Okur yazar 2.İlköğretim 3.Orta öğretim 4.Yüksek öğretim

5) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1.Evet çalışıyorum 2.Hayır çalışmıyorum

6) Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

1. İşçi
2. Serbest
3. Memur

7) Cevabınız çalışmıyorum ise nedeni nedir?

1.Hastalığım nedeni ile çalışmıyorum
2.Başka nedenlerden dolayı çalışmıyorum
3.Emekliyim
4.Ev hanımıyım

8) Aylık Geliriniz nedir?

1.Gelir giderden az
2.Gelir gidere eşit
3.Gelir giderden fazla

9) Kiminle Yaşıyorsunuz?

1. Ailemle 2. Yalnız 3. Diğer

10) Ailenizde sizden başka KOAH hastası var mı?

1. Evet 2. Hayır

11) Sigara alışkanlığınız var mı?

1.Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

12) Cevabınız evet ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

1. 1-5
2. 5-10
3. 10 ve üzeri

13) Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

1. 1 yıldan az
2. 1-5 yıl
3. 10 yıl ve daha fazla

14) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır hiç kullanmadım
2. Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum
3. Evet, halen kullanıyorum.

(miktarı.....)

15) KOAH tanı süreniz ne kadar?

16) Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

17) Doktorunuzun önerdiği ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?

1. Düzenli
2. Şikayetim oldukça

18). Evde oksijen kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

19). Daha önce hastalığınız nedeniyle hastanede yatma deneyiminiz oldu mu?

1. Evet
2. Hayır

20) Hastalığınız hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

21) Cevabınız evet ise aşağıdaki kaynak ya da kişilerin hangisinden bilgi edindiniz?

1. Doktor
2. Hemşire
3. Dergi, broşür, gazete
4. Radyo, Televizyon
5. Diğerleri

EK-3. TÜRKÇE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF36)

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz? (Genel Sağlık)

- a) Mükemmel(1)
- b) Çok iyi(2)
- c) İyi(3)
- d) Orta(4)
- e) Kötü(5)

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (1)
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (2)
- c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı (3)
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (4)
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü (5)

3. Aşağıdaki maddelerden gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?(Fiziksel Fonk.)

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	(1)	(2)	(3)
b- Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	(1)	(2)	(3)
c- Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma	(1)	(2)	(3)
d- Merdivenle çok sayıda kat çıkma	(1)	(2)	(3)
e- Merdivenle bir kat çıkma	(1)	(2)	(3)
f- Eğilme ve diz çökme	(1)	(2)	(3)
g- Bir iki kilometre yürüme	(1)	(2)	(3)
h- Bir kaç sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
ı- Bir sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
j- Kendi kendine banyo yapma ve giyinme	(1)	(2)	(3)

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? (Fiziksel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
a- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zaman azalttınız mı?	(1)	(2)
b- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
c- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?	(1)	(2)
d- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	(1)	(2)

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? (Emosyonel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
a- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	(1)	(2)
b- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
c- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	(1)	(2)

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi? (Sos.Fonk.)

- a) Hiç etkilemedi(1)
- b) Biraz etkiledi(2)
- c) Orta derecede etkiledi(3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi(5)

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu? (Ağrı)

- a) Hiç(1)
- b) Çok hafif(2)
- c) Hafif(3)
- d) Orta (4)
- e) Şiddetli (5)
- f) Çok şiddetli(6)

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi? (Ağrı)

- a) Hiç etkilemedi(1)
- b) Biraz etkiledi(2)
- c) Orta derecede etkiledi(3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi(5)

9. Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz. (Enerji: a,e,g,i Mental Sağlık: b,c,d,f,h)

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Ara Sıra	Hiçbir Zaman
a- Kendinizi yasam dolu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
b- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
c- Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
d- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
e- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
f- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

g-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
h- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ı- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi? (Sos.Fonk.)

- a) Her zaman(1)
- b) Çoğu zaman(2)
- c) Bazen(3)
- d) Nadiren(4)
- e) Hiçbir zaman(5)

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz. (Genel Sağlık)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a-Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d-Sağlığım mükemmel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-4. KOAH HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOAH'LA YAŞAMAK



SEMA ERŞİL

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Hazırlayan

Sema ERŞİL

Kapak Tasarım

Sema ERŞİL

Basım Yılı

2017

ÖNSÖZ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH), yaşamı tehdit edebilen, kendi kendime işlerinizi yapabilme gücünüzü azaltan hem bedensel hem de duygusal uyum gerektiren önlenabilir bir hastalıktır. Fakat bu durum hayattan zevk almanızın engelleneceği anlamına gelmez.

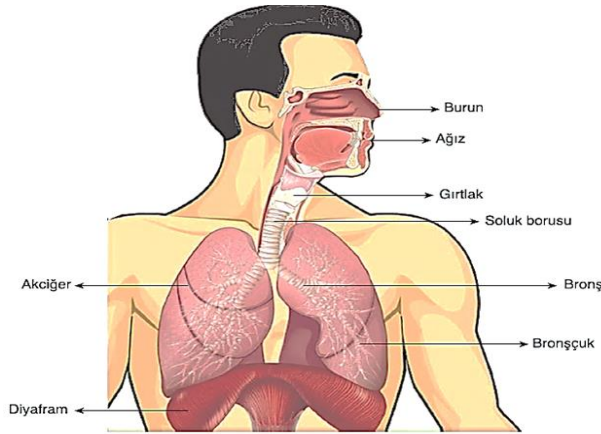
Hastalığı tanır, ilaçlarınızı etkin şekilde kullanır, nefes almanızı, egzersiz yapmanızı iyileştirecek yolları öğrenerseniz sağlığını ve yaşam kalitenizi artırabilirsiniz.

Bu kitapçık sizlere Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) hakkında bilgi vermek, hastalığın getirdiği sorunlarla nasıl başedebileceğiniz konusunda yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

Kendinizle ilgili sorularınızı ve sorunlarınızı lütfen bizimle paylaşmaktan çekinmeyin.

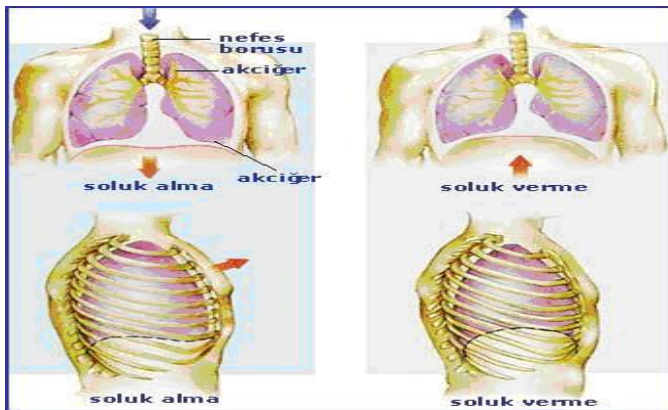
SOLUNUM SİSTEMİ ORGANLARI VE GÖREVLERİ

Solunum kişinin yaşamı için gerekli oksijeni sağlama şeklidir. Kendiliğinden ve bilinçsizce gerçekleşir. Solunum sisteminin görevi dokulara gereken oksijeni sağlamak ve dokularda oluşan karbondioksiti vücuttan dışarı atmaktır. Bu görevlerini burun, yutak, gırtlak, soluk borusu, solunum kanalları hava kesecikleri ile gerçekleştirirler. Solunum kanalları ve hava kesecikleri akciğerler adı verilen organımız içine yerleşmiştir.



Şekil: Solunum Sistemi Organları

Soluduğumuz hava burunda ısınır, nemlenir. Burnun içindeki tüycükler sayesinde de yabancı maddeleri filtrelenerek akciğerlere kaçması engellenir. Bu nedenle burun yoluyla nefes almak ağız yoluyla almaktan daha güvenlidir. Daha sonra hava soluk borusundan geçer ve solunum kanallarıyla akciğerlere girmiş olur.

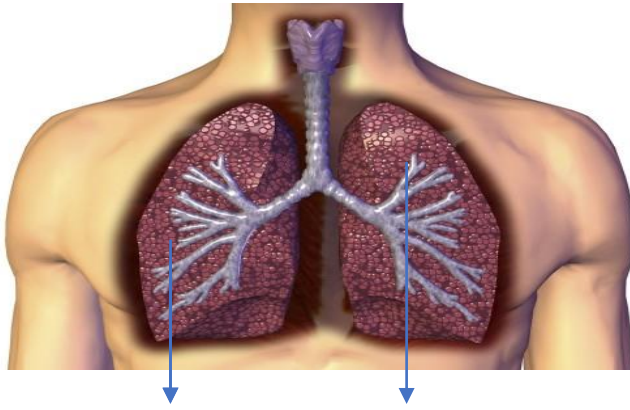


Şekil: Nefes Alıp Verme

Bu olay sırasında solunum kası olan diyafram aşağı doğru genişleyerek akciğerlere hava dolmasını kolaylaştırır. Akciğerlerdeki temiz hava kan aracılığıyla tüm vücutta kullanılır. Vücutta kullanıldıktan sonra ortaya çıkan kirli hava (karbondioksit), yine kan yoluyla akciğerlere taşınır ve buradan nefes verme yoluyla vücuttan uzaklaştırılır. Nefes verme sırasında diyafram yukarı doğru kasılarak havanın akciğerlerden çıkmasına yardım eder.

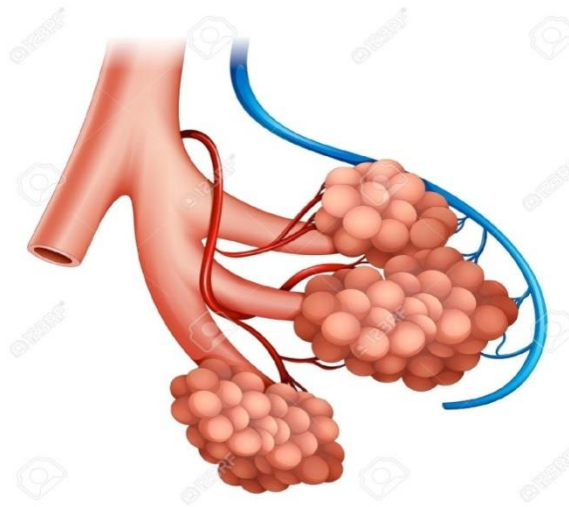
Soluk boru su içerisinde titretilen tüylü yapılar vardır ve balgam bu tüycüklerle dışarı atılır.

Akciğerler



Bronş ve Bronşöller

Hava Kesecikleri

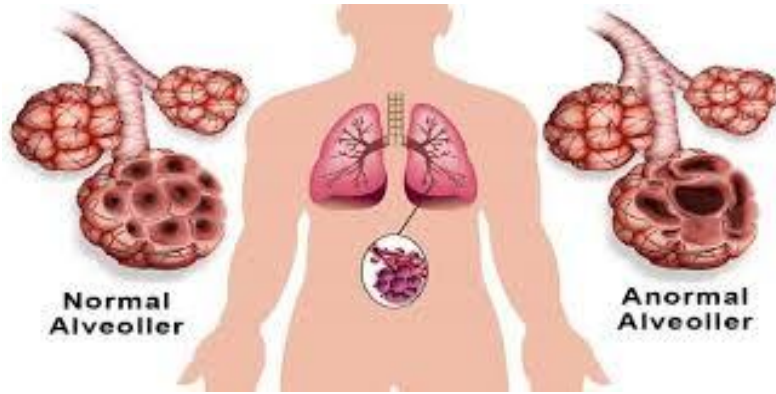


Solunan hava hava keseciklerine kadar gelerek oksijen ve karbondioksit değişimi sağlanır.

Şekil: Hava Kesecikleri

KOAH NEDİR?

- **Kronik** → Müzmin veya süregen
- **Obstrüktif** → Tıkayıcı
- **Akciğer** → Akciğere ait olan
- **Hastalığı** → Hastalıklardan biridir



KOAH kronik bronşit ve amfizem sonucu hava kısıtlanmasıdır. Hava keseciklerinin hasarı ve esnekliğini kaybetmesiyle nefesimizi verdiğimizde bir miktar hava keseciklerde hapsolür. Buna amfizem denir. Hava yollarındaki şişlik ve iltihaplanma nedeniyle fazla miktarda balgam oluşur. Bu balgamı atmak için sürekli öksürük vardır. Bu durumda da kronik bronşit ortaya çıkar. Her iki hastalıkta küçük solunum yolları ve hava kesecikleri hasarlı, dar ve elastikiyetini kaybetmiştir. Bu iki hastalığın birlikte oluşmasıyla KOAH gelişir.



Normal hava yolu

Tıkanmış hava yolu

Yaşamı tehdit edebilen, kendi kendine işlerinizi yapabilme gücünüzü azaltan hem bedensel hem de duygusal olarak uyumunuzu gerektiren önlenebilir bir hastalıktır.

Hangi Durumlarda KOAH'a Olan Yatkınlık Artar?

- **SİGARA:** Sigara dumanı solunum yollarında şişlik ve iltihaplanma oluşturur ve hareketli tüylerin hareketi azalarak solunum yollarında tıkanıklığa neden olur. KOAH için en önemli neden sigara içmek ya da sigara dumanına maruz kalmaktır.



- **MESLEKSEL NEDNELERLE TOZ, DUMAN YA DA KİMYASAL GAZA MARUZ KALMAK:** Maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü, odun/kağıt üretimi, çimento, tahıl ve tekstil işçiliğinde çalışanlarda KOAH gelişme riski artar.
- **HAVA KİRLİLİĞİ:** Büyük şehirlerde oluşan hava kirliliği de hava yollarını tahrip ederek KOAH gelişme riskini artırır.
- **YAŞ:** Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan akciğer kapasitesinde azalma, göğüs kafesindeki ve solunum kaslarındaki değişiklikler KOAH gelişmesini kolaylaştırır.
- **CİNSİYET:** Erkeklerde kadınlardan daha fazla görülür.

KOAH'A NEDEN OLABİLECEK ÖNLEYEBİLECEĞİNİZ DURUMLARDAN UZAK DURMAK KOAH OLMANIZI ENGELLEYEBİLİR!

KOAH BELİRTİLERİ NELERDİR?

En Önemli Belirtiler

HIRILTILI SOLUNUM, ÖKSÜRÜK, BALGAM VE NEFES DARLIĞIdır. Bunlardan biri varsa mutlaka doktora başvurulması gerekmektedir!

Başlangıçta sadece fiziksel aktiviteyle ortaya çıkan nefes darlığı bir süre sonra sürekli hale gelir. Özellikle sabahları öksürük fazla görülür. Yorgunluk, kilo kaybı, dudak büzerek nefes verme, uyku bozuklukları, morarma, baş ağrısı görülebilir.

KOAH'LA YAŞAMINIZI NASIL DAHA GÜZEL HALE GETİREBİLİRSİNİZ?

SİGARA ARTIK HAYATINIZDA YER ALMAMALI

Sigaranın içinde formaldehit, siyanür, amonyak, karbon monoksit, naftalin, kadmiyum (pil asidi) ve aseton (oje çıkarıcı) gibi 4.000 kimyasal madde, yüksek düzeyde bağımlılığa yol açan nikotin ve sigaranın tadını daha hoş hale getirmek, tüketicilerin sürekli sigara kullanımını sağlamak amacıyla eklenmiş olan birçok katkı maddesi yer almaktadır. Ayrıca sigara dumanının içinde %4 oranında karbon monoksit bulunur. Bu gaz, oksijen taşınmasını engeller.

SİGARA İÇENLERDE OKSİJEN %2.5 İLE %15 ARASINDA AZALIR. BUNUN SONUCUNDA ORGANLAR YETERLİ OKSİJEN ALAMAZLAR. ÖZELLİKLE BEYNİN YETERLİ OKSİJEN ALAMAMASI SONUCU DÜŞÜNME, KARAR VERME, NET GÖRME, İŞİTME GİBİ ÖNEMLİ BAZI FONKSİYONLARINDA ZAYIFLAMA OLUR. KARBONMONOKSİT AYRICA DAMARLARDA KOLESTEROL DEPOLANMASINA YOL AÇAR.

Tütün Dumanına Maruz Kalma, Dünyada Her Yıl Milyonlarca İnsanın Ölümüne Neden Olmaktadır!

- Tütün dumanının zararları, maruz kalma süresi uzadıkça artmaktadır.
- Başkalarının tütün dumanını solunması nedeniyle oluşan akciğer kanseri diğer nedenlerle oluşan kanserden daha yüksek oranda görülür.
- Tütün dumanına maruz kalmak, kanser, amfizem ve kalp hastalıkları gibi birçok hastalığa neden olmaktadır.

Başkalarının tükettiği tütünün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanan ölümler, trafik kazaları ve uyuşturucu madde kullanımına bağlı ölümlerden çok daha fazladır.

- ❖ Tütün dumanının zararları, maruz kalma süresi uzadıkça artmaktadır.
- ❖ Kısa süreli maruziyet de zararlıdır!
- ❖ İş yeri veya sosyal ortamda sigara dumanına maruz kalmak KOAH ve erişkin astımına neden olmaktadır.
- ❖ Sigara içmeyenlerde pasif içicilik akciğer kanserini %32 oranında arttırmaktadır.
- ❖ Duman nedeniyle ortamda bulunan kimyasallar sigara içiminden haftalar ve aylar sonra da temizlenememektedir.
- Pencerelerin açık olması, havalandırma sistemlerinin çalışması bu konuda çözüm değildir.
- Dünyada her yıl sigara içmeyen 600.000 den fazla kişi pasif etkilenim nedeniyle ölmektedir.



1. Sigarayı bırakmak için öncelikle bir tarih belirleyin.
2. Sigarayı bırakmanın sizin için getireceği faydaları listeleyin.
3. Sigara içmeyerek ne kadar mali kazanç sağlayacağınızı hesaplayın.
4. Evinizde, arabanızda, iş yerinizdeki küllükleri çöpe atın.

Sigarayı bıraktınca;

İlk 20 dakikada kalp atış hızınız yavaşlar.

12 saatte kanınızdaki karbonmonoksit oranı normale döner.

2-12 haftada akciğer fonksiyonlarınız normale döner.

1-9 ayda öksürme ve nefes darlığı azalır.

1 yılda kalp hastalığı riski sigara içen birinin yarısı kadar olur.

SİGARA İÇMEZSENİZ;

- ♥ Sevdiğiniz kişiler sizin sigara dumanınıza maruz kalmayacaktır yani onlara zarar vermiş olmayacaksınız.
- ♥ Çocuklara iyi örnek olacaksınız.
- ♥ Yaşadığınız yerde, arabanızda sigara kokusu olmayacağı için çevrenizdekiler sizden rahatsızlık duymadan yanınızda olabilirler.
- ♥ Sigara için ayırdığınız para cebinizde kalır.
- ♥ Sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeni ile yapacağınız sağlık harcamalarınız azalacaktır.

**Sigarayı bırakmaya çalışırken nikotin
yoksunluk belirtileri yaşayacaksınız. 2-3
hafta içinde bu belirtiler azalır, fakat
sigarayı size hatırlatan unsurlar
kaybolmaz. KARARLI olun.
SİGARAYI BIRAKMAKTAN
VAZGEÇMEYİN.**

Bırakmayı denediğiniz gün acaba başarabilecek miyim? diye düşünmeyin, BIRAKABİLİRİM deyin.

Aileniz ve arkadaşlarınızdan size destek olmalarını, yanınızda sigara içmemelerini isteyin.

İlk 2-3 hafta sigara içilen ortamlarda bulunmayın. Çevrenizdeki sigara bağımlılarının sizi engellemesine izin vermeyin.

**BR KERE İÇSEM BİRŞEY OLMAZ DEMEYİN. TEK BİR SİGARA BİLE
SİZİ ESKİ BAĞIMLI HALİNİZE DÖNDÜREBİLİR.**

İçme isteği geldiğinde;

- ❖ Meyve ya da çiğ yenebilen sebzelerden atıştırın.
- ❖ 10 kez derin nefes alı verme egzersizi yapın.
- ❖ Basit egzersizler yapın.
- ❖ Sigara içemeyeceğiniz bir iş yapın.
- ❖ Yemek sonrası sigara içme isteği geliyorsa yemeğinizi mümkün olduğunca çabuk yiyip kalkıp dişlerinizi fırçalayın.
- ❖ Evde ya da iş ortamında uğraştığınız iş size sigara içmeyi çağırđtırdıysa yaptığınız işi bırakın farklı bir şey yapın.
- ❖ Bol su için.

BIRAKMAK İÇİN SAĞLIK PROFESYONELLERİNDEN DESTEK
ALABİLİRSİNİZ.

DÜZENLİ ŞEKİLDE DOKTOR KONTROLÜNÜZE GİDİN

Doktorunuz size fısıf, hap ve şurup şeklinde ilaçlar verebilir. Bunları doktorunuzun önerdiği şekilde zamanında kullanmanız önemli.

Kullandığınız ilaçlara bağlı ağız kuruluğu, ağızınızda metalik tat, dudaklarınızda yaralar, kalbinizin hızlı atması, çarpıntı hissi, iştahsızlık, bulantı, kusma isteği, baş ağrısı, uykusuzluk, ishal/kabızlık yaşayabilirsiniz.

- Ağız kuruluğu ve dudaklarda/ağız içinde yaralar var ise uyguladığınız nebüllerden sonra ağızınızı çalkalayarak yıkamalı, dudaklarınızı nemlendirmeli, küçük yudumlarla su içerek ağızınızın nemlenmesini sağlamalısınız.
- Çarpıntı hissiniz hafif ise geçene kadar dinlenmelisiniz. Çok şiddetli olursa doktora başvurmalısınız.
- İştahsızlık, bulantı, kusma hissi nedeniyle yemek yemek istemeyebilirsiniz. Fakat unutmayınız beslenme sizin için çok önemli.
 - Sevdiğiniz yiyecekleri, küçük porsiyonlar halinde dinlenerek tüketmelisiniz.
 - Başka bir hastalığınız yoksa tuzlu kraker, leblebi gibi yiyecekler sizi rahatlatabilir.
 - Bulantı hissiniz çok rahatsız ediyor ise doktorunuzla görüşebilirsiniz.
- Baş ağrınızın olduğu zamanlarda dinlenerek geçip geçmediğini kontrol edin. Oksijen desteği alıyorsanız oksijen sizi

rahatlatabilir. Başınıza soğuk bir bez ya da buz parçası koymak, başınıza masaj yapmak ağrınızı hafifletebilir.

- Sakin bir ortamda dinlenebilirsiniz.
- İshal sorununuz var ise bol sıvı alın, elma, muz, patates gibi yiyecekler tüketin.
- Kabız olmuşsanız;
 - Yemeklerden 30-60 dakika sonra çok aşırı ıkınmadan tuvalete gidin.
 - Çay, kahve gibi yiyecekleri çok fazla tüketmeyin.
 - Kuru erik, kuru kayısı gibi yiyecekler tüketmek doğal yollardan size yardımcı olabilir.
 - Günlük 2 kilo kadar sıvı alın.
 - Gerekirse doktorunuzun önerisiyle kabızlık giderici ilaç kullanın.

İLAÇLARINIZI DOKTORUNUZUN ÖNERDİĞİ ŞEKİLDE KULLANMALISINIZ

**İlaçlarınızı doğru ve etkili şekilde
KULLANMAZSANIZ;**

- Hastalığınız ilerler.
- Sık alevlenme dönemleri yaşarsınız.
- Hastaneye yatmanız gerekebilir.
- Vücudunuzda diğer organlarınızda da hastalıklar meydana gelir.



❖ Nefes Darlığınızla Nasıl Yaşarsınız?

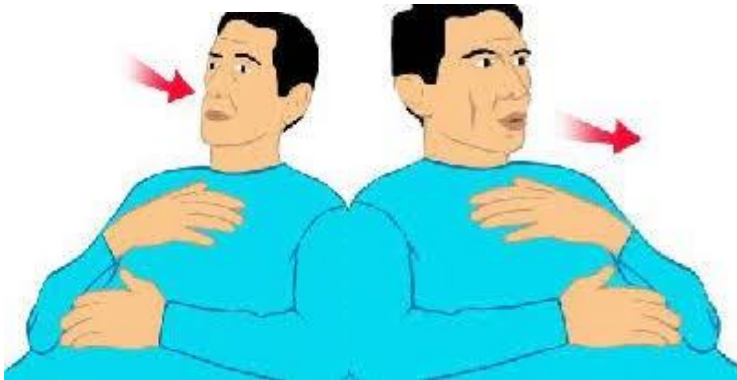
Nefesinizi doğru kullanarak günlük hayatınızı sürdürebilirsiniz.

Nefesi nasıl doğru kullanırsınız?

- Nefes darlığınızı azaltan pozisyonlar kullanın. Dik oturmak, ayakta dik durmak, yatak içinde yarı oturur pozisyonda olmak rahat nefes almanızı sağlar.



1. Çok derin nefesler yerine daha sakin nefes alın.
2. İş yaparken dinlenerek yapın, nefes darlığınız azalır.
3. Nefes verirken ses çıkarmayacak şekilde vermeye dikkat edin.
4. Nefes verme süreniz alma sürenizden iki kat uzun olmalı.
5. Diyafram solunumu dediğimiz solunumu kullanın. Yani bir elinizi göğüs kafesinin hemen altına koyun, diğerini göğüs kemiğinizin üzerine koyun. Bu şekilde burundan nefes alıp ağızdan verin. Nefes alırken göğüs kafesinizin şişip verirken indiğini hissedin.



Şekil: Diyafram Solunumu

6. Büzük dudak solunumu yapın. Burundan yavaşça nefes alıp dudaklarınızı ıslık çalacak gibi yapın ve dudaklarınızdan yavaşça nefesinizi dışarı üfleyin.



Şekil: Büzük Dudak Solunumu

Nefesinizi verirken kendinizi zorlamadan tüm nefesinizi verdiğinizden emin olun.

❖ Öksürük Durumunda Neler Yapmalısınız?

1. Öksürüğünüzü tetikleyen duman, toz, kokuların olduğu yerlerden uzak durun. Evinizde soba kullanıyorsanız dumanın sizin bulunduğunuz odaya girmemesine dikkat edin. Ağır kokulu yemekler piştiği zaman mutlaka evinizi havalandırın.
2. Öksürük krizlerinizde derin nefes alıp verin ve rahat nefes alabileceğiniz bir pozisyona geçin.
3. Doktorunuzun önerdiği ilaçları kullanın.
4. Doktorunuz oksijen almanızı önerdiyse öksürük anlarında oksijen sizi rahatlatır.

❖ Balgamınızı Mutlaka Çıkarın!

Balgamınızın arttığı dönemlerde balgamdan kurtulmak sizin için çok önemli. Bunun için

- Bol su için!

- Nefesiniz sakinleşip hırıltınız azalana kadar birkaç dakika bekleyip öksürerek balgamınızı çıkarın.



Şekil: Balgam Çıkarma

Burnunuzdan derin bir nefes alın, iki saniye içinizde tutun ve art arda iki kez öksürerek nefesinizi ağzınızdan verin. Bu sırada balgamınızı da çıkardığınızı göreceksiniz.

- Kendinizi zorlamayacak şekilde bunu bir iki kez tekrarlayın.
- Sürekli aynı pozisyonda oturmamak ya da yatmamak balgamın atılmasını kolaylaştırır. Hareket edin!
- Soğuk, kuru ve rüzgârlı havalar balgamınızda koyulaşmaya neden olabilir, bu havalardışıarı çıkarken ağzınızı ve boynunuzu mutlaka bir atkı ile kapatın.

❖ Uykusuzluk, Sabahları Erken Uyanma, Baş Ağrısı mı Yaşıyorsunuz?



- İlaçların yan etkisi olarak uyuma güçlüğü ve huzursuzluk yaşayabilirsiniz.
- Her gün aynı saatte yatmaya, uyumasanız bile yatakta olmaya özen gösterin.
- Uyuma pozisyonunuzu rahat ettiğiniz şekilde ayarlayın. Gerekirse ek yastık kullanarak destek alın.
- Oksijen desteği alıyorsanız oksijenle uyumak bu sorunlarınızı azaltabilir.
- Akşam yemeği miktarınızı azaltın. Fazla miktarda yerseniz uyurken zorluk çekersiniz.
- Gündüzleri uyumamanız, gece yatmadan ılık süt almanız, öğleden sonra ve akşamları çay, kahve gibikafeinli içeceklerden uzak durmanız gerekmektedir.
- Geceleri burun tıkanıklığınız var ise eczanelerden alabileceğiniz deniz sularını kullanabilirsiniz.
- Gün içerisinde hareket etmeniz vücudunuz yorulacağı için daha rahat uyumanıza katkı sağlar.
- Uyumakta çok sorun yaşıyorsanız doktorunuza danışmalısınız, tedavinize bunun için ilaç ekleyebilir.

❖ Nefesim Daralıyor Diye Günlük İşlerinizi Yapmayacak mısınız?

- Hastalığınızın durumuna uygun şekilde mutlaka günlük işlerinizi yapabildiğiniz kadar kendiniz yapmalısınız.
- Tuvalete gelip gitmek, yemeğinizi kendiniz yemek bile egzersiz sayılabilir ve size faydası vardır unutmayın.
- Eğilerek akciğerlerinizi sıkıştırarak hareketlerden kaçınmalısınız. Örneğin bağciksız ayakkabı tercih etmeli, evde kullandığınız eşyaları eğilmeden alabileceğiniz şekilde düzenlemelisiniz.

❖ Egzersiz Yapın!

- Hareketsiz kalırsanız en ufak işlerinizi yaparken bile nefes darlığı yaşarsınız.

- Yürüme, bisiklete binme gibi kendinizi yormayan hoşlandığınız egzersizler yapmalısınız.
- Egzersiz yapmak hem size kendinizi iyi hissettirir hem de vücudunuzdaki kas aktivitesini düzenler.
- İlk başladığınızda az yapabilirsiniz üzümeyin gittikçe kapasiteniz artacaktır.
- Egzersiz yaparken mutlaka yanınızda nefes açıcı ilaçlarınız bulunmalıdır.
- Egzersize başlamadan önce balgamınız varsa temizlemelisiniz.
- İlk olarak vücudunuzu hafif hareketlerle ısıtmalı, daha sonra asıl egzersizinize başlamalısınız.
- Tok karna egzersiz yapmak vücudu daha fazla yorar bu nedenle tok karna egzersiz yapmamalısınız.

❖ Kilo Kontrolü

- Hastalık süresince kilo kaybı yaşayabilirsiniz. Bu enerjinizin vücudunuzda fazla kullanılmasından kaynaklanmaktadır, endişelenmeyin. Beslenmenize dikkat ederek kilonuzu kontrol altına alabilirsiniz.
- Hareketsiz bir yaşam tarzınız varsa kilo alabilirsiniz. Fazla kilolu olmak kalbinizin çalışma yükünü artırıp akciğerlerin daha fazla oksijen için çalışmasını gerektireceği için **kilonuzu mutlaka kontrol altında tutun.**
- Günde 3 ana 3 ara öğün ile protein ve kaloriden zengin yiyecekler almalısınız.
- Meyve-sebze ve balık tüketimi akciğerler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu için **BOL MEYVE-SEBZE VE BALIK TÜKETİN.**
- Yemek yerken midenize hava kaçtığı için az konuşmaya dikkat edin.
- Gaz yapan yiyeceklerden mümkün olduğunca uzak kalın.
- Ekmek, makarna gibi yiyeceklerden uzak durmalısınız. Bu tür yiyecekler daha fazla karbondioksit açığa çıkarır ve akciğerlerinizin daha fazla çalışmasını gerektirir.

❖ Alevlenme/Kötüleşme Dönemlerinizi Kontrol Altına Alın!

- Vücudunuzla herhangi bir enfeksiyon varlığında KOAH atağınız gelişebilir, alevlenme dönemi yaşarsınız. Özellikle kış aylarında atak

sayısı artar. Grip, nezle gibi enfeksiyonların alevlenme dönemi yaşamınıza neden olabilir.

- Çevrenizde enfeksiyonu olan kişilerden kendinizi korumanız önemlidir.
- Özellikle kış ayları mevsim geçişi dönemlerde beslenmenizde C vitaminine daha fazla yer verin.
- Balgam miktarında artış-renginde değişiklik, sık öksürük, kısa kısa soluk alıp verme, hırıltılı solunum ve nefes darlığı yaşarsanız alevlenme yaşıyorsunuz demektir.
- Grip aşısı olmanız gribe yakalanmanızı azaltır, aşı konusunda hekiminizle konuşun.
- Alevlenme dönemlerinde günlük kullandığınız ilaç dozlarınız yetersiz kalır. Mümkünse doktorunuzla hemen görüşmelisiniz.
- Bu dönemlerde uyku ilacı almaktan kaçınin.
- Oksijen kullanıyorsanız oksijeni yüksek düzeyde açmayın.
- Su buharı uygulamayın.
- Sigara dumanı, toz ve diğer ağır kokulardan mutlaka uzak durun.

❖ **Stresinizle Nasıl Baş Edebilirsiniz?**

- Stres nefes darlığınızı daha kötü hale getirir. Bu nedenle stresinizle mümkün olduğunca baş etmelisiniz.
- Gevşemek için nefes egzersizleri en basit ve sizin için uygulaması en faydalı egzersizlerin başında gelmektedir.
- Oturur pozisyonda omuzlarınız ve göğsünüzün üst kısmını gevşek bırakın. Burnunuzdan alabildiğiniz kadar derin nefes alıp ağzınızdan verin. Karın bölgenizin nefes alırken içe nefes verirken dışa hareket ettiğini hissedin.
- Stresli anlarınızda hayal kurma yöntemi sizin için etkili olabilir. Olmak istediğiniz bir yerde yapmak istediğiniz şeyi yaptığınızı düşünün.
- Kendinize bir hobi edinebilirsiniz. Örgü örmek, yemek yapmak, kitap okumak, bahçe işleri ile uğraşmak, yürüyüş yapmak gibi hoşlandığınız bir alışkanlık kazanmalısınız.

❖ **Hayatınızı Değerli Hale Getirmelisiniz!**

- Arkadaşlarınızla, komşularınızla vakit geçirin.
- Ailenizle birlikte yapmaktan hoşlandığınız şeyleri yapın.
- Sevdiğiniz ve size iyi geldiğini düşündüğünüz ortamlarda bulunun.

❖ **Evdeki Rolünüz Aileniz İçin Önemli!**

- Ailede hangi konumdaysanız (anne, baba, ocuk, kardeş vb) hasta olsanız da bu konumunuz değişmez, siz hala **ANNE/BABA/ÇOCUK/KARDEŐSİNİZ VE AİLENİZ SİZİ SEVİYOR.**
- Aileniz her zaman onların yanında olmanıza ihtiyaç duyar.

❖ **KOAH'lı Arkadaşlarınızla Konuşun!**

- Aynı hastalığa sahip kişilerle konuşarak paylaşımda bulunmak bu hastalığın sadece sizde olmadığının farkına varmanızı sağlar.
- Diğer hastaların hangi sorunlarla nasıl baş ettiğini görebilirsiniz, size fikir verebilir.
- Yeni arkadaşlıklar kurabilirsiniz.

**UNUTMAYIN SAğLIK EKİBİ SİZİN HER
ZAMAN YANINIZDA!**

- Akdemir N, Birol L, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Geliştirilmiş 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004:309-404
- Ay FA, *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2013: 184-724
- Çevik Akyıl R, Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa uyumunda roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin etkisi, Doktora Tezi, 2010, Erzurum
- Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N, Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;14:53-58
- Durna Z, *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013:99-144
- Durna Z, *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012:75-93
- Güzey YA, Doğan BG, Güngen AC, Aydemir Y, KOAH' lı hastalarda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2016,3:14-14
- Juang J, Zhao J, Yuan Y, Di S, Risk factors associated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective analysis in 4624 patients, *Biomedical Research*, 2017,28 (9): 3855-3859
- Kacaroğlu AV, Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 2(3):1076-1118
- Koçyiğit E, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi, *Nobel Medicus*, 2007, 3(1): 4-11
- Özveren H, Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011;83-92
- Ramar K, Sleep problems in chronic obstructive pulmonary disease, *Türk Toraks Dergisi*, 2008,9:117-23
- Sağlam M, Boşnak-MD, İnal Dİ, Savcı S, Arıkan H, *Solunum Sistemi Hastalıkları ve Egzersiz*, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008
- Salman Z, Nobari MM, Tybor D, Khan BA, Diab KJ, COPD: recent updates and role of chronic disease management and protocolized management, *Clinical Pulmonary Medicine*, 2017,24(4):170-175
- Şirintaş EH, Kronik obstrüktif akciğer hastalarında solunum egzersizlerinin etkinliği, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi, 2010, Kocaeli
- <http://www.havanikoru.org.tr>Erişim Tarihi:01.05.2017

EK-5. KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Katılımcının:

Adı Soyadı:

Tarih:

Adresi:

Protokol No:

Tel. No:

BİLGİLENDİRME

Bu klinik çalışmanın amacı, Doç. Dr. İsmail Karakuyu Simav Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniklerine başvuran KOAH'lı bireylere verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir. Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır. Çalışma öncesinde bu eğitim programını almak ve hazırlanan ölçekleri uygulamak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Sema ERŞİL

Balıkesir Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Ayrıca, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebileceğim ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmeme hakkım olduğu konusunda da bilgilendirildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi yapan

**Katılımcı
Görevlisi**

Kuruluş

Adı Soyadı

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza:

İmza:

İmza:

EK-6. ETİK KURUL ONAYI

T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu çalışmanın araştırılması.
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1199
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr.Sibel KARACA SİVRİKAYA
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Sema ERŞİL (Hemşire)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2019/09-7	Tarih: 28.08.2019
	“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu dosyanız Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup başvurunun etik açıdan uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-7.KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kütahya İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KARAR NO : 28
KARAR TARİHİ : 24.04.2017

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARIDIR

TEKİR Destek ve İdari Hizmetler Başkan Yardımcılığının 07.03.2016 tarih ve 41304669-604.02.994.298 sayılı Bilimsel Araştırmaların İzinleri hakkındaki yazılarında belirtilen Kamu Hastane Büfölerinden Verilen İzinler 2. Maddesine istinaden Genel Sekreterlik Makamının 24.10.2016 tarih ve E.9299 sayılı olur ile oluşturulan Başvuru İnceleme Komisyonunda;

Simav Doç. Dr. İsmail KARAKUYU Devlet Hastanesinde öbrev yapan Hemşire Sema ERŞİL'in "KOMİTİ Hastalara ROY Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi" konusundaki araştırmasını Simav Doç. Dr. İsmail KARAKUYU Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğinde Mayıs 2017 tarihi itibarı ile 1 yıllık sürede uygulayabilmesi için yapılan izin talebi değerlendirilerek çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimize sunulması ve Sağlık Bakanlığının 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazılarındaki koşullar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak koşuluyla oy birliğiyle uygun görülmüştür.

BASKAN

Uzm. Dr. Sabihağün AL HINTAŞ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

ÜYE

Uzm. Dr. Mesut KARACA
İdari Hizmetler Başkanı

ÜYE

Dr. Mesut ÜNAL
Uzman

ÜYE

Ecz. Arif YÜKSEL
Uzman

ÜYE

Gülçin AGAHOĞLU
Uzman

ÜYE

Binnat OZGÜR
Sağlık Teknikeri

ÜYE

Berna AL HİNER
Hemşire

Adres: Atatürk Nbl. Akdeniz cad. Kaya Bulv. Emek Rezidans KÜTAHYA
Bilgi için: H. Gülüm AGAHOĞLU (Uzman)
Tel: 0274 2776000 Dahili 1198
E-posta: khb44.ulan@sağlik.gov.tr

EK-8. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Ynt: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin



Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr>

30.12.2017 Cmt 05:00

Siz



Sayın Erşil

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanmanızdan onur duyarım. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

Gönderen: Sema Erşil <semaersil@hotmail.com.tr>

Gönderildi: 29 Aralık 2017 Cuma 22:27:28

Kime: Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Konu: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin

Merhaba hocam.

İsmim Sema Erşil. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız 'SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini' kullanmak üzere izninizi istiyorum. Desteğiniz için şimdiden çok teşekkür ederim. Kolay gelsin.

Sema Erşil