



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANISI
ALMIŞ BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-BAKIM
GÜCÜ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA ETKİSİ**

Zeynep YILDIRIM
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Yüksek Lisans Tezi-2021

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

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANISI
ALMIŞ BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-BAKIM
GÜCÜ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA ETKİSİ**

Zeynep YILDIRIM

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2021**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Epidemiyolojisi	6
2.2. Patofizyolojisi	8
2.3. Risk Faktörleri	9
2.4. KOAH'ın Belirti ve Bulguları	11
2.5. KOAH' ta Tanı ve Tedavi	12
2.6. KOAH'lı Bireylerde Hemşirelik Bakımı ve Önemi	14
2.7. KOAH'ta Hasta Eğitimi.....	16
2.8. Öz-Bakım Gücü ve KOAH.....	17
2.9. Akılcı İlaç Kullanımı ve KOAH.....	19
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Evren ve Örneklem	23
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.5. Verilerin Toplanması	26

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
2.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	61
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	61
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	62
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	63
EK-4. KURUM İZNİ FORMU	64
EK-5. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	65
EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU	66
EK-7. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	69
EK-8. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ.....	71
EK-9. EĞİTİM KİTAPÇIĞI (KOAİ REHBERİ).....	73
EK-10. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEK İZNİ	74
EK-11. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEK İZNİ.....	75

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez sürecini bilgi ve katkıları ile yöneten değerli danışmanım Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI' ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Araştırmanın yürütülmesindeki desteklerinden dolayı Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi başta hemşireler ve hekimler olmak üzere tüm çalışanlarına, araştırmada gönüllü olarak yer alan bütün hastalara ve ailelerine, tez çalışmamın istatistiksel analizi, yorumlanması konusunda yardımcı olan ve çalışmam boyunca her konuda bilgisinden faydalandığım Öğr. Gör. Dr. Metin YILDIZ'a, bu çalışmayı 2021/9211 BAP proje numarasıyla destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne, yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen başta Arş. Gör. Gamze BULUT olmak üzere tüm arkadaşlarıma, çalışma ve eğitim hayatım boyunca destekleri ile yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Zeynep YILDIRIM

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Bireylere Verilen Eğitimin Öz-Bakım Gücü ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi

Amaç: Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma ön test-son test yarı deneysel tasarım türündedir. Araştırmanın evrenini Şubat – Mayıs 2021 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanılı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini sağlayan 43 kontrol, 40 deney grubu olmak üzere toplam 83 hasta oluşturdu. Veri toplama aşamasında ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Öz-Bakım Gücü Ölçeği’ ve ‘Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ kullanıldı. Eğitim materyali olarak “KOAİ Rehberi” isimli eğitim kitapçığı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ise Ki kare değeri, Fisher Exact değeri, Fisher-Freeman-Halton Exact değeri, Paired Samples t testi, Independent Samples t testi, Cohen’in d değeri uygulandı.

Bulgular: Deney grubu ve kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücü ölçeği son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu belirlendi ($p<0.01$). Deney grubundaki bireylerin öz-bakım gücü son test puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Deney grubu ve kontrol grubundaki bireylerin akılcı ilaç kullanımı son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Deney grubundaki bireylerin akılcı ilaç kullanımı son test puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücünü ve akılcı ilaç kullanımı bilgisini arttırdığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, eğitim, hemşire, KOAH, öz-bakım gücü

ABSTRACT

The Effect of Training Given to Individuals Diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Self-Care and Rational Drug Use

Aim: This research was conducted to examine the effects of the education given to individuals diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on self-care power and rational drug use.

Material and method: This research is in the type of pretest-posttest quasi-experimental design. The population of the study consists of individuals with a diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease who were hospitalized in Atatürk University Health Research and Application Hospital Chest Diseases clinic between February and May 2021. The sample of the study consisted of 83 patients, 43 of whom were in the control group and 40 in the experimental group, who met the inclusion criteria. In the data collection phase, 'Descriptive Information Form', 'Self-Care Scale' and 'Rational Drug Use Scale' were used. The training booklet named “Guide of COPD” was used as training material. In the evaluation of the data, Chi-square value, Fisher Exact value, Fisher-Freeman-Halton Exact value, Paired Samples t-test, Independent Samples t-test, Cohen's d-value were used.

Results: It was determined that there was a statistically advanced difference between the self-care power scale post-test mean scores of the individuals in the experimental group and the control group ($p < 0.01$). It was found that the self-care power post-test mean score of the individuals in the experimental group was significantly higher ($p < 0.05$). It was determined that the difference between the rational drug use post-test mean scores of the individuals in the experimental group and the control group was statistically highly significant. ($p < 0.01$). It was found that the rational drug use post-test mean score of the individuals in the experimental group was significantly higher. ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the research, it was determined that the education given to individuals diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease increased their self-care power and rational drug use knowledge.

Key Words: COPD, education, nurse, rational drug use, self-care power

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AİK	:	Akılcı İlaç Kullanımı
AİKÖ	:	Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
AOİK	:	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
DG	:	Deney Grubu
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GOLD	:	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
IMS	:	Institute for Healthcare Informatics
KG	:	Kontrol Grubu
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÖBGÖ	:	Öz-Bakım Gücü Ölçeği
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. 2012 Yılında Milyon Kişi Başına KOAH Sebebiyle Ölenlerin Sayısı	8
Şekil 2.2. Bireylerin Tütün Kullanma Durumu (%), 2010-2019.....	10
Şekil 2.3. GOLD KOAH Tanı Yöntemi Şeması 2021	13
Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Akış Şeması	32
Şekil 4.1. Ön ve Son Teste ve Gruplara göre ÖBGÖ Ortalamaları.....	38
Şekil 4.2. Ön ve Son Teste ve Gruplara göre AİKÖ Ortalamaları	39

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Deney Grubundaki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=83).....	33
Tablo 4. 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş, Kan basıncı, Nabız, Satürasyon, BKİ Değerleri (N=83)	36
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test ÖBGÖ Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (N=83)	36
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test AİKÖ Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (N=83)	38
Tablo 4. 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kan Basıncı, Nabız, Saturasyon ve BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması (N=83)	40
Tablo 4. 6. Deney Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)	41
Tablo 4. 7. Deney Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)	41
Tablo 4. 8. Kontrol Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)	42
Tablo 4. 9. Kontrol Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)	42

1. GİRİŞ

Yirminci yüzyıldan itibaren ortaya çıkan teknolojik ilerlemeler, eğitim düzeyinde ve aylık gelir miktarında artma, yaşam kalitesinde artma, salgın hastalıkların kontrolünün sağlanması gibi gelişmelere bağlı olarak doğuştan beklenen yaşam süresi uzamaktadır. ¹ Yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfus artmış ve buna paralel olarak kronik hastalıklarda artış gözlenmektedir. ^{1, 2} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre dünyada kalp damar hastalıkları %48, kanser %21, kronik solunum yolu hastalıkları %12 ve diyabet %3.5 oranında en çok ölüme neden olan hastalıklardır. ³ Türkiye'de 2015 yılındaki verilere bakıldığında %40.2 oranında kalp hastalıkları, %20 oranında kanserler ve %11.1 oranında solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. ⁴ Solunum sistemi hastalıkları büyük ölçüde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımdan oluşmaktadır. ²

En sık görülen solunum sistemi hastalıklardan biri olan KOAH dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. KOAH ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, geri dönüşümsüz, birden fazla semptomun eşlik ettiği ve sık sık alevlenmelerin görüldüğü tüm dünyada yaygın görülen, önemli mortalite ve morbiditeye sahip bir hastalıktır. ⁵ Başta gelen ölüm sebepleri içinde KOAH, dünyada dördüncü ülkemizde ise üçüncü sırada yer almaktadır. ^{6, 7}

KOAH'ta ortaya çıkan fizyopatolojik süreçlerin sonunda solunum fonksiyonu ciddi ölçüde bozulmakta, nefes darlığı, öksürük, yorgunluk, uykusuzluk sebebiyle kişiler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken önemli düzeyde sınırlılıklar yaşamaktadırlar. ⁸ Artan dispne, aktivite intoleransı, uzun süren oksijen ve ilaç tedavisi, sosyal uyumsuzluk ve kronik hipoksi bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına ve psikolojik sorunların yaşanmasına neden olur. ⁹ Bireylerin KOAH semptomlarının kontrolünü sağlayabilmeleri için yeterli düzeyde öz-bakım gücüne sahip olmaları ve öz-

bakımlarında sorumluluklarını üstlenmeleri önemlidir. ¹⁰ Öz-bakım yönetimi, hastalığın semptomlarını veya ortaya çıktıklarında tedavilerin yan etkilerini yönetmek için gerçekleştirilen davranışlardan oluşur. ^{11, 12} KOAH'lı kişilerde öz-bakım, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirebileceği, hastaneye yatışı ve dispneyi azaltabileceği için özellikle önemlidir. ¹³ KOAH'lı hastalara verilecek multidisipliner bakım önem arz etmekle birlikte hemşirelerin eğitici ve bakım verici rolü ön plana çıkmaktadır. Hemşirelik bakımında amaç; komplikasyon gelişimini önlemek, bireyin öz-bakım davranışlarını ve bağımsızlığını desteklemek, sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak uyku ve beslenme bozukluklarını gidermek, hasta güvenliğini sağlamak, ajitasyonu ve anksiyeteyi gidermek, birey ve aileyi eğitmektir. ¹⁴

Kronik hastalıkların artması bireylerin farklı branşlarda doktora başvurma sıklığının artmasına, bireyin doktora sormadan kendi kendine veya başkalarının tavsiyesi ile ilaç ve bitkisel ürünler kullanmaya başlamasına ve çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır. ¹⁵ Bu durum tedavi maliyetlerinin artmasına, hastaneye yatışların artmasına ve akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir. ¹⁶ DSÖ Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)' nı ilk olarak 1985'te Nairobi şehrinde yaptığı toplantıda 'bireylerin ilaçları klinik gereksinimlerine uyacak şekilde, kendi ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, bireye ve topluma en düşük maliyette almalarını sağlayan kurallar bütünü' olarak tanımladı. ¹⁷ Kronik bir hastalığa sahip olmak ve beraberinde sürekli ilaç kullanmak bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini zorlaştıran önemli faktörlerdir. Kronik hastalığı olan hastaların %50'si ilaçlarını uygun şekilde kullanmamaktadır. ¹⁸ KOAH'lı hastalarda yetersiz ilaç eğitimi verilmesi ya da hiç ilaç eğitimi verilmemesi, hastaların bilişsel ya da fiziksel yetersizliği, hastaların eğitim ve sosyokültürel düzey farklılıkları, hastaya uygun olan cihazın seçilmemesi gibi nedenlerle ilaç tedavisine uyum problemi, cihazları yanlış kullanma ya da kullanamama hastalar

arasında oldukça yaygın görülen sorunlardır.¹⁹ Hastalar akılcı ilaç kullanmayı davranış şekline dönüştürebilmeli ve gerekli bilgi ve davranış düzeylerine sahip olmaları gerekmektedir.¹⁶ Bu bağlamda hemşirelerin hasta eğitimi ve bilgilendirme sorumluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu sorumluluk Hemşirelik Yönetmeliği'nde 'hasta ve ailesinin eğitimini sağlama, hastaları tedavi ve bakım yöntemleri ile gelişebilecek yan etkileri hakkında bilgilendirme, hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlama' maddesinde bulunmaktadır.²⁰

KOAH'lı hastalarda değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale etmek, ortaya çıkan semptomları ve hastalığı yönetmek, kullanılan ilaçlardan optimal düzeyde fayda sağlamak, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini arttırmak oldukça önemlidir. Hemşirelerin bu bağlamda eğitici rolleri ön plana çıkararak anahtar rol oynamaktadırlar.²¹ Yapılan bir araştırmada KOAH ve astım başta olmak üzere solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 düzeyde hemşirelerin rol aldığı saptanmıştır.²² Literatürde KOAH ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde verilen eğitimin etkililiğini gösteren birçok çalışma mevcuttur.²³⁻³⁰ Yapılan çalışmalarda KOAH tanılı bireylerde sağlık davranışını ve hastalık yönetimini etkileyen öz-etkililik³¹, öz-bakım²³⁻²⁵, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon²⁸ ve doğru ilaç kullanımı^{26, 27, 30} gibi konularda olumlu sonuçlar görülmektedir. Fakat KOAH'lı bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisini inceleyen herhangi bir çalışmanın olmaması dikkat çekicidir. KOAH'lı bireylerin öz-bakım becerilerinin geliştirilmesi, fonksiyonel yeteneklerinin artırılması, ilaçların uygun kullanımı, hastalık süreçlerinin yönetilmesi ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi açısından verilecek eğitim oldukça önemlidir. Bu bağlamda KOAH'lı hastalara verilen eğitimin hastalığın ilerlemesini önlemeye, hastaneye tekrarlı yatışları azaltmaya, maliyet etkinliğine, bireyin öz-bakım

gücü ve yaşam kalitesinin artmasına, bakım yönetimine ve ilaçların akılcı kullanımına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}: KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücüne etkisi yoktur.

H_{1a}: KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücüne etkisi vardır.

H_{0b}: KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımına etkisi yoktur.

H_{1b}: KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımına etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Hemşire; bireyin, ailenin ve toplumun yaşam süresi boyunca hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlık hakkında ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci çerçevesinde belirlenen ihtiyaçlar kapsamında hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, kontrol etmek ve değerlendirmekle sorumlu ve yetkili sağlık profesyonelidir. Sağlıklı/ hasta bireye ihtiyaçları doğrultusunda bireysel ve bilimsel bakım vermek hemşirenin en önemli sorumluluğudur.³²

Hastalık normalin dışında bir durum olmakla beraber bireyin, fiziksel, ruhsal, sosyal işlevlerini giderek azaltır veya iyice tüketir. Hastalık bireyin; çevresiyle olan etkileşimini, çevresine uyumunu, verimliliğini, üretkenliğini ve kendi içindeki denge durumlarını bozar.³³ Solunum sisteminin kronik hastalıklarından en yaygın olanı KOAH' dır. KOAH tedavi ve bakım giderleri ile mortalite ve morbiditenin yüksek düzeyde olması sebebiyle tüm dünyada ciddi bir sağlık problemi olarak dikkat çeker.³⁴

KOAH'lı kişiler, oksijen tedarikinin kademeli olarak azalmasıyla ilişkili hava akımı sınırlamasının neden olduğu dispne, öksürük, balgam ve yorgunluk gibi somatik semptomları devre dışı bırakan fizyolojik belirtiler yaşarlar. Fizyolojik belirtilere ek olarak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtiler de eşlik eder.³⁵ Hastalığın bu belirtileri bireyi ve öz-bakım gücünü büyük ölçüde olumsuz olarak etkilemektedir. Riegel ve ark. tarafından önerilen kronik hastalıklarda öz-bakımın teorisine göre, KOAH'ta öz-bakım üç farklı ama birbiriyle ilişkili olan öz-bakımın sürdürülmesi, öz-bakımın izlenmesi ve öz-bakım yönetimi boyutlarından oluşmaktadır.¹¹ Öz-bakımın sürdürülmesi boyutu; ilaç uyumu, sigarayı bırakma, fiziksel aktivite ve solunum egzersizleri dahil olmak üzere, KOAH'lı kişilerin fiziksel ve duygusal stabiliteyi korumak için gerçekleştirdiği davranışları içermektedir.^{11,12} Birden çok ilaç kullanma durumunda olan KOAH'lı bireyler için ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımı büyük önem taşımaktadır.

Gerekli durumlarda hemşire, hastanın algılama düzeyi ve eğitim durumu gibi bireysel özellikler göz önünde bulundurarak yazılı ve görsel materyallerle de ilaç eğitimi verebilir.

³⁶ İlaç eğitimi; bireyin bakımına daha etkin şekilde katılmasını ve bakımında sorumluluk almasını sağlamakla birlikte, ilacın istenen ve istenmeyen etkilerini, hemşirenin bilgilendirilmesi gereken durumları, ilaç kullanılırken özellikle dikkat edilmesi gereken noktaları içermelidir. ³⁶ Orem'in öz-bakım kuramının odağında hasta gereksinimleri ve bu gereksinimlerin karşılanması amacıyla hemşirenin yaptığı aktiviteler yer almaktadır. ¹⁰ Bundan dolayı KOAH'lı hastalar öz-bakım ve ihtiyaçlarına yönelik hasta eğitimini de içeren nitelikli bir hemşirelik bakımına sürekli gereksinim duyarlar. ³⁷

KOAH yönetiminde sağlık profesyonellerinin temel görevi bakımla birlikte birey ve ailesine eğitim verip danışmanlık yapmaktır. Bu durumda kronik hastalıkların yönetiminde, risk faktörlerinin kontrolünde, semptom gelişiminin önlenmesinde, ilaçların akılcı ve etkin kullanılmasında, hastayla en çok zaman geçiren sağlık hizmetinin vazgeçilmez parçası olan hemşirelerin eğitici rolü ön plana çıkmaktadır.

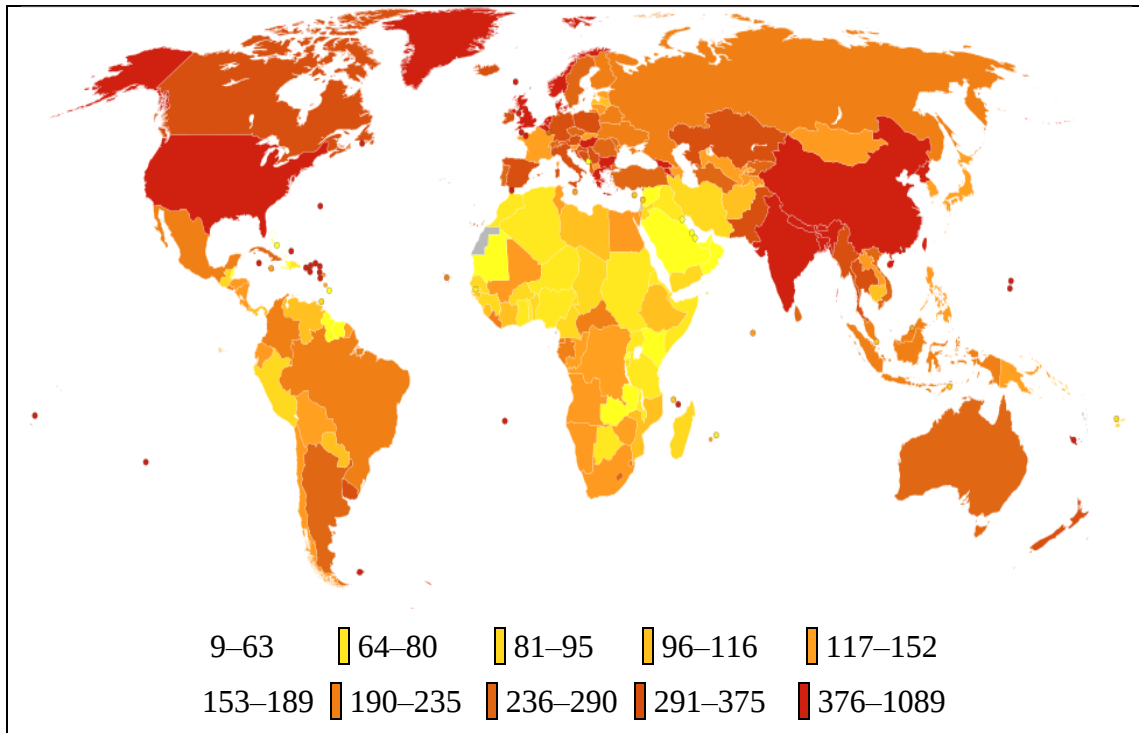
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Epidemiyolojisi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD) 2021 raporunda KOAH, genellikle zararlı partiküllere veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmanın neden olduğu ve konakçı faktörlerden etkilenen hava yolu ve/veya alveolardeki anormalliklere bağlı kalıcı solunum semptomları ve hava akımı kısıtlaması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık şeklinde tanımlandı. ⁷ KOAH'lı çoğu insanda hem kronik bronşit hem de amfizem vardır, bunların her ikisi de uzun süre sigara dumanına, iç mekan hava kirliliğine ve diğer akciğer tahriş edicilerine maruz kalmaktan kaynaklanır. ³⁸

KOAH, hem akciğer hem de akciğer dışındaki çok sayıda organı etkiler. KOAH'a eşlik eden obstrüktif uyku apnesi, akciğer kanseri, beslenme bozuklukları, kaşeksi,

psikolojik bozukluklar, depresyon, seksüel disfonksiyon, kas iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler komplikasyonlar, anemi gibi hastalıklar bulunmaktadır.³⁹ Genellikle semptomlar ortaya çıktıktan sonra şiddetleninceye kadar hastalığın tanısı konamadığından, KOAH'ın prevalans ve morbidite açısından verilerin bilinen değerlerin çok daha üstünde olduğu düşünülmektedir.³¹ KOAH ile ilgili farkındalığın ve bilginin az olması ve hastaların ileri evreye gelene kadar bulgularının hafif olması sebebiyle sağlık kuruluşlarına başvurmamaları, hastalık hakkında gerçek verilerin elde edilmesini güçleştirmektedir.⁶

KOAH'ın günümüzde üçüncü ölüm nedeni haline geldiği, tüm ölümlerin de %5,5'inden sorumlu olduğu görülmektedir.³ KOAH'ın morbidite, prevalans ve mortalite oranları ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içinde değişik gruplarda farklılık göstermektedir. Türkiye'deki mevcut duruma bakıldığında ise; %40.2 oranında kalp hastalıkları, %20 oranında kanserler ve %11.1 oranında solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır.⁴ 2012 yılında milyon kişi başına KOAH sebebiyle ölenlerin sayısı şekil 2. 1.'de görülmektedir.⁴⁰



Şekil 2.1. 2012 Yılında Milyon Kişi Başına KOAH Sebebiyle Ölenlerin Sayısı

KOAH'ın prevalansının ve hastalık yükünün, risk faktörlerine (iç ve dış ortam hava kirliliği, tütün dumanı ve mesleki maruziyet) sürekli maruz kalma ve dünya nüfusunun git gide yaşlanmasına paralel olarak ileriki senelerde artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. ⁶ Kars ilinde 2009 yılında toplam 687 ölümün %9.32'sinin nedenini solunum sistemi hastalıkları oluştururken, 2017 yılındaki verilere göre 1314 ölümün %16.44'ünden sorumlu olduğu belirlendi. ⁴¹ Türk Toraks Dergisi 2014 raporuna göre, en çok sakat bırakan hastalıklar sıralamasında 2002'de KOAH 11. sıradayken 2030 yılında 11. sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. Türkiye'de KOAH sakat bırakan hastalıklar sıralamasında 8. sırada yer almaktadır. ⁴²

2.2. Patofizyolojisi

KOAH patogenezinde temel rol oynayan patoloji, zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde meydana gelen anormal inflamatuvar yanıt olarak kabul edilir. Bu anormal inflamatuvar yanıt, akciğerin normal savunma ve tamir mekanizmalarını bozarak, doku harabiyetine sebep olur. Bunun sonucunda KOAH'a özgü kronik hava akımı obstrüksiyonu ve diğer fizyolojik anormallikler ortaya çıkar. ⁷ Hava yollarının duvar kalınlığının artması, küçük hava yollarındaki değişiklikler, lümen içi mukus artışı, lümen çapını azaltarak obstrüksiyona neden olurlar. Örneğin; amfizem, anatomik olarak terminal bronşiollelerin distalindeki havalanma alanlarının hasarına bağlı sürekli genişlemelere sebep olur. Bronşiollelerin açık kalmasını sağlayan parankim destek dokusunun kaybedilmesi, bronşlarda daralmaya ve obstrüksiyona sebep olur. Kronik bronşit ise, bronşlarda aşırı mukus salgılamasına (hipersekrezyona) işaret eder. ¹⁴

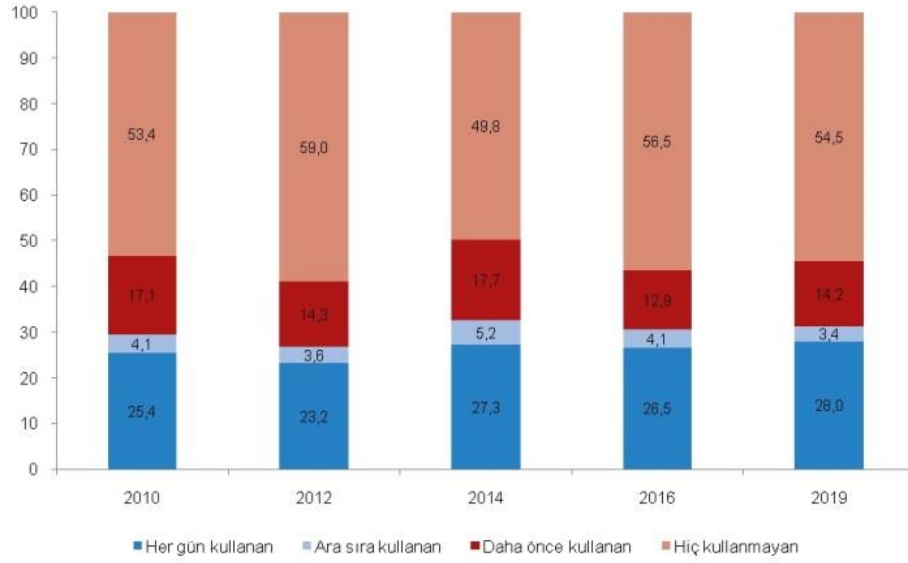
KOAH'ta gelişen fizyopatolojik değişiklikler; hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişimi anormallikleri, silyer disfonksiyon ve aşırı mukus salgınımı, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale ve sistemik semptomlar diye sıralanabilir. ⁷ Bu

fizyopatolojik değişiklikler KOAH'lı hastalarda dispne, öksürük, balgam, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların ortaya çıkmasına sebep olur. ³⁹

2.3. Risk Faktörleri

KOAH, genler ve çevresel risk faktörlerine maruz kalma etkileşimi ile ortaya çıkan bir hastalıktır. ⁴³ Hastalığın meydana gelmesinde rol oynayan risk faktörleri oldukça komplike ve birbirleri ile ilişkilidir. Son yıllarda KOAH hastalığının artmasına neden olan sigara kullanımı, yaş, partiküllere maruz kalma, ailesel yatkınlık, hava kirliliği gibi risk faktörleri en önemli etkenlerdir. ⁷

Sigara Kullanımı: Günümüzde her yıl neredeyse 6 milyon insanın ölümüne sebep olan ve KOAH için en önemli risk faktörü olan sigara, sigara kullananların %15-20'sinde KOAH gelişmesine sebep olmaktadır. KOAH oluşmasından büyük oranda sigara sorumludur. ⁶ TÜİK tarafından 5 yaş ve üzeri bireylerde her gün tütün kullanma oranı 2016 yılında %26.5 oranındayken 2019 yılında bu değer artış göstererek %28.0 olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda 2019'da sigara kullanımı erkeklerde %41.3, kadınlarda ise %14.9 oranında olduğu olduğu tespit edilmiştir. Tütünü bırakan ve hiç kullanmayanların oranı ise 2016 yılında %69.4 iken 2019 yılında azalmış olup %68.7 olmuş. Yaş gruplarına bakıldığında ise en çok tütün kullanan bireyler %42.8 ile 35-44 yaş grubunda bulunduğu şekil 2. 2.'de görölmektedir. ⁴⁴



Şekil 2.2. Bireylerin Tütün Kullanma Durumu (%), 2010-2019

Yaş: KOAH'ta risk faktörlerinden biri de yaştır. Ama yaşın tüm yaşam boyunca totaldeki risk faktörlerine maruziyeti mi gösterdiği, yoksa direkt yaşlanmanın mı hastalığın oluşmasına katkı sağladığı tam olarak bilinmemektedir. ⁶

Cinsiyet: Geçmiş zamanlarda KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha fazla oranda olduğu belirtilmesine karşın, son zamanlardaki araştırmalarda gelişmiş ülkelerdeki KOAH mortalite bulguları kadın ve erkeklerde eşitlendiği bildirilmektedir. Sigara ve diğer çevresel risk faktörlerine kadınların daha duyarlı olduğunu belirten araştırmaların olmasıyla birlikte, bu konu ile ilgili yayınlanan araştırmalarda henüz bir tutarlılıktan bahsedilememektedir. ⁴²

Ailesel Yatkınlık: Genel olarak KOAH gelişiminde genetik faktörlerin rolünün önemli olduğu fikri kabul edilmektedir. Bununla birlikte, yarım asırdan uzun süredir yapılan birçok çalışmadan α -1 antitripsin eksikliğinin tek başına KOAH'a sebep olacağı bilgisi dışında kesin bir sonuç tespit edilmemiştir. ⁶

Partiküllere Maruz Kalma: KOAH gelişimi için sigara dumanı bütün dünyada en sık görülen risk faktörü olarak kabul edilir. Diğer tür tütün kullanımı (pipo, puro, nargile

vb.) ve çevredeki tütün dumanı da akciğerlerin toplam inhale partikül ve gaz yükünü artırarak solunumla ilişkili semptom ve KOAH gelişimi oranını arttırabilirler. ⁷

Enfeksiyonlar: KOAH hastalarında akut bakteriyal veya viral enfeksiyonlar hava akımı kısıtlamasında geçici azalmalara yol açabilir. Çocuklukta yaşanan enfeksiyonların yetişkinlikte KOAH gelişimi ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, ama bu ilişkinin nedensel olup olmadığı literatürde netleşmemiştir. ⁴³

Akciğer büyüme ve gelişimi: Gebelik ve çocukluk döneminde ortaya çıkan herhangi bir faktör KOAH gelişme riskini artırabilmektedir. ⁴⁵ Birçok çalışma erken yaşta sigara dumanına maruz kalma ya da akciğeri etkileyen herhangi bir olumsuz nedenin yetişkin hava yolu hastalıkları riskini artırdığını ortaya koymuştur. ⁷

2.4. KOAH'ın Belirti ve Bulguları

KOAH'a özgü kabul edilen semptomlar günlük olarak farklılık gösteren nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma olarak sıralanmaktadır. KOAH'taki semptomlar gün içerisinde ve hatta günden güne değişkenlik gösterebilmekle birlikte gün içinde en çok sabah saatlerinde daha fazla hissedilmektedir. ⁴⁵ Bu belirtilere eşlik eden wheezing ve göğüste sıkışma hissi de meydana gelebilmektedir. ⁷ Kronik öksürük ve balgam çıkarma hava akımı kısıtlamasından yıllar öncesinden mevcut olabilir. Bu semptomların görüldüğü bireyler, özellikle KOAH risk faktörlerine maruziyet yaşayanlar muayene edilmekle birlikte altta yatan neden/nedenler ve uygun tedavi yöntemleri araştırılmalıdır. Birey doktora kronik semptomlar veya ilk alevlenme şikâyetleriyle başvurabilir. ⁷

Dispne: İlerleyici ve kronik nefes darlığı bireyi hekime başvurmaya yönlendiren en belirgin semptomdur. ⁴² İlk başlarda yokuş yukarı yürürken, hızlı yürürken, merdiven çıkarken ortaya çıkarken, hastalık ilerledikçe akciğer işlev kaybı arttıkça dinlenme halinde de hissedilebilir. ⁴⁵ KOAH'ın ilk evrelerinde hasta günlük işlerini yaparken de dispneden etkilense de farkında olmadan bu duruma alışabilmektedir.

Öksürük: KOAH'ın etyolojisindeki zararlı gaz ve partiküller karşısında havayollarının verdiği ilk cevap öksürüktür.⁴² Öksürük genellikle sigara içmenin ve/veya çevresel risk faktörlerine maruz kalmanın olası bir sonucu şeklinde düşünülür ve hastalar tarafından pek önemsenmez.⁷ Gece boyunca hareketsizlik sebebiyle alt solunum yollarında birikmiş sekresyonlar sabah artan öksürükle atıldıktan sonra hasta bir miktar rahatlar. Başlangıç olarak aralıklarla ve non-produktif seyrederken, daha sonrasında her gün var olan bir şikayet haline gelebilir. Ayrıca kronik kuru öksürük olabilir. Bireyin doktora yönlendiği süreçte produktif özellik kazanabilir.⁴²

Balgam: Öksürük ile benzer şekilde hava yollarının zararlı partiküllere maruz kalması sonucu verilen bir tepkidir. Balgam çıkarmada öksürük gibi başlangıçta sabahları söz konusu iken hastalığın ilerleyen dönemlerinde günün diğer saatlerinde de görülmeye başlayan bir semptomdur. KOAH ortaya çıktıktan sonra balgamın yapışkan, mukoid bir özellik aldığı belirlenir.⁴⁵ Pirülan balgamın varlığı enflamatuvar medyatörlerde bir artışı yansıtır ve bu gelişme alevlenme göstergesi olabilir.⁷

Hışıltılı Solunum ve Göğüste Sıkışma Hissi: Hışıltılı solunum(wheezing) ve göğüste sıkışma hissi, günden güne ve hatta gün içerisinde değişkenlik gösterebilen özgül olmayan semptomlardır.⁷ Weezing soluk verme sırasında duyulan hırıltılı sestir.⁴² Göğüste sıkışma hissi genellikle efor ile birlikte gelişir, kas ağrısına benzer, iyi lokalize edilemez ve interkostal kasların izometrik kontraksiyonundan ortaya çıkabilir. Ayrıca bu semptomların olmaması KOAH tanısını dışlamaz.⁷

2.5. KOAH' ta Tanı ve Tedavi

KOAH tanısı Solunum Fonksiyon Testleri ile konulmaktadır. Solunum fonksiyon testlerinde genellikle vital kapasite ile ekspiryum akım hızında azalma; rezidüel volüm, fonksiyonel rezidüel kapasite ve total akciğer kapasitesinde artma gözlenir.¹⁴ Dispne, balgam çıkarma veya kronik öksürük şikâyetlerine sahip ve KOAH risk faktörlerine

maruz kalma öyküsü olan bireylerde KOAH şüphelenilmeli ve spirometri ile tanı doğrulanması gerektiği şekil 2. 2.'de görülmektedir. ^{6, 7}



Şekil 2.3. GOLD KOAH Tanı Yöntemi Şeması 2021

KOAH tedavisinin temel amacı; başta dispne olmak üzere belirtilerin azaltılması, alevlenmelerin önlenmesi ve tedavisi, akciğer fonksiyonlarının optimal düzeyde tutulup, mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır. Bu nedenle hastalığın ilerlemesini önlemek için en etkili uygulama en önemli risk faktörü olan sigaranın bırakılmasıdır. ¹⁴ KOAH' ın önlenmesi ve tedavi edilmesinde maruz kalınan risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılması önemli adımlardır. Çünkü bu girişimler KOAH semptomları, prognoz, alevlenmeler, hastaneye yatışlar, ve mortalite üzerinde farmakolojik tedaviden daha çok etkilidir. ⁷

Stabil KOAH tedavisi, ilaç ve ilaç dışı yaklaşımlardan oluşmaktadır. KOAH'ın ilaç tedavisinde yer alan bronkodilatörler, inhaleler, kombine ilaçlar, mukolitikler,

antibiyotikler temel ilaç gruplarıdır.⁴³ Nonfarmakolojik tedavide ise eğitim ve özyönetim, düzenli beslenme, oksijen tedavisi, fiziksel aktivite, egzersiz eğitimi, aşı, yaşam sonu ve palyatif bakım, bronkoskopiye müdahale ve cerrahi, oksijen tedavisi, non-invaziv ve invaziv ventilatör ile solunum desteği, mekanik ventilasyon ve pulmoner rehabilitasyon yer almaktadır.⁷

2.6. KOAH'lı Bireylerde Hemşirelik Bakımı ve Önemi

Hemşirelik bakımı, kişinin hastaneye yatışından itibaren başlayıp, hastanede kalma süresi boyunca ve taburculuk sonrasında da devam etmekle birlikte kişinin bağımsızlığını en üst düzeyde tutmayı amaçlamaktadır.⁴⁶ Leninger, 'hemşirelik bakımdır ve bakım hemşireliktir' ifadesini kullanarak ayrı gibi görünse de bu iki kavramın aslında bütünün birer parçaları olduğunu belirtmiştir.³³

KOAH'taki fizyopatolojik süreçler sonucunda solunum aktivitesi ciddi düzeyde etkilenmekte, dispne, halsizlik, yorgunluk ve uykusuzluk sebebiyle hastalar günlük yaşam aktivitelerini uygularken önemli ölçüde sınırlılıklar yaşamaktadır.⁸ Fizyolojik belirtilere, KOAH'lı kişilerin yaşam kalitesini derinden etkileyen depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtiler eşlik etmektedir.³⁵ Bundan dolayı KOAH'lı hastalar, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarını önlemeye, kontrol etmeye ve yönetmeye yönelik hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar.³⁷ Hemşireler, KOAH semptomlarından başta dispne olmak üzere ortaya çıkan semptomların ve hastalığın yönetiminde, hastaların hastaneye yatışlarının azaltılmasında ve egzersiz kapasitesinin artırılmasında anahtar rol oynamaktadır.²¹ Yapılan bir araştırmada KOAH ve astım başta olmak üzere solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 düzeyde hemşirelerin rol aldığı saptanmıştır.²² Hemşireler, gerek farmakolojik gerek non-farmakolojik tedavi yaklaşımlarının girişimlerinde önemli bir role sahiptir. Bireylerde gelişen semptomların yönetiminde hemşire hastaya bütüncül yaklaşım soruna ilişkin eğitim ve bakım planlayıp

uygulamalıdır. ³² Hemşireler tarafından yakın ve düzenli takibin devam ettirilmesi KOAH'ın mortalite ve morbidite prevalanslarını ve tedavi maliyetlerini önemli ölçüde etkilemektedir. ⁴⁷ Wood-Baker ve ark. ⁴⁸ yaptıkları bir araştırmada KOAH yönetiminde, hastaneye yatışların azalmasında ve yaşam kalitesinin artmasında verilen hemşirelik bakımının oldukça etkili olduğu bilgisine ulaşmıştır.

Hemşireler, bakım verirken bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve günlük yaşamını etkileyen sorunların belirlenmesi için bütüncül bir yaklaşım sergilemektedirler. ³² KOAH' ta en yaygın bakım davranışları, hastalığın fiziksel etkisini sınırlamayı amaçlamaktadır.³⁷ Bireylerin hava yolu temizliğini sağlama ve sürdürme, solunumu rahatlatma, gaz değişimini düzeltme, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlama, aktivite toleransını ve baş etme yeteneğini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve hastaların en üst düzeyde bakımını kendisinin yönetmesi konusunda desteklenmelidir. ⁴⁷ KOAH'lı bireylerde hava yolu temizliğini sağlamak için bireye öksürme ve derin solunum egzersizlerini öğretmek ve yaptırmak, inhaler ilaçların doğru kullanılışını anlatmak gerekmektedir. ³⁸ Ayrıca bu bireyler tahriş edici ve zarar verici maddelerden uzak durmalı ve oksijen kullanımı konularında bilgilendirilmelidir. ³¹ Genellikle sağlık uzmanları tarafından önerilen diğer hastalık yönetimi davranışları arasında ilaçlara bağlılık, aşılar ve hijyenik alışkanlıklar yoluyla enfeksiyonların önlenmesi yer almaktadır. ⁴⁹

Aktivitelerdeki kısıtlılıklar hastaların iletişimini ve sosyal hayatını ciddi şekilde etkilemektedir. ⁵⁰ Bu yüzden hastalar için sosyal destek önem taşır ve sosyal destek birçok kaynaktan gelmektedir. Aile desteği ve sağlık çalışanlarının ilgisi, hastalar için en önemli sosyal destek faaliyetleridir. ⁵¹ Bu desteği arttıracak yöndeki bakım çalışmaları önem taşımaktadır.

2.7. KOAH'ta Hasta Eğitimi

Hasta Eğitimi: sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli bilgi, tutum ve becerileri geliştirebilmek için hastanın tutum ve davranışlarını etkileme süreci olarak ifade edilebilir. ⁵² Bir bilim olarak hemşirelikte meydana gelen çarpıcı gelişmelerle sağlığın korunması ve geliştirilmesi, iyilik durumunun sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, kaybedilen sağlığın geri kazanılması ve kronik hastalık yönetimi süreçlerinde hasta ve yakınına verilen eğitimin önemi artmaktadır. ⁵³ Eğitimin dinamik bir süreç olarak devam etmesi ve insanın temel ihtiyaçlarından biri olarak eğitim, hastanın kendine bakma konusundaki bağımsızlığını arttırmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve yeniden hastaneye yatışını azaltmaktır. ⁵⁴

Eğitim sürecinde hasta, hasta yakınları, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri bulunmaktadır. Ancak hemşireler, sağlık hizmeti sunan birçok kuruluştaki bireyi biyolojik, sosyal, psikolojik açıdan ve çevresi ile birlikte bütüncül olarak ele alan, bireyle sürekli etkileşim içerisinde olan tek profesyonel sağlık disiplindir. Bundan dolayı hemşireler, sağlık eğitiminde en önemli rolü üstlenmektedirler. ⁵⁵ Buna karşın bir araştırma sonucuna göre, hemşirelerin günlük faaliyetleri sıralaması içinde ilaç tedavisi ilk sırada, hasta eğitimi yedinci sırada yer almaktadır. ⁵³ KOAH bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan önemli düzeyde etkilemektedir. Hemşirelerin KOAH'lı hastalara eğitim gerçekleştirmesi hastaların fonksiyonel durumunu iyileştirmek için oldukça önemlidir. ²⁹ Bu hasta grubu için verilen planlı eğitim, hastaların bakım kararlarına katılım sağlamak, sağlık davranışlarını iyileştirmek ve tekrarlı hastaneye yatışları önlemek için önem arz etmektedir. ⁵⁶

KOAH'lı bireylere hazırlanan eğitim programının amacı; önerilen tedavi programında tıbbi tedavinin yanı sıra yaşamı sürdürmek ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesini sağlamak olmalıdır.

Bu çerçevede hastanın bireysel gereksinimleri göz önüne alınarak hemşirelik tanıları doğrultusunda hasta bireyin eğitim ihtiyacı tanımlanmalı ve girişimler uygulanmalıdır.⁵⁷ KOAH'lı bireyler en sık deneyimledikleri, aktivitelerini kısıtlayan ve emosyonel olarak onları zorlayan semptom olarak dispneyi belirttiklerinden hasta eğitiminde dispne öncelikli olmak üzere semptom yönetimine önem verilmelidir.⁵⁰ Hasta eğitimi için kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde hasta ve hemşirelerin tercihleri ve özellikleri, hastanın öğrenme gereksinimleri, eğitimin süresi, eğitimin içeriği, eğitimin verileceği ortam ve mevcut kaynaklar göz önünde bulundurulmalıdır.⁵⁵

Hemşirelik eğitimi öncelikle bireylere odaklanmıştır. Bu nedenle, KOAH ve yönetimi için amaç, bireysel durumun kötüleşmesini önlemektir.⁵⁵ Kara'nın⁵⁷ KOAH'lı bireylerde bakım ve eğitimin öz- etkililik algısına etkisini incelediği çalışmasında hemşirelik tanıları belirlenmiş, hastalara bireysel bakım kapsamında, hastaya özgü ve hasta ihtiyaçları doğrultusunda eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda bireyselleştirilmiş, bütüncül hasta bakımı kapsamında hasta ve ailesinin katılımı sağlanarak sağlık ekibi üyelerinin işbirliği ile sürdürülen hasta bakım ve eğitimi ile KOAH hastalarında öz- etkililik algısının arttırılabileceği gösterilmiştir.⁵⁷ Bu sebeple hemşireler eğitici rolü kapsamında eğitimi hastaların ihtiyaçları doğrultusunda vererek, pasta olarak düşüneceğimiz bakımın bir dilim olarak benimsemelidirler.

2.8. Öz-Bakım Gücü ve KOAH

Öz-bakım; iyilik halini ve sağlık durumunu yükseltmek ve sürdürmek için kişilerin yaptığı sağlık etkinliklerini uygulayabilme kapasitesidir. Orem, ilk olarak 1959'da öz-bakım eksikliği teorisini sunmuştur. Orem'in kavramsal çerçevesinde, herkes kendi kendine bakım davranışlarına girme kapasitesine sahip bir öz-bakım ajanıdır. Öz-bakım ajansı, bireyin bilişsel, fiziksel, psikolojik ve davranışsal alanlarını içerir.⁵⁸ Orem yetişkinlerin kendi öz-bakım gereksinimlerinin ne olduğunu farkedebilme ve bu

gereksinimlerini karşılayabilme kabiliyetlerinin olduğunu savunur. Bir yetenek kaybedildiğinde bu eksiklik öz-bakım yetersizliği olarak adlandırılır ve profesyonel bakıma ihtiyaç duyulur.¹⁰ Öz-bakım, kişiler arası etkileşimler ve iletişim yoluyla ve bir öğrenme süreci olarak öğrenilir; motivasyona, bilgiye ve becerilere ihtiyaç duyar. Bu terim, hastanın kendi sağlık bakımında birincil rolünü vurgulamaktadır. Dahası, bir bireyin öz-bakım yeteneği ve öz bakım davranışı, bireyin aile sistemi gibi temel koşullandırma faktörlerinden etkilenir.¹⁰ Öz-bakım gücü ise bireyin sağlığını sürdürmek için kendisiyle ilgili aktiviteleri yapma yeteneğidir.⁵⁹ Öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin başında bireyin hastalık-sağlık durumu gelir. Bireyin fonksiyonlarını etkileyen sağlık sorunu meydana geldiğinde öz-bakım gücünde geçici ya da kalıcı bozulmalar meydana gelebilmektedir. Yetersiz öz-bakım gücüne sahip olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyip bir başkasına bağımlı duruma gelmektedirler.²⁴

KOAH'ta sık görülen dispne, balgam, öksürük, yorgunluk, beslenme bozuklukları, uyku, boşaltım sorunları ve psikolojik sorunlar gibi semptomlar bireylerin yaşam kalitesini oldukça olumsuz yönde etkilemekte ve bireyleri günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken sınırlılıklarla karşı karşıya getirmektedir.¹¹ Bu sebeple KOAH'a sahip bireylerin öz-bakım ihtiyacı artabilmektedir. Yeterli öz-bakıma sahip bireylerin kronik hastalıkların ve kendi bakımlarının yönetiminde daha başarılı olduğu bilinmektedir. Özellikle KOAH bireylerde yeterli düzeyde öz-bakım yeterliliği kazandırılmasında sağlık ekibi üyeleri tarafından gerekli beceri, özgüven ve bilgi desteğinin sağlanması çok önemlidir.⁷ Destekleyici-eğitici bir sistemde hemşire, hasta için öz bakım eksikliklerinin üstesinden gelme stratejilerini öğretmek bilgi ve destek sağlar.¹⁰

Uluslararası kılavuzlarda KOAH yönetiminde öz-bakım yönetim programları tedavi için en önemli basamaklardan biri olarak görülmektedir. Öz-bakım yönetiminin

hastalara kazandırılması sağlık sisteminin verimliliği ve etkinliği açısından gereklidir. Bu nedenle öz-bakım yönetimi KOAH ile yaşamının önemli parçasıdır. KOAH'ın başarılı bir şekilde yönetiminde de öz-bakım davranışlarının benimsenmesi bireylerin ve aile üyelerinin öncelikli sorumluluklarındandır. ⁶⁰ Hastaların yeterli öz-bakımın ne olduğunu, neleri kapsadığını ve gerekçelerinin ne olduğunu bilmeleri kendi öz-bakımlarında rol alabilmelerini sağlayabilmektedir. Bireyler anormal belirtilerin ve semptomların anlamını ve bu durumda ne yapmaları gerektiğini bildikleri zaman doğru kararı vererek öz bakımlarıyla ilgili etkili bir şekilde rol alabilirler. ¹¹

Sağlık durumlarının yönetimiyle yakından ilgilenen ve sağlık hizmetlerinin desteğiyle öz yönetim becerilerini geliştirebilen aktif hastalarda öz bakım ve yaşam kalitesinde gelişmiş ve daha uzun süreler boyunca korunacağı tahmin edilmektedir. ^{13, 34} Öz-bakım davranışlarının istenilen hedeflere ulaşılmasına ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açabileceği vurgulanmaktadır. ¹¹ Bu iyileştirilmiş sonuçlar, daha iyi semptom yönetimine yardımcı olur, hastaneye yatışları ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltır. ¹³

2.9. Akılcı İlaç Kullanımı ve KOAH

İlaç erişimi ve kullanımı her bireyin temel hakkı olmasıyla birlikte, ilaç kullanımının tedavide etkili olabilmesi için de ilaçların doğru bir şekilde kullanılması gerekmektedir. DSÖ, 1985 yılında AİK kavramının 'bireylerin ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü' şeklinde tanımlamıştır. ¹⁷ AİK, hastalar ve toplum için kaliteli sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli bir unsurdur. ⁶¹ İlaçlar, doğru kullanıldığında sağlığa kavuşmada önemli düzeyde fayda sağlamakta, yanlış kullanıldığında ise sağlığa zarar verme ve ölüme neden olmaya kadar riskler oluşturmaktadır. İlacı zehir olmaktan çıkaran durum ilacın akılcı

kullanımıdır. Bu yüzden dünya genelinde akılcı ilaç kullanımı kavramı gün geçtikçe önem kazanmaktadır.⁶¹ İlaçlarla alakalı ‘doğru’ların dışında kalan tüm uygulamalar ise akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak nitelendirilmektedir. AOİK, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.⁶²

Sağlık Bilişim Enstitüsü (IMS: Institute for Healthcare Informatics) dünyada ilaçlara ilişkin küresel harcamanın 2020 yılına kadar 1,4 trilyon dolara varacağına dair bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda Amerikan Birleşik Devletleri’nde, ilaçlara yapılan harcamaların 2020 yılında 2015 yılına oranla %34’lük bir artış olacağı bildirilmiştir.⁶³ Ülkemizde de ilaçlar sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. İlaç ziyarı, artmış morbitide ve mortalite, çevre kirliliğı, ilaç etkileşimleri, hastaneye yatış ve boşuna harcanan ekonomik kaynaklar AOİK’in sonuçları olarak sıralanabilir. Bu bağlamda AİK, ilacın kullanılacağı hastada koruma ve tedavi sürecini olumlu etkileyerek ülkelerin ekonomisine de fayda sağlamaktadır.⁶⁴

Komorbidite bir hastalık olan KOAH, hastaneye sık yatma, sürekli ilaç kullanımı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve iş hayatını etkilemesi gibi nedenlerden kaynaklı önemli düzeyde ekonomik yük oluşturmaktadır.⁶ KOAH’ta ilaç tedavisi, atakların sıklığını ve şiddetini azaltma, semptomları azaltma, egzersizi tolere etme ve sağlık düzeyini arttırmada kullanılır.⁷ İlaçların yanlış kullanılması semptomların kontrol edilememesine, hastaların yeterli tedavi alamamalarına, daha çok ilaç kullanımına, daha fazla yan etki oluşması ile solunum hastalıklarında görülen atakların ortaya çıkmasına, hastane yatışının artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve ilaç ziyanına sebep olmaktadır.⁶⁵ KOAH’ın stabil farmakolojik tedavisi için kullanılan temel ilaç grupları inhalerler, bronkodilatörler, mukolitikler, kombine ilaçlar, antibiyotiklerdir.⁷ KOAH tedavisinde ölçülü doz inhalerler bilinen ve uzun süredir kullanılan cihazlar olduğu halde uygulanırken en çok hata yapılan cihazlardır. Bu cihazların kullanımı el ve solunum

koordinasyonu gerektiren ölçülü doz inhalelerin yeterli etkiyi gösterebilmesi için cihazın uygun teknikle kullanılması gerekmektedir. ⁶⁵ Fink ve Rubin'in ⁶⁶ çalışmasında inhaler cihaz kullanan hastaların %28-68'i reçetelenen inhaleleri gerektiği gibi kullanamadığı ve bu ilaçlardan faydalanamadığı bulunmuştur. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda, KOAH tanısı konulan hastaların ancak %46.1'inin düzenli ilaç kullandığı görülmüştür. Özellikle ileri yaşta ve hiç eğitim almamış hastalarda ilaç kullanma hatalarının daha fazla olduğu görülmektedir. ¹⁵

Kendi kendine ilaç kullanımının yaygın olma durumu ve bunun halk sağlığı ve ülke ekonomisi için doğurduğu sorunlar göz önüne alındığında, akılcı ilaç kullanımını hedefleyen müdahalelere acilen ihtiyaç duyulmaktadır. ⁶⁷ Hemşireler özellikle yatarak tedavi gören hastalar ile 24 saat boyunca vakit geçiren, iletişimini sürdüren sağlık profesyoneliidir. Hastalarla yakın ve uzun süreli etkileşimi, hemşireye tedavi ve bakım uygulamalarında önemli sorumluluklar yüklemektedir. Dolayısıyla, akılcı ilaç kullanımı konusunda hemşirelere önemli roller düşmektedir. ⁶² Hemşire tarafından ilaç kullanımının kontrolünün sağlanması ve pekiştirilmesi, ilaç uygulama basamaklarının doğru uygulanması, hasta tarafından uygulamada yanlış basamakların fark edilmesi ve düzeltilmesi ilacın doğru kullanım başarısını ve tedavinin etkililiğini arttırmak için önemli bir etkidir. ⁶⁵ Topluma yapılacak müdahalelerin daha etkin olabilmesi için öncelikle, bireylerin bu konudaki davranışları ve bilgileri bilinmelidir. Bu açıdan hemşirelerin konu hakkında hastalara ve topluma bilinç kazandırması, ilaç kullanımını hastaya doğru bir şekilde anlatması ve sağlanan bilginin etkililiğinin değerlendirilmesi için geri bildirim alması gerekmektedir. Her hasta için en akılcı ilaç seçimi yapılırken hastanın zihinsel ve fiziksel durumu, sosyal çevresi, yaşı, imkânlar ve maliyet-fayda oranı göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. ¹⁵ Yapılan bir çalışmada 300 ilaç kullanan KOAH'lı hasta alınmış, eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılarak eğitim sonrası

hastaların ilaçlarını doğru kullanmalarının anlamlı derecede yükseldiği sonucuna varılmıştır.³⁰ Aynı çalışmanın sonuçlarına göre eğitimden önce; cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, hastalık süresi, göğüs hastalıkları uzmanı takibi ve hastaneye yatma sıklığı, ilaçların doğru kullanımı üzerine etkili faktörler olarak bulunmuştur.³⁰

KOAH bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ciddi sınırlıklara sebep olup, bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilemektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde ciddi sınırlılık yaşayan bireyler öz-bakımları davranışları ve ilaçların akılcı kullanımı konusunda yetersiz kalabilmektedirler. Bu yetersizlikler bireylerin gereksinimleri doğrultusundaki bakım ve eğitim ile iyileştirilebilir. Yetersizliklerin iyileştirilmesi hastayla en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olan hemşirelerin eğitici rolüyle vereceği eğitimle sağlanabilir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma KOAH hastalarına verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test karşılaştırmalı randomize kontrollü yarı-deneyssel desende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları kliniğinde ve Aralık 2020 - Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Şubat 2021 – Mayıs 2021 tarihleri arasında Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları kliniğinde KOAH tanısı ile yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleminde GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak %10 hata payı 0.05 anlamlılık düzeyinde, %90 güven aralığında, %80 test gücü ile her grupta en az 35 hasta, toplam 70 hastanın olması gerektiği hesaplandı. Araştırmada deney grubuna 40 ve kontrol grubuna 43 hasta alınarak araştırmanın örneklemini 83 hasta oluşturdu.⁶⁸ Örnekleme alınan bireyler araştırmacı tarafından randomize kontrollü olarak 2 gruba ayrıldı. Araştırma kriterlerine uyan ilk hasta kontrol grubuna, ikinci hasta deney grubuna alınarak 1 kontrol, 1 deney olmak üzere randomizasyon sağlandı. Deney grubundaki 1 hastaya ulaşamadığı ve 2 hasta çalışmaya devam etmek istemediğini belirttiği için deney grubunda 40 hasta ile çalışma tamamlandı.

Araştırmanın örneklemine dâhil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü olan,
- Okuma yazma bilen,
- 6 aydan daha uzun süre KOAH tedavisi alan,
- Öz-bakım gücü düşük ya da orta düzeyde olan,
- KOAH'ı tedavi etmeye yönelik sürekli ilaç kullanması gereken,

- İşitme ve görmeyle ilgili duyuşal kaybı olmayan,
- İşbirliğı ve iletişime açık olan,
- Bilişsel düzeyi ölçekleri uygulamaya uygun olan,
- Bilinci açık oryantasyonu tam olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın dışlanma kriterleri;

- Ciddi pulmoner ve malign hastalığı olan,
- Alevlenme döneminde olan,
- Türkçe iletişim kurulamayan,
- Psikiyatrik tanı öyküsü olan,
- İşitme ve görme problemleri olanlar araştırmaya dâhil edilmedi.

Sonlandırma Kriterleri ise;

- Kendi isteğıyle çalışmadan ayrılmak isteyen,
- Çalışmanın yapıldığı süre içinde iletişime geçilemeyen hastalarla çalışma sonlandırıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeğı, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğı ve KOAH Rehberi Eğitim Kitapçığı kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK- 6)

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından literatür^{23, 29,}
⁵⁷ bilgisine dayalı olarak hazırlanan formda, deney ve kontrol grubu hastaları için toplam 25 soru yer almaktadır. İlk 8 soru (yaş, boy - kilo cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aile tipi ve gelir durumu) hastaların tanıtıcı özellikleri, kalan 16 soru (hastalıkları, ilaçları, hastaneye yatış sıklığı, oksijen ve sigara kullanma durumu, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu gibi) ise genel sağlık durumları ile ilgili bilgileri içermektedir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK- 7)

Kearney ve Fleischer⁶⁹ tarafından ÖBGÖ geliştirilmiştir. Ölçek Türk toplumuna Nahcivan⁷⁰ tarafından sağlıklı gençlerde, Pınar⁷¹ tarafından kronik hastalıklarda güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılarak uyarlanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Pınar tarafından uyarlanan formu kullanılmıştır. Pınar'ın çalışmasının sonucunda test tekrar test güvenirliği 0.80 ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.⁷¹ Bireylerin öz-bakım aktivitelerini yerine getirme yeteneklerini kendilerinin değerlendirebildikleri ölçekte 35 madde yer almaktadır. 5'li likert tipte hazırlanmış olan bu ölçek için her madde 0' dan 4'e kadar puanlanmıştır. Maddeler ifadeleri gerçekleştirme durumlarına göre (0= beni hiç tanımlamıyor, 1= beni pek tanımlamıyor, 2= fikrim yok, 3= beni biraz tanımlıyor, 4= beni çok tanımlıyor) derecelendirilmektedir. Ölçekteki sekiz madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif değerlendirilmekte ve puanlaması ters çevrilmektedir. Ters puanlanan maddeler çevrildikten sonra ölçek için alınabilecek maksimum puan 140'tır. Alınan toplam puanın 82'nin altında olması düşük, 82-120 arasında olması orta ve 120 ve üstünde olması yüksek düzey öz-bakım gücü olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten toplamda alınan puanın yüksek olması hastaların kendi bakımını gerçekleştirirken yeterli olduğunu göstermektedir.⁷¹ Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ilk ve son ölçüm değeri sırasıyla 0.81, 0.87 olarak belirlendi.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) (EK- 8)

AİKÖ Demirtaş ve ark.⁶⁷ tarafından yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanma bilgi düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur. 3'lü likert tipte hazırlanmış olan bu ölçek 10 doğru ve 11 yanlış olmak üzere toplamda 21 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade 'evet', 'hayır' ve 'bilmiyorum' şeklinde değerlendirilmektedir. Verilen cevaplar; doğru cevap 2, bilmiyorum 1, yanlış cevap 0 puan olarak derecelendirilmektedir. Ölçekteki on bir madde

(2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19 ve 20) negatif değerlendirilmekte ve puanlaması ters çevrilmektedir. Ters puanlanan maddeler çevrildikten sonra ölçek için alınabilecek maksimum puan 42'dir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olup, 35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilmektedir.⁶⁷ Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ilk ve son ölçüm değeri sırasıyla 0.77, 0.80 olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Ön Uygulama

Ön uygulama, veri toplama araçlarının ve eğitim kitapçığının işlerliğini tespit etmek için Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan dört hasta ile görüşülerek yapıldı. Ön uygulama sonrası tanıtıcı bilgi formu ve eğitim kitapçığı için gerekli görülen düzenlemeler yapıldı ve bu hastalar araştırmaya dâhil edilmedi.

Eğitim Kitapçığı (EK- 9)

Araştırmaya katılan her hastaya “KOA H Rehberi” isimli bir eğitim kitapçığı verildi (kontrol grubuna araştırma sonunda verildi). KOA H yönetimine ilişkin bilgiler araştırmacılar tarafından literatür incelemeleri yapılarak kitapçıkta yer aldı.^{42, 45, 72} KOA H Rehberi hazırlanırken; hastaların anlayabileceği şekilde sade bir dil kullanılmasına özen gösterilirken ayrıca hastaların gereksinimlerini karşılayabilecek kadar da kapsamlı olmasına dikkat edildi. KOA H Rehberi eğitim kitapçığı hastalığa özgü bilgiler^{6, 7, 45} ve spot cümleler içeren KOA H'a genel bakış, hastalık yönetimine dair bilgiler ve spot cümleler içeren KOA H'la yaşamak için önemli adımlar, KOA H'ta kullanılan ilaçların tanıtımı ve inhaler ilaçların nasıl kullanıldığıyla ilgili bilgiler içeren KOA H'ta ilaç kullanımı olmak üzere üç bölümde yapılandırıldı.

Eğitim kitapçığının içeriğinde:

I. KOAH'a Genel Bakış:

- Akciğerin Görevi Nedir?
- KOAH Nedir?
- KOAH'ın Belirtileri Nelerdir?
- KOAH'ın Sebepleri Nelerdir?

II. KOAH'la Yaşamak İçin Önemli Adımlar

- 1.Adım: Sigarayı Bırakın
- 2.Adım: Hava Yolu Tahriş Edicilerinden Uzak Durun
- 3.Adım: KOAH İlaçlarınızı Öğrenin
- 4.Adım: Grip ve Zatürre Aşılarını Yaptırın
- 5.Adım: Egzersiz Yapın
- 6.Adım: Yeterli ve Dengeli Beslenin
- 7.Adım: Enerjinizi Koruyun
- 8.Adım: Stresinizi Kontrol Edin
- 9.Adım: Solunumunuzu Kontrol Edin
- 10.Adım: Oksijen Tedavisi

III. KOAH'ta İlaç Kullanımı

- Kısa-Etkili Beta2 - Agonistler
- Uzun-Etkili Beta2 - Agonistler
- Ekspekteronlar (Balgam Söktürücü İlaçlar)
- Kortikosteroidler
- Antibiyotikler (Mikrop Öldürücü İlaçlar)
- KOAH ilaçlarını Nasıl Kullanacaksınız?
- Ölçülü Doz İnhaleri Nasıl Kullanacaksınız?
- Kuru Toz İnhaleri Nasıl Kullanacaksınız?
- Aerolizer/İnhaler Kapsülü Nasıl Kullanacaksınız?
- Handinhaleri Nasıl Kullanacaksınız?
- Turbuhaleri Nasıl Kullanacaksınız?
- Nebulizatörü Nasıl Kullanacaksınız?
- Hava Haznesini (Spacer) Nasıl Kullanacaksınız?

Konuları yer almaktadır. Eğitim materyali hastanın duyuşsal, bilişsel ve psikomotor öğrenme alanına hitabı sağlayacak şekilde içerik oluşturularak öğretme - öğrenme sürecinin etkililiğinin artırılması amaçlandı. Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olabileceği göz önünde bulundurularak uygun punto ve renkler seçilip görsel materyallere de yer verildi.

Hemşirelik Girişimi

Deney Grubu: Ön uygulama sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan hastalar kliniğe kabul edildiğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile gönüllülük onam formu okunarak sözlü ve yazılı izinleri alındı. “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” uygulandı. Hastalarla birebir görüşülüp araştırmanın amacı ve eğitim programı ile ilgili bilgiler verildi. Bu gruptaki hastalara eğitimin bölünmemesi için Göğüs Hastalıkları kliniğinde ayrı bir oda ve sessiz bir ortam sağlanmıştır ve bir hastanın eğitimi ortalama 45 dakika sürdü. Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan KOAH yönetimine ilişkin “KOAH Rehberi” isimli eğitim kitapçığı kendilerine verildi. Hastalara içeriği açıklandıktan sonra yüz yüze sözlü sunum ve demonstrasyon yöntemi ile eğitim verilip soruları cevaplandırıldı. Eğitim sırasında hastanın bireyselliği göz önünde bulundurularak, ihtiyacı olan bölümler özellikle vurgulandı. Hastalara KOAH’ta kullanılan ilaç eğitimi verildikten sonra hastaların öğrendikleri bilgileri kolay benimsemeleri için kendi kullandıkları inhaler türü ile uygulama yapıldı. Ayrıca gevşeme egzersizleri ve solunum egzersizleri de demonstrasyon yöntemiyle sunuldu. Ayrıca hastalara anlaşılmayan bir yer var mı? sorusu sık sık sorularak bilgi ve uygulamaların tekrarı sağlandı. Eğitimin etkinliği hastalara konuyla ilişkin sorular sorularak, alınan cevaplara göre değerlendirildi. Her hastaya iletişimin sürekliliği için araştırmacının telefon numarası verilip, ihtiyaç duyduklarında her zaman arayabilecekleri bilgisi verildi. Ayrıca eğitim kitapçığı hastalara

verilmesiyle, eğitim kapsamında unuttukları ve tekrar etmek istedikleri bilgilere ulaşabilecekleri belirtildi. Verilen bilgilerin unutulmaması için hastanede başlanan eğitime hastane dışında devam edilmesi önemlidir. Bu yüzden 6 hafta boyunca haftada bir hastalarla 20 dakika olacak şekilde telefonla görüşülerek hastalık yönetimi ile ilgili karşılaştıkları sorunların aşılmasına çalışılıp, hastaların soruları cevaplanmıştır. Hastalık yönetimine ilişkin uygulamaların takibi ve sürekliliği açısından telefon görüşmeleri büyük ölçüde katkı sağladı.

Gerçek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanabilmesi için hastaların belirli bir süreye kadar izlenmesi gereklidir. Bu sebeple deney grubuna eğitimden 6 hafta sonra yapılan izlemde hastalarla telefon ile görüşülerek “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” tekrar uygulanarak çalışma tamamlandı.

Kontrol Grubu: Ön uygulama sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan hastalar kliniğe kabul edildiğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile gönüllülük onam formu okunarak sözlü ve yazılı izinleri alındı. Sonrasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” uygulandı. İlk veriler toplandıktan sonra eğitim verilmeksizin rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. İlk değerlendirmeden 6 hafta sonra ölçek formları kontrol grubundaki hastalara telefon ile görüşülerek uygulandı. Veri toplama işlemi bittikten sonra KOAH yönetimine ilişkin hastalara hazırlanan “KOAH Rehberi” isimli kitapçık açıklanarak hastalara mobil uygulama yoluyla ulaştırıldı ve çalışma tamamlandı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik programı (SPSS-22) kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelikler, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Normal dağılımı belirlemek için Basıklık-çarpıklık değerine bakıldı. Basıklık-çarpıklık değeri sonucuna göre verilerin $(+1.5 -1.5)^{73}$ normal dağılımı saptandı.

Ölçüm araçlarının güvenirlikleri içi Cronbach- α sayısı, SPSS Output'unda Exact olarak gözüken 2x2' değerleri için Ki kare değeri, SPSS Output'unda Exact olarak gözüken 2x2' değerleri için Fisher Exact değeri, SPSS Output'unda Exact olarak gözüken nxm değerleri için Fisher-Freeman-Halton Exact değeri, bireylerin özbakım gücü ölçeği ve akılcı ilaç kullanımı ölçeğinin grup içi **ön test- son test karşılaştırması için; Paired Samples t testi**, bireylerin özbakım gücü ölçeği ve akılcı ilaç kullanımı ölçeği **gruplar arası karşılaştırma için; Independent samples t testi** kullanıldı.

Etki değeri ve r-etki boyutu Cohen'in d değeri ile hesaplandı.

Çalışmamızda $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul onayından 11.12.2020 tarihli 2020-6/14 numaralı (EK-3) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan 12.02.2021 tarihli 88179374 numaralı belge ile resmi izin alındı (EK-4). Bununla birlikte Göğüs Hastalıkları kliniğinin klinik sorumlu hekimi ve servis sorumlu hemşiresi ile görüşülüp araştırma hakkında bilgi verildi. Bu araştırma hasta yakınlarına ve hastaneye ek bir maliyet oluşturmadı. Veri toplama aşamasında araştırmaya katılan katılımcılara araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandıktan sonra onayları “bilgilendirilmiş gönüllü onam” formuyla yazılı olarak alındı (EK-5). Araştırmaya katılan bireylere katılmaları durumunda verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırmada kullanılacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” ve araştırmanın her aşamasında “zarar vermeme/yarar sağlama” etik ilkelerine özen gösterildi.

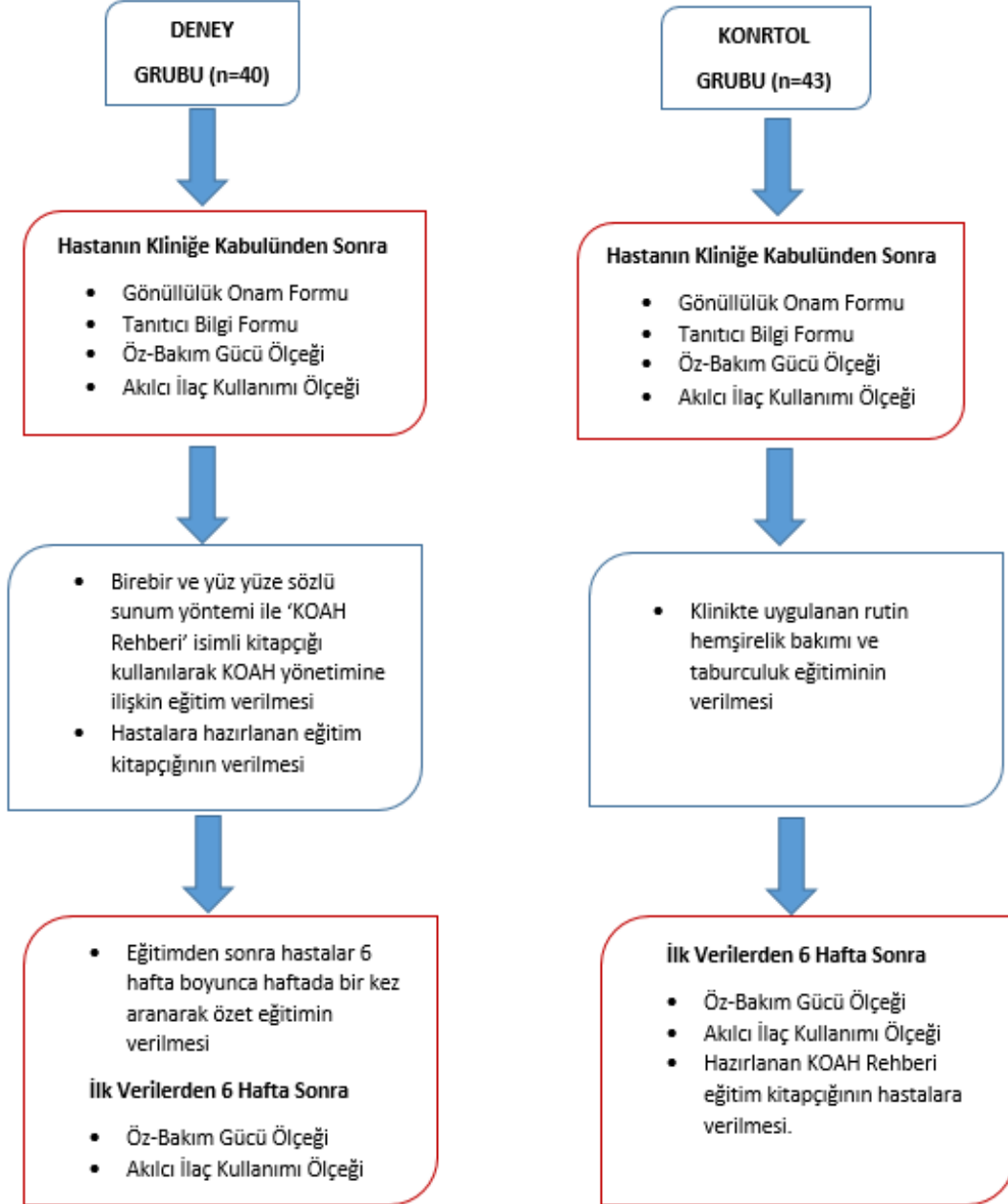
2.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan hastaları kapsadığından tüm KOAH hastalarına genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.



ÖRNEKLEM (n=83)

Araştırma kriterlerine uyan ilk hasta kontrol grubuna, ikinci hasta deney grubuna alınarak 1 kontrol, 1 deney olmak üzere randomizasyonun sağlanması.



Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Akış Şeması

4. BULGULAR

KOAH tanılı bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisini belirlemek amacı ile uygulanan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir. Deney grubundaki ve kontrol grubundaki bireylerin demografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.1. 'de verildi.

Tablo 4.1. Deney Grubundaki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=83)

	Değişkenler	DG (n: 40)		KG (n: 43)		Önemlilik Test
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	20	50.0	13	30.2	$\chi^2= 3.381^*$ p= 0.066
	Erkek	20	50.0	30	69.8	
Medeni Durum	Evli	37	92.5	37	86.0	$\chi^2= 939^{***}$ p= 0.485
	Bekâr	3	7.5	6	14.0	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	8	20.0	18	31.3	$\chi^2= 5.201^{**}$ p= 0.173
	Ortaokul	16	40.0	12	33.7	
	Lise	14	35.0	10	28.9	
	Üniversite	2	5.0	3	6.0	
Meslek	Çalışmıyor	12	42.5	16	37.2	$\chi^2= 0.444^{**}$ p= 0.986
	Memur	17	5.0	3	7.0	
	İşçi	2	22.5	10	23.3	
	Emekli	9	30.0	14	32.5	
Aile Tipi	Çekirdek	35	87.5	38	88.4	$\chi^2= 0.001^{***}$ p= 1.000
	Geniş	5	12.5	5	11.6	
Ekonomik Durum	Geliri giderinden az	8	20.0	11	25.6	$\chi^2= 0.675^*$ p= 0.713
	Geliri giderine denk	22	55.0	24	55.8	
	Geliri giderinden fazla	10	25.0	8	18.6	

Tablo 4.1. (Devamı)

Değişkenler			DG (n: 40)		KG (n: 43)		Önemlilik Test
			Sayı	%	Sayı	%	
Ek kronik Hastalık Durumu	Var		15	37.5	14	32.6	$\chi^2= 223^*$ p= 0.637
	Yok		25	62.5	29	67.4	
Ailede KOAH Öyküsü Olma Durumu	Evet		8	20.0	15	34.9	$\chi^2= 2.292^*$ p= 0.130
	Hayır		32	80.0	28	65.1	
Tanı Süresi	6 ay-5 yıl		20	50.0	25	54.2	$\chi^2= 4.336^*$ p= 0.114
	6-10 yıl		16	40.0	9	30.1	
	10 yıl üzeri		4	10.0	9	15.7	
KOAH Nedeni ile 1 Yılda Yatış Sıklığı	Hiç		2	5.0	4	9.3	$\chi^2= 2.218^{**}$ p= 0.566
	1 defa		6	15.0	9	20.9	
	2 defa		19	47.5	14	32.6	
	3 ve daha fazla		13	32.5	16	37.2	
Evde O₂ Kullanma Durumu	Kullanıyorum		27	67.5	27	62.8	$\chi^2= 2.527^{**}$ p= 0.357
	Kullanmıyorum		13	32.5	13	30.2	
	Hiç Kullanmadım		0	0.0	3	7.0	
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum		2	5.0	8	18.6	$\chi^2= 5.171^*$ p= 0.075
	Kullanmıyorum		13	32.5	17	39.5	
	Bıraktım		25	62.5	18	41.9	
Sigara Kullanım Süresi	0 yıl		14	35.0	17	39.5	$\chi^2= 2.624^{**}$ p= 0.657
	1-10 yıl		1	2.5	2	4.7	
	11-20 yıl		4	10.0	4	9.3	
	21-30 yıl		13	32.5	8	18.6	
	30 yıldan fazla		8	20.0	12	27.9	
Sigara Kullanım Miktarı	Hiç		14	35.0	17	39.5	$\chi^2= 1.287^{**}$ p= 0.808
	1 paketten az/gün		1	2.5	3	7.0	
	1-2 paket arası/gün		19	47.5	17	39.5	
	2 paketten fazla/gün		6	15.0	6	14.0	
KOAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet		4	10.0	7	16.3	$\chi^2= 0.711^*$ p= 0.399
	Hayır		36	90.0	36	83.7	

*Ki kare testi, ** Fisher-Freeman-Halton Exact Test. ***Fisher Exact Testi

Deney grubundaki bireylerin % 50.0' ı kadın, % 92.5'i evli, % 40.0' ının ortaokul mezunu, %42.5'inin çalışmadığı, %87.5'inin çekirdek aile yapısı, %55.0'ının gelirinin giderine denk olduğu belirlendi. Bu bireylerin %62.5'inin ek kronik hastalığının bulunmadığı, %80.0'ının ailesinde KOAH öyküsü olmadığı, % 50.0'ının tanı koyma süresin 6 ay-5 yıl arasında olduğu %47.5'inin KOAH nedeni ile 1 yılda yatış sıklığının 2 kez olduğu tespit edildi. Bu bireylerin %67.5'inin evde O₂ kullandığı, %62.5'inin sigarayı bıraktığı, %32.5'inin 21-30 yıl sigara kullandığı, %47.5'inin 1-2 paket sigara kullandığı, %90.0'ının KOAH'la ilgili eğitim almadığı belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin % 69.8'i erkek, % 86.0'ı evli, % 33.7' sinin ortaokul mezunu, %37.2'sinin çalışmadığı, %88.4'ünün çekirdek aile yapısı, %55.8'inin gelirinin giderine denk olduğu belirlendi. Bu bireylerin %67.4'ünün ek kronik hastalığının bulunmadığı, %65.1'inin ailesinde KOAH öyküsü olmadığı, % 54.2'sinin tanı koyma süresin 6 ay-5 yıl arasında olduğu, %37.2'sinin KOAH nedeni ile 1 yılda yatış sıklığının 3 ve üzeri olduğu tespit edildi. Bu bireylerin %62.8'inin evde O₂ kullandığı, %41.9'unun sigarayı bıraktığı, %39.5'inin hiç sigara kullanmadığı, %39.5'inin 1-2 paket sigara kullandığı, %83.7'sinin KOAH'la ilgili eğitim almadığı belirlendi.

Kontrol ve deney grubunun tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması sonucunda tüm demografik ve hastalık değişkenlerinin gruplar arasında homojen olduğu bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4. 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş, Kan basıncı, Nabız, Satürasyon, BKİ Değerleri (N=83)

Değişkenler	DG (n:40)		KG (n:43)	
	Ortalama±SS	Min-Max	Ortalama±SS	Min-Max
Yaş	62.32±9.28	36-84	65.12±8.48	47-81
Sistolik Kan basıncı	115.25±11.09	90-140	114.88±8.55	90-140
Diastolik kan basıncı	68.75±8.53	60-90	67.21±7.66	50-90
Nabız	83.42±11.54	64-118	87.14±15.03	60-126
Satürasyon	89.95±6.20	60-99	91.47±3.79	78-98
BKİ	29.15±6.81	17.96-48.89	28.01±6.15	18.93-45.78

Bu çalışmada deney grubunun yaş ortalaması 62.32±9.28, Sistolik Kan basıncı 115.25±11.09, Diastolik kan basıncı 68.75±8.53, Nabız 83.42±11.54, Satürasyon 89.95±6.20, BKİ 29.15±6.81 bulundu (Tablo 4. 2.).

Kontrol grubunun yaş ortalaması 65.12±8.48, Sistolik Kan basıncı 114.88±8.55, Diastolik kan basıncı 67.21±7.66, Nabız 87.14±15.03, Satürasyon 91.47±3.79, BKİ 28.01±6.15 belirlendi (Tablo 4. 2.).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test ÖBGÖ Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (N=83)

ÖBGÖ Puan Ortalamaları	DG (n=40)	KG (n=43)	Test ve p değeri
	X±SS	X±SS	
Ön test	71.17±7.97	87.67±15.27	t=-6.099** p=0.001
Son test	94.75±12.94	81.37±15.12	t=4.313** p=0.001
Test ve p değeri	t=-13.449* p=0.001	t=2.685* p=0.001	
Cohen d değeri	-2.194	0.414	
r etki boyutu	-0.739	0.202	

(DG= Deney Grubu, KG= Kontrol Grubu)

* Paired Samples t testi, **Independent Samples t testi

Bireylerin Ön Test ÖBGÖ Grup İçi ve Gruplar Arası Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

DG ve KG'deki bireylerin ÖBGÖ ön testteki puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.01$). KG'deki bireylerin puan ortalamasının ileri derecede yüksek düzeyde anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.01$) (Tablo 4. 3.).

Bireylerin Son Test ÖBGÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

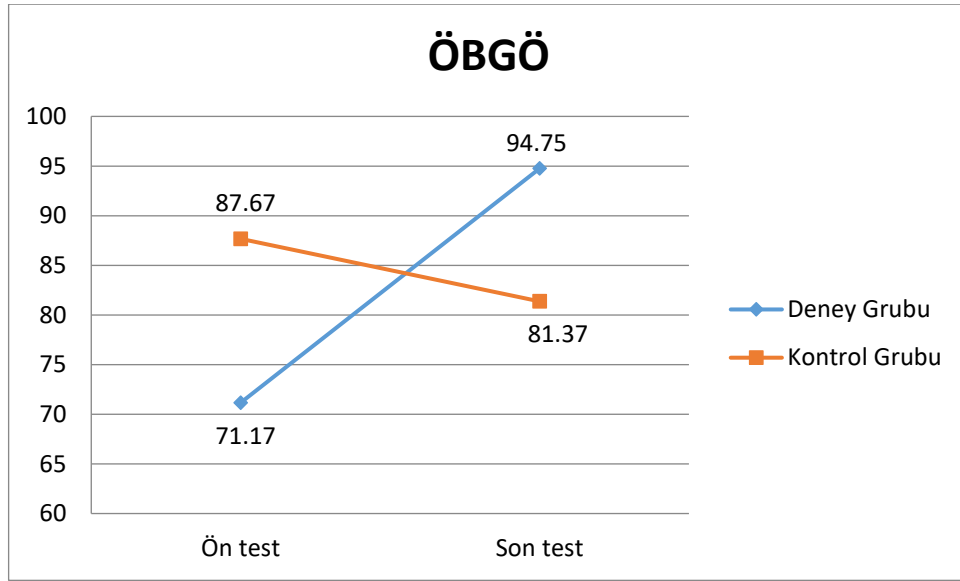
Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ÖBGÖ son test ortalamaları farkının istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$). DG'deki bireylerin puan ortalamasının istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.01$) (Tablo 4. 3.).

Deney Grubu ÖBGÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

Deney grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test ortalaması 71.17 ± 7.97 , son test puan ortalaması 94.75 ± 12.94 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Deney grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test ortalamasının anlamlı düzeyde son testte arttığı görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 4. 3.).

Kontrol Grubu ÖBGÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

Kontrol grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test ortalaması 87.67 ± 15.27 , son test puan ortalaması 81.37 ± 15.12 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Kontrol grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test ortalamasının anlamlı düzeyde son testte azaldığı belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 4. 3.).



Şekil 4.1. Ön Test ve Son Test Gruplara göre ÖBGÖ Puan Ortalamaları

Bireylerin Gruplar Arası Ön Test AİKÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

Deney grubu ve kontrol grubundaki bireylerin AİKÖ ön testte yer alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 4. 4.).

Bireylerin Gruplar Arası Son Test AİKÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

DG ve KG'deki bireylerin AİKÖ son testte yer alan puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p < 0.05$). Deney grubundaki bireylerin AİKÖ son test puan ortalamasının kontrol grubundaki bireylerin AİKÖ son test puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4. 4.).

Deney Grubunun AİKÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

Deney grubundaki bireylerin AİKÖ ön test ortalaması 28.77 ± 3.75 , son test puan ortalaması 36.27 ± 2.38 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Deney grubundaki bireylerin AİKÖ ön test ortalamasının anlamlı düzeyde son testte arttığı görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 4. 4.).

Kontrol Grubunun AİKÖ Puan Ortalamaları İncelendiğinde;

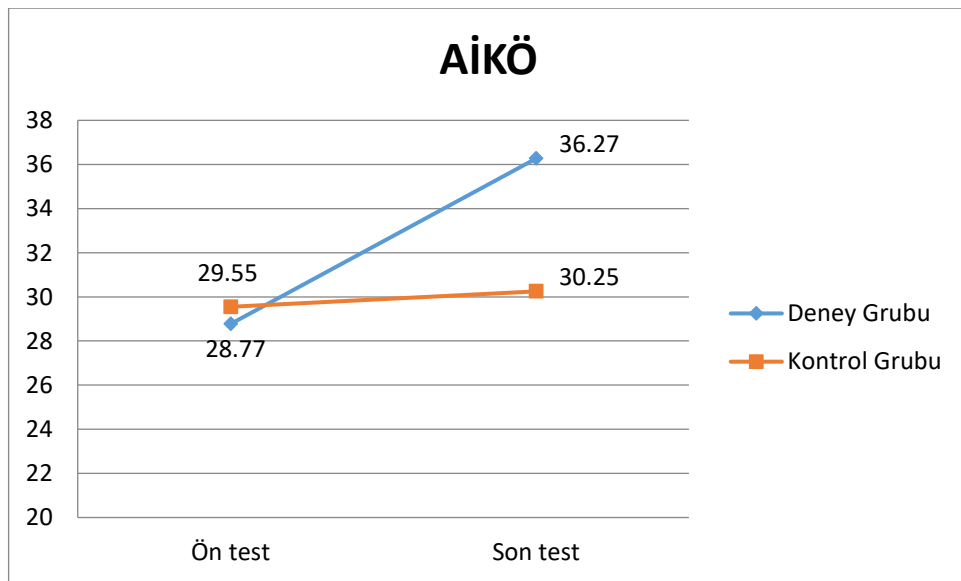
Kontrol grubundaki bireylerin AİKÖ ön test puan ortalaması 29.55 ± 5.43 , son test puan ortalaması 30.25 ± 4.20 olup ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 4. 4.).

Tablo 4.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test AİKÖ Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (N=83)

AİKÖ Puan Ortalamaları	DG (n=40)	KG (n=43)	Test ve p değeri
	X±SS	X±SS	
Ön test	28.77±3.75	29.55±5.43	t=-0.758** p=0.451
Son test	36.27±2.38	30.25±4.20	t=7.934** p=0.001
Test ve p değeri	t=-16.018* p=0.001	t=-1.094* p=0.280	
Cohen d değeri	-2.388	-0.144	
r etki boyutu	-0.766	-0.071	

(DG= Deney Grubu, KG= Kontrol Grubu)

* Paired Samples t testi, **Independent Samples t testi



Şekil 4.2. Ön Test ve Son Test Gruplara göre AİKÖ Puan Ortalamaları

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin kan basıncı, nabız, saturasyon, BKİ değeri ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü($p>0.05$).

Tablo 4. 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kan Basıncı, Nabız, Saturasyon ve BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması (N=83)

ÖBGÖ Puan Ortalamaları	DG (n=40)	KG (n=43)	Test ve p değeri
	X±SS	X±SS	
Sistolik KB	115.25±11.09	114.88±8.55	t=0.169** p=0.866
Diastolik KB	68.75±8.53	67.21±7.66	t=0.867** p=0.389
Nabız	83.43±11.54	87.14±15.03	t=0.099** p=0.213
Saturasyon	89.95±6.20	91.47±3.79	U=697.50* p=0.136
BKI	29.15±6.81	28.01±6.15	t=0.801** p=0.426

(DG= Deney Grubu, KG= Kontrol Grubu)

* Mann Whitney U Testi, **Independent Samples t testi

Tablo 4. 6. Deney Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)

		(1)	(2)
(1) ÖBGÖ	r p	- -	
(2) AİKÖ	r p	.323 .042	- -

Deney grubu grup içi ÖBGÖ ve AİKÖ ilk ölçüm puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkinin pozitif açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 4. 7. Deney Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)

		(1)	(2)
(1) ÖBGÖ	r p	- -	
(2) AİKÖ	r p	.463 .003	- -

Deney grubu grup içi ÖBGÖ ve AİKÖ son ölçüm puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkinin pozitif açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 4. 8. Kontrol Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)

		(1)	(2)
(1) ÖBGÖ	r p	- -	
(2) AİKÖ	r p	.372 .014	- -

Kontrol grubu grup içi ÖBGÖ ve AİKÖ ilk ölçüm puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkinin pozitif açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 4. 9. Kontrol Grubu ÖBGÖ ve AİKÖ Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=83)

		(1)	(2)
(1) ÖBGÖ	r p	- -	
(2) AİKÖ	r p	.329 .031	- -

Kontrol grubu grup içi ÖBGÖ ve AİKÖ son ölçüm puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkini pozitif açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi literatür eşliğinde tartışıldı.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.1). Bu sonuç her iki grupta yer alan bireylerin homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda deney grubunun yaş ortalaması 62.32 ± 9.28 , kontrol grubunun yaş ortalaması 65.12 ± 8.48 olarak belirlendi. KOAH gelişmesi açısından en önemli risk faktörünün sigara kullanımı olduğu 45-65 yaş arası yetişkinlerde ve erkeklerde daha sık karşılaşıldığı bilgisiyle paralellik göstermektedir.⁴³ Ülkemizde KOAH tanılı hastalar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde hastalarımızın yaş özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir.^{9, 26, 30, 51, 57}

Çalışmamızda deney grubundaki bireylerin %50.0'ı kontrol grubundaki bireylerin %69.8'i erkektir. Ülkemizde erkeklerin daha çocuk yaşlarda sigara kullanımına başlaması ileri yaşlarda KOAH'a yakalanmaları açısından önemli rol oynamaktadır. Chau ve ark.⁷⁴ 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada da araştırmada yer alan hastaların %93'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Günümüzde ise gelişmiş ülkelerde elde edilen veriler hastalık prevalansının kadınlarla erkekler arasında neredeyse eşitlendiğini göstermekte, bunun sebebi de sigara içme alışkanlığında meydana gelen değişime bağlanmaktadır. Borge ve ark.⁷⁵ 2014 yılında yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %48.7'sinin kadınlardan oluştuğu belirtilmektedir. Belirli süre içinde, serviste yatan hastaların arasından cinsiyet ayrımı yapılmaksızın araştırmaya kabul edilmesi, KOAH'la ilgili yapılan çalışmalarda erkek oranının araştırmamızla benzerlik ya da farklılık göstermiş olmasının sebebi olarak düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki bireylerin %55'i gelirinin orta düzeyde olduğunu belirtti. Kılıçkaya ve Karakaş'ın⁷⁶ çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir. Çalışmamızda deney grubundaki hastaların % 50.0'nın, kontrol grubundaki hastaların % 54.2'sinin tanı koyma süresinin 6 ay-5 yıl arasında olduğu saptandı. Karagülle ve Can Çiçek'in⁷⁷ yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %80.4'ü 0-5 yıldır KOAH tanısı almış bireylerden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan deney grubundaki bireylerin %67.5'i, kontrol grubundaki bireylerin %62.8'i evde O₂ kullandığını belirtti. Ergin,²³ Demirel⁷⁸ ve Sarıkaya'nın⁷⁹ araştırmalarında çalışmamızdan farklı olarak literatür bilgisi elde edilmiştir. Çalışmamızda deney grubundaki bireylerin %90'ı, kontrol grubundaki bireylerin %83.7'si evde KOAH'a yönelik eğitim almadığını belirtti. Çalışmamıza benzer şekilde Kara'nın²⁹ yaptığı çalışmada da deney grubundaki bireylerin %90.0'ı, deney grubundaki bireylerin %96.7'si KOAH'a yönelik eğitim almamıştır.

Çalışmaya katılan deney grubundaki bireylerin %62.5'i, kontrol grubundaki bireylerin %41.9'u sigarayı bıraktığını belirtti. Sarıkaya'nın⁷⁹ yaptığı araştırmada deney grubundaki bireylerin %55.6'sı, kontrol grubundaki bireylerin 49.4'ü sigarayı bırakmış olup bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

KOAH'lı bireylerde yaşanan dispnenin hafifletilmesinde, hastaneye başvuruların ve yatışların azaltılmasında ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin artırılmasında öz-bakım önemlidir.³⁷ KOAH ile yaşayan insanlar kendi bakımlarından birincil sorumluluğa sahiptir. Bu bireyler kişisel öz bakım davranışlarını sağlık profesyonellerinin tavsiyeleriyle birlikte kullanırlar. KOAH'lı kişilerin, özellikle hastalığın ileri evrelerinde başlıca öz bakım faaliyetleri, özellikle solunum problemleri dahil olmak üzere, hastalığın fiziksel etkilerini önlemek, kontrol etmek ve yönetmek için yapılır.⁸⁰ Etkili öz-bakım için semptomları tanımlamak ve yönetmek yeterli değildir. Diğer kronik durumlarda olduğu

gibi, öz-bakım davranışları da sadece olası krizleri yönetmek yerine günlük yaşamı iyileştirmeye odaklanmalıdır. ⁸¹ Bu sebeple, KOAH'lı hastaların günlük aktivitelerinde öz-bakım önemlidir, çünkü öz-bakım aynı zamanda sigarayı bırakmak ve düzenli fiziksel aktivite gibi sağlığı geliştirmeye ve sürdürmeye odaklanır. ¹¹

Kontrol grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde son testte azaldığı saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4. 3.). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk öncesi hemşire tarafından aldığı eğitim dışında herhangi bir eğitim almaması öz-bakım gücü davranışını arttırmadığı gibi zamanla azalttığı şeklinde düşünülebilir. Bu bulgu KOAH'ın bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ciddi sınırlılıklara sebep olduğu, bu sınırlılıkların yönetilmesine dair yeterli bilginin sağlanamadığı ve bu bağlamda öz-bakım davranışlarının giderek azaldığı şeklinde yorumlandı. Kılıç'ın ⁹ KOAH'lı hastalar ile yaptığı çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde öz-bakım güçlerinin düşük olduğu saptamıştır. Kara ve Alberto ⁵¹, Sarı ⁸² ve Demirel'in ⁷⁸ araştırmalarında da benzer sonuç bulunmuştur.

Deney grubundaki bireylerin ÖBGÖ ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde son testte arttığı saptandı ($p < 0.01$) (Tablo 4. 3.). Bu bulgu verilen eğitimin bireylerin öz-bakım gücünün düşük düzeyden orta düzeye arttırdığı şeklinde yorumlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylere verilen eğitimin yorgunluğu azaltabileceği dispne üzerinde önemli ölçüde faydalı etkilerinin olduğu, solunum fonksiyon testlerini iyileştirebileceği bildirilmiştir. ⁷⁵ Ergin'in ²³ KOAH'lı hastalara verdiği eğitim sonrası öz-bakım gücünde çalışmamızla benzer şekilde anlamlı artış olduğu belirtilmiştir. Moriyama ve ark. ²⁴ yaptığı çalışmada kapsamlı öz yönetim eğitiminden 6 ay sonra hastaların öz-bakım davranışlarında anlamlı derecede artış olduğu tespit edilmiştir. Bourbeau ve ark. ²⁵ vaka yöneticileri tarafından aylık telefon takibi ile 2 aylık kapsamlı bir hasta eğitim programına katılan KOAH'lı hastaların,

kontrol grubundaki hastalara göre 12 ay içerisinde hastaneye daha az başvurduklarını bulmuşlardır.

Yapılan diğer çalışmalarda ise; Total kalça protezi ameliyatı olan yaşlı erişkinler için güçlendirme eğitiminin uygulandığı bir çalışmada eğitimin öz-bakım yeterliliğini önemli ölçüde yükselttiği saptanmıştır. ⁸³ Kaya ve Acaroğlu'nun ⁸⁴ omurilik yaralanması olan hastalarla yaptıkları çalışmada hemşirelerin hasta eğitim kitapçığı ile verdiği eğitim sonrasında hastaların öz-bakım gücünü arttığını saptamıştır. Griva ve ark. ⁸⁵ çalışmasında destekleyici yaklaşımla öz-bakım gücünü arttırmak için hastalara verdikleri yüz yüze eğitim sonunda hastaların öz-bakım ihtiyaçlarında azalma, aktiviteleri bağımsız olarak gerçekleştirme oranında artma saptanmıştır. Bu sonuç 'H_{1a}: KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü etkisi vardır.' şeklinde kurulan hipotezi desteklemektedir.

Toplumlardaki yaşlı nüfusun giderek artması, kronik hastalıkların artmasına sebep olmakta ve bununla birlikte birden çok ilacın birlikte kullanımını gerektirmektedir. Kasar ve ark.nın ⁸⁶ yaptıkları çalışmada, 60 yaş ve üzeri hastaların kullandıkları ilaç sayısının ortalama olarak 3.8 adet olduğu, çoklu ilaç kullanma oranının %38 olduğu ve yaş ilerledikçe kullanımının arttığı bulunmuştur. KOAH'lı kişiler semptomları kontrol altına almak için birçok ilaç kullanmak zorundadırlar. Bu nedenle ilaçları akılcı ilaç kullanım ilkeleri ile almaları gerekmektedir. İlaçların yanlış kullanımı ülkemizde ve dünya çapında önemli bir sorundur. İlaçların akılcı kullanımı bilincinin kazandırılmasında eğitim şüphesiz büyük önem taşır. ¹⁶ Hemşireler eğitici ve uygulayıcı rolleriyle hastalara ihtiyaçları doğrultusunda eğitim vererek ilaçların akılcı bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunabilirler.

Kontrol grubu AİKÖ ön test puanı 29.55±5.43, son test puanı ise 30.25±4.20 olarak akılcı ilaç kullanımı bilgisinin orta düzeyde olduğu görüldü. Kontrol grubundaki bireylerin AİKÖ ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadığı belirlendi ($p > 0.05$) (Tablo 4. 4.). Literatür bilgisiyle paralellik gösteren hastalarımızın yaş popülasyonu ile ilişkilendirilebilir. Uygunsuz ilaç kullanımı yaşlı hasta popülasyonunda sık karşılaşılan bir sorundur. KOAH'ın yaş ilerledikçe hastaların akılcı ilaç kullanımını bilgisini etkilemektedir şeklinde yorumlandı.

Yüksel ve Özaydın'ın ⁸⁷ yaptıkları çalışmada, 65 yaş ve üzeri hastaların ilaç kullanımına yönelik hatalar yaptıkları belirlenmiştir. Westerik ve ark.nın ⁸⁸ KOAH'lı hastalarla yaptıkları araştırmada hastaların büyük oranda ilaç kullanım hataları yaptıkları saptanmıştır. Akkoca ve ark. ⁸⁹ yaptıkları KAOH'lı hastalarla yaptığı araştırmada hastaların %70'inin bazen doktor önerisi olmadan ilaç kullandığı, %86,7'sinin ilacın prospektüsünü bazen okuduğu, %82,2'sinin evde bulunsun diye ilaç yazdırdığı, %100'nün ilaçtan yarar görmediğini düşündüğünde kullanmayı bıraktığı belirlenmiştir.

Deney grubundaki bireylerin AİKÖ ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde son testte arttığı saptandı ($p < 0.01$) (Tablo 4. 4.).

Literatürde KOAH'lı bireylerde akılcı ilaç kullanımına yönelik ölçek bazlı bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle yapılan çalışmalarda hastalarda eğitim sonrası ilaçların doğru kullanım düzeyleri incelendi. Abadoğlu ve ark.nın ²⁶ yaptığı çalışmada KOAH'lı hastalara verilen ilaç eğitimi öncesi ve 1 ay sonrası ilaçların doğru kullanım oranları olumlu yönden önemli ölçüde farklı bulunmuştur. Güner'in ⁹⁰ diyabetli hastalarla akılcı ilaç kullanımına yönelik yaptığı çalışmada, hem müdahale hem de kontrol grubunda AİK ölçeği puanının başlangıçta orta düzeyde olduğu ve eğitim sonrasında müdahale grubunun AİKÖ puanının anlamlı olarak arttığı gözlemlenmiştir. ⁹⁰ Finset'in ²⁷ KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmanın sonucunda eğitim alan grubun kontrol grubuna göre ilaç kullanımını daha doğru bulunmuştur. Bu sonuç H1b: 'KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımına etkisi vardır.' şeklinde kurulan hipotezi desteklemektedir. Bu bağlamda araştırma sonucu bize KOAH tanısı olan

bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almalarının önemini ortaya çıkarması açısından değerlidir.

Deney ve kontrol grubunda ÖBGÖ ve AİKÖ ilk ölçüm ve son ölçüm puanlarının arasında kolerasyonun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu (Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9). Bireylerin öz bakım gücü ile akılcı ilaç kullanım düzeyi arasında pozitif ilişki olması; bireylerin öz bakım gücünün artışıyla birlikte tedavisinin ve bakımının daha fazla farkında olmasına buna paralel olarak da tedavinin bir parçası olan ilaç kullanımında farkındalığın artışıyla ilintili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde KOAH'lı bireylerde ÖBGÖ ve AİKÖ arasında korelasyonun değerlendirildiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmadan elde ettiğimiz KOAH'lı bireylerde öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımının birbiriyle ilişkili olduğu sonucunun literatüre olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İlaçların doğru kullanımı konusunda bireylere ve bakım vericilerine verilecek eğitimin hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Bireyleri öz-bakım davranışlarında bağımsızlığını ve sorumluluğunu arttıracak biçimde yönlendirmek ve desteklemek hemşirelik uygulamalarının amaçları arasındadır.³³ Bu doğrultuda hastaların bireysel farklılıkları ile öz- bakım yetenekleri ile ilişkili olması dikkate alınarak eğitimde öncelikli gereksinimlerin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin doğrultusunda eğitimin sağlanması etkili olabilecektir. KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin, sağlık davranışını ve hastalık yönetimini etkileyen öz-etkililiği,²⁹ yaşam kalitesini,²⁸ öz-bakım gücünü,²³ ilaçların doğru kullanımını arttırmasına²⁶ ve anksiyeteyi azaltmasına²⁸ yardımcı olduğu düşünülmektedir. Hastaya verilen eğitim, hastanın öz-bakım gücünde artış sağlayarak kendi bakımına katılmasıyla, akılcı ilaç kullanmasına ve semptom kontrolünün sağlanmasına yardımcı olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- KOAH tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edildi.
- Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin benzer olduğu bulundu.
- Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası Öz-Bakım Gücü puan ortalamalarında ileri düzeyde artış olduğu belirlendi ($p<0.01$). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı puan ortalamalarında istatistiksel olarak ileri düzeyde artış olduğu saptandı ($p<0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda;

Öneriler

- KOAH ve KOAH'a bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik gruplarda göğüs hastalıkları hemşireleri tarafından yazılı ve görsel eğitim materyalleri kullanılarak demonstrasyon yönteminin kullanıldığı eğitim programlarının oluşturulması.
- Eğitim verildikten sonra uygun zaman aralıklarında kontrollerin sağlanması, bireysel ihtiyaçlara yönelik eğitimin sürdürülmesi.
- Hemşireler tarafından belirli zaman aralıklarıyla öz-bakım beceri konusunda eğitim programları düzenlenmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır.
- Hemşireler tarafından sürekli ilaç kullanan KOAH'lı hastalara, belirli zaman aralıklarıyla ilaçların akılcı kullanımı konusunda eğitim programları düzenlenmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır.

- Araştırma sonuçlarının desteklenmesine yönelik daha büyük örneklem grubunda uzun süreli ve izlemlı randomize kontrollü deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Uğrak U, Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N, Akyüz S. Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 2016, 5: 158-165.
2. SB. Sağlık Bakanlığı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547>. 13 Haziran.
3. WHO. Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors. . www.who.int/ncds/introduction/en/. 13 Haziran.
4. WHO. Noncommunicable diseases country profiles. www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1. . 13 Haziran.
5. Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ, Öznur H, KIZILTAŞ Ö, Tekin O, Demir N, Albayrak Z. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 2017, 17: 204-215.
6. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiñ E, Ergen B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tani ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 2014, 15.
7. GOLD. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf. . 21 Mayıs.
8. Williams V, Price J, Hardinge M, Tarassenko L, Farmer A. Using a mobile health application to support self-management in COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 2014, 64: e392-e400.
9. Kılıç Z, Özçelik H. Management of the frequently observed symptoms in advance stage chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Chest Diseases and Critical Care*, 2014, 1: 85-91.

10. Doretha O. *Nursing, Concepts of Practice*. 6 Baskı. ST. Louis, Mosby, 2001.
11. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 2012, 35: 194-204.
12. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 31: 226-235.
13. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.
14. Birol L ve Akdemir T. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 6 Baskı. 2020.
15. Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2013, 29: 100-101.
16. Sürmelioglu N, Kiroğlu O, Erdoğan T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2015, 24: 452-462.
17. WHO. The Rational Use of Drugs: Report of The Conference of Experts. 16 Haziran.
18. Dakhale G, Pimpalkhute S, Bajait C, Raghute L. Evaluation of knowledge, attitude and practice of rational use of medicine among interns and resident doctors in a tertiary care teaching hospital. *Journal of Young Pharmacists*, 2016, 8: 114.
19. Rau JL. Practical problems with aerosol therapy in COPD. *Respiratory care*, 2006, 51: 158-172.
20. Gazete TCR. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. 2010.
21. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Primary Care Respiratory Journal*, 2013, 22: 230-233.

22. Blake D, Roberts NJ, Partridge MR. How much of a primary care nurse's time is spent on those with respiratory disease? A pilot study. *Primary Care Respiratory Journal*, 2007, 16: 319-320.
23. Ergin Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanısı Almış Bireylere Verilen İnhaler İlaç Eğitiminin Öz-Bakım Gücü ve Öz-Yeterlilik Düzeyine Etkisi. Hemşirelik Anabilim Dal. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019.
24. Moriyama M, Takeshita Y, Haruta Y, Hattori N, Ezenwaka CE. Effects of a 6-month nurse-led self-management program on comprehensive pulmonary rehabilitation for patients with COPD receiving home oxygen therapy. *Rehabilitation Nursing*, 2015, 40: 40-51.
25. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, Renzi P, Nault D, Borycki E, Schwartzman K. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Axis of the Respiratory Network; Fonds de la Recherche en Santé du Québec. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 2003, 163: 585-591.
26. Abadoğlu Ö, Yalazkısı S, Ülger G, Paşaoğlu G, Mısırlıgil Z. Doğru inhaler kullanmada deneyimli bir hemşire tarafından verilen eğitimin rolü. *Türkiye Klinikleri Allerji Astım Dergisi*, 2003, 5: 11-15.
27. Finset A. Living well with COPD: Illness beliefs, self-management support, patient involvement in decisions and inhaler education. *Patient education and counseling*, 2020, 103: 675-676.
28. Doğan A. KOAH'li Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.

29. Kara M. KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi (YA The Eurasian Journal of Medicine)*, 2002, 34: 61-66.
30. Aydemir Y. İnhaler cihazların hatalı kullanımı-Etkili faktörler ve eğitimin rolü. *Solunum Dergisi*, 2013, 15: 32-38.
31. Kara M, Aşti T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2002, 34: 75-81.
32. Potter PA . *Fundamentals of Nursing*. 10 Baskı. Philedelphia, Mosby, 2020.
33. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1. Baskı. İstanbul, Esen Ofset, 2012.
34. Padilha J, Sousa P, Pereira FMS. Nursing clinical practice changes to improve self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Nursing Review*, 2018, 65: 122-130.
35. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 2014, 23: 345-349.
36. S. A. Akılcı ilaç kullanımında hemşirenin rolü. 2016: 6-10.
37. Clari M, Matarese M, Ivziku D, De Marinis MG. Self-care of people with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-synthesis. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 2017, 10: 407-427.
38. Zhou Y, Zou Y, Li X, Chen S, Zhao Z, He F, Zou W, Luo Q, Li W, Pan Y. Lung function and incidence of chronic obstructive pulmonary disease after improved cooking fuels and kitchen ventilation: a 9-year prospective cohort study. *PLoS Med*, 2014, 11: e1001621.
39. Başığit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010, 1: 114-118.

40. WHO. Disease and injury country estimates. www.wikiwand.com/en/Non-communicable_disease. 17 Mayıs.
41. (TÜİK) TİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>. 14 Mayıs.
42. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, Baskı, 2014.
43. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010, 1: 105-113.
44. TÜİK T. Türkiye Sağlık Araştırması. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>. 1 Haziran 2021.
45. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). <https://toraks.org.tr/site/downloads/ry4RQRb5iqQny6rY>. 27 Mayıs.
46. Türk G, Üstün R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2018, 11.
47. Aksu T, Fadiloğlu Ç. Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 2: 127-132.
48. Wood-Baker R, Reid D, Robinson A, Walters EH. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2012, 7: 407.
49. Jolly K, Majothi S, Sitch AJ, Heneghan NR, Riley RD, Moore DJ, Bates EJ, Turner AM, Bayliss SE, Price MJ. Self-management of health care behaviors for COPD: a systematic review and meta-analysis. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2016, 11: 305.

50. Aydın HT, Yıldız FT, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2012, 20: 177-183.
51. Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*, 2007, 16: 1468-1478.
52. Taylor CL, Carol; Lemone, Piriscilla; Lynn, Pamela; Lebon, Marilee *Study Guide for Fundamentals of Nursing the Art And Science of Nursing Care*. 7 Baskı. Kindle, 2014.
53. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 2017: 217-231.
54. Kaşıkçı M. AE. *Temel Hemşirelik; Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz.Tic. Ltd.Şti. Vizyon Basımevi, 2021.
55. Avşar G, KAŞIKCI M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009, 12: 67-73.
56. Huber C, Blanco M. Cleaning Up the Discharge Process: A number of components—and personnel—are crucial to success. *AJN The American Journal of Nursing*, 2010, 110: 66-69.
57. Kara M. Using the Roper, Logan and Tierney model in care of people with COPD. *Journal of clinical nursing*, 2007, 16: 223-233.
58. Fawcett J, Desanto-Madeya, S. . *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3. Baskı. Philadelphia, 2012.

59. Asgar Pour H, Gökçe S, Kunter D, Yöner H. Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2016, 24: 66-71.
60. Bringsvor HB, Langeland E, Oftedal BF, Skaug K, Assmus J, Bentsen SB. Effects of a COPD self-management support intervention: a randomized controlled trial. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2018, 13: 3677.
61. Afriyie DK, Tetteh R. A description of the pattern of rational drug use in Ghana Police Hospital. *Int J Pharm Pharmacol*, 2014, 3: 143-148.
62. Başkanlığı SGK. Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Akılcı İlaç Kullanımı. *SGK Yayın*, 2013.
63. (IMS). Global Drug Spending to Reach \$1.4 Trillion. Drug Topics. <http://drugtopics.modernmedicine.com/drugtopics/news/>. 10 Haziran.
64. Cushing A, Metcalfe R. Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Therapeutics and clinical risk management*, 2007, 3: 1047.
65. Özkan ÇG, Kaşıkçı MK. Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı ve Hasta Eğitim Sürecinin Yönetilmesinde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015, 2: 355-362.
66. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use: a call for improved clinician and patient education. *Respiratory care*, 2005, 50: 1360-1375.
67. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, Kiliç FS, Metintaş S. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2018, 3: 37-46.
68. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 2009, 41: 1149-1160.

69. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in nursing & health*, 1979, 2: 25-34.
70. Nahcivan N. Geçerlik ve Güvenirlik ÇALISMASI: ÖZ-BAKIM GÜCÜ Ölçeği'nin TÜRKÇE'YE UYARLANMASI. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 1994, 7: 109-119.
71. R. P. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1995.
72. Elif ŞEN AÖA, Alev GÜRGÜN, Mehmet POLATLI, Gaye ULUBAY, Ayşe BAHA, Funda Elmas UYSAL *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)*. Baskı. Ankara, MİKİ Matbaacılık Sanayi ve Tic. Ltd. Şti, 2019.
73. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*. Baskı. Pearson Boston, MA, 2007.
74. Chau-Etchepare F, Wilson M, Zeki A. A Meta-Analysis of Biomarkers in Asthma-COPD Overlap: A Call for Uniform Reporting. İçinde:A24. *COPD: Therapy, Imaging, And Molecular Markers*, American Thoracic Society, 2019: A1131-A1131.
75. Borge CR, Hagen KB, Mengshoel AM, Omenaas E, Moum T, Wahl AK. Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC pulmonary medicine*, 2014, 14: 1-15.
76. Kiliçkaya C, Asi Karakaş S. The effect of illness perception on loneliness and coping with stress in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Caring Sciences*, 2016, 9: 481.
77. Karagülle Ç, Çiçek SC. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1: 36-49.

78. Demirel U. KOAH'lı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2014.
79. Sarıkaya S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2019.
80. Kaptein AA, Fischer MJ, Scharloo M. Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2014, 9: 907.
81. Parke HL, Epiphaniou E, Pearce G, Taylor SJ, Sheikh A, Griffiths CJ, Greenhalgh T, Pinnock H. Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. *PloS one*, 2015, 10: e0131448.
82. Sarı E. KOAH Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi, 2020.
83. Huang TT, Sung CC, Wang WS, Wang BH. The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of advanced nursing*, 2017, 73: 1848-1861.
84. Kaya A. Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı ve Eğitimin Bağımlılık- Bağımsızlık ve Öz-Bakım Gücü Üzerine Etkisi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2005, Vol 15 , Num 1.
85. Griva K, Li ZH, Lai AY, Choong MC, Foo MWY. Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making about dialysis modality—the good, the bad, and the misunderstandings! *Peritoneal Dialysis International*, 2013, 33: 280-289.

86. Kasar KS, Kızılcı S. Oral antidiyabetik ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6: 128-137.
87. Yüksel GH, ÖZAYDIN AN. Pendik 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde İlaç Kullanımı. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2016, 25: 225-230.
88. Westerik JA, Carter V, Chrystyn H, Burden A, Thompson SL, Ryan D, Gruffydd-Jones K, Haughney J, Roche N, Lavorini F. Characteristics of patients making serious inhaler errors with a dry powder inhaler and association with asthma-related events in a primary care setting. *Journal of Asthma*, 2016, 53: 321-329.
89. Akkoca AN, Özler GS, Yengil E, Özler S, Demirkıran G. Geriatrik Hastaların İlaç kullanım Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Evaluation of Geriatric Patients' Knowledge and Behavior about Drug Usage.
90. Güner TA. Effect of education on rational drug use and health literacy in people with diabetes mellitus. *Cukurova Medical Journal*, 2021, 46: 240-247.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Zeynep Yıldırım
Doğum tarihi:
Doğum Yeri:
Medeni Hali:
Uyruğu:
Adres:
Tel:
Faks:
E-mail:
Eğitim
Lise:
Lisans:
Yüksek lisans:
Doktora: -
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce:
Almanca:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak Prof.Dr. Mağfiyet KAŞIKÇI danışmanlığında sunulan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Bireylere Verilen Eğitimin Öz-Bakım Gücü ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	15	15
Genel Bilgiler	22	30
Materyal ve Metod	18	35
Bulgular	10	10
Tartışma	9	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 13. / 07. / 2021

Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Prof.Dr. Mağfiyet KAŞIKÇI
Danışman Adı-Soyadı
İmza

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

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

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

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2020-6/14

Tarih: 11.12.2020

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mağfiret KAŞIKÇI, Zeynep YILDIRIM isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Bireylere Verilen Eğitimin Öz-Bakım Gücü ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan
Katılmadı

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4. KURUM İZNİ FORMU



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-302.08.01-E.2100044500
Konu : Uygulama İzni (Zeynep
YILDIRIM)

15.02.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.01.2021 tarihli ve 20369917-300-E.2100013047 sayılı belge.

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Zeynep YILDIRIM'ın tez çalışması uygulaması ile ilgili olarak Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan 12.02.2021 tarih ve 45361945-302.08.01-E.2100043812 sayılı yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Mustafa SÖZBİLİR
Rektör Yardımcısı

Ek : 12.2.2021 tarihli 45361945-302.08.01-E.2100043812 sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 2311601
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!/birim=ogrenci-isleri-daيره-baskanligi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Arzu TAŞ
Faks: +90 442 2361026
E-Posta: odaire@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=17F8AD4E672>

EK-5. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı

Bu araştırma “*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Almış Bireylere Verilen Eğitimin Öz-Bakım Gücü ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi*” nin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma için size, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” verilecektir. Bu soruları yanıtlamanız yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Verilen formlarda her soruyu okuyarak sizin için uygun olan maddeyi işaretlemeniz gerekmektedir. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlıdır ve uygulama esnasında karşılaşabileceğiniz herhangi bir risk bulunmamaktadır. Elde edilen bilgiler araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Araştırma başladıktan sonra devam etmek istemediğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz sonuçla karşı karşıya kalmayacağınızı teyit ederiz.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için

Veli Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Arş. Gör. Zeynep YILDIRIM

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırmada, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bunun için hastaneye yatışınızdan sonra öz-bakım gücünüz ve akılcı ilaç kullanımınız belirlenecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Katılmaya karar vermeniz durumunda ise istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınızda ondan sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Arş. Gör. Zeynep YILDIRIM

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı

İmzası

Tarih

Herhangi bir problem olduğunda 24 saat ulaşabileceğiniz telefon numarası Arş. Gör. Zeynep YILDIRIM 0536 597 84 65

Katılımcı No:

☐ Deney Grubu

☐ Kontrol Grubu

• Yaşınız?

• Boy:

Kilo:

Beden Kitle İndeksi:

• Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın

☐ Erkek

• Medeni haliniz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

• Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur-yazar değil

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

• Mesleğiniz nedir?

☐ Çalışmıyor

☐ Memur

☐ İşçi

☐ Emekli

• Aile Tipi

☐ Çekirdek aile

☐ Geniş aile

• Ailenin Sosyoekonomik Durumu

☐ Geliri Giderinden Az

☐ Geliri Giderine Denk

☐ Geliri Giderinden

Fazla

• Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Varsa belirtiniz.....

• Ailenizde KOAH hastası var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

• Kaç yıldır KOAH hastasısınız?

• KOAH nedeniyle kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....

.....

.....

.....

• Hastaneye KOAH nedeni ile yılda kaç defa yattığınız oluyor?

☐ Hiç yatmadım

☐ 1 defa

☐ 2 defa

☐ 3 ve daha fazla

• Şu an evde oksijen kullanıyor musunuz?

☐ Kullanıyorum

☐ Kullanmıyorum

☐ Hiç kullanmadım

☐ Daha

önce kullanıyordum

• Evde oksijen kullanıyor iseniz kaç saat/gün kullanıyorsunuz?:.....

• Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

- İiyorsanız süre Günlük/Hafta paket
- Sigarayı bıraktıysanız.....paket,.....yıl kullandınız
- Daha önce hastalığınızla ilgili eğitim aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Eğitim almak ister misiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
- Hastaneye yatış tarihi:
- Taburculuk tarihi:
- İletişim numarası:

Kan Basıncı	Nabız	Solunum/SpO ₂	Ateş

- Kullanılan ilaçlar:

EK-7. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapma gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.					
8.Yeni projeler başlatmaktan hoşlanırım.					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüf bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					

24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe daha sağlıklı olmak için gerekli şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyarım.					
31.Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-8. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7. İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			

17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			



EK-9. EĞİTİM KİTAPÇIĞI (KOAİ REHBERİ)

KOAİ REHBERİ



Hazırlayan: Arş. Gör. Zeynep

YILDIRIM

Danışman: Prof. Dr. Mağfiret

KAŞIKÇI

2021

https://drive.google.com/file/d/11tx6RWso3TMGKgx_Rt98pZvU7ZBmdml/view?usp=sharing

EK-10. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEK İZNİ

Re: Öz bakım Gücü Ölçek Kullanım İzni Hakkında



Rukiye Pinar  rukiypinar@gmail.com
Size:  zeynepyldrm04@yandex.com ^

16 nis saat

Sayın Yıldırım
Kaynak göstermek koşulu ile ölçeği kullanmanız uygundur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Rukiye Pinar Bölüktaş

Zeynep Yıldırım <zeynepyldrm04@yandex.com>, 16 Nis 2021 Cum, 20:26 tarihinde şunu yazdı:

 Alıntı göster

--

Prof. Dr. Rukiye Pinar



EK-11. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEK İZNİ

Re: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek İzni Hakkında



zeynep demirtaş zeynpdemirtas@gmail.com

25.11.20 şu saatte: 15:53

Size: zeynepyldrm04@yandex.com ^

akılcı ilaç
ölçeği.docx

DOCX



Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ektedir.

Ölçeğe verilen cevaplar Evet : 2 puan, Bilmiyorum:1 puan, Hayır:0 puan şeklinde puanlanmaktadır.

2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlendi.

35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilebilir veya ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirilebilir.

İyi çalışmalar dilerim