

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KOAH HASTALARINDA ÖZYÖNETİM EĞİTİMİ
VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN
ÖZ-ETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Yeliz KARAÇAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
HF-18005 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Yeliz KARAÇAR tarafından hazırlanan “KOAH Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/06/2019

Üye (T.D.): Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi)

Üye : Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi).....

Üye : Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi).....

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 25/06/2019 tarih ve sayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, güler yüzünü hiç eksik etmeyen, ahlaki ve mesleki değerleri ile örnek edindiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince ilgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER ALTIOK'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA'ya,

Tez savunma sınav jürisinde yer alan ve değerli öneriyle katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU ve Sayın Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'a,

Tezin yazım aşamasında beni destekleyen ve cesaretlendiren, değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ başta olmak tüm hocalarıma,

Araştırmanın uygulama aşamasında her türlü yardım ve kolaylığı sağladıkları için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ve Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi yöneticilerine ve değerli meslektaşlarıma,

KOAH eğitim rehberinin hazırlanmasında değerli görüş ve önerileriyle sağladıkları katkılardan dolayı Sayın Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ve Uzm. Dr. Nurettin Şahin'e,

Araştırmanın her aşamasında desteğini esirgemeyen, değerli dostum ve meslektaşım Uzm. Hemş. Şenay TAKMAK'a,

Araştırmaya katılan ve araştırmanın gerçekleştirilmesini sağlayan değerli hastalar ve ailelerine,

Yüksek lisans eğitimim süresince yanımda olan ve beni destekleyen tüm dostlarıma, Bana inanan, güvenen ve beni destekleyen Ailem'e; özellikle bu günlere gelmemizi sağlayan ancak göremeyen, varlığını her daim yanımda hissettiğim canım Annem'e,

Her koşulda bana destek olan sevgili eşim Halil İbrahim KARAÇAR'a, tez dönemimde hayatımıza giren ve bize harika duygular yaşatan, yuvamızı şenlendiren canım oğlum Çınar KARAÇAR'a,

Gönülden sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI..... | i |
| TEŞEKKÜR | ii |
| İÇİNDEKİLER..... | iii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | vii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ..... | ix |
| ÖZET..... | x |
| ABSTRACT | xii |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 2.1. KOAH Tanımlama ve Hastalığa Genel Bakış..... | 6 |
| 2.1.1. KOAH Tanımlama | 6 |
| 2.1.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi | 6 |
| 2.1.3 KOAH'ta Risk Faktörleri | 7 |
| 2.1.4. KOAH'ın Gelişim Süreci | 8 |
| 2.2. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme | 8 |
| 2.2.1. Semptomlar, Öykü ve Fizik Muayene..... | 9 |
| 2.2.2. Spirometrik Değerlendirme | 11 |
| 2.2.3. Hastalığın ve Semptomların Değerlendirilmesi | 11 |
| 2.2.4. Alevlenme Riskinin Değerlendirilmesi | 12 |
| 2.2.5. Hastalığın Derecelendirilmesi | 12 |
| 2.2.6. Diğer Tetkikler | 13 |
| 2.2.7. KOAH ve Komorbiditeler | 13 |
| 2.3. KOAH'ta Tedavi..... | 13 |
| 2.3.1. Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi..... | 14 |
| 2.3.2. Stabil KOAH'ta Farmakolojik Tedavi | 15 |
| 2.3.3. Alevlenmelerin Tedavisi | 15 |
| 2.3.4. KOAH'ta İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri | 16 |
| 2.3.4.1. Pulmoner Rehabilitasyon..... | 16 |
| 2.3.4.2. Fiziksel Aktivite | 16 |
| 2.3.4.3. Egzersiz Eğitimi | 17 |

| | |
|---|----|
| 2.3.4.4. Beslenme Desteği | 17 |
| 2.3.4.5. Uzun Süreli Oksijen Tedavisi..... | 18 |
| 2.3.4.6. Non-invaziv ve İnvaziv Ventilatör ile Solunum Desteği..... | 18 |
| 2.3.4.7. Yaşam Sonu ve Palyatif Bakım | 18 |
| 2.3.4.8. Cerrahi Tedavi | 18 |
| 2.3.4.9. KOAH'ta Özyönetim Eğitimi..... | 19 |
| 2.4. KOAH'ta Öz-Etkililik | 20 |
| 2.5. Motivasyonel Görüşme..... | 22 |
| 2.5.1. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları | 23 |
| 2.5.2. Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri | 24 |
| 2.5.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Başlangıç Yöntemleri..... | 25 |
| 2.5.4. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik | 27 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 29 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi | 29 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 29 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü | 30 |
| 3.4. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri | 30 |
| 3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri | 30 |
| 3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri | 30 |
| 3.5. Randomizasyon | 31 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları..... | 37 |
| 3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 5)..... | 38 |
| 3.6.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (COPD Self-Efficacy Scale- CSES) (Ek 6) | 38 |
| 3.6.3. MRC (Medical Research Council) Dispne Skalası (Ek 7) | 39 |
| 3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulama Süreci | 40 |
| 3.7.1. Özyönetim Eğitimi Süreci | 44 |
| 3.7.2. KOAH Eğitim Rehberi Hazırlama Süreci | 45 |
| 3.7.3. Motivasyonel Görüşme Süreci | 46 |
| 3.7.3.1. Birinci Motivasyonel Görüşme | 46 |
| 3.7.3.2. İkinci Motivasyonel Görüşme | 49 |
| 3.7.3.3. Üçüncü Motivasyonel Görüşme | 50 |
| 3.8. Araştırmanın Değişkenleri..... | 51 |
| 3.8.1. Bağımlı Değişkenler | 51 |
| 3.8.2. Bağımsız Değişkenler..... | 51 |

| | |
|---|-----|
| 3.8.3. Kontrol Değişkenleri | 51 |
| 3.9. Araştırmanın Hipotezleri | 51 |
| 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi | 52 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları | 52 |
| 3.12. Araştırmanın Etik Yönü..... | 53 |
| 4. BULGULAR | 54 |
| 4.1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular | 54 |
| 4.2. MRC Dispne Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular | 60 |
| 4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular | 61 |
| 5. TARTIŞMA..... | 63 |
| 5.1. KOAH Hastalarına Verilen Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz- Etkililik Üzerine Etkisi..... | 63 |
| 5.2. KOAH Hastalarına Verilen Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Dispne Algısı Üzerine Etkisi..... | 66 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 69 |
| 6.1. Sonuçlar | 69 |
| 6.2. Öneriler..... | 70 |
| 6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler | 70 |
| 6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler | 71 |
| KAYNAKLAR..... | 72 |
| EKLER | 87 |
| Ek 1. Motivasyonel Görüşme Süreci (Birinci Görüşme) | 87 |
| Ek 2. Motivasyonel Görüşme Süreci (İkinci Görüşme) | 93 |
| Ek 3. Motivasyonel Görüşme Süreci (Üçüncü Görüşme) | 97 |
| Ek 4. Motivasyonel Görüşme Sürecinin Kolaylaştırıcıları..... | 98 |
| Ek 5. Hasta Tanıtım Formu | 99 |
| Ek 6. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (COPD Self-Efficacy Scale- CSES) | 101 |
| Ek 7. MRC (Medical Research Council-MRC) Dispne Skalası..... | 102 |
| Ek 8. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Önerisi Kararı | 103 |
| Ek 9. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı | 104 |
| Ek 10. Denizli il Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi | 105 |

| | |
|--|-----|
| Ek 11. KOAH Eğitim Rehberi..... | 106 |
| Ek 12. Deney Grubu Hastalarının Bilgilendirme ve Olur Formu..... | 130 |
| Ek 13. Kontrol Grubu Hastalarının Bilgilendirme ve Olur Formu..... | 133 |
| Ek 14. Özyönetim Eğitim Planı..... | 136 |
| Ek 15. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği İzin Yazısı..... | 137 |
| Ek 16. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi | 138 |
| ÖZGEÇMİŞ | 139 |



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|--------------|---|
| ATS | : American Thoracic Society (Amerikan Toraks Derneği) |
| BOLD | : Burden of Lung Disease (Akciğer Hastalığının Yüğü) |
| CAT | : COPD Assessment Test (KOAİ Değerlendirme Testi) |
| CRQ | : Chronic Respiratory Disease Questionnaire (Kronik Solunum Anketi) |
| COPD | Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| DALY | : Disability-Adjusted Life Year (Yeti kaybına- Uyarlanmış Yaşam Yılları) |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ERS | : European Respiratory Society (Avrupa Solunum Derneği) |
| FCV | : Forced Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite) |
| FEV | : Forced Expiratory Volume (Zorlu Ekspiratuvar Volüm) |
| GOLD | : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim) |
| KHY | : Küresel Hastalık Yüğü |
| KOAİ | : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| MRC | : Medical Research Council (Medikal Araştırma Kurulu) |
| NİV | : Noninvasive Ventilation (Noninvaziv Mekanik Ventilasyon) |
| Ort. | : Ortalama |
| PR | : Pulmoner Rehabilitasyon |
| SPSS | : Statistical Package for Social Sciences |
| TTD | : Türk Toraks Derneği |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| TÜSAD | : Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği |
| WHO | : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1. Araştırmanın CONSORT 2010 Uygulama Akış Şeması | 32 |
| Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması | 42 |
| Şekil 3. Deney Grubunun Uygulama Akış Şeması | 43 |
| Şekil 4. Özyönetim Eylem Planı | 47 |
| Şekil 5. Önem- Güven Cetveli | 48 |



TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 33 |
| Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyoekonomik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 34 |
| Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sigara ve Alkol Kullanım Durumunun Karşılaştırılması..... | 34 |
| Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının KOAH'a İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yaşadıkları Eve İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması..... | 36 |
| Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının KOAH Eğitimine ve Pulmoner Rehabilitasyon (PR) Programına Katılma Durumunun Karşılaştırılması..... | 36 |
| Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Kronik Hastalık Durumunun Karşılaştırılması..... | 37 |
| Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 55 |
| Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 56 |
| Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre MRC Dispne Skalası Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 60 |
| Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde MRC Dispne Skalası Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 60 |
| Tablo 15. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası Puan Ortalamalarının İlişkisi..... | 61 |

ÖZET

KOAH HASTALARINDA ÖZYÖNETİM EĞİTİMİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ÖZ-ETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Karaçar Y. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.

Bu araştırma, KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, randomize, öntest-sontest kontrol gruplu deneysel araştırma niteliğindedir. Bu araştırma bir Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, KOAH tanısı ile yatarak tedavi gören, dahil edilme kriterlerine uyan, kura yöntemiyle randomize edilen 39 deney ve 39 kontrol grubu olmak üzere toplam 78 hasta oluşturmuştur. Deney grubu hastalarına özyönetim eğitimi (5-8 kişilik gruplar, tek oturum, 30-45 dakika) ve eğitim rehberi verilmiş, bireysel motivasyonel görüşmeler (3 gün arayla, 3 seans, 30-45 dakika) yapılmıştır. Kontrol grubu hastalarında rutin bakıma devam edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası kullanılmıştır. Veriler; öntest, sontest ve sontestten 1 ay (30 gün) sonra izlem olmak üzere üç aşamada toplanmıştır. Araştırma etiğine uygun şekilde, araştırma sonunda kontrol grubu hastalarına özyönetim eğitimi ve KOAH eğitim rehberi verilmiş, motivasyonel görüşme yapılmıştır. Araştırmada; etik kurul, kurum ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde; bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, ileri analiz olarak bonferroni testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri, öz-etkililik puan ortalamaları ve dispne dereceleri bakımından birbirine benzer olduğu belirlenmiştir. Özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme sonrasında, iki grubun öz-etkililik düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubu hastalarının öz-etkililik puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, dispne derecelerinin ise anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçları, özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarının öz-etkililiğini anlamlı düzeyde arttırdığını ve öz-etkililik düzeyi arttıkça dispne algısının azaldığını göstermiştir. KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesi için hemşireler tarafından özyönetim eğitimi ile birlikte

motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Motivasyonel Görüşme, Öz-Etkililik, Özyönetim, Psikiyatri Hemşireliği



ABSTRACT

THE EFFECT ON SELF-EFFICACY OF SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND MOTIVATIONAL INTERVIEW AMONG COPD PATIENTS

Karaçar Y. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Mental Health Nursing Master's Thesis, Aydın, 2019.

This study was conducted to investigate the effect on self-efficacy of self-management education and motivational interview among COPD patients. This randomized controlled experimental study was conducted between March and May 2018 with 39 intervention and 39 control groups, a total of 78 patients in the Chest Diseases Clinic of Chest Diseases Hospital who were treated with COPD. In data collection; "Patient Data Form", "Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale", "COPD Self Efficacy Scale (CSES)" were used. To the experimental group; motivational interview based self-management education was given for 30-45 minutes with groups of 5-8 people, COPD education guide was given, questions were shared with the question-answer method and group interaction was provided. After the self-management education, 3 motivational interviews were conducted 3 days apart with 30-45 minutes. Normal care was continued in the control group. The data were collected in three stages as pre-test, post-test and follow-up. According to the research ethics, self-management education and COPD education guidelines were given to the control group and motivational interviews were conducted. In this study, written consent was obtained from the ethics committee, institutions and patients. All statistical analyzes were made SPSS 25 package program. The obtained data were analyzed by means of percentage distributions, mean, variance analysis in repeated measures, bonferroni analysis as a further analysis and t test in dependent groups. It was found that the groups had similar characteristics, self-efficacy scores and dyspnoea levels ($p > 0.05$). A statistically significant difference was found between the self-efficacy mean scores of the two groups after self-management education and motivational interview ($p < 0.05$). Self-efficacy scores of experimental groups were higher than control group and dyspnoea levels decreased significantly. The results of the study showed that self-management education and motivational interviewing significantly increased the self-efficacy of COPD patients and decreased dyspnea perception as self-efficacy increased. To improve the levels of self-efficacy of COPD patients, It is

recommended that nurses use motivational interview techniques together with self-management education.

Key Words: COPD, Motivational Interview, Self-Efficacy, Self Management, Psychiatric Nursing



1. GİRİŞ

Günümüzde morbidite ve mortaliteye yol açan durumların en başında kronik hastalıklar yer almakta ve öngörülen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalık yönetimi giderek önem kazanmaktadır (Mandıracıoğlu, 2010; Paczek ve Nowak, 2011; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2018) verilerine göre; 2016'da gerçekleşen ölümlerin %54'ünün kronik hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, kanserler, diyabetes mellitus ve kronik solunum yolu hastalıkları) nedeniyle olduğu ve bu hastalıkların son 15 yılda küresel olarak önde gelen ölüm nedenleri olarak yer aldığı görülmektedir (WHO, 2018).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), küresel olarak giderek artış gösteren, mortalite ve morbiditeye bununla birlikte sosyal ve ekonomik yüke neden olan, önemli kronik hastalıklardandır (Akdemir ve Birol, 2005; Satar ve ark, 2011; Mannino ve ark, 2015). KOAH, etyolojisinde genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin rol oynadığı, havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kronik hava akımı kısıtlılığı ve solunumsal belirtilerle karakterize, yaygın, önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2018).

DSÖ'ye göre; KOAH'ın günümüzde üçüncü ölüm nedeni haline geldiği, tüm ölümlerin de %5,5'inden sorumlu olduğu görülmektedir (WHO, 2018). Türkiye'deki mevcut duruma baktığımızda ise; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2018) ölüm nedeni istatistiklerinde solunum sistemi hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları ve iyi ve kötü huylu tümörlerden sonra %12 oranında 3. sırada yer almaktadır. KOAH ise; tüm solunum sistemi hastalıklarının %49,46'sını oluşturmaktadır (TÜİK, 2018).

KOAH'ta dispne başta olmak üzere yaşanan tüm semptomlar (öksürük, balgam çıkarma vb.), hastalığın kronik olması ve uzun süreli bakım gereksinimi, kişinin hayatını kısıtlamaktadır (Aydın ve ark, 2012). Dispne, nefes almakta güçlüklerle karakterize, yaşam kalitesini bozan subjektif bir semptomdur (Leupoldt ve ark, 2007; Karadeniz, 2008). Yapılan araştırmalarda (Seamark ve ark, 2004; Norweg ve ark, 2011; Aydın ve ark, 2012), KOAH hastalarının yaşadıkları dispne nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde aşamalı olarak azalma, fiziksel fonksiyonlarda azalma, sosyal ilişkilerinde bozulma ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin bozulduğu belirlenmiştir.

KOAH'ta ortaya çıkan dispne, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olarak özgüvenlerini olumsuz yönde etkilemekte dolayısıyla öz-etkililik düzeylerinin azalmasına neden olmaktadır (Siela, 1998; Kara ve Mirici, 2002; Bentsen ve ark, 2010; Abedi ve ark, 2012). KOAH hastaları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için fiziksel olarak yeterli güçte olsalar dahi öz-etkililik düzeylerinin düşük olması nedeniyle günlük yaşamın rutin aktiviteleri yapmaktan sakınılmaktadırlar (Özkaptan, 2013). Öz-etkililik düzeylerinin düşük olması hastaların aktivitelerini daha fazla sınırlamalarına neden olmaktadır (Kara ve Mirici, 2002). Yapılan araştırmalar (Wong ve ark, 2005; Özkaptan, 2013; Mitchell ve ark, 2014), KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin dispne yönetiminde ve yaşadıkları güçlüklerle baş etmede önemli olduğunu bildirmektedir. Bu bağlamda bakıldığında KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Öz-etkililik kavram olarak bakıldığında, bireyin herhangi bir görevi yerine getirebilme ya da başarabilme konusunda kendisine duyduğu güveni ve inancı ifade etmektedir (Bandura, 1982; Gözüm ve Aksayan 1999). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan öz-etkililik düzeyi; KOAH, diyabetes mellitus gibi kronik hastalığı olan bireylerde hastalıkla başetme ve sağlığı geliştirme davranışlarının geliştirilmesi için de önemlidir (Stuifbergen ve ark, 2000; Yount ve ark. 2011). KOAH hastaları yaşadıkları dispneden kendilerini korumak için fiziksel olarak az bir çaba gerektirse bile bazı aktiviteleri gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyabilirler. KOAH hastalarının yeteneklerine ilişkin yaşadıkları bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak tanımlanmaktadır (Wigal ve ark, 1991; Scherer ve Schiemeder, 1996; Kara ve Mirici 2002; Abedi ve ark. 2012). Yapılan çalışmalar (Özkaptan, 2013; Ceyhan, 2015; Khoshkesht ve ark, 2015; Ağdemir, 2017; Uğur ve ark, 2017; Bakırhan, 2018; Güçlü, 2018; Kar, 2018).

KOAH hastalarının öz-etkililiklerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Öz-etkililiğin düşük düzeyde olması, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırlamalarına neden olurken bu durum daha az seviyede gerçekleştirilen fiziksel harekete bağlı sık tekrarlanan hastane yatışı ile kısır döngüye girerek daha düşük yaşam kalitesi ve daha kısa yaşam süresi ile sonuçlanmaktadır (Yohannes ve ark, 2002; García ve ark, 2015; Pitta ve ark, 2006). Öz-etkililik düzeyi yüksek olan hastaların ise, sağlıkla ilgili davranışları değiştirebilmek için daha fazla çaba harcadığı ve bir engelle karşılaştığında daha uzun süre

mücadele ettiği belirtilmektedir (Zengin, 2008). Öz-etkililiğin artırılmasının, hastalığın yönetimine ilişkin bireysel bakım aktivitelerini öğrenmede ve hastalığın etkileri ile baş etmeyi kolaylaştırmada oldukça önemli olduğu bildirilmiştir. (Wigal ve ark, 1991; Scherer ve Schiemeder, 1996; Kara ve Mirici, 2002; Wong ve ark, 2005).

KOAH'ın yönetiminin sağlanmasında, hastaların günlük yaşam aktivitelerine devam etmeleri için desteklenmesinde ve öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesinde hemşirelerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Kara ve Mirici., 2002; Taylor ve ark, 2005; Özkaptan, 2013). Hasta eğitimi ve danışmanlığını kapsayan bir hemşirelik bakımının, hastalık yönetimi ve semptom kontrolünün sağlanmasında, hastaların öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesinde önemlidir (Kara ve Mirici, 2002; Atasever ve Erdinç, 2003; Özkaptan, 2013). Özyönetimin kelime anlamına bakıldığında; kişinin bir görevi uygun şekilde yönetmesi için amaç belirlemesi ve gözlem yapması, bilgi paylaşması, iş birliği yapması ve eylemleri planlanlayarak gerçekçi tepkiler verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Clark ve Gong, 2000; İncirkuş ve Nahvivan, 2015). KOAH'ta özyönetim, daima destekçi bir rol üstlenen sağlık profesyoneli ile bir iş birliği içerir. Eğitim genellikle bilgi aktarımı ile sınırlı olmakla birlikte özyönetim; problem çözme ve baş etme konusunda güven sağlamayı, olumlu davranış değişikliğini sağlamayı ve sürdürmeyi hedeflemektedir (Effing ve ark, 2012).

Özyönetim desteğinin amacı, KOAH hastaları ve ailelerine hastalık ile başetmede kendilerine olan inanç ve güvenin artırılmasını sağlayarak beceri kazandırmak, öz-bakımlarını ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeleri için motive etmek ve cesaretlendirmek, hastaların problemlerini belirlemelerine yardımcı olarak baş etme ve karar verme sürecinde hastayı ve ailesini desteklemektir (Epping ve ark, 2004; İncirkuş ve Nahvivan, 2015; Zwar ve ark, 2006; GOLD, 2018). Özyönetim eğitim programları; risk faktörlerinden korunma, KOAH ile ilgili genel bilgiler ve tedavi yöntemleri, ilaç eğitimi, solunum egzersizleri ve enerjiyi koruma teknikleri, beslenme ve fiziksel egzersiz eğitimi, stresle başetme, alevlenmelerin yönetimi ve son dönem ağır KOAH hastalarında yaşam sonunun planlanması konularını içermektedir (GOLD, 2018). Yapılan araştırmalarda (Tel ve Akdemir, 1998; Hermiz ve ark, 2002; Özkaptan, 2013; Benzo ve ark, 2014; Mitchell ve ark, 2014), KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin; hastaların hastalık yönetimi ile ilgili bilgi düzeyini arttırdığı, semptomları kontrol altına almayı ve ilaçları düzenli kullanmayı sağladığı, solunum egzersizleri ve tekniklerini uygulama düzeyini ve yaşam

kalitesini arttırdığı belirtilmektedir.

KOAH hastalarına verilen öz-yönetim eğitim desteğinin öz-etkililik üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda, hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Kara ve Mirici, 2002; Atasever ve Erdinç, 2003; Borbeau ve ark, 2004; Stellefson ve ark, 2012; İncirkuş ve Nahvivan, 2015). Kaplan ve arkadaşlarının (1994); KOAH hastalarında mortalitenin belirleyicisi olarak öz-etkililiğin geçerliliğini inceledikleri çalışmalarında beş yıllık hayatta kalmanın en iyi belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. Scherer ve Schiemeder (1997) öz-etkililik, dispne algısı ve egzersiz gücündeki değişiklikleri incelediği bir çalışmada öz-etkililik algısında önemli gelişme olduğunu, bu gelişmenin dispnenin azalması ve egzersiz gücünün artışı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Yine Scherer ve arkadaşları (1998), pulmoner rehabilitasyon programına katılan KOAH hastalarına verilen eğitimin etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, eğitimin öz-etkililik algısında önemli etkiye sahip olduğunu saptamışlardır. Kara ve Mirici (2002) tarafından yapılan çalışmada, bireysel hasta bakım ve eğitiminin hastaların öz-etkililik algısını arttırdığı bildirilmiştir. Özkaptan (2013)'in çalışmasında, KOAH hastalarına ev ziyareti yoluyla uygulanan eğitim ve danışmanlığın öz-etkililiği artırmada etkili olduğu bildirilmiştir.

KOAH için küresel stratejileri içeren GOLD 2018 raporunda, KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin; hastalık yönetiminde baş etme gücü ve becerisini geliştirmede önemli rol oynadığı diğer taraftan tek başına bilgilendirme temelli hasta eğitiminin hastaları motive etmediği ve olumlu davranış değişimi sağlama ve sürdürülmesinde etkisinin olmadığı vurgulanmaktadır (GOLD, 2018). Kocabaş ve arkadaşlarının çalışmasında (2014), ülkemizde özyönetim eğitiminin yeterli şekilde verilemediği, hastaların genel eğitim düzeyinin düşük olduğu, hastalıklarına ilgisiz olduğu, özsaygıları ve tedavi uyumunun düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle; özyönetim eğitimi sırasında hastanın aktif katılımcı olmasının sağlanması, davranış değişimi sürecinde ve motive edici bir iletişim tarzının kullanılması ve hastaların cesaretlendirilmesi gerekmektedir (GOLD, 2018). Bu süreçte hemşireler tarafından verilen özyönetim eğitiminde motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılmasının etkili olduğu belirtilmektedir (Zwar ve ark, 2006; Benzo ve ark, 2014; İncirkuş ve Nahvivan, 2015).

Miller (1983) motivasyonel görüşmeyi; hastaların problemlerini keşfetmeleri ve çözmelerine yardım edilerek ve desteklenerek davranış değişimi sağlamak için rehberlik edilen, hasta merkezli bir görüşme biçimi olarak tanımlamıştır. Motivasyonel görüşmenin temel amacı, hastanın davranış değişimi sürecinde kendisine olan inancının ve güvenin artırılmasını sağlamaktır. Bu tekniğin temelini, empatik yaklaşım çerçevesinde hastanın öz-etkililiğinin desteklenmesi, davranış değişikliğinin başlatılması ve sürdürülmesinde yaşadığı çelişkilerin çözümünde hastalara rehberlik edilmesi oluşturmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009). Motivasyonel görüşme esnasında kişilerin öz güvenlerini artırarak değişimin zorluklarını aşabileceklerine inanmalarını sağlamak önemlidir (Sciacca, 1997; Levensky ve ark, 2007). Motivasyonel görüşmenin başlangıçta alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde etkin bir yöntem olarak kullanıldığı görülürken, günümüzde obezite, kronik ağrı, diabet, diyet, HIV/AIDS'den korunma, kazaları önleme gibi farklı alanlarda da etkin olduğuna ilişkin araştırma sonuçları bildirilmiştir (Ögel, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012). Benzo ve arkadaşları (2014) ve Mitchell ve arkadaşları (2014), KOAH hastalarında motivasyonel görüşme teknikleriyle özyönetim eğitiminin etkinliğini inceledikleri çalışmalarda; bireyi davranış değişikliğine yönlendirirken motivasyonel görüşme yöntemini içeren özyönetim müdahalesinin KOAH'lı bireylerde öz-etkililiği ve özyönetim konusundaki katılımı artırdığını saptamışlardır.

Hemşirelerin, etkinliği birçok çalışmayla belirlenmiş olan motivasyonel görüşme tekniği ile ilgili bilgi ve deneyimlerini artırarak, davranış değişikliği başlatma ve sürdürmede bu tekniği rahatlıkla kullanabilecekleri bildirilmiştir (Miller ve Rollnick, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012; Benzo, 2014). Özellikle kronik hastalıklarda, hastalığa uyumun artırılması, sağlıklı davranışa doğru değişimin sağlanmasında ve öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde hemşireler tarafından yapılan motivasyonel görüşmenin etkili olduğu belirlenmiştir (Walters ve ark, 2012, Benzo ve ark, 2014; Mitchell ve ark, 2014). Bu bağlamda değerlendirildiğinde; Türkiye'de KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisinin değerlendirildiği araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma; KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımlama ve Hastalığa Genel Bakış

2.1.1. KOAH Tanımlama

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tüm dünyada görülme sıklığının ve hastalık yükünün fazla olması nedeniyle üzerinde en çok çalışma yapılan konulardan biri olmasına rağmen herkes tarafından kabul edilen tek bir tanımı bulunmamaktadır. Oldukça fazla KOAH tanımı yapılmış olmakla birlikte Amerikan Toraks Derneği (ATS), Avrupa Solunum Derneği (ERS) ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD) örgütlerinin yapmış olduğu tanımlar en yaygın kullanılan tanımlardır (Metintaş, 2013).

GOLD (2018)' e göre KOAH, etyolojisinde genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin rol oynadığı, havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kronik hava akımı kısıtlılığı ve solunumsal belirtilerle karakterize, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. ATS ve ERS ise KOAH'ı, tamamen geri dönüşü olmayan ilerleyici hava akımı kısıtlamasıyla karakterize olan, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalık durumu olarak tanımlamaktadır (Qaseem ve ark, 2011; Celli ve ark, 2015).

Yapılan KOAH tanımları incelendiğinde, hava yolu kısıtlılığının genellikle ilerleyici olduğu ve tam bir geri dönüşümün mümkün olmadığı, hastalığın önlenemez ve tedavi edilebilir olduğu vurgulanmaktadır. KOAH'ın karakteristik özelliği olan kronik hava akımı kısıtlılığı, küçük solunum yolu hastalıklarının (obstrüktif bronşiyolit) ve parankimal harabiyet (amfizem) sonucu gelişmektedir. Bu patolojik durumlar her zaman birlikte olmayacağı gibi, klinik tabloda biri daha ağırlıklı olmak üzere, hastaların çoğunda belirli derecelere kadar her ikisi de bulunur (Espırtu ve Matuschak, 2014; GOLD, 2018).

2.1.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi

KOAH, küresel olarak giderek artış gösteren, yüksek oranda mortalite ve morbiditeyle birlikte sosyal ve ekonomik yükü beraberinde getiren önemli kronik

hastalıklardandır (Akdemir ve Birol, 2005; Satar ve ark, 2011; Mannino ve ark, 2015; GOLD, 2018). KOAH'ın morbidite, prevalans ve mortalite oranları ülkeler arasında ve aynı ülke içinde farklı gruplarda değişiklik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, günümüzde KOAH'ın ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı bununla birlikte tüm ölümlerin de %5.5'inden sorumlu olduğu görülmektedir (WHO, 2018). Küresel Hastalık Yüğü (KHY) çalışması ise (2010), KOAH'ın yılda 3 milyon insanın ölümüne neden olduğunu bildirmiştir.

KOAH'ın ileri yaşta olan ve sigara kullanan bireylerde arttığı, gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyette eşit veya kadınlarda, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde arttığı belirtilmektedir (GOLD, 2018). KOAH prevalansını belirlemek amacıyla yapılan, 29 ülkede tamamlanan ve 8 ülkede halen devam eden Burden of Lung Disease (BOLD) çalışmasında, 2010 yılında 384 milyon KOAH hastasının olduğu ve KOAH prevalansının toplamda %10,1 (erkeklerde %11,8, kadınlarda %8,5) ve küresel prevalansın %11,7 olduğu belirlenmiştir. KOAH'ın prevalansı ve hastalık yükünün, gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımının giderek artması ve gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması nedeniyle gelecek yıllarda artmaya devam edeceği öngörülmektedir (Mathers ve Loncar, 2006; Kocabaş ve ark, 2014; GOLD, 2018).

Türkiye'deki mevcut duruma baktığımızda ise; Türkiye İstatistik Kurumu (2018) ölüm nedeni istatistiklerinde solunum sistemi hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları ve iyi ve kötü huylu tümörlerden sonra %12 oranında 3. sırada yer almaktadır. KOAH ise; tüm solunum sistemi hastalıklarının %49,46'sını oluşturmaktadır (TÜİK, 2018). Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasında (2017), KOAH Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) nedenleri listesinde 3. sırada yer almaktadır.

2.1.3 KOAH'ta Risk Faktörleri

KOAH, genetik duyarlılık ile çevresel risk faktörlerine maruziyet etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (Hansel ve Barnes, 2004; Bozbaş, 2013). KOAH gelişiminde saptanmış en önemli risk faktörü sigara kullanımı olmakla birlikte kesinleşmiş olan diğer risk faktörleri alfa-1 antitripsin eksikliği ve mesleki tozlarla karşılaşmadır (Espiritu ve Matuschak, 2014). KOAH gelişim sürecinde rol oynayan risk faktörlerine bakıldığında tütün

dumanı maruziyeti, iç/ dış ortam hava kirliliği, akciğerlerin büyüme ve gelişimini etkileyen perinatal olaylar ve çocukluk dönemi hastalıkları, yaş, cinsiyet, sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, hava yolu aşırı duyarlılığı, astım, sosyoekonomik durum ve beslenmedir (GOLD, 2018). KOAH'ta risk faktörlerinin belirlenmesi, hastalık prevelansının ve yükünün azaltılmasında, hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasında önemlidir. Bu nedenle risk faktörlerinin belirlenmesi ve birbiriyle ilişkilerinin anlaşılması için daha çok çalışmaya gereksinim duyulmaktadır (Özkan ve ark, 2017).

2.1.4. KOAH'ın Gelişim Süreci

KOAH etyolojisinde önemli rol oynayan zararlı gaz ve partiküllere maruziyet sonucu akciğerlerde abartılı ve kronik bir inflamatuvar yanıt gelişmektedir. Akciğerlerde gelişen kronik inflamatuvar, parankimal doku harabiyetine (amfizem) ve küçük hava yollarında bozulmaya yol açmakta ve meydana gelen bu değişiklikler ilerleyici hava akımı kısıtlanmasına neden olmaktadır (Atasoy, 2010; GOLD, 2018). KOAH'ta meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler ise; büyük ve küçük hava yollarında hava akımı kısıtlanması ve hava sıkışması, parenkimal değişiklikler, gaz değişiminde anormalliklerin olması, silyer disfonksiyon ve hipersekresyon, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale, atak dönemleri ve sistemik bulgulardır (Saetta ve ark, 2001; Başığit, 2010; Kocabaş ve ark, 2014; GOLD, 2018). Bu fizyopatolojik değişiklikler KOAH'lı hastalarda dispne, öksürük ve balgam çıkarma, egzersiz kapasitesinde azalma, anemi, hipoksemi, hiperkapni, iskelet kas atrofisi ve kilo kaybı, diyabetes mellitus, metabolik sendrom ve psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Nazir ve Erbland, 2009; Miravittles ve Ribera, 2017; GOLD, 2018).

2.2. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme

KOAH gelişiminden önemli rol oynayan risk faktörlerine maruz kalan ve/veya dispne, uzun süre devam eden öksürük ve balgam çıkarma şikâyeti olan bireylerde KOAH varlığının araştırılması gerekmektedir (GOLD, 2018). Bu bölümde tanı ve değerlendirme başlığı

altında KOAH semptomları, öykü, fizik muayene ile birlikte kesin tanı için spirometrik değerlendirme, hastalığın değerlendirilmesinde ise belirti ve alevlenme riskinin değerlendirilmesi ile hastalığın derecelendirilmesi incelenmektedir.

2.2.1. Semptomlar, Öykü ve Fizik Muayene

KOAH'ta meydana gelen kronik ve ilerleyici nefes darlığı (dispne), öksürük ve balgam semptomları karakteristiktir. Bu semptomların hava akımı kısıtlanmasından önce ortaya çıktığı ve yıllar içinde değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Kart ve Akkoyunlu, 2013; Saryal, 2013; GOLD, 2018). KOAH'ta tanı temede; hava akımı kısıtlanmasıyla konmakta tedavi gereksinimi ise hastalığın hastanın yaşamı üzerindeki etkileri değerlendirilerek belirlenmektedir (GOLD, 2018).

Dispne, KOAH'ın en belirgin semptomu, en önemli kısıtlılık nedenidir (Norweg ve ark, 2011; Olgun ve Aslan 2014). Hastalar dispneyi; “nefes almada zorlanma, göğüs üzerinde baskı, hava açlığı hissiyle nefes nefese kalmak” olarak ifade etmektedir (Simon ve ark, 1990; Leupoldt ve ark, 2010). Dispneyi tanımlama, bireysel ve kültürel duruma göre değişen ifadelerle anlatılmaktadır (Leupoldt ve ark, 2010; GOLD, 2018). Dispne semptomunun subjektifliğinden kaynaklanan yanılığının en aza indirgenmesi için birçok skala kullanılmaktadır. Bu skalalar arasında en sık kullanılanı MRC (Medical Research Council) dispne skalasıdır (Kart ve Akkoyunlu, 2013).

Öksürük, KOAH'ta ilk ortaya çıkan ve hastaların en sık yakındığı semptomdur. Öksürük hastalar tarafından sigara içimine ya da çevresel faktörlere bağlandığı için genellikle önemsenmemektedir. Başlangıçta, öksürük aralıktır ancak zaman içinde hemen hemen hergün ortaya çıkan bir özellikte olmaktadır. KOAH'lı bireyler öksürükle az miktarda inatçı balgam çıkarırlar ve bu durum dispnedeki yıllar önce başlayabilir (Akyıl, 2012; Kart ve Akkoyunlu, 2013; GOLD, 2018). Balgam çıkarma, bazı dönemlerde alevlenir ve artarken bazı dönemlerde de remisyona girer (Kart ve Akkoyunlu, 2013). Balgam pürülansı, inflamatuvar belirtilerin arttığının bulgusudur ve bakteriyel bir alevlenmeyi gösterir (GOLD, 2018).

Öykü ve fizik muayene hastalığın tanısı, derecesi, tedavisi, komplikasyonların değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıların dışlanması açısından çok önemlidir. Bu nedenle hastanın ve hastalığın değerlendirilmesinde risk faktörlerine maruziyeti; sigara kullanımı, pasif içiciliği, iç/dış ortam havakirliliği, mesleki ve çevresel risk faktörlerine maruziyeti sorgulanmalıdır (Gershon ve ark, 2012). Hastanın yaşadığı belirtiler ve şiddeti, alevlenme durumları veya daha önce hastanede yatarak tedavi görüp görmediği değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra hastalığın, hastanın fiziksel ve ruhsal durumu üzerine olumsuz etkileri değerlendirilirken hasta ve çevresi bilikte ele alınmalıdır (Kart ve Akkoyunlu, 2013; Kocabaş ve ark, 2014). KOAH'a eşlik eden hastalıkların değerlendirmesi önemli bir yere sahiptir bu nedenle hastanın kalp hastalıkları, metabolik sendrom, diyabet, anemi, osteoporoz, maligniteler, uyku bozuklukları, psikososyal sorunları sorgulanmalıdır (Fabbri ve ark, 2008; Barnes ve Celli, 2009).

Fizik muayene bulguları, hastaların solunum fonksiyonlarında belirgin şekilde bozulma olmadan önce ortaya çıkmamaktadır bu nedenle hastalığın tanısı ve hastaların değerlendirilmesinde önemlidir ancak tanı koymada yeterli değildir (Kesten ve Chapman, 1993). Hastanın değerlendirilmesi hastanın muayene için kapıdan girişiyile başlar. Hastanın yürüme eylemi ile dispne yaşayıp yaşamadığı, solunum şekli sayısı, hastanın genel durumu ilk karşılaşmada elde edilecek bulgulardır (Kart ve Akkoyunlu, 2013). Yine bu hastaların oturma postürü, göğüs çapındaki değişiklikler, solunuma yardımcı kasların kullanılıp kullanılmadığı, solunumda büyük dudak kullanımı ve siyanozun varlığı hastalığın değerlendirilmesinde bilgi sağlamaktadır. Palpasyonda; hepatojuguler reflü, perküsyonda; hipersonorite ve inspiryumda diyafram hareketlerinde azalma saptanabilir. Oskültasyon KOAH hastalarında en yararlı bilgileri veren fizik muayene yöntemidir ve bu yöntemle KOAH hastalarının akciğerlerindeki, solunum seslerinin şiddetindeki değişim, ekspiryumun uzaması, hava yolunun ileri derecede obstrüksiyonunda akciğerden ses alınamaması, hışıltılı nefes alıp-verme (wheezing), ronküs ve raller değerlendirilmektedir (Öcal ve Topelli, 2014; Kart ve Akkoyunlu, 2013).

2.2.2. Spirometrik Değerlendirme

KOAH'ta kesin tanı spirometri ile konulmaktadır (GOLD, 2018). Spirometri ile değerlendirmede FEV1 (Forced Expiratory Volüme) ve FVC (Forced Vital Capacity) oranı değerlendirilmektedir. FEV1 değeri, zorlu bir ekspirasyonun birinci saniyesinde verilen maksimum hava hacmidir (Saryal, 2013). FVC değeri ise derin bir inspirasyondan sonra maksimum zorlanmış ekshalasyon ile dışarı verilen maksimum hava hacmidir. (Saryal, 2013). Tanı kriteri, bronkodilatatör sonrası FEV1/FVC değeri <0.70 'dir (GOLD, 2018).

2.2.3. Hastalığın ve Semptomların Değerlendirilmesi

KOAH'ın değerlendirilmesindeki amaç; hastalığın şiddetini ve hastanın sağlık durumu ve yaşamı üzerine olumsuz etkilerini belirlemektir. KOAH'ta hastalığın değerlendirilmesi tedavi yaklaşımının belirlenmesinde önemlidir. Bu nedenle hastalığın değerlendirilmesinde, hastanın yaşadığı belirtilerin düzeyinin, spirometrik ölçüm sonucunun, alevlenme riskinin ve eşlik eden hastalıklarının belirlenmesi gerekmektedir (Köktürk ve ark, 2017; GOLD, 2018). KOAH'ta solunumsal semptomların (dispne, öksürük, balgam) ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmede hastanın kendini daha iyi ifade edebilmesi için açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sorulması önemlidir. Semptom sorgulamasında, ne zamandan beri olduğu, gidişatı, şiddeti ve yanı sıra yaşadığı diğer semptomları ayrıntılı öyküsünün alınması gerekmektedir (Kart ve Akkoyunlu, 2013). Hastanın yaşadığı dispne düzeyinin, hastanın sağlık durumu ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen (Modified Medical Research Council) mMRC Dispne skalası, KOAH değerlendirme testi (CAT-COPD Assessment Test) ve KOAH kontrol anketinin (CCQ-COPD Control Questionnaire) hastalığın değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir (Köktürk ve ark, 2017).

2.2.4. Alevlenme Riskinin Değerlendirilmesi

KOAH'ta alevlenme; hastanın solunumsal semptomlarında günlük değişimlerin dışında, tedavi değişikliğine neden olan bir kötüleşme ile karakterize akut olaydır (Celli ve Barnes, 2007; GOLD, 2018). Alevlenme, hastanın hayat kalitesini, semptomlarını ve akciğer fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilerken hastaneye yatışı, sağlık harcamalarını ve mortalite riskini artırır (Brulotte ve Lang, 2012; GOLD, 2018). KOAH'ta alevlenme riski, hastalığın değerlendirilmesi ve hastanın alevlenme öyküsüne göre belirlenmektedir. GOLD (2018) birleşik değerlendirmesinde hastanın üçüncü veya dördüncü evrede olması, hastanın öyküsünde son bir yılda iki veya daha fazla alevlenmesinin olması ya da son bir yılda alevlenme nedeniyle hastanede yatarak tedavi görmesi alevlenme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Köktürk ve ark, 2017).

2.2.5. Hastalığın Derecelendirilmesi

KOAH'ın derecelendirilmesinde üç öneri bulunmaktadır. Bunlar; KOAH birleşik değerlendirme, fenotiplere yönelik değerlendirme ve birleşik belirteç önerisidir (Kocabaş ve ark, 2014; GOLD, 2018). KOAH birleşik değerlendirme; KOAH'ın şiddetinin derecelendirilmesinde spirometrik ölçümdeki FEV1 değeri tek başına yeterli bir kriter olmaması nedeniyle GOLD tarafından hastalık belirtilerinin ve spirometrik ölçüm sonucunun değerlendirilmesi bununla birlikte alevlenme riskinin belirlendiği birleşik değerlendirme sistemi önerilmektedir (GOLD, 2018). Fenotiplere yönelik öneride ise; hastaların fenotipik özelliklere göre alt gruplara ayrılarak tedavi edilmesinden daha iyi sonuçlar alınacağı öngörülerek dört ayrı fenotip tanımlanmıştır. Bunlar; amfizem, kronik bronşit, sık alevlenme geçiren ve KOAH-astım birlikteliğidir (Miravittles ve ark, 2012). Birleşik belirteç önerisinde ise; KOAH'ta FEV1 değeri dışında, dispne derecesi, beden kitle indeksi, egzersiz kapasitesi gibi parametreler de hastaların yaşam süresi üzerine etkili faktörlerdendir. Birleşik belirteçlerin belirlenmesine yönelik geliştirilen anketlerin KOAH'ın derecelendirilmesinde kullanılması önerilmektedir (Celli ve ark, 2004; Puhan ve ark, 2009; Miravittles ve ark, 2012).

2.2.6. Diğer Tetkikler

KOAH'ta radyoloji ve bilgisayarlı tomografi ile inceleme, akım-volüm halkası, akciğer volümleri ve karbon monoksit difüzyon kapasitesi, solunum kas gücünün değerlendirilmesi, arter kan gazı ve oksijen saturasyonu ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi ve egzersiz testleri kullanılan diğer değerlendirme yöntemleridir (Saryal, 2013, GOLD, 2018).

2.2.7. KOAH ve Komorbiditeler

Komorbiditeler; KOAH'ta fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu olumsuz etkilemekte, hastalık yönetimini zorlaştırmakta, sosyal ve ekonomik yükü artırmakta ve mortaliteyi etkilemektedir (Mannino ve ark, 2008; Dursunoğlu ve ark, 2016; Köktürk ve ark, 2017). Kardiyovasküler hastalıklar, gastroözefagial reflü, akciğer kanseri, osteoporoz, metabolik sendrom ve diyabetes mellitus, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon eşlik eden hastalıklardır (Fabbri ve ark, 2008; Barnes ve Celli, 2009). Hastalarının en az yarısında üç veya daha fazla KOAH'a eşlik eden hastalık bulunmaktadır (Köktürk ve ark, 2017). KOAH'ın ağırlığının belirlenmesi komorbiditelerin belirlenmesiyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle hastaların KOAH'a eşlik eden hastalıklarının tanınması dolayısıyla tedavi yaklaşımının buna göre belirlenmesi ve hastaya bütüncül bir bakım verilmesi önemlidir.

2.3. KOAH'ta Tedavi

Etkili bir KOAH tedavisinde amaç; semptomlarının tedavi edilmesi ve azaltılması, egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktivitenin artırılması, hastalığın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin azaltılması, hastalığın ağırlaşmasının azaltılması, komplikasyonların, alevlenmelerin ve mortalitesinin azaltılması olmalıdır (Bilgiç ve Gümüş, 2013; Kocabaş A. ve ark., 2014).

KOAH tedavisindeki temel yaklaşımlar;

- Hastalık gelişiminin ve ilerlemesinin önlenmesi,
- Stabil KOAH'ta farmakolojik tedavi,
- Alevlenmelerin tedavisi,
- İlaç dışı tedavi yöntemlerinden oluşmaktadır (GOLD, 2018).

2.3.1. Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi

KOAH gelişiminde ve ilerlemesinde önemli rol oynayan risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerine maruziyetin azaltılması korunma ve tedavi için önemlidir (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013; Akçay, 2013). KOAH'ta hem hastalığın gelişiminde hem de ilerlemesinde en önemli role sahip olan ve sıklıkla karşılaşılan risk faktörü olan sigara kullanımıdır (GOLD, 2018). Bu nedenle sigara kullanan bireyler, sigarayı bırakmalarına yardımcı olabilecek gerekli merkezlere yönlendirilmeli, cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Sigara kullanan kişilerin, motivasyonunu ve güvenini artırmak için davranış değişikliği tekniklerini içeren kapsamlı bir sigara bırakma programı uygulanmalıdır (GOLD, 2018). Sigaranın bırakılması KOAH tedavisinde prognozu düzelten en etkili tedavi olmasına rağmen KOAH hastalarının %37'si tanı aldıktan sonra bile sigara içmeye devam etmektedir (Warnier ve ark, 2013). KOAH hastalarında ileri yaş, yüksek paket-yılı oranları ve daha güçlü fiziksel nikotin bağımlılığının yanı sıra yüksek oranda depresif semptomların bulunması sigarayı bırakmada direnç oluşturmaktadır (Hacıevliyagil, 2010; Akçay, 2013). Bu nedenle KOAH hastasının öyküsü alınırken sigara içip içmediği sorgulanmalı ve sigarayı bırakmak isteyip istemediklerinin öğrenilmesi önemlidir (Demir, 2012). Sigarayı bırakmak isteyen hastalarda "5A" yaklaşımı (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) olarak bilinen yardımcı stratejiler kullanılmaktadır. Bu stratejiler; sorgulama, öneri, değerlendirme, destek olma, düzenleme basamaklarından oluşmaktadır. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarda ise "5R" yaklaşımı (Relevance, Risks, rewards, Roadlocks, Repetition) kullanılmaktadır. Bu yaklaşım; kişiye özel durumu ele alma, sigara içmenin olumsuz sonuçlarını vurgulama, sigarayı bırakmanın yararlarını anlatma, sigarayı bırakmayı engelleyen sorunları saptama ve motivasyonu her başvuruda tekrarlama aşamalarından oluşmaktadır (Anderson ve ark, 2002). Bu yöntem motivasyonel temelli bir uygulamadır.

Yapılan bir araştırmada KOAH hastasının sigarayı bırakması için uygulanan motivasyon ve farmakoterapinin, plesebo ve hiç girişim yapılmayan gruba göre çok daha etkili sonuçlar verdiği saptanmıştır (Tønnesen ve ark, 2006; Borglykke ve ark, 2008). Ayrıca sigaranın bırakılmasının yanında diğerk risk faktörleri olan mesleki tozlardan korunmaya, iç ve dış ortam hava kirleticilerine maruziyetin azaltılmasına dikkat edilmelidir (GOLD, 2018).

2.3.2. Stabil KOAH'ta Farmakolojik Tedavi

KOAH'ın farmakolojik tedavisinde belirtilerin kontrolü ve alevlenmelerin azaltılması hedeflenmektedir. KOAH'ta ilaç tedavisinin temelinde bronkodilatörler yer almaktadır. Bronkodilatörlerin yanı sıra kortikosteroid ve fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, antibiyotikler, mukolitikler, antioksidan ajanlar, immünoregülatörler, vazodilatörler, oksijen tedavisi ve aşılar kullanılmaktadır (Akyıl, 2012; Bilgiç ve Gümüş, 2013; GOLD 2018). Stabil KOAH tedavisi hastalığın derecesine, komorbiditelere ve bireysel özelliklere göre düzenlenmektedir (elik ve ark, 2010; Bilgiç ve Gümüş, 2013; Şen, 2013; GOLD, 2018).

2.3.3. Alevlenmelerin Tedavisi

KOAH'ta alevlenme, hastanın varolan semptomlarında ilave tedavi gerektirecek şekilde akut kötüleşme olmasıdır (GOLD, 2018). Alevlenmelerin sıklığı, hastanın sağlık durumunu ve hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilerken hastaneye yatış oranlarını ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu nedenle alevlenmelerin kontrolü KOAH yönetiminde önemlidir (Wedzicha ve Seemungal, 2007). Alevlenmelerin şiddeti hafif-orta ve ağır olarak sınıflandırılmış ve buna göre tedavi yöntemi belirlenmiştir (GOLD, 2018). Hafif derecede alevlenmeler kısa etkili bronkodilatatörler ile orta derecede alevlenmeler antibiyotik ve kortikosteroidler ile evde tedavi edilebilirken ağır derecede alevlenmelerin tedavisi genellikle hastanede yatarak tedavi görmeyi gerektirmektedir (GOLD, 2018).

2.3.4. KOAH'ta İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri

KOAH'ta ilaç dışı tedavilerde; pulmoner rehabilitasyon, fiziksel aktivitenin artırılması, egzersiz eğitimi, beslenme desteği, uzun süreli oksijen tedavisi, non-invaziv ve invaziv ventilatör ile solunum desteği, yaşam sonu ve palyatif bakım, cerrahi tedaviler ve özyönetim eğitimini içermektedir (Bilgiç ve Gümüş, 2013; Kocabaş ve ark, 2014; Köktürk ve ark, 2017; GOLD, 2018).

2.3.4.1. Pulmoner Rehabilitasyon

Pulmoner rehabilitasyon (PR), KOAH hastalarına uygulanan, semptomlarda ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlayan, günlük hayata fiziksel ve duygusal katılımı arttıran multidisipliner ve kanıta dayalı bir programdır (Nici ve ark, 2006). PR'nin programı, her hasta için farklılık gösterebilmekle birlikte; temelde her hastanın bireysel ihtiyacına göre planlanmış özyönetim eğitimini, egzersiz eğitimini ve beslenme desteği konularını içermelidir (GOLD, 2018). Yapılan bir araştırmada (Egan ve ark., 2012), KOAH hastalarında yedi hafta boyunca hastanede uygulanan PR programı sonrasında yapılan bir yıllık takipte; hastaların egzersiz kapasitesi, dispne yönetimi ve yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu saptanmış ancak günlük fiziksel aktivitelerinde belirgin değişiklik olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle özyönetim eğitim programlarında hastalarda davranış değişiminin ve sürekliliğinin sağlanması için motivasyon oluşturmak ve hastaları cesaretlendirmek büyük önem taşımaktadır (Wortz ve ark., 2012).

2.3.4.2. Fiziksel Aktivite

KOAH hastalarında dispne, genellikle fonksiyonel eksiklik ve yetersizliğe neden olmaktadır (Pitta, 2006). Bu nedenle hastalar günlük yaşamda fiziksel aktivitelerini azaltmaktadırlar. Bununla birlikte, hareketsizlik kişinin fiziksel durumunun daha fazla kötüleşmesine hatta daha fazla nefes darlığı çekmesine neden olmaktadır. Bu durum literatürde hareketsizlik, kondisyonsuzluk ve nefes darlığından meydana gelen kısır döngüyü

meydana getirmektedir. Sonuç olarak hareketsizlik, temelde hastalığın bir sonucu olarak görülmesine rağmen, hastalığın kötüleşmesi ve ilerlemesine de neden olmaktadır. Bu durum KOAH'ta kısır döngü olarak ifade edilmektedir (GOLD, 2018). Yapılan çalışmalar günlük yaşamda fiziksel aktivitelerin azaltılmasının, sık hastane yatışı ve daha kısa yaşam süresi ile ilgili olduğunu göstermektedir (Yohannes ve ark, 2002; García ve ark, 2015). Fiziksel aktiviteyi arttırmak amacıyla, kişiye uygun olan basit aktivitelerin önerilmesi ve davranış hedefli yaklaşımların uygulanması önemlidir (GOLD, 2018).

2.3.4.3. Egzersiz Eğitimi

KOAH tedavisinde etkinliği kanıtlanan yöntemlerden biri de hastaların düzenli olarak egzersiz yapmasıdır (GOLD, 2018). KOAH hastalarına yönelik egzersizler, dayanıklılık ve güçlendirme egzersizleridir. Egzersiz eğitimin, alt ve üst ekstremitte kas gruplarını güçlendirecek şekilde planlanması önerilmektedir. Alt ekstremitte egzersizleri olarak, bisiklet çevirme, merdiven inip çıkma, yürüyüş; üst ekstremitte egzersizlerinden ise, kol ve omuz egzersizleri önerilmektedir. Hastanın egzersize düşük düzeyde başlaması, efor düzeyini ve süresini yavaş yavaş artırması önerilmektedir. Egzersize bağlı gelişmeler yavaş olursa hasta mutlaka cesaretlendirilmelidir (Costi ve ark, 2009).

2.3.4.4. Beslenme Desteği

KOAH hastalarında beslenme yetersizliği durumunda veya egzersize yardımcı beslenme desteğinin sağlanması vücut ağırlığında, yağlı ve yağsız vücut kitlesinde pozitif yönde katkı sağladığı bununla birlikte beslenmesi desteklenen hastaların 6 dakika yürüme testinde, sağlık durumlarında ve solunum kas gücünde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu belirlenmiştir (Deveci ve ark, 2005; GOLD, 2018).

2.3.4.5. Uzun Süreli Oksijen Tedavisi

KOAH'ta uzun süreli oksijen tedavisinin, kronik solunum yetmezliği ve dinlenme hipoksemisindeki KOAH hastalarında kullanılmasının solunum fonksiyonlarını olumlu yönde etkilerinin olduğu, yaşam süresini ve kalitesini iyileştirdiği, alevlenmeleri ve hastaneye yatış sıklığını azalttığı saptanmıştır (Ringbaech ve ark, 2002; GOLD, 2018). Yapılan bir çalışmada, doğru şekilde ve günde 15 saat ve üzerinde oksijen kullanımının hipoksemik KOAH hastalarında sağkalımı artırdığı belirlenmiştir (Katsenos, 2011).

2.3.4.6. Non-invaziv ve İnvaziv Ventilatör ile Solunum Desteği

Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIV), ağır düzeyde KOAH hastalarında ve akut atağının yol açtığı solunum yetmezliklerinin tedavisinde kullanılmaktadır (Uçgun, 2013). Medikal tedavi ve NIV'a yanıt alınamayan KOAH akut atak hastalarında endotrekeal entübasyonla invaziv mekanik ventilasyon uygulanmaktadır (Uçgun ve ark, 2006).

2.3.4.7. Yaşam Sonu ve Palyatif Bakım

KOAH'ta palyatif bakım, hastalığa bağlı fiziksel ve psikososyal sorunların kontrolünü ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlayarak hasta ve ailesini rahatlatmayı amaçlamaktadır. Bu süreçte hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımının nasıl yönetilmesini istediklerini öğrenmek önemlidir. Tedavinin sonlandırılması, kardiyopulmoner resusitasyon uygulanıp uygulanmayacağı belirlenmesinde hasta ve aile bireylerinin görüşleri değerlendirilmektedir (GOLD, 2018). Ülkemiz koşullarında sosyal, kültürel, etik nedenlerle yaşam sonu planlaması yapılmamaktadır (Köktürk ve ark, 2017).

2.3.4.8. Cerrahi Tedavi

KOAH hastalarında akciğerin aşırı havalanmasıyla ilgili sorunlarında hasarlı bölümlerinin çıkartılması için akciğer hacim azaltıcı cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Böylece aşırı havalanan akciğer hacminin azaltılmasıyla hava hapsi azalır, elastik geri çekilme düzelir, göğüs kafesi ve diyafram daha etkin bir şekilde çalışmaya başlar (Çetinkaya ve Acat, 2013).

2.3.4.9. KOAH'ta Özyönetim Eğitimi

Özyönetim, bir kişinin sağlık davranış değişikliği için kendi bireysel planını geliştirmek, değerlendirmek ve uygulamak için gerekli bilgi ve becerileri gerektirir (Clark ve Gong 2000; İncirkuş ve Nahvivan, 2015). KOAH'ta özyönetim eğitiminin amacı hastaların olumlu sağlık davranışları edinmesinde ve hastalık yönetiminde baş etme becerileri kazanmalarında hastaların motive edilmesi, cesaretlendirilmesi ve rehberlik sağlanmasıdır (GOLD, 2018). Özyönetim eğitiminin amacı, KOAH hastalarına hastalık yönetiminde kendilerine olan inanç ve güvenin artırılmasını sağlayarak olumlu sağlık davranışları kazandırılmasını sağlamak, öz-bakımlarını ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeleri için motive etmek ve cesaretlendirmek, hastaların problemlerini belirlemelerine yardımcı olarak baş etme ve karar verme sürecinde rehberlik sağlamaktır (Epping ve ark, 2004; İncirkuş ve Nahvivan, 2015; Zwar ve ark, 2006; GOLD, 2018).

Özyönetim eğitimi, bireysel veya grup olarak verilebilmektedir (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013; Köktürk ve ark, 2017). Özyönetim eğitim programları; sigarayı bırakma, KOAH hakkında genel bilgiler, tedaviye genel yaklaşım ve tıbbi tedavinin özel yönleri (solunum ilaçları ve inhalasyon cihazlarının kullanımı), dispneyi azaltan yöntemler, beslenme ve düzenli egzersiz, alevlenmelerin yönetimi ve yaşam sonunun planlanması konularını içermektedir (GOLD, 2018). Özyönetim eğitimi doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen gibi multidisipliner bir ekip tarafından her disiplinin kendi içinde belirli konularda eğitim verebilmekle birlikte hasta eğitimleri genellikle hemşireler tarafından yapılmaktadır (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013). Özyönetim eğitim programları, hastalık yönetimi ve tedavi uygulamaları konusunda hazırlanmış eğitim rehberleri verilmesinden, hastanın hastalığıyla ilgili kendi durumunu izleyerek tedavi sürecine katıldığı bireysel ya da grup olarak düzenlenen yönetim programlarına kadar değişiklik gösterebilmektedir (İnce ve Savcı, 2012).

KOAH'ın yönetiminin sağlanmasında, hastaların günlük yaşam aktivitelerine devam etmeleri için desteklenmesinde ve öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde hemşireler önemli rol oynamaktadır (Kara ve Mirici, 2002; Taylor ve ark, 2005). Hasta eğitimi ve danışmanlığını kapsayan bir hemşirelik bakımı, öz-etkililiğin geliştirilmesinde ve hastalık yönetiminin sağlanmasında önemlidir (Kara ve Mirici, 2002; Atasever ve Erdinç, 2003). KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin; hastalık ve sağlık durumuyla baş etme gücünü ve becerisini geliştirmede önemli rol oynadığı ancak tek başına hasta eğitiminin hastayı motive etmediği ve davranışları değiştirmede belirtmektedir (Hermiz ve ark, 2002; Anlı, 2018; GOLD, 2018). KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde davranış değişikliğini hedef alan özyönetim eğitim programlarının uygulanması önemlidir (Bourbeau ve ark, 2003; İnce ve Savcı, 2012). Özyönetim eğitim programında hedeflenen davranış değişikliği, hastaların hastalık yönetimi ve hastalıkla ilgili birçok beceriyi kazanmalarını ve sürdürmelerini ifade etmektedir (Bourbeau ve ark, 2004). Bilgilendirme temelli verilen hasta eğitimiyle öğretilen özyönetim becerileri davranıştaki değişimi sağlamak için yeterli değildir (Bourbeau ve ark, 2004; Anlı, 2018). Bu nedenle; özyönetim eğitimi sırasında hastanın aktif katılımcı olmasının desteklenmesi, davranış değişimi sürecinde hastaların cesaretlendirilmesi ve motive edici bir iletişim tarzı kullanılarak öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Benzo ve ark, 204; Mitchell, 2014; GOLD, 2018). Bunun yanı sıra hemşirelerin, etkili iletişim becerilerini kullanmaları ve güven oluşturmaları eğitim ve danışmanlığın etkinliğini artırmaktadır (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013). KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitim programında, hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesi ve davranış değişimi hedeflenen hastalarda motivasyonel görüşmenin yararlı olduğu belirtilmektedir (Zwar ve ark. 2006; Benzo ve ark, 204; Mitchell, 2014; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

2.4. KOAH'ta Öz-Etkililik

Öz-etkililik, bireyin belirli davranışları başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceği konusunda kendisine duyduğu güveni ve inancı ifade etmektedir (Bandura, 1982; Gözüm ve Aksayan 1999). Başka bir ifadeyle öz-etkililik, bireyin karşılaştığı ve başatmakta zorlanacağı bir durumun üstesinden gelmekte ne derecede başarılı olabileceğine yönelik kendine olan inancıdır (Senemoğlu, 1998). Bu durum, bireyin sahip olduğu gücü ve yeteneği

ile ilgili değil bir davranışı yapabileceğine ilişkin yargısı ile ilgilidir. İlk defa Albert Bandura (1982) tarafından kullanılan "öz-etkililik" kavramı İngilizce "self-efficacy", Türkçe'de "öz-yetki, öz-yeterlilik, algılanan öz-etkililik, öz-etkililik" kavramlarıyla ifade edilmektedir (Senemoğlu, 1998; Aksayan ve Gözüm, 1999). Öz-etkililik, kişinin kendisi ve durumu hakkında gerçekleştireceği davranışların seğimini, gücünü ve yeteneklerini algılamasını, bir davranışı yaparken harcayacağı çabayı, zor bir durumla karşılaştığında dayanma gücünü, duyacağı kaygı ya da güveni etkilemektedir. Öz-etkililiği yüksek olan hasta, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde karşılaştığı güçlüklerin üstesinden gelmek için daha çok çaba harcamakta, denemekten korkmamakta ve daha uzun süre mücadeleyi sürdürmektedir (Zengin, 2008).

KOAH hastalarında öz-etkililik düzeyi, bireyin hastalıkla ilişkili güç durumlarla baş etmesinde, olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve devam ettirilmesinde önemlidir (Stuifbergen ve ark, 2000; Yount ve ark, 2011). KOAH'ta yaşanan solunum güçlüğü, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, öz-bakım gücünde ve öz-etkililik düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır (Siela, 1998; Kara ve Mirici, 2002; Bentsen ve ark, 2010; Abedi ve ark, 2012). KOAH hastaları bu güç durumlar ile karşılaştıklarında yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duymaktadırlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir (Wigal ve ark, 1991; Scherer ve Schiemeder, 1996; Kara ve Mirici 2002; Abedi ve ark. 2012). Düşük öz-etkililik nedeniyle, fiziksel olarak az bir güç harcamaları gerekse bile nefes darlığından korunmak için günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınılmaktadırlar. Öz-etkililik düzeyinin düşük olması aktivite sınırlamasına neden olmakta ve bu KOAH'lı bireylerde daha düşük seviyedeki fiziksel günlük yaşam aktivitelerine bağlı olarak sık tekrarlanan hastane yatışı ile kısır döngüye girerek daha düşük yaşam kalitesi ve daha kısa yaşam süresiyle sonlanmaktadır (Yohannes ve ark, 2002; Garcia ve ark, 2015; Pitta ve ark, 2006). Bu nedenle öz-etkililik, KOAH ve buna bağlı aktivite sınırlaması arasında ölçülebilir bir araç niteliği taşımaktadır (Wigal ve ark, 1991; Emme ve ark, 2012). KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin hemşireler tarafından tanımlanması ve hastaların düşük öz-etkililiğe neden olan durumlarına özel bakım ve tedavi girişimlerinin oluşturularak hastaların desteklenmesi önemlidir (Kara ve Mirici, 2002).

KOAH hastalarına verilen öz-yönetim eğitim desteğinin öz-etkililik üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda, hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Kara ve Mirici, 2002; Atasever ve Erdinç, 2003; Borbeau ve ark,

2004; Stellefson ve ark, 2012; İncirkuş ve Nahvivan, 2015). Kaplan ve arkadaşlarının (1994); KOAH hastalarında mortalitenin belirleyicisi olarak öz-etkililiğin geçerliliğini inceledikleri çalışmalarında beş yıllık hayatta kalmanın en iyi belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. Scherer ve Schiemeder (1997) öz-etkililik, dispne algısı ve egzersiz gücündeki değişiklikleri incelediği bir çalışmada öz-etkililik algısında önemli gelişme olduğunu, bu gelişmenin dispnenin azalması ve egzersiz gücünün artışı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Yine Scherer ve arkadaşları (1998), pulmoner rehabilitasyon programına katılan KOAH hastalarına verilen eğitimin etkilerini değerlendirdikleri çalışmada; eğitimin öz-etkililik algısında önemli etkiye sahip olduğunu saptamışlardır. Kara ve Mirici (2002); KOAH hastalarında bakım ve eğitimin öz-etkililik algısına etkisini incelediği çalışmada, bireysel hasta bakımı ve eğitimin KOAH hastalarının öz-etkililik algısını arttırdığını belirlemişlerdir. Özkaptan (2013)'in çalışmasında, KOAH hastalarına ev ziyareti yoluyla uygulanan eğitim ve danışmanlığın öz-etkililiği artırmada etkili olduğu bildirilmiştir.

2.5. Motivasyonel Görüşme

Miller ve Rollnick tarafından ortaya çıkarılan ve klinik görüşme yöntemi olan motivasyonel görüşme ilk kez 1983 yılında tanımlanmıştır. Motivasyonel görüşme başlangıçta madde kullanımı ve bağımlılık alanında motivasyonun yükseltilmesi amacıyla ortaya çıkmış, günümüzde ise fiziksel ve ruhsal hastalıkların beraberindeki sorunlarla baş etmede ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (Rollnick ve ark, 2008). Miller (1983) motivasyonel görüşmeyi; hastaların problemlerini keşfetmeleri ve çözmelerine yardım edilerek ve desteklenerek davranış değişimi sağlamak için rehberlik edilen, hasta merkezli bir görüşme şekli olarak tanımlamıştır.

Motivasyonel görüşme, bireylerin varolan ambivalansını yani çelişen duygularını keşfetmelerine ve çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliği sağlamaları ve sürdürmeleri için kullanılan bir yöntemdir (Rollnick ve ark, 2008). Motivasyonel görüşmenin odağında da ambivalansı çözümlemek vardır. Ambivalans, yaygın bir insan deneyimi ve değişimin normal süreci içinde bir basamaktır ve bir şey ya da biri hakkında iki yönde hissetmek olarak tanımlanmaktadır (Karadağ ve ark, 2009). Ambivalansın çözümlenmesi değişim için bir anahtardır bu nedenle bireylerin ambivalansını keşfetmeleri

için desteklenmeleri görüşme için önemlidir (Özcan, 2009). Bu yöntemde temel yaklaşım; bireyi değişime zorlayıcı bir atmosfer yerine değişime yardımcı bir atmosfer sağlamak, değişim için içsel motivasyonu artırmak ve bireyin kendi kendini yönetme kapasitesini onaylamaktır (Karadağ ve ark, 2009; Ögel K, 2009).

Rubak ve arkadaşlarının (2005) yaptığı motivasyonel görüşmenin metaanaliz çalışmasında, bütün çalışmalarda bireylerle yapılan görüşme süresinin en az 10 dakika en fazla 120 dakika olmak üzere ortalama 60 dakika olduğu bildirilmiştir. Bireylerle yapılan görüşme süresinin 60 dakika olduğu çalışmaların %81'i bir etki gösterirken etki olasılığının görüşme sayısı ile arttığı bildirilmiştir. Bu nedenle, çalışmaların %40'ında bir görüşmede, %87'sinde beşten fazla görüşmede bir etki olduğu belirtilmiştir. Motivasyonel görüşmenin etkinliği, birey ile karşılaşma sayısı ile orantılı olduğu için, davranış değişikliği sağlamada birey ile etkileşim içinde olunması gerektiği belirtilmektedir (Duran, 2003).

2.5.1. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları

Motivasyonel görüşme birbirleriyle örtüşmeler dahi birbirinden farklı olan iki aşamada gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- **Birinci aşama;** değişim için içsel motivasyonun oluşturulmasını kapsamaktadır. Birinci aşamanın amacı, ambivalansı çözmek ve değişim için motivasyon oluşturmaktır. Bu aşamada bireyin hem ambivalansını anlamak önemlidir. Bu nedenle bireyin değişim için içsel motivasyonun bileşenleri olan önem ve güveni belirlemek gerekmektedir. Bunun için basit bir yöntem olan, değişimin önem ve güven boyutu için 0'dan 10'a (0=hiç önemli değil; 10=çok önemli) kadar derecelendirilmiş bir cetvel kullanılmaktadır. Bu aşamada, bireylerin kendi ambivalanslarını araştırmalarına ve değişim için nedenler bulmalarına yardım etmek amacıyla motivasyonel görüşmenin beş başlangıç yöntemi bulunmaktadır. Bunlardan ilk dört başlangıç yöntemi ÖZONAY (özetleme, onaylama, açık uçlu sorular sorma ve yansıtma) kısaltmasıyla özetlenirken beşinci yöntem motivasyonel görüşmeye özgü olan değişim konuşmasını ortaya çıkarmaktır. Bireye değişim konuşmasını destekleyen açık uçlu sorular sorularak, bireyin değişim konuşmasını onaylayarak ve destekleyerek, bireyin değişim konuşmasını bazen seçici şekilde geri yansıtıp ikinci kez duymasını sağlayarak ve değişim konuşması için toparlayıcı, bağlayıcı ve geçiş özetleri sunarak değişim konuşması ortaya

çıkartılmaktadır. Değişim konuşmasını ortaya çıkarma yöntemleri; çağrıştırıcı sorular sorma, önem cetvelini kullanma, karar dengesinin araştırılması, detaylandırma, uç noktaları sorgulama, geçmişe bakma, geleceğe bakma, hedeflerin ve değerlerin araştırılmasıdır. Motivasyonel görüşmenin birinci aşamasında, temel olarak farklılığın büyütülmesi ve netleştirilmesiyle bireyde içsel motivasyon oluşturulmasına odaklanmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

• **İkinci aşama;** değişim planına bağlılığın güçlendirilmesini kapsamaktadır. Bu aşama bireyin değişim için hazır olduğunu fark etmeyle başlar. Değişim için hazır olan bireylerin bazı işaretleri; düşük direnç göstermesi, sorunla ilgili daha az tartışma, karar vermiş gibi rahat, huzurlu ve sakin görünmesi, değişim konuşmasının yapılmaya başlanması, bireyin değişimden sonra yaşamının nasıl olacağı hakkında konuşması ve değişimi denemeye başlamasıdır. Bu tür hazır olma işaretleri, bireyin ikinci aşama olan değişime bağlılığın güçlendirilmesi aşamasına geçtiğini göstermektedir. Bu aşamada, mevcut durumun yansıtıldığı bir özetlemeyle başlamak bağlılığa geçiş için son hazırlık olarak kullanılır ve doğrudan bir anahtar soruya yol açar. Bu sorular, kişiyi değişimi düşünmeye ve konuşmaya cesaretlendirmek için sorulan açık uçlu sorulardır. Bu aşamada gerektiğinde bireye bilgi verilebilir ve tavsiyede bulunulabilir. Birey bir değişim planı ortaya çıkardığında bu planın gelişimi için, hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin değerlendirilmesi, bir plan yapma ve son olarak bağlılık ortaya çıkarma aşamaları konuşulduğunda motivasyonel görüşmenin resmi döngüsü tamamlanmış olmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel, 2009).

2.5.2. Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi vardır. Bunlar; empatiyi ifade etme, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle yuvarlanma, öz-etkililiğin desteklenmesidir (Karadağ ve ark, 2009).

• **Empatiyi ifade etme:** otivasyonel görüşmenin temelidir ve bireyin bakış açısını anlama isteğiyle bireyi saygıyla dinlemektir. Empatik iletişimde, bireyin ambivalansı normal kabul edilir, yansıtılmalı dinleme esastır ve görüşme sürecinin en başından başlayarak süreç boyunca kullanılır (Karadağ ve ark, 2009; Ögel K, 2009).

• **Çelişkilerin ortaya çıkarılması:** Bireyin bakış açısından, ilerideki amaç ve değerleri ile şimdiki davranışı arasında bir çelişki yaratma ve bunu büyütme. Değişim, kişinin şimdiki davranışı ile önemli kişisel amaç ve değerler arasındaki çelişki algısıyla motive edilmektedir. Bu süreçte, bireyin şimdiki durumunun dezavantajları ve davranış değişiminin farkına varılan avantajlarıyla çelişki geliştirilmektedir (Karadağ ve ark, 2009; Ögel K, 2009).

• **Dirençle yuvarlanma:** Motivasyonel görüşmede, bireyin değişim için gösterdiği dirence doğrudan karşı çıkılmamalı, daha çok onunla birlikte yuvarlanılmalıdır. Burada direnç farklı şekilde yanıt vermek için sinyaldir ve birey yeni bakış açılarına davet edilir ancak zorlanmaz (Karadağ ve ark, 2009; Ögel K, 2009). Dirençle yuvarlanırken direnci azaltmada kullanılacak yöntemler iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta, yansıtma dinleme ifadelerinden oluşan basit yansıtma, güçlendirilmiş yansıtma ve çift taraflı yansıtma yöntemi ikinci grupta ise odak değiştirme, yeniden çerçeveleme, çarpıtılarak katılma, kişisel tercih ve kontrolü vurgulama ve yakınlaşma yöntemleri yer almaktadır (Karadağ ve ark, 2009).

• **Öz-etkililiği destekleme:** Değişim için motivasyon sağlamada anahtar unsurdur ve aynı zamanda motivasyonel görüşmenin genel amacı olan bireyin karşılaştığı güçlüklerin üstesinden gelme ve değişimi başarma kapasitesine karşı güveninin geliştirilmesidir. Bireyin kendi değişimine karar vermesi ve yönetmesinden sorumlu olduğunu ve bunu yapmak için yeterli olduğunu varsayılmaktadır. Burada hemşire tarafından verilen mesaj “seni değiştireceğim” olmamalıdır. Daha uygun olan “eğer istersen, sana değişmek için yardımcı olabilirim” dir. Özellikle bu aşamada davranış değiştirme konusunda diğerlerinin başarısı ya da kendi geçmiş başarılarıyla cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

2.5.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Başlangıç Yöntemleri

Bireylerin kendi ambivalanslarını araştırmalarına ve değişim için nedenler bulmalarına yardım etmek amacıyla motivasyonel görüşmede beş başlangıç yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan ilk dört başlangıç yöntemi ÖZONAY (özetleme, onaylama, açık uçlu sorular sorma ve yansıtma) kısaltmasıyla özetlenirken beşinci yöntem motivasyonel görüşmeye özgü olan değişim konuşmasını ortaya çıkartmaktır (Karadağ ve ark, 2009).

• **Açık Uçlu Sorular Sorma:** Motivasyonel görüşmenin ilk aşamasında hastanın kendini rahat ifade edebileceği kabul ve güven ortamı oluşturulması önemlidir. Bu güven ortamının oluşturulmasında iyi bir dinleyici olmanın yanı sıra hastanın konuşmasını teşvik etmek amacıyla açık uçlu sorular sormak önemlidir. Açık uçlu sorular, kısa cevap gerektirmeyen sorulardır (Karadağ ve ark, 2009; Özdemir ve Taşçı, 2013).

• **Yansıtarak Dinleme:** Motivasyonel görüşmenin en önemli becerilerindendir. Dinleme, karşıdaki kişinin söyleyeceklerinin duyulması iken yansıtmalı dinlemede önemli olan unsur kişinin söylediklerine nasıl yanıt verileceğidir. Yansıtmalı dinlemenin temelinde hastanın ne demek istediğinin tahmin edilmesi vardır. Bir yansıtıcı dinleyici hastanın kastettiği şeyin gerçek anlamıyla ilgili bir tahminde bulunur ve bunu bir açıklama şekline dile getirir (Karadağ ve ark, 2009, Özdemir ve Taşçı, 2013).

• **Onaylama:** Motivasyonel görüşme süreci boyunca hastayı doğrudan onaylamak ve desteklemek önemlidir. Onaylama, takdir etme ya da anlayış ifade ederek gösterilebilir. Önemli olan hastanın güçlü yönlerini ve gösterdiği çabanın fark edilerek uygun şekilde onaylanmasıdır (Karadağ ve ark, 2009, Özdemir ve Taşçı, 2013).

• **Özetleme:** Özetleme ifadesi görüşme sürecinde konuşulan konuları birbirine bağlamak ve desteklemek için kullanılır. Özetleme, söylenenleri desteklemenin ve dikkatle dinlediğinizin göstergesi olmakla birlikte hastanın değişim aşamasını üçüncü kez duymasını sağlamaktadır (Karadağ ve ark, 2009; Özdemir ve Taşçı, 2013).

• **Değişim Konuşmasını Ortaya Çıkartmak:** Motivasyonel görüşme sürecinde kullanılan başlangıç yöntemlerinden açık uçlu sorular sorma, yansıtarak dinleme, onaylama ve özetleme başlangıç yöntemlerinden beşincisi olan değişim konuşmasını ortaya çıkarmaya yönelik kullanılmaktadır. Değişim konuşmasının ortaya çıkarılmasında hedeflenen davranış değişikliğinin başlatılmasıdır. Davranış değişiminin gerçekleşmesi değişim konuşmasının uyumuna bağlıdır (Rollnick, Miller ve Butler, 2008). Değişim konuşması dört genel kategoriye ayrılır. Bunlar; şimdiki durumun dezavantajlarını farketme, değişimin avantajlarını farketme, değişimle ilgili iyimserlik ifade etme ve değişim niyeti ifade etmedir. Değişim konuşmasını ortaya çıkarma yöntemleri; çağrıştırmaya sorular sorma, önem cetvelini kullanma, karar dengesinin araştırılması, detaylandırma, uç noktaları sorgulama, geçmişe bakma, geleceğe bakma, hedeflerin ve değerlerin araştırılmasıdır (Karadağ ve ark, 2009).

2.5.4. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik

Motivasyonel görüşmenin başlangıçta alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde etkin bir yöntem olarak kullanıldığı görülürken, günümüzde şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ruhsal hastalıklarda, kalp yetmezliği ve tip 2 diyabetes mellitus gibi kronik hastalıklarda, sigara bırakmada, obezite, HIV/AIDS'den korunma, diyet yönetimi ve egzersiz gibi farklı alanlarda da etkin olduğuna ilişkin araştırma sonuçları bildirilmiştir (Rüsch ve Corrigan, 2002; Ögel, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012; McKenzie ve Chang, 2015). Görüldüğü üzere motivasyonel görüşme ruhsal hastalıklardan kronik hastalıklara, sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda olumlu sağlık davranış değişimi başlatılmasının sağlanmasında kullanılan bir yöntemdir.

Alkol ve madde bağımlılığı alanında ya da ruhsal hastalıklarda motivasyonel görüşme yöntemi genellikle alanda uzman psikoloji ve danışmanlık eğitimi almış kişiler ya da psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanmaktadır (Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009). Psikiyatri alanı dışında tıbbi ortamlarda ise motivasyonel görüşme genellikle bu bölümlerde çalışan hemşireler, doktorlar ve diyetisyenler tarafından kullanılmaktadır (Uysal ve Enç, 2012). Bu disiplinler geleneksel olarak sağlık davranış değişimi ile ilgili genellikle eğitici yöntemler ve bilgi paylaşımıyla ilgili eğitim aldıkları ve bazen hastalara davranış değiştirmeleri için tavsiye vermenin ötesinde kural koyucu biçimde davranabilmektedirler (Karadağ ve ark, 2009). Olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasında hastalara kuralcı, uygulayıcı odaklı ve yönlendirici tekniklerin kullanılması yerine kolaylaştırıcı ve işbirlikçi ruhu olan motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması önerilmektedir (Karadağ ve ark, 2009).

Motivasyonel görüşme süreci ve bilgilendirme temelli geleneksel hasta eğitiminin arasındaki fark bilginin nasıl sunulduğu göz önüne alındığında anlaşılabilir. Bilgilendirme temelli sağlık eğitiminde, sağlık profesyoneli olumsuz davranışı devam ettirmenin risklerini anlatarak davranış değişimini genellikle ikna yoluyla sağlamaya çalışmaktadır. Bu durum "Bu sizin sağlığınız için çok önemli, çünkü ...", "Bu davranış sağlığınız için çok zararlı" gibi cümlelerin kullanıldığı hasta ile iletişimi içermekte ve bu cümleler hastayı değerlendirme yargısı içermektedir. Diğer yandan motivasyonel görüşme yönteminde ise davranış değişiminin sağlanmasında bilgi yansız bir biçimde verilerek,

durumla ilgili yorumu hastanın yapması beklenmektedir. Bir hemşire davranış değişimi sürecinde “Sigarayı bırakmanız sizin için önemli, çünkü nefes darlığına neden oluyor” demek yerine “Sigaranın nefes darlığına neden olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır ve bunun birçok hastanın başına geldiğini gördüm. Ama benim için önemli olan senin bu konuda ne düşündüğün.” şeklinde durumu ifade ederek hastaya olumsuz davranılımları değiştirmesi için fırsat tanınması önemlidir (Karadağ ve ark, 2009).

Hemşirelerin bakım sürecinde, eğitici ve danışmanlık rolünü gerçekleştirirken, etkinliği birçok çalışmayla kanıtlanmış olan motivasyonel görüşme tekniği ile ilgili bilgi ve deneyimlerini artırarak, davranış değişikliği başlatma ve sürdürmede bu tekniği rahatlıkla kullanabilecekleri bildirilmiştir (Miller ve Rollnick, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012; Benzo, 2014). Özellikle kronik hastalıklarda, hastalığa uyumun artırılması, sağlıklı davranışa doğru değişimin sağlanmasında ve öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde hemşireler tarafından yapılan motivasyonel görüşmenin etkili olduğu belirlenmiştir (Walters ve ark, 2012, Özdemir ve Taşçı, 2013; Benzo ve ark, 2014; Mitchell ve ark, 2014).

KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin; hastalık yönetiminde baş etme gücü ve becerisini geliştirmede önemli rol oynadığı diğer taraftan tek başına bilgilendirme temelli hasta eğitiminin hastaları motive etmediği ve olumlu davranış değişimi sağlama ve sürdürülmesinde etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Anlı, 2018; GOLD, 2018). Kocabaş ve arkadaşlarının çalışmasında (2014), ülkemizde özyönetim eğitiminin yeterli şekilde verilemediği, hastaların genel eğitim düzeyinin düşük olduğu, hastalıklarına ilgisiz olduğu, özsaygıları ve tedavi uyumunun düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle; özyönetim eğitimi sırasında hastanın aktif katılımcı olmasının sağlanması, davranış değişimi sürecinde ve motive edici bir iletişim tarzının kullanılması ve hastaların cesaretlendirilmesi gerekmektedir (GOLD, 2018). Bu süreçte hemşireler tarafından verilen özyönetim eğitiminde motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılmasının etkili olduğu belirtilmektedir (Zwar ve ark, 2006; Benzo ve ark, 2014; İncirkuş ve Nahvivan, 2015). Benzo ve arkadaşları (2014) ve Mitchell ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmalarda, KOAH hastalarında davranış değişimi sağlamada motivasyonel görüşme yöntemini içeren özyönetim müdahalesinin hastaların öz-etkililik düzeyini ve özyönetim konusundaki katılımlarını arttırdığı belirlenmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, randomize, ön test-son test kontrol gruplu deneysel araştırma özelliğindedir. (Nahcivan, 2014).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde 2 Mart- 26 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane Arif Cerit ve Dr. Abdullah Sayiner Hizmet Binası olmak üzere iki binadan oluşmaktadır. Dr. Abdullah Sayiner Hizmet Binası'nda Göğüs Hastalıkları Polikliniği (5), Pulmoner Rehabilitasyon (PR) Ünitesi, Uyku Laboratuvarı, Bronkoskopi Ünitesi, 12 yataklı Tüberküloz Servisi, 28 yataklı Kadın ve 43 yataklı Erkek Göğüs Hastalıkları Servisi, Arif Cerit Hizmet Bina'sında 5 yataklı Göğüs Hastalıkları Servisi olmak üzere toplam 88 yatak göğüs hastalıkları hastaları için kullanılmaktadır. Hastanede 6 Göğüs Hastalıkları uzman doktoru görev yapmaktadır. Hemşireler iki shift şeklinde görev yapmaktadır. Her bölümde gündüz shiftinde (08.00-16.00) ortalama 4, gece shiftinde (16.00-08.00) ortalama 2 olmak üzere toplam 20 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler, serviste yatan hastaların tıbbi tedavi ve bakımlarını sürdürmektedir. PR ünitesi yatan hastalara hizmet vermekte ancak PR ekibinde yer alan nitelikli personelin görevlendirilmesinde yaşanan aksaklıklar nedeniyle aktif olarak çalışmamaktadır. Diğer taraftan polikliniğe ayaktan başvuru yapan hastalara bir hemşire ilaç eğitimi vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini, Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde son bir yılda (Ocak 2016-Aralık 2016) KOAH tanısıyla yatarak tedavi gören 1308 hasta oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G power istatistiksel analiz programında, yüksek düzeydeki etki büyüklüğü ($d=0.8$) tahmini, %95 güç ve %95 güven düzeyinde en az ulaşılması gereken hasta sayısı toplam 70 olarak hesaplanmıştır (Benzo ve ark,2013; Özkaptan, 2013). Araştırmanın örneklemini, veri kaybı olasılığı göz önünde bulundurularak desen etkisi 1.1 alınmış toplam 80 hasta olarak belirlenmiştir. Böylece araştırma örneklemini; Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Göğüs Hastalıkları servisinde KOAH tanısıyla yatarak tedavi gören, deney grubu 40 ve kontrol grubu 40 olmak üzere toplam 80 KOAH hastası oluşturmuştur. Araştırmanın uygulama sürecinde, deney grubundan 1 hasta motivasyonel görüşme süreci tamamlanmadan taburcu olması ve kontrol grubundan 1 hastaya taburcu olduktan sonra izlem yapılamaması nedeniyle araştırmanın istatistiksel analizine dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. KOAH tanısı ile yatarak tedavi görmek,
2. Okuryazar olmak,
3. Soruları cevaplayacak bilişsel ve zihinsel yeterliliğe sahip olmak,
4. Hastalık semptomlarının iletişimi engellemeyecek düzeyde olmasıdır.

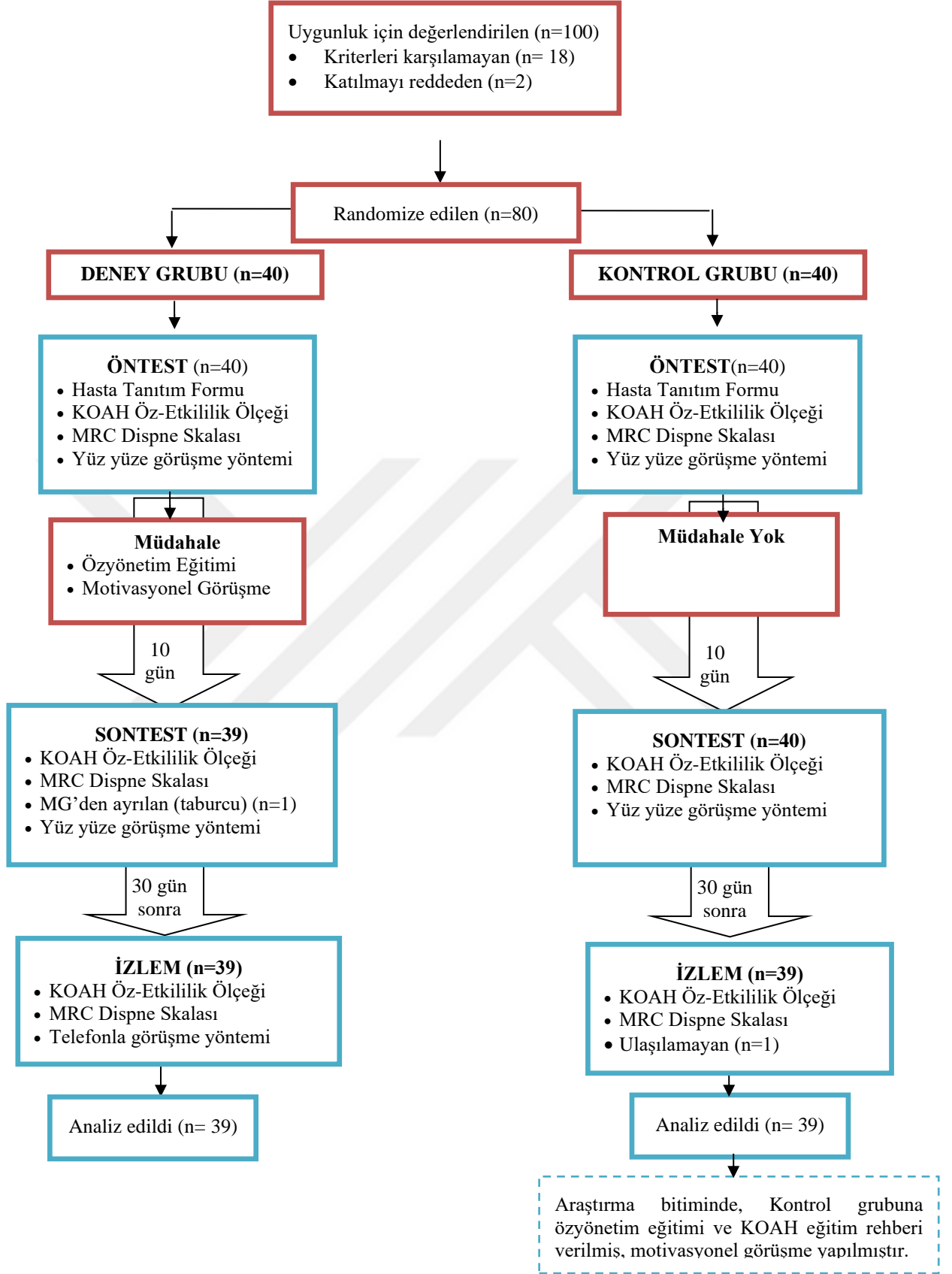
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Hastanın akut alevlenme döneminde olması,
2. Dispnesinin koopere olmasını önleyecek düzeyde olması,
3. Görme, işitme ve konuşma ile ilgili duyuşsal kaybı bulunması,
4. İletişime engel olacak bilişsel ve zihinsel bozukluğunun bulunmasıdır.

3.5. Randomizasyon

Araştırmada, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Kura torbasına 40 adet "deney" ve 40 adet "kontrol" yazılı kağıtlar katlanıp konulmuştur. KOAH tanısı ile yatarak tedavi gören hastalara odalarında ulaşılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve katılmayı kabul eden hastalar protokol numarasına göre sıralanmıştır. Hastalar protokol numaralarına göre sırasıyla kura torbasından çekilen "deney" ve "kontrol" yazılı kağıtlar ile rastgele çıkan sonuca göre deney ve kontrol gruplarına dahil edilmiştir. Çekilen kura kağıtları tekrar torbaya atılmamıştır. Bu işleme, yeterli örnekleme ulaşana kadar yeni yatışı yapılan her hasta için devam edilmiştir. Her hasta için gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınarak araştırma verilerinin toplanmasına ve uygulamasına başlanmıştır.

Bu araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir araştırma tasarımında olması nedeniyle, randomize kontrollü araştırmaların raporlamasının geliştirilmesinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılan CONSORT 2010 (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) raporunda belirtilen kontrol listesindeki maddeler göz önünde bulundurulmuş ve araştırmanın CONSORT 2010 uygulama akış şeması şekil 1' de sunulmuştur.



Şekil 1. Araştırmanın CONSORT 2010 Uygulama Akış Şeması

Bu araştırmada, deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme öncesinde öntestte karşılaştırılmış, deney ve kontrol grubu hastaları arasında sosyodemografik, sosyoekonomik, sigara ve alkol kullanım durumu, KOAH'a ilişkin özellikleri, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, yaşadıkları eve ilişkin özellikler ve KOAH eğitimine katılma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastalarının algılanan gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve pulmoner rehabilitasyon programına katılma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastalar arasında anlamlı fark olmaması, deney ve kontrol grubu hastalarının belirtilen özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir (Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7, Tablo 8).

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Sosyodemografik Özellikler | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|----------------------------|-------|------|---------|------|--------|------|-----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2†} | p |
| Yaş | | | | | | | | |
| 65 yaş altı | 14 | 35.9 | 17 | 43.6 | 31 | 39.7 | 0.482 | 0.488 |
| 65 yaş üstü | 25 | 64.1 | 22 | 56.4 | 47 | 60.3 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Kadın | 0 | 0 | 2 | 5.1 | 2 | 2.6 | 2.053 | 0.152 |
| Erkek | 39 | 100 | 37 | 94.9 | 76 | 97.4 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Evli | 29 | 74.4 | 35 | 89.7 | 64 | 82.1 | 3.134 | 0.077 |
| Bekar | 10 | 25.6 | 4 | 10.3 | 14 | 17.9 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| Okuryazar | 6 | 15.4 | 8 | 20.5 | 14 | 17.9 | 0.348 | 0.555 |
| İlkokul ve üzeri* | 33 | 84.6 | 31 | 79.5 | 64 | 82.1 | | |
| Meslek | | | | | | | | |
| Emekli | 31 | 79.5 | 31 | 79.5 | 62 | 79.5 | | |
| Çalışıyor | 8 | 20.5 | 6 | 15.4 | 14 | 17.9 | 2.286 | 0.319 |
| Ev Hanımı | 0 | 0 | 2 | 5.1 | 2 | 2.6 | | |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

* Deney grubundan bir kişi lise, kontrol grubundan iki kişi ortaokul mezunu; † Ki-Kare Testi

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyoekonomik Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Sosyoekonomik Özellikler | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|--------------------------|-------|------|---------|------|--------|------|-----------------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2†} | p |
| Çalışma Durumu | | | | | | | | |
| Çalışmıyor | 34 | 87.2 | 37 | 94.9 | 71 | 91 | 1.412 | 0.235 |
| Çalışıyor | 5 | 12.8 | 2 | 5.1 | 7 | 9 | | |
| Gelir Kaynağı | | | | | | | | |
| Yok | 0 | 0 | 1 | 2.6 | 1 | 1.3 | 1.143 | 0.767 |
| Emekli Maaşı | 31 | 79.5 | 31 | 79.5 | 62 | 79.5 | | |
| Yaşlılık Aylığı | 4 | 10.3 | 3 | 7.7 | 8 | 10.3 | | |
| Mal Varlığı | 4 | 10.3 | 4 | 10.3 | 7 | 9 | | |
| Gelir Durumu | | | | | | | | |
| Gelir giderden az | 22 | 56.4 | 33 | 84.6 | 55 | 70.5 | 7.461 | 0.006* |
| Gelir gidere denk | 17 | 43.6 | 6 | 15.4 | 23 | 29.5 | | |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

*p<0,05; † Ki-Kare Testi

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sigara ve Alkol Kullanım Durumunun Karşılaştırılması

| Sigara ve Alkol Kullanım Durumu | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|---------------------------------|-------|------|---------|------|--------|------|-----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2*} | p |
| Sigara Kullanım Durumu | | | | | | | | |
| Halen içen | 7 | 17.9 | 9 | 23.1 | 16 | 20.5 | 4.871 | 0.088 |
| Bırakan | 32 | 82.1 | 26 | 66.7 | 58 | 74.4 | | |
| Hiç içmeyen | 0 | 0 | 4 | 10.3 | 4 | 5.1 | | |
| Alkol Kullanım Durumu | | | | | | | | |
| Halen içen | 1 | 2.5 | 3 | 7.7 | 4 | 5.1 | 2.820 | 0.244 |
| Bırakan | 15 | 38.5 | 9 | 23.1 | 24 | 30.8 | | |
| Hiç içmeyen | 23 | 59 | 27 | 69.2 | 50 | 64.1 | | |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

*Ki-Kare Testi

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının KOAH'a İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

| KOAH'a İlişkin Özellikler | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|-------------------------------------|-------|------|---------|------|--------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | X ² | p |
| KOAH hastası olma süresi | | | | | | | | |
| 1-5 yıl | 24 | 61.5 | 22 | 56.4 | 46 | 59.0 | 0.270 | 0.874 |
| 6-9 yıl | 3 | 7.7 | 4 | 10.3 | 7 | 9.0 | | |
| 10 ve üzeri | 12 | 30.8 | 13 | 33.3 | 25 | 32.1 | | |
| Hastaneye yatış sayısı (yıl) | | | | | | | | |
| 1 defa | 12 | 30.8 | 9 | 23.1 | 21 | 26.9 | 0.606 | 0.738 |
| 2 defa | 5 | 12.8 | 6 | 15.4 | 11 | 14.1 | | |
| 3 ve üzeri | 22 | 56.4 | 24 | 61.5 | 46 | 59.0 | | |
| Evde oksijen kullanımı | | | | | | | | |
| Kullanmayan | 31 | 79.5 | 29 | 74.4 | 60 | 76.9 | 0.289 | 0.591 |
| Kullanan | 8 | 20.5 | 10 | 25.6 | 18 | 23.1 | | |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

*p<0.05; † Ki-Kare Testi

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

| İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Özellikler | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|---|-------|-------|---------|-------|--------|-------|-----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2*} | p |
| İlaç kullanım durumu | | | | | | | | |
| Düzensiz kullanma | 12 | 30.8 | 10 | 25.6 | 22 | 28.2 | 0.253 | 0.615 |
| Önerilen şekilde kullanma | 27 | 69.2 | 29 | 74.4 | 56 | 71.8 | | |
| İlaç eğitimi alma | | | | | | | | |
| Almayan | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Alan | 39 | 100.0 | 39 | 100.0 | 78 | 100.0 | | |
| İlaç eğitimi veren kişi | | | | | | | | |
| Doktor | 7 | 17.9 | 4 | 10.3 | 11 | 14.1 | 0.953 | 0.329 |
| Hemşire | 32 | 82.1 | 35 | 89.7 | 67 | 85.9 | | |
| Toplam | 39 | 100.0 | 39 | 100.0 | 78 | 100.0 | | |

*Ki-Kare Testi

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yaşadıkları Eve İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Yaşanılan Eve İlişkin Özellikler | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|----------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------|---------------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2†} | p |
| Ev Tipi | | | | | | | | |
| Müstakil tek katlı | 25 | 64.1 | 32 | 82.1 | 57 | 73.1 | | |
| Apartman dairesi | 14 | 35.9 | 7 | 17.9 | 21 | 26.9 | 3.193 | 0.074 |
| Yaşadığı kişi/kişiler | | | | | | | | |
| Yalnız | 11 | 28.2 | 2 | 5.1 | 13 | 16.7 | | |
| Eşi/ Çocukları | 28 | 71.8 | 37 | 94.9 | 65 | 83.3 | 7.477 | 0.006* |
| Isınma şekli | | | | | | | | |
| Soba | 33 | 84.6 | 33 | 84.6 | 66 | 84.6 | | |
| Kalorifer | 6 | 15.4 | 6 | 15.4 | 12 | 15.4 | 0.000 | 1.000 |
| Rutubet durumu | | | | | | | | |
| Yok | 37 | 94.9 | 33 | 84.6 | 70 | 89.7 | | |
| Var | 2 | 5.1 | 6 | 15.4 | 8 | 10.3 | 2.229 | 0.135 |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

*p<0.05; † Ki-Kare Testi

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının KOAH Eğitime ve Pulmoner Rehabilitasyon (PR) Programına Katılma Durumunun Karşılaştırılması

| KOAH Eğitime ve PR Programına Katılma Durumu | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------|---------------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2†} | p |
| KOAH Eğitime Katılım | | | | | | | | |
| Katılmayan | 38 | 97.4 | 38 | 97.4 | 76 | 97.4 | 0.000 | 1.000 |
| Katılan | 1 | 2.6 | 1 | 2.6 | 2 | 2.6 | | |
| PR Programına Katılım | | | | | | | | |
| Katılmayan | 31 | 79.5 | 38 | 97.4 | 69 | 88.5 | | |
| Katılan | 8 | 20.5 | 1 | 2.6 | 9 | 11.5 | 6.155 | 0.013* |
| Toplam | 39 | 100 | 39 | 100 | 78 | 100 | | |

*p<0.05; † Ki-Kare Testi

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Kronik Hastalık Durumunun Karşılaştırılması

| Kronik Hastalık Durumu | Deney | | Kontrol | | Toplam | | Test Değeri | |
|---------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|-----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | X ^{2*} | p |
| Kronik Hastalık | | | | | | | | |
| Yok | 19 | 48.7 | 13 | 33.3 | 32 | 41.0 | | |
| Var | 20 | 51.3 | 26 | 66.7 | 46 | 59.0 | 1.908 | 0.167 |
| Diyabetes Mellitus | | | | | | | | |
| Yok | 32 | 82.1 | 28 | 71.8 | 60 | 76.9 | | |
| Var | 7 | 17.9 | 11 | 28.2 | 18 | 23.1 | 1.156 | 0.282 |
| Hipertansiyon | | | | | | | | |
| Yok | 30 | 76.9 | 28 | 71.8 | 58 | 74.4 | | |
| Var | 9 | 23.1 | 11 | 28.2 | 20 | 25.6 | 0.269 | 0.604 |
| Böbrek yetmezliği | | | | | | | | |
| Yok | 38 | 97.4 | 38 | 97.4 | 76 | 97.4 | | |
| Var | 1 | 2.6 | 1 | 2.6 | 2 | 2.6 | 0.000 | 1.000 |
| Kalp hastalığı | | | | | | | | |
| Yok | 28 | 71.8 | 26 | 66.7 | 54 | 69.2 | | |
| Var | 11 | 28.2 | 13 | 33.3 | 24 | 30.8 | 0.241 | 0.624 |
| Prostat | | | | | | | | |
| Yok | 35 | 89.7 | 30 | 76.9 | 65 | 83.3 | | |
| Var | 4 | 10.3 | 9 | 23.1 | 13 | 16.7 | 2.308 | 0.129 |
| Toplam | 39 | 100.0 | 39 | 100.0 | 78 | 100.0 | | |

*Ki-Kare Testi

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından "Hasta Tanıtım Formu (Ek 5)", "KOAİ Öz-Etkililik Ölçeği (COPD Self-Efficacy Scale- CSES) (Ek 6)" "MRC (Medical Research Council-MRC) Dispne Skalası (Ek 7)", kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 5)

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan "Hasta Tanıtım Formu" üç bölümden oluşmaktadır (Ek 5). Birinci bölümde hastalara ait tanıtıcı bilgiler (hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir kaynağı) yer almaktadır. İkinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler (sigara ve alkol kullanım durumu, KOAH süresi, son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, kronik hastalık durumu, evde oksijen kullanma durumu, KOAH'la ilgili eğitim programına veya Pulmoner Rehabilitasyon programına katılma durumu) bulunmaktadır. Üçüncü bölüm ise yaşanan eve ilişkin özellikleri (ev tipi, evde birlikte yaşanan kişi/kişiler, ısınma şekli, rutubet durumu) kapsamaktadır (Metin, 2011; Yıldırım, 2011; Abul ve Özlü, 2013; Özkaptan, 2013; Sağlam ve Kaşıkçı, 2013; Üstünova ve Nahcivan, 2013; Kocabaş ve ark, 2014; Köktürk ve ark, 2017; GOLD, 2018) (Ek 5).

3.6.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (COPD Self-Efficacy Scale- CSES) (Ek 6)

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, KOAH hastalarının belirli aktiviteleri gerçekleştirmede nefes darlığını yönetebilmeleri veya sakınmalarına ilişkin kendilerine olan güven düzeyini belirlemek üzere Wigal ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek toplam 34 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Ek 6). Ölçeği oluşturan maddelerin "Şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz" sorusu ile cevaplanması beklenmektedir. Ölçek beşli likert tipi özelliğindedir ve "5=çok güvenli", "1=hiç güvenli değil"i ifade etmektedir (Kara ve Mirici, 2002). Ölçeğin alt boyutlarını; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri oluşturmaktadır. Olumsuz etki boyutu; çaresizlik, yetersizlik ve yoksunluk gibi stresli durumlarda nefes darlığını yönetme veya sakınmaya yönelik güven düzeyini, duygusal durum boyutu; kızgınlık, korku ve yaşamla ilgili durumlarda nefes darlığını yönetme veya sakınmaya yönelik güven düzeyini; fiziksel çaba boyutu; çok hızlı ve acele ile merdiven çıkma gibi nefes darlığına neden olabilecek durumlarda nefes darlığını yönetme veya sakınmaya yönelik güven düzeyini, hava/çevre etkisi; nem ve soğuk gibi olumsuz hava koşullarında nefes darlığını yönetme veya sakınmaya yönelik güven düzeyini, davranışsal risk faktörleri ise diyete uyulmadığında ve solunum sıkıntısı yaşadıklarında nefes darlığını

yönetme veya sakınmaya yönelik güven düzeyini ölçmektedir. Ölçeğin beş alt boyutunda yer alan maddelere verilen puanların toplanmasıyla her alt boyuta ait toplam puan belirlenmektedir. Ölçek alt boyut skoru; her alt boyuttaki puanların, alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile belirlenmektedir. Ölçeğin genel puanı, ölçek alt boyutlarına ait puanların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin genel skoru, genel puanın ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesi ile belirlenmektedir. Ölçeğin puan veya skor yükselmesi belirlenen bölümleri, nefes darlığını yönetme veya sakınmaya ilişkin güven düzeyinin arttığını göstermektedir (Kara ve Mirici, 2002). Wigal ve arkadaşları (1991) tarafından, ölçeğin güvenirlik düzeyini $r=0.77$, iç tutarlılığını 0,95 olarak bildirilmiştir (Wigal ve ark, 1991). Ölçeğin ülkemizdeki geçerliliği Kara ve Mirici tarafından (2002) çalışılmış ve test tekrar güvenirliği $r=0.89$, iç tutarlılığı 0,94 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada yapılan güvenirlik analizi sonuçlarına göre cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise; olumsuz etki 0.90; duygusal durum 0,90; fiziksel çaba 0.91; hava/çevre etkisi 0,96; davranışsal risk faktörleri 0,92 olarak belirlenmiştir.

3.6.3. MRC (Medical Research Council) Dispne Skalası (Ek 7)

MRC dispne skalası, ilk kez Fletcher (1952) tarafından kullanılmış sonrasında ise sonra İngiliz Tıbbi Araştırma Kurulu (1996) tarafından geliştirilmiştir. Bu skala, nefes darlığına neden olan bazı aktivite tanımlamalarından oluşan ve nefes darlığını algılama düzeyleri hakkında bilgi veren bir ölçme aracıdır (Bestall ve ark, 1999) (Ek 6). Hastaların algıladıkları dispne derecesi hakkında bilgi vermektedir. MRC Dispne skalası, beş basamaktan oluşmakta ve hastalardan kendilerinde nefes darlığı meydana getiren en uygun aktivite düzeyini seçmeleri istenmektedir. Puanlama 0-4 arasındadır ve 0 puan, dispne yok; 1 puan hafif dispne (düz yerde hızlı hareket ederken ve hafif yokuş çıkarken solunum sıkıntısı olması); 2 puan orta şiddette dispne (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklaması); 3 puan şiddetli dispne (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durması) ve 4 puan çok şiddetli dispne (evde günlük işlerini yaparken elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tuvalete giderken nefessiz kalması) şeklinde puanlanmaktadır. Ülkemizde, dispne değerlendirilmesinde MRC dispne skalasının güvenle kullanılabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiş ancak tek yönlü bir skala olması nedeniyle Cronbach alfa katsayısı değerlendirilmemiştir (Özalevli ve Uçan, 2004; Tepetam, 2007; Arslan, 2008; Kara ve Yıldız, 2013; Yürüktümen ve ark, 2009; Güneş ve ark, 2012).

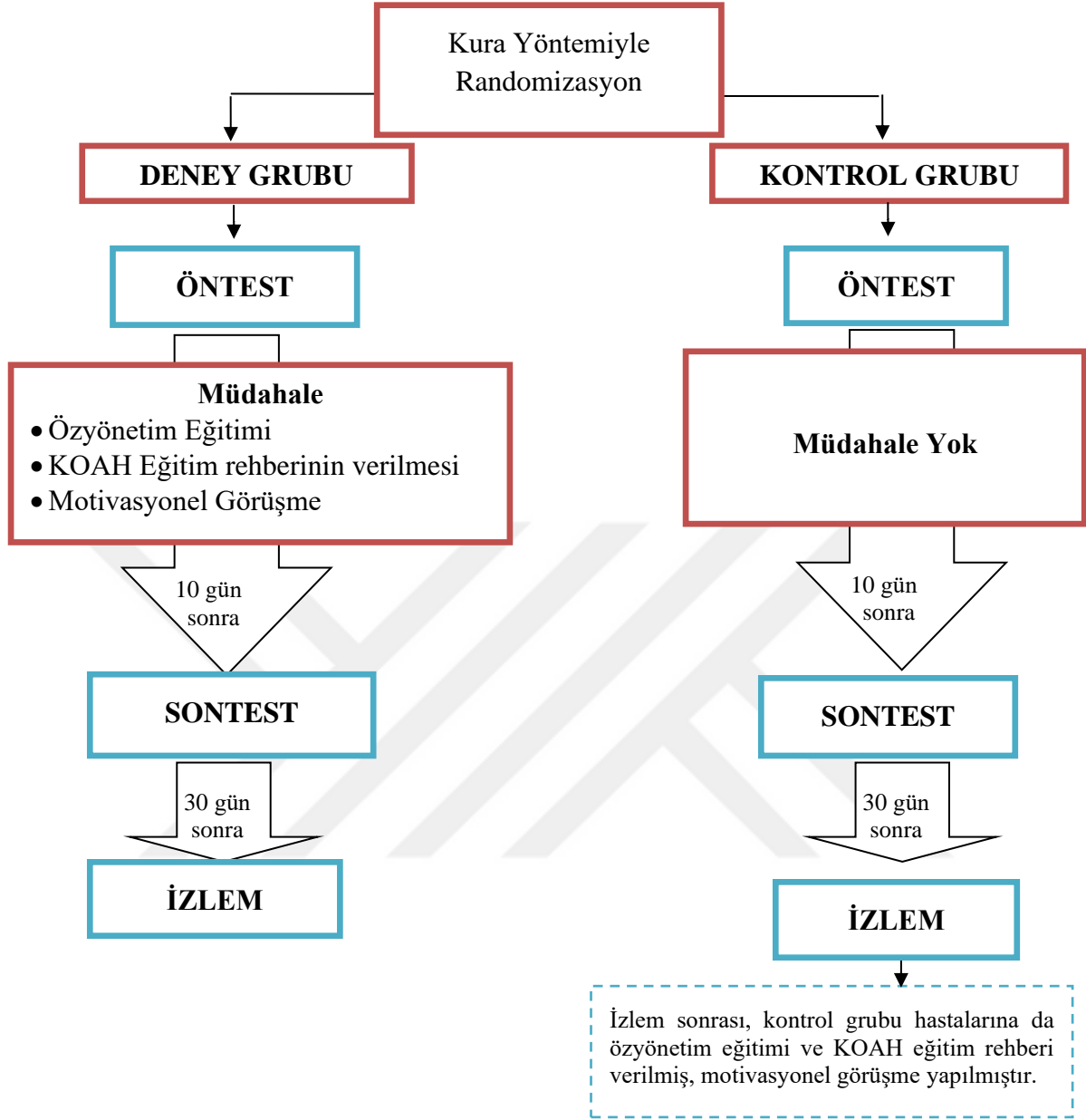
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulama Süreci

Araştırmanın uygulama süreci, gerekli etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra 2 Mart- 26 Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Ek 8; Ek 9; Ek 10). Araştırmanın ön uygulaması; veri toplamak için geliştirilen formların işlerliğini saptamak ve araştırmanın müdahale süreci ile ilgili olası sorunları belirlemek amacıyla 2-5 Mart 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 5 KOAH hastası ile yapılmıştır (Ek 9; 10). Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında ve müdahale sürecinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan hastalar örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

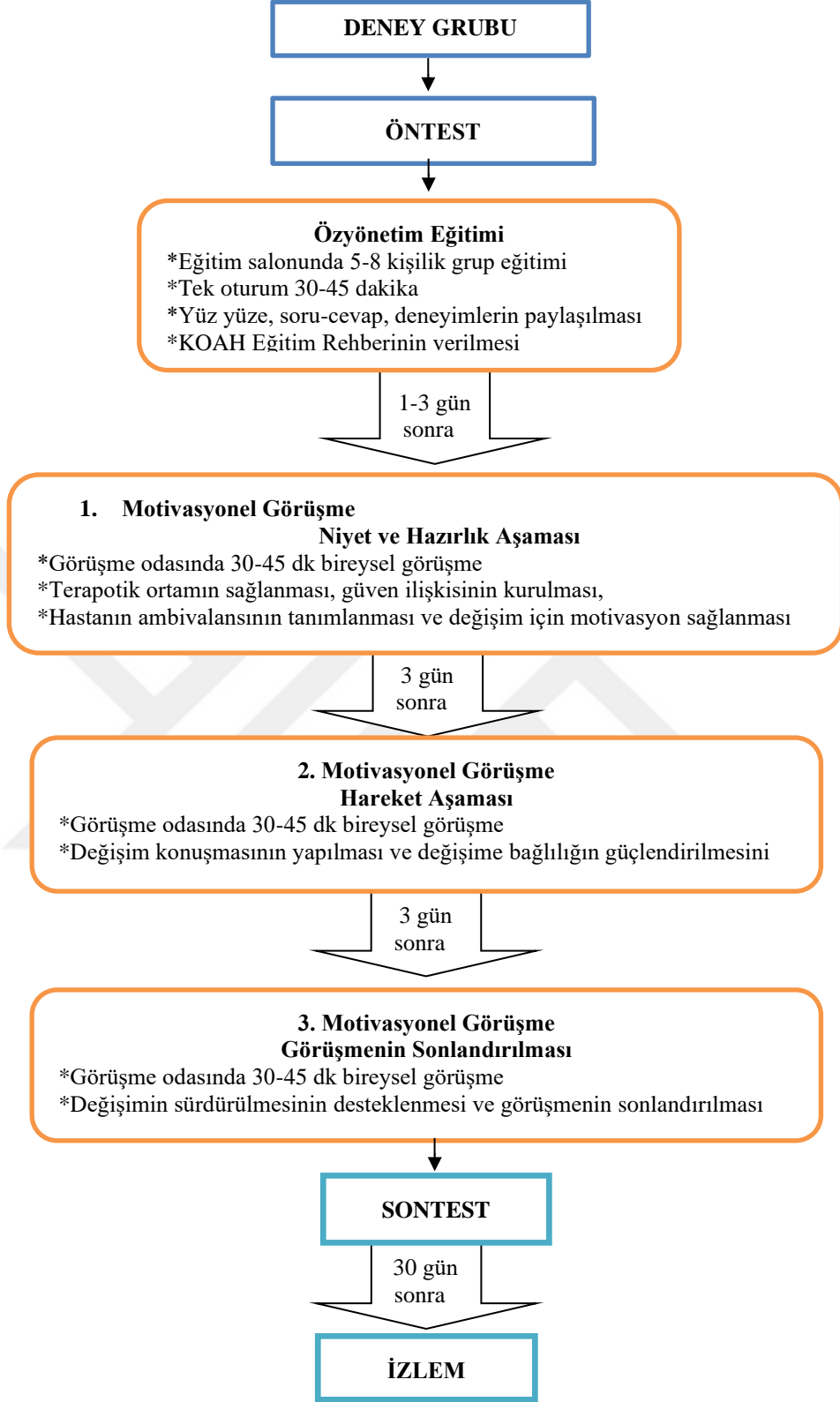
Araştırmanın ön uygulama süreci bittikten sonra araştırmanın uygulamasına başlanmıştır. Veri toplama ve müdahale süreci tedavi ve bakım saatleri dışında hastaların uygun olduğu zamanlarda planlanmıştır. Yatarak tedavi gören KOAH hastalarına odalarında ulaşılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve katılmayı kabul eden hastalar protokol numarasına göre sıralanıp deney ve kontrol grubuna kura yöntemiyle dahil edilmiştir. Deney ve kontrol grubuna dahil edilen her hastanın sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır. Veriler hastalardan bireysel olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile görüşme için ayrılan bir odada anket formu yöntemiyle toplanmıştır. Anket sorularını işaretleme güçlüğü çeken hastalara sorular sorulmuş, hastaların verdiği cevaplar işaretlenmiştir. Deney grubu hastalarına özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme müdahalesinde bulunulmuş, kontrol grubu hastalarına herhangi bir müdahalede bulunulmadan rutin bakıma devam edilmiştir. Deney grubu hastalarına verilen **özyönetim eğitimi**, 5-8 kişilik gruplar halinde hastanenin eğitim salonunda verilmiştir. Bu eğitim tek oturumda verilmiş olup yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür. (Şendir ve Acaroğlu, 2002; Kara ve Mirici, 2002; Anlı, 2018; GOLD, 2018). Özyönetim eğitimi, yüz yüze, soru-cevap yöntemi ile deneyimlerin paylaşıldığı ve grup etkileşiminin sağlandığı bir atmosferde görsel eğitim materyallerinden yararlanılarak verilmiştir. Özyönetim eğitimi sonunda hastalara ilgili literatür ve programın içeriği doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan KOAH Eğitim Rehberi (Ek 11) verilmiştir (Kara ve Aşti, 2002; Effing, 2012; Mitchell ve ark, 2014; Kocabaş ve ark, 2014; Benzo ve ark, 2014; GOLD, 2018). Özyönetim eğitim programından 1-3 gün sonra deney grubu hastalarıyla hastanenin belirlenen bir görüşme odasında ilk motivasyonel görüşme yapılmıştır. **Motivasyonel görüşme**, her hastayla bireysel olarak planlanmış ve 3 gün arayla

toplam 3 seansta yapılmıştır. Her motivasyonel görüşme yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür (Ögel, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012). Özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme sürecinin sonunda (öntestten 10 gün sonra) deney ve kontrol grubu hastalarına sontest uygulanmıştır. Sontest uygulamasından 1 ay (30 gün) sonra izlem verileri toplanmıştır. Veriler, önteste ve sonteste yüz yüze, izlem aşamasında telefonla görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın bitiminde, araştırma etiğine uygun olarak deney grubundaki hastalara verildiği gibi kontrol grubu hastalarına özyönetim eğitimi ve KOAH eğitim rehberi verilmiş, bireysel motivasyonel görüşme yapılmıştır. Araştırmanın uygulama şeması Şekil 2’de, deney grubu uygulama şeması Şekil 3’de sunulmuştur.





Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması



Şekil 3. Deney Grubunun Uygulama Akış Şeması

3.7.1. Özyönetim Eğitimi Süreci

Özyönetim eğitimi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yetkin Prof. Dr. Fatma Demirkıran ile Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde 7 yıl süresince KOAH hastalarına hemşirelik bakımı veren ve motivasyonel görüşme tekniği eğitimi alan araştırmacı tarafından hazırlanan özyönetim eğitim planına göre uygulanmıştır (Ek 14, Ek 16). Özyönetim eğitimi, deney grubu hastalarına öntestten sonra, hastanenin eğitim salonunda verilmiştir. Özyönetim eğitimi, yetişkin grup eğitimine uygun kişi sayısı ve zaman göz önünde bulundurularak 5-8 kişilik gruplar halinde yaklaşık 30-45 dakikalık bir oturum şeklinde yapılmıştır (Şendir ve Acaroğlu, 2002; Kara ve Mirici, 2002; Anlı, 2018; GOLD, 2018). Özyönetim eğitimi, hastaların gereksinimleri göz önüne alınarak güncel araştırmalar ve kanıta dayalı tedavi rehberleri incelenerek hazırlanmıştır (Kara ve Aştı, 2002; Effing, 2012; Mitchell ve ark, 2014; Kocabaş ve ark, 2014; Benzo ve ark, 2014; GOLD, 2018). Özyönetim eğitim programı, KOAH hakkında genel bilgiler, sigarayı bırakma, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite, solunum egzersizleri, enerji koruma teknikleri, beslenme, stresle baş etme, uzun süreli oksijen tedavi ve düzenli sağlık kontrolleri konularını içermektedir (Kara ve Aştı, 2004; Effing ve ark, 2012; GOLD, 2018). Bu içeriğe uygun olarak araştırmacı tarafından bir sunum hazırlanıp, projeksiyon cihazıyla duvara yansıtılmış ve konu başlıkları üzerinden hastaların aktif katılımı sağlanarak, soru-cevap yöntemiyle deneyimlerin paylaşıldığı ve grup etkileşiminin sağlandığı bir atmosferde sunulmuştur.

Özyönetim eğitim programı için görüşülen deney grubu hastalarına eğitim hakkında kısa bilgi verilip, eğitimin saati ve yeri bildirilmiştir. Eğitim öncesi, eğitim salonu tüm hastaların birbirini ve projeksiyon cihazı ile duvara yansıtılan eğitim sunumunu görebilecekleri şekilde oturma planı oluşturulmuştur. Özyönetim eğitim programına gelen tüm hastalara "KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın özyönetim eğitim programına hoş geldiniz" diyerek güvenli, güler yüzle ve pozitif bir giriş yapılmıştır. Araştırmacı, kendini tanıtmış, özyönetim eğitiminin amacı, içeriği ve süresi ile ilgili kısa bir giriş yapmış ve programa başlamadan önce hastaların programa uyum sağlamaları amacıyla kısaca kendilerini tanıtmaları, hastalıkla ilgili deneyimleri ve eğitim konusuyla ilgili düşünceleri hakkında bilgi vermeleri sağlanmıştır. Özyönetim eğitimi süresince, empatik bir atmosferde hastaların aktif katılımı ile açık uçlu soru-cevap yöntemiyle hastalıkla ilgili deneyimlerini paylaşmaları sağlanmıştır. Özyönetim eğitimi sonunda,

hastalardan geri bildirim alınarak, program özetlenmiş, katkıları için teşekkür edilmiş ve araştırmacı tarafından hazırlanan KOAH eğitim rehberi (Ek 11) her hastaya dağıtılmıştır. Hastalarla bir sonraki aşama olan bireysel motivasyonel görüşmeler için planlama yapılmıştır.

3.7.2. KOAH Eğitim Rehberi Hazırlama Süreci

KOAH Eğitim Rehberi, araştırmacı tarafından hastaların gereksinimleri göz önüne alınarak güncel araştırmalar ve kanıta dayalı tedavi rehberleri incelenerek hazırlanmıştır (Kara ve Aşti, 2002; Effing, 2012; Mitchell ve ark, 2014; Kocabaş ve ark, 2014; Benzo ve ark, 2014; GOLD, 2018). Bu rehber, KOAH hasta eğitim ilkeleri ve yaşlı hasta eğitimi için önerilen nitelikte kısa ve anlaşılır şekilde hazırlanmıştır (Şendir ve Acaroğlu, 2002; Anlı, 2018). Kitapçığın okunabilirliği Ateşman (1998) Türkçe okunabilirlik formülüyle hesaplanmış, kolay okunabilir metin düzeyinde bulunmuştur (77,76). Eğitim rehberinin yazı özelliklerinde; 14 punto büyüklüğünde, 1,5 satır aralıklı yazı tercih edilmiştir. Eğitim rehberi oluşturulduktan sonra uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri tez danışmanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi (1), Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi (1), Göğüs Hastalıkları Servis hemşiresi (1), Göğüs Hastalıkları Uzmanı (1)'ndan alınmış ve verilen önerilere göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulama değerlendirmesinde, uygulamaya katılan deney grubunda 5 hastanın da değerlendirmesi sonucunda eğitim rehberinin basımı ve çoğaltılması yapılmıştır (Ek 11). KOAH Eğitim Rehberi; KOAH hakkında genel bilgiler, sigarayı bırakma, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite, solunum egzersizleri, enerji koruma teknikleri, beslenme, stresle baş etme, uzun süreli oksijen tedavi ve düzenli sağlık kontrolleri konularını içermektedir (Kara ve Aşti, 2004; Effing ve ark, 2012; GOLD, 2018) (Ek 11).

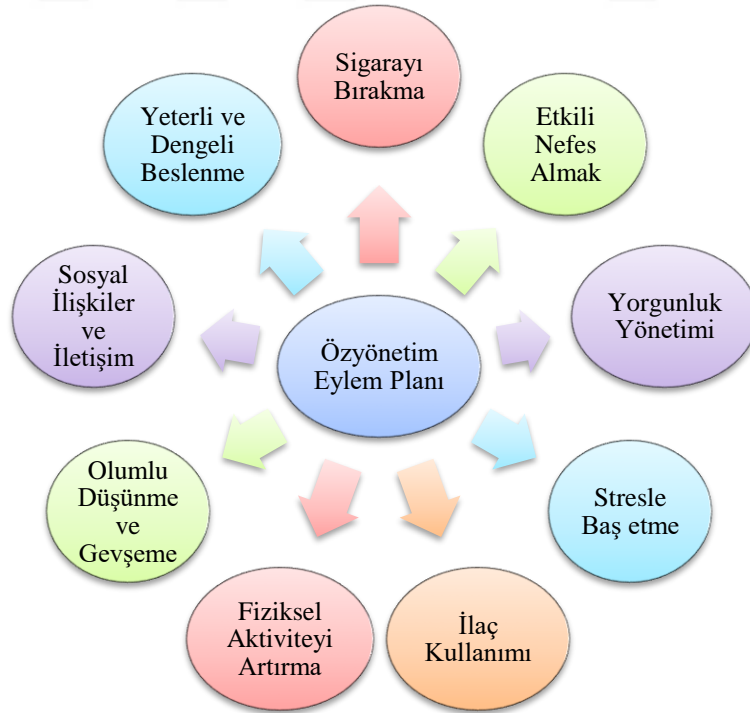
3.7.3. Motivasyonel Görüşme Süreci

Motivasyonel görüşme süreci, deney grubu hastaları ile özyönetim eğitiminden 1-3 gün sonra her hastayla bireysel olarak 3 gün arayla toplam 3 seansta yapılmıştır. Her motivasyonel görüşme yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür (Ögel, 2009; Özcan, 2009; Walpole ve ark, 2011, Sjöling ve ark, 2011; Uysal ve Enç, 2012). İlk görüşme; terapotik ortamın sağlanması ve güven ilişkisinin kurulmasının ardından, hastanın ambivalansını çözmek ve değişim için motivasyon oluşturulmasını sağlayan niyet ve hazırlık aşamasından (Ek 1) ikinci görüşme; değişim konuşmasının yapılması ve değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini sağlayan hareket aşamasından (Ek 2), üçüncü görüşme ise; değişimin sürdürülmesinin desteklenmesi ve görüşmeyi sonlandırma aşamalarından oluşmaktadır (Ek 3). Her görüşmenin temelinde; empatiyi ifade etme, ilerideki amaçları ile şimdiki davranışı arasında bir çelişki geliştirme, dirence doğrudan karşı çıkmak yerine dirençle yuvarlanma ve özgül bir konuyu uygulamada bireyin kendi yeteneğine olan inancı olarak tanımlanan özyeterliliği desteklemek bulunmaktadır. Motivasyonel görüşme sürecinde, her hastanın öz-etkililiğini geliştirilmesinde gereksinim duyduğu konular temel alınmıştır ve motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak görüşme gerçekleştirilmiştir. Motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu ve görüşmelerde kullanılan kolaylaştırıcılar, önem-güven cetveli ve karar dengesi formu Ek 4'te verilmiştir.

3.7.3.1. Birinci Motivasyonel Görüşme

Birinci motivasyonel görüşme, terapotik ortamın sağlanması ve güven ilişkisinin kurulmasının ardından, hastanın ambivalansını çözmek ve değişim için motivasyon oluşturulmasını sağlayan niyet ve hazırlık aşamasından oluşmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009) (Ek 1). Görüşmeye, görüşmecinin kendisini tanıtmaması ile başlanmış ve görüşme ile ilgili bilgi verilmiştir. İlk motivasyonel görüşmeye "Merhaba, ben Hemşire Yeliz Karaçar. Öncelikle hoş geldiniz. Hastalığınızla ilgili verilen eğitime ve görüşmelere katılmanız beni mutlu etti. Birlikte yapacağımız görüşmeler hakkında bilgi vermek istiyorum. Görüşmelerimiz KOAH hastalığınız ile ilgili olacak ve hastalığın neden olduğu yaşamınızı zorlaştıran güçlüklerden, sorunlardan bahsedeceğiz. İlk görüşmemizden 3 gün sonra ikinci görüşmemiz, ikinci görüşmemizden 3 gün sonra üçüncü

görüşmemiz olmak üzere toplam üç görüşme yapacağız. Her bir görüşme yüz yüze olacak şekilde yaklaşık 30-45 dakika sürecek. Buradaki konuşmalarımız sizinle benim aramda kalacak. Vereceğiniz bilgiler kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel amaçlar için kullanılacaktır." şeklinde bir giriş yapılarak başlanmıştır. Bu giriş kısmından sonra hastaya "Hastalığınızın sizi ve günlük yaşamınızı nasıl etkilediği ile ilgili durumunuzu anlamakla başlamak istiyorum. Sizin olayları nasıl gördüğünüz ve endişelerinizin neler olduğunu görmek için bu sürenin büyük kısmını muhtemelen sizi dinleyerek geçireceğim. Ayrıca hastalığınızın günlük yaşamınıza etkileriyle ilgili neler hissediyorsunuz? Şimdilik sadece bir başlayalım." şeklinde ifade edilerek hastanın kendisini tanıtmaya ve KOAH öyküsünü kısaca anlatması istenmiştir. Motivasyonel görüşmelerin içeriği, özyönetim eğitimi ve literatür taraması sonucu hastaların en çok sorun yaşadıkları konular göz önünde bulundurularak hazırlanan özyönetim eylem planından yararlanılmıştır (Şekil 4). Görüşmeler sırasında her hasta kendi sıkıntılarına yönelik olarak hedeflerini belirlemiştir. Görüşme konuları; sigarayı bırakma, etkili nefes alma, yorgunluk yönetimi, stresle baş etme, ilaç kullanımı, fiziksel aktiviteyi artırma, olumlu düşünme ve gevşeme teknikleri, sosyal ilişkiler ve iletişim, yeterli ve dengeli beslenme olarak belirlenmiştir (Kara ve Aştı, 2004; Effing ve ark, 2012; GOLD, 2018).



Şekil 4. Özyönetim Eylem Planı

Hasta öyküsünü anlatırken konuşma açık uçlu çağrışım yaptıracak sorularla, özetlerle, onaylama ve yansıtıcı dinlemeyle desteklenmiştir. Hastanın ambivalansını anlamada hem önem hem güveni nasıl algıladığını bilmek motivasyonel görüşme için önemlidir. Bunun için motivasyonel görüşme tekniğinde kullanılan 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş önem- güven cetvelinden yararlanılmıştır (Şekil 5). Bazen sorular doğrudan bu ölçek kullanılarak sorulmuştur (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

"0'ın hiç önemli değil ve 10'un çok önemli olduğu, 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bir ölçek üzerinde yapmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylersiniz?"

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| Hiç önemli değil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | (Çok önemli) |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

"Ve yapmaya karar vermiş olsaydınız, 0'ın hiç güvenim yok ve 10'un çok güveniyorum olduğu 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş aynı ölçek üzerinde bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylersiniz?"

Şekil 5. Önem- Güven Cetveli

Hastanın öyküsü dinlendikten sonra hasta hangi aşamada ise o yönde görüşmeye devam edilmiştir. Eğer hasta düşünme aşamasındaysa şu andaki davranışının var olan şikayetlerini artıracak anlaması, düşünme evresinde ise; davranışın olumsuz etkileri ile değişimin getireceği yararlar üzerinde durulmuştur. Bunun için hasta şimdiki durum/davranış ile yeni durum/davranışın avantajları ve dezavantajlarını belirlemesi için desteklenmiştir (Ek 4). Ayrıca bu aşamada hastanın değişimi ne kadar zamandır düşündüğünün ve daha önce girişimde bulunup bulunmadığının değerlendirilmiştir. Eğer hasta hazırlık aşamasında ise; değiştirmek istediği davranışın önündeki engellerin ve bunlarla nasıl baş edileceğinin ya da nasıl üstesinden gelineceğinin belirlenmesine yardımcı olunmuştur. Burada hastanın seçimlerine saygı duyarak, hasta için uygun olmayan ya da verimsiz görünen değişim planı stratejilerine karşı nezaketle uyarıda bulunulmuştur. İlk görüşmede hasta davranışını değiştirmek için karar almışsa bu konuda bir değişim planı yapması için desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Değişim konuşmasının güçlendirilmesi ve artırılması için konuşmayı detaylandırmak, yansıtmak, özetlemek ve

onaylamak önemlidir. Son aşamada, görüşme süresi dikkate alınarak ilk görüşmenin özeti yapılmış, hastaya eklemek istediği şeyler için söz hakkı verilmiş ve ikinci görüşme zamanı için hatırlatma yapılmıştır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

3.7.3.2. İkinci Motivasyonel Görüşme

İkinci motivasyonel görüşme; değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve buna ulaşmak için bir plan geliştirilmesini kapsamaktadır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009) (Ek 2). Bu aşamada, hastanın hangi süreçte olduğu dikkate alınarak görüşmeye devam edilmiştir. İkinci görüşmeye, ilk görüşmenin özeti yapılarak başlanmıştır. Hastaya “İlk görüşmemizde KOAH hastalığınızın size ve yaşamınıza olan etkilerinden bahsetmiştik. Hastalığınız ile ilgili endişelerinizi ve bu durumun günlük aktivitelere olan etkilerini belirtmiştiniz. Değişimin sizin için avantajlarından ve dezavantajlarından konuşmaya başlamıştık. Sizinle birlikte bir değişim planı belirlemiştik. Bugünkü görüşmemizde de bu noktadan devam edebiliriz. Bu noktaya gelmeden önce gün boyunca yaşadıklarınızı anlatır mısınız? En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz” şeklinde bir giriş yapılarak ikinci görüşmeye başlanmıştır. Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için, şimdiki durumun dezavantajları ve değişimin avantajlarının belirlenmesine yönelik açık uçlu sorular sorulmuştur. Bu aşamada karar dengesi tablosu ile birlikte önem-güven cetvelinden yararlanılmış ve görüşme detaylandırılmıştır (Ek 4). Direnç oluşan hastalarda yansıtılmalı dinlemeye devam edilmiş ve hastanın dikkatinin gelişim yolunda engel olduğu görülen şeylerden başka yöne kaydırılmıştır. Bu aşamada; yeniden çerçeveleme, çarpıtılarak katılma, kişisel tercih ve kontrolü vurgulama tekniklerinden yararlanılmıştır. Hastanın geçmiş başarılarını anlatmasını için açık uçlu sorular sorularak, güçlü yönlerinin ve desteklerinin ön plana çıkarılması konusunda hasta cesaretlendirilmiş ve desteklenmiştir. Aynı zamanda hastada, değişim konuşmasında hazır olmanın işaretleri olan düşük direnç, problemle ilgili daha az tartışma, karar vermesi, değişim konuşması, değişimle ilgili sorular sorması, değişimden sonra yaşamının nasıl olabileceği hakkında konuşması ve değişim denemelerine başlaması gözlemlenmiştir. Bu aşamada bireye ne yapması gerektiğini söylemekten çok ne istediği ve ne yapmayı planladığının ortaya çıkarılmasını sağlama için açık uçlu sorular sorulmuştur. Yine bu aşamada bilgi veya tavsiye vermek için hastanın onayı alınmıştır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

Bir değişim planı tartişma aşamasına geçildiğinde; hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin değerlendirilmesi, bir plan yapılması ve bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren ortak bir tartişma sureci başlatılmıştır. Bu surete bir değişim planı taslağı hazırlanmıştır (Ek 2). Bu taslakta; değişimi yapmak için en önemli sebebi, değişimi yapmak için temel hedefleri, hedeflerine ulaşmak için ne yapmayı planladığı, hangi eylemi ne zaman yapmayı planladığı, değişim için kimlerin, nasıl yardımcı olabileceği, değişimin önündeki engeller ve bunlarla nasıl başedeceği ve hangi sonuçları gördüğüne planının işe yaradığını anlayacağına dair sorular yer almaktadır. Bu plan sonrasında plana bağlılık elde etmek için hastaya açıkça "Yapmak istediğiniz şey bu mu?" "Eğer tam olarak hazır değilseniz o zaman henüz bir söz vermenizi istemiyorum. Bu çok önemli ve kararınızı bu dakikada vermek zorunda değilsiniz. Bunu düşünün ve bir sonraki görüşmede konuşabiliriz." şeklinde grşeye devam edilmiştir. Son aşamada ise zet yapılarak ikinci görüşme bitirilmif, kişiye eklemek istediği şeyler için söz verilmiş ve nc yani son görüşme zamanı için hatırlatma yapılmıştır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

3.7.3.3. nc Motivasyonel Görüşme

nc motivasyonel görüşme; değişimin sürdürülmesinin desteklenmesi ve görüşmeyi sonlandırma aşamalarından oluşmaktadır (Ek 3). Görüşmeye ikinci görüşmenin özetlenmesi ile başlanmıştır. Değişim konuşmasına açık uçlu çağrışım yaptırarak sorularla, özetlerle, onaylama ve yansıtmalı dinlemeyle desteklenerek devam edilmiştir. Görüşme hastanın içinde bulunduğu aşamaya göre görüşme şekillendirilmiştir. nem-güven cetvelinden yararlanılmaya devam edilmiştir. Değişimin sürdürülmesinde karşılaşacağı güçlükler ve bunlara ilişkin endişelerini paylaşması için hasta desteklenmiştir. İlk görüşmeden son görüşmeye kadar geline nokta hasta ile birlikte gözden geirilmif ve hastanın hedefine ne kadar yaklaştığı konuşularak, duygularını paylaşması için cesaretlendirilmiştir. Görüşme sonunda genel bir zet yapılmış, hastaya paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri sorularak son görüşme olduğu hatırlatılmış ve teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır (Miller ve Rollnick, 2009; Karadağ ve ark, 2009; Ögel, 2009).

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyleri ve dispne algı dereceleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.8.3. Kontrol Değişkenleri

Araştırmanın kontrol değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sigara kullanım durumu, KOAH hastası olma süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, ısınma şekli, KOAH eğitimine ve Pulmoner Rehabilitasyon programına katılma durumudur.

3.9. Araştırmanın Hipotezleri

H0: KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi yoktur.

H1: KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi vardır.

H0: KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin dispne algıları üzerine etkisi yoktur.

H1: KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin dispne algıları üzerine etkisi vardır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0” programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesine; ortalama±standart sapma ile sürekli nicel değişkenler, sayı ve yüzdelerle ise kategorik nitel değişkenler özetlenmiştir. Sürekli tipteki sayısal değişkenlerin normal dağılımına uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde, veriler normal dağılmaktadır. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilmektedir. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Aykırı değerler, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel testlerin güçleri üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel testlerden önce aykırı değerlerin incelenen veri setlerinde mevcut olup olmadığına bakılmıştır.

Deney ve kontrol grupları arasında, sürekli tipteki sayısal değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı parametrik test koşullarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler bakımından iki grup arasında farklılık olup olmadığına ise ki kare testi ile bakılmıştır. Varyans analizi ile test edilen verilerde farklı olan grubu bulmak için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu hastalarının MRC Dispne Skalası ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının, farklı ölçüm zamanlarına göre dağılımı hem grafiksel yöntemlerle hem de zamanlar ve gruplar arasındaki farklılıklar açısından normal dağılım gösteren gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi; normal dağılım göstermeyen gruplarda ise Friedman testi ile incelenmiştir. Son olarak deney ve kontrol gruplarına uygulanan MRC Dispne Skalası ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği arasındaki ilişki Spearman’s korelasyon analiz ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde yatarak tedavi gören 80 KOAH tanılı hastayla sınırlıdır. Araştırmanın örneklem grubu, deney ve kontrol grubunun araştırmadan dışlanma kriterlerine bağlı olarak sınırlılık

göstermektedir. Araştırma KOAH tanısıyla yatarak tedavi gören akut alevlenme döneminde ve ağır derecede dispnesi olan KOAH hastalarına genellenememektedir. Araştırmada, katılımcıların beyanlarına dayalı veri toplanması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Deney ve kontrol grubu hastalarının aynı odalarda bulunabilmeleri bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırma bulguları, özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmelerin uygulamadaki etkinliği ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları, araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler ve ulaşılabilen kaynaklarla sınırlıdır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 9). Etik kurul onamı alınan araştırmanın Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi için Denizli İli Sağlık Müdürlüğü'nden bilimsel araştırma izni alınmıştır (Ek 10). Araştırmanın deney ve kontrol grubu hastalarının; araştırmanın amacı, yöntemi, süresi, önemi ve kendilerinden neden yazılı izin alındığı konusunda gerekli açıklamalar yapılarak, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak belirtilerek, isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 12; Ek 13). Araştırmanın veri toplamada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek 15). Araştırma etiğine uygun olarak, uygulama sürecini tamamlayan kontrol grubu hastalarına KOAH eğitim rehberi verilmiş, özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmeler uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi değerlendirilmiş, elde edilen bulgular tablo ve şekillerle sunulmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgular;

1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

2. MRC Dispne Skalası puanlarına ilişkin bulgular

3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir.

4.1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Gruplar | Ölçüm Zamanı | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| | Öntest $\bar{x}\pm S.S.$ | Sontest $\bar{x}\pm S.S.$ | İzlem $\bar{x}\pm S.S.$ |
| Deney | 2.57±0.40 | 3.18±0.43 | 3.18±0.47 |
| Kontrol | 2.65±0.46 | 2.60±0.43 | 2.64±0.46 |
| Test Değeri | | | |
| t | -0.896 | 5.903 | 5,018 |
| p | 0.373 | 0.000* | 0.000* |

*p<0.05

Araştırmanın deney ve kontrol grubu hastalarının ölçüm zamanına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur. Deney ve kontrol grubu hastalarının öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Deney grubu hastalarının öntest puan ortalaması 2.57±0.40, kontrol grubu hastalarının 2.65±0.46'dır. Öntest

ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubu hastalarının sontest puan ortalaması 3.18 ± 0.43 , kontrol grubu hastalarının 2.60 ± 0.43 'tür. Sontest ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubu hastalarının sontest puan ortalamasının, kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney grubu hastalarının izlem puan ortalaması 3.18 ± 0.47 , kontrol grubu hastalarının 2.64 ± 0.46 'dır. İzlem ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubu hastalarının sontest puan ortalamasının, kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Gruplar | Ölçüm Zamanı | | | Test Değeri | |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------|
| | Öntest | Sontest | İzlem | F [†] | p |
| | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ | | |
| Deney (n=39) | 2.75 ± 0.06 | 3.18 ± 0.06 | 3.18 ± 0.07 | 104.402 | 0.000* |
| Kontrol (n=39) | 2.66 ± 0.07 | 2.60 ± 0.07 | 2.64 ± 0.07 | 0.348 | 0.559 |

* $p<0.05$; †Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi

Araştırmanın, deney ve kontrol grubu hastalarına uygulanan KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin tekrarlayan ölçümlerinin puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılarak incelenmiştir (Tablo 10). Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları sırasıyla 2.75 ± 0.06 , 3.18 ± 0.06 , 3.18 ± 0.07 'dir. Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını bulmak için Bonferroni ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Farkı yaratan ölçümün öntestte alınan ölçümlere ait puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları sırasıyla 2.66 ± 0.07 , 2.60 ± 0.07 , 2.64 ± 0.07 'dir. Kontrol grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Ölçüm Zamanı | Gruplar | KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları | | | | Davranışsal Risk Faktörleri |
|--------------|---------|--|-------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------|
| | | Olumsuz Etki $\bar{x}\pm S.S.$ | Duygusal Durum $\bar{x}\pm S.S.$ | Fiziksel Çaba $\bar{x}\pm S.S.$ | Hava/Çevre Etkisi $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ |
| ÖNTEST | Deney | 2.76±0.39 | 2.91±0.54 | 2.24±0.64 | 1.89±0.96 | 2.78±0.71 |
| | Kontrol | 2.73±0.47 | 2.90±0.65 | 2.51±0.59 | 2.14±0.70 | 3.00±0.82 |
| | t | 0.302 | 0.094 | 1.889 | 1.545 | 1.264 |
| | p | 0.764 | 0.925 | 0.063 | 0.127 | 0.210 |
| SONTEST | Deney | 3.05±0.46 | 3.34±0.46 | 3.01±0.68 | 3.19±0.66 | 3.55±0.50 |
| | Kontrol | 2.58±0.47 | 2.82±0.45 | 2.30±0.71 | 2.51±0.81 | 2.78±0.73 |
| | t | 4.457 | 5.038 | 4.431 | 4.026 | 5.370 |
| | p | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| İZLEM | Deney | 3.04±0.46 | 3.29±0.53 | 2.94±0.76 | 2.24±0.63 | 3.67±0.60 |
| | Kontrol | 2.62±0.49 | 2.84±0.53 | 2.37±0.69 | 2.56±0.86 | 2.80±0.79 |
| | t | 3.824 | 3.726 | 3.479 | 3.935 | 5.441 |
| | p | 0.000* | 0.000* | 0.001* | 0.000* | 0.000* |

*p<0.05

Araştırmanın, deney ve kontrol grubu hastalarının ölçüm zamanına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11'de sunulmuştur. Deney ve kontrol grubu hastalarının ölçüm zamanına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark incelenmek üzere bağımsız t testi kullanılmıştır. Deney grubu hastalarının, öntest KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; olumsuz etki 2.76 ± 0.39 , duygusal durum 2.91 ± 0.54 , fiziksel çaba 2.24 ± 0.64 , hava/çevre etkisi 1.89 ± 0.96 , davranışsal risk faktörleri 2.78 ± 0.71 ; kontrol grubu hastalarının olumsuz etki 2.73 ± 0.47 , duygusal durum 2.90 ± 0.65 , fiziksel çaba 2.51 ± 0.59 , hava/çevre etkisi 2.14 ± 0.70 , davranışsal risk faktörleri 3.00 ± 0.82 'dir. Öntest ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubu hastalarının, sontest KOAH öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; olumsuz etki 3.05 ± 0.46 , duygusal durum 3.34 ± 0.46 , fiziksel çaba 3.01 ± 0.68 , hava/çevre etkisi 3.19 ± 0.66 , davranışsal risk faktörleri 3.55 ± 0.50 ; kontrol grubu hastalarının olumsuz etki 2.58 ± 0.47 , duygusal durum 2.82 ± 0.45 , fiziksel çaba 2.30 ± 0.71 , hava/çevre etkisi 2.51 ± 0.81 , davranışsal risk faktörleri 2.78 ± 0.73 'tür. Sontest ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sontestte, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamalarının tümünde, deney grubu hastalarının puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney grubu hastalarının, izlem KOAH öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; olumsuz etki 3.04 ± 0.46 , duygusal durum 3.29 ± 0.53 , fiziksel çaba 2.94 ± 0.76 , hava/çevre etkisi 2.24 ± 0.63 , davranışsal risk faktörleri 3.67 ± 0.60 ; kontrol grubu hastalarının olumsuz etki 2.62 ± 0.49 , duygusal durum 2.84 ± 0.53 , fiziksel çaba 2.37 ± 0.69 , hava/çevre etkisi 2.56 ± 0.86 , davranışsal risk faktörleri 2.80 ± 0.79 'dur. İzlem ölçümünde gruplar arasında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İzlemede, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamalarının tümünde, deney grubu hastalarının puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Gruplar | Ölçüm Zamanı | KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları | | | | |
|--|----------------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| | | Olumsuz Etki | Duygusal Durum | Fiziksel Çaba | Hava/Çevre Etkisi | Davranışsal Risk Faktörleri |
| | | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ | $\bar{x}\pm S.S.$ |
| D E N E Y | Öntest | 2.76±0.06 | 2.91±0.08 | 2.24±0.10 | 1.89±0.11 | 2.78±0.11 |
| | Son test | 3.05±0.07 | 3.34±0.07 | 3.01±0.11 | 3.19±0.10 | 3.55±0.08 |
| | İzlem | 3.04±0.07 | 3.29±0.08 | 2.94±0.12 | 3.24±0.10 | 3.67±0.09 |
| | Test Değeri F [†] | 27.767 | 30.941 | 46.701 | 171.296 | 70.021 |
| | p | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| K O N T R O L | Öntest | 2.73±0.07 | 2.90±0.10 | 2.51±0.09 | 2.14±0.11 | 3.00±0.13 |
| | Son test | 2.58±0.07 | 2.82±0.07 | 2.30±0.11 | 2.51±0.10 | 2.78±0.11 |
| | İzlem | 2.62±0.08 | 2.84±0.08 | 2.37±0.11 | 2.56±0.10 | 2.80±0.12 |
| | Test Değeri F [†] | 11.73 | 1.305 | 8.008 | 61.033 | 7.957 |
| | p | 0.002* | 0.277 | 0.001* | 0.000* | 0.001* |

*p<0.05

Araştırmanın, deney ve kontrol grubu hastalarının tekrarlayan ölçümlerinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur. Deney ve grubu hastalarının tekrarlayan ölçümlerinin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılarak incelenmiştir. Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; olumsuz etki 2.76 ± 0.06 - 3.05 ± 0.07 - 3.04 ± 0.07 , duygusal durum 2.91 ± 0.08 - 3.34 ± 0.07 - 3.29 ± 0.08 , fiziksel çaba 2.24 ± 0.10 - 3.01 ± 0.11 - 2.94 ± 0.12 , hava/çevre etkisi 1.89 ± 0.11 - 3.19 ± 0.10 - 3.24 ± 0.10 , davranışsal risk faktörleri 2.78 ± 0.11 - 3.55 ± 0.08 - 3.67 ± 0.09 'dur. Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını bulmak için Bonferroni ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Farkı yaratan ölçümün öntestte alınan ölçümlere ait puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının öntest-sontest-izlem KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; olumsuz etki 2.73 ± 0.07 - 2.58 ± 0.07 - 2.62 ± 0.08 , duygusal durum 2.90 ± 0.10 - 2.82 ± 0.07 - 2.84 ± 0.08 , fiziksel çaba 2.51 ± 0.09 - 2.30 ± 0.11 - 2.37 ± 0.11 , hava/çevre etkisi 2.14 ± 0.11 - 2.51 ± 0.10 - 2.56 ± 0.10 , davranışsal risk faktörleri 3.00 ± 0.13 - 2.78 ± 0.11 - 2.80 ± 0.12 'dir. Kontrol grubu hastalarının, olumsuz etki, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi, davranışsal risk faktörü boyutları puan ortalamalarının öntest-sontest-izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını bulmak için Bonferroni ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Farkı yaratan ölçümün öntestte alınan ölçümlere ait puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının, duygusal durum boyutu puan ortalamalarının öntest-sontest-izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.2. MRC Dispne Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ölçüm Zamanına Göre MRC Dispne Skalası Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Gruplar | Ölçüm Zamanı | | |
|---------------|---------------------|----------------------|--------------------|
| | Öntest Sıra ort. | Sontest Sıra ort. | İzlem Sıra ort. |
| Deney (n=39) | 40.91 | 38.49 | 35.36 |
| Kontrol(n=39) | 38.09 | 40.51 | 43.64 |
| Test Değeri | Z* | 0.585 | 0.414 |
| | p | 0.558 | 0.679 |

*Mann Whitney U testi

Deney ve kontrol grubu hastalarının ölçüm zamanına göre MRC Dispne Skalası puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U analizi yapılarak incelenmiştir (Tablo 13). Deney grubu hastalarının öntest puanlarının sıra ortalaması 40.91, kontrol grubu hastalarının 38.09'dur. Öntest ölçümünde gruplar arasında MRC Dispne Skalası puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubu hastalarının sontest puanlarının sıra ortalaması 38.49, kontrol grubu hastalarının 40.51'dir. Sontest ölçümünde gruplar arasında MRC Dispne Skalası puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubu hastalarının izlem puanlarının sıra ortalaması 35.36, kontrol grubu hastalarının 43.64'tür. İzlem ölçümünde gruplar arasında MRC Dispne Skalası puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tekrarlayan Ölçümlerinde MRC Dispne Skalası Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Gruplar | Ölçüm Zamanı | | | Test Değeri | |
|----------------|---------------------|----------------------|--------------------|----------------|---------------|
| | Öntest Sıra Ort. | Sontest Sıra Ort. | İzlem Sıra Ort. | X ² | p |
| Deney (n=39) | 2.42 | 1.97 | 1.60 | 32.094 | 0.000* |
| Kontrol (n=39) | 2.10 | 1.91 | 1.99 | 2.923 | 0.232 |

* $p<0.05$

Araştırmanın, deney ve kontrol grubu hastalarının tekrarlayan ölçümlerinde MRC Dispne Skalası puanlarının sıra ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılarak incelenmiştir (Tablo 14). Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puanlarının sıra ortalamaları sırasıyla 2.42-1.97-1.60'dır. Deney grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Farkı yaratan ölçümün öntest ve izlem ölçümlerine ait puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puanlarının sıra ortalamaları sırasıyla 2.10-1.91-1.99'dur. Kontrol grubu hastalarının öntest-sontest-izlem puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 15. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası Puan Ortalamalarının İlişkisi

| KOAH Öz-Etkililik Ölçeği | | MRC Dispne Skalası | | |
|--------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | Öntest | Sontest | İzlem |
| Öntest | r | -0,384[†] | -0,348[†] | -0,296[†] |
| | p | 0,001 | 0,002 | 0,009 |
| Sontest | r | -0,173 | -0,284* | -0,381[†] |
| | p | 0,129 | 0,012 | 0,001 |
| İzlem | r | -0,196 | -0,300[†] | -0,396[†] |
| | p | 0,086 | 0,008 | 0,000 |

* $p<0.05$; [†] $p<0.01$

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve MRC Dispne Skalası puan ortalamalarının ölçüm zamanına göre ilişkisini incelemek amacıyla Spearman's korelasyon analizi yapılmıştır. Bu bağlamda yapılan analiz sonuçları Tablo 15'te ve sunulmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, "Öntest" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "Öntest" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.384)'dür ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü

ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "Sontest" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin puan ortalamaları ile "Sontest" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.284)'dür ev bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "İzlem" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "İzlem" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.396)'dır ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "Sontest" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "Öntest" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.01$; $p > 0.05$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0,173) bulunmuştur. "Sontest" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "Sontest" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.284)'dür ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "Sontest" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "İzlem" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.381)'dir ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "İzlem" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "Öntest" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.01$; $p > 0.05$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0,196) bulunmuştur. "İzlem" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile MRC Dispne Skala'sının "Sontest" arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.300)'dür ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. "İzlem" KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları ile "İzlem" MRC Dispne Skalası puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Spearman r korelasyon katsayısının değeri (-0.396)'dır ve bu sonuç ilişkinin negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü, ön test-son test kontrol gruplu deneysel tasarımda yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda, dikkate değer sonuçlara ulaşılmıştır. KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin hastaların öz-etkililiğini anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır. Deney grubu hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme sonrası, öz-etkililik düzeyi arttıkça dispne derecelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmanın; "KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi yoktur" hipotezi reddedilmiştir.

Bu bölümde, yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, araştırma hipotezleri doğrultusunda ve ilişkili literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. KOAH Hastalarına Verilen Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi

Araştırmanın müdahale sonrasında, deney ve kontrol grubu hastalarının sontest ve izlem ölçümlerinde öz-etkililik düzeylerinde anlamlı derecede fark belirlenmiş ve deney grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinin kontrol grubu hastalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra deney grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı bununla birlikte kontrol grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinde zaman içinde anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Bu durum, deney grubuna verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin, hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuca dayanarak araştırmanın H_0 hipotezi (KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik düzeyine etkisi yoktur) reddedilmiştir.

Mitchell ve arkadaşları (2014) tarafından, KOAH hastalarında motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak özyönetim programı ve hazırlanan eğitim rehberinin öz-

etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmada, motivasyonel görüşme temelli özyönetim eğitim programının KOAH hastalarının öz-etkililiğinin geliştirilmesine anlamlı düzeyde etkili olduğu bildirilmiştir. Yine Benzo ve arkadaşları (2014) tarafından, KOAH hastalarında motivasyonel görüşme teknikleriyle verilen özyönetim eğitiminin yaşam kalitesi ve dispne algısı üzerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü deneysel çalışmada, dispne, yorgunluk, duygusal durum ve hastalıkla baş edebilme alt boyutlarında olumlu bir eğilim ve duygusal durum boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu bildirilmiştir. Stellefson ve arkadaşları (2012) tarafından, KOAH hastalarına uygulanan özyönetim eğitim programlarının öz-etkililik üzerine etkisini değerlendirdikleri yedi araştırmanın incelendiği çalışmada, çalışmaların altısında özyönetim eğitiminin hastaların öz-etkililik düzeylerini artırdığı bildirilmiştir. Kaşıkçı (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, KOAH hastalarına verilen eğitimin öz-etkililik düzeyinin geliştirilmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Cooke ve arkadaşları (2009); Özkaptan (2013); tarafından KOAH hastalarına ev ziyareti yoluyla yaptıkları çalışmada; verilen eğitim ve yapılan görüşmelerin hastaların öz-etkililik düzeylerini artırdığı bildirilmiştir. Kara ve Aşti tarafından (2004) KOAH hastaları ile yapılan deneysel çalışmada; bir aylık yapılandırılmış eğitim programı uygulanan deney grubu hastalarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra öz-etkililik düzeyleri değerlendirilmiş, öz-etkililik ölçeği genel puan ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir. Görüldüğü üzere, KOAH hastalarına uygulanan özyönetim eğitim programlarının, hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde bu çalışmayla benzer şekilde olumlu yönde katkı sağladığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, deney ve kontrol grubu hastalarının "olumsuz etki", "duygusal durum", "fiziksel çaba", "hava/çevre etkisi" ve "davranışsal risk faktörleri" olmak üzere toplam beş alt boyutta öz-etkililik düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırmanın, son test ve izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grubu hastalarının KOAH Öz-Etkililik ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı derecede fark belirlenmiş ve deney grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinin kontrol grubu hastalarında daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinin alt boyutların tamamında anlamlı düzeyde arttığı bununla birlikte kontrol grubu hastalarının öz-etkililik düzeylerinin ise "olumsuz etki", "fiziksel çaba" ve "davranışsal risk faktörleri" boyutlarında zaman içinde anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarının, öz-etkililik düzeylerinin azalma eğiliminde olması; özyönetim eğitiminin verilmemesi,

bilgilendirme temelli yapılan eğitimlerde davranış değişimini sağlayamama ya da sürdürmemeye, iç motivasyonunu artıracak danışmanlık gereksinimlerini karşılayamamış olma ve böylece bilişsel, motivasyonel ve duygusal olarak yetersiz hissetme durumu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, kontrol grubu hastalarının "hava/çevre etkisi" boyutunda öz-etkililik düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Bu durumun, öntest ölçümlerinin KOAH hastalarında bronkospazmı tetikleyen ve balgamı daha da yoğunlaştıran soğuk ve kuru hava özelliği gösteren mart ayında, sontest ve izlem ölçümlerinin ise havanın ısınmaya başladığı ve hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri Nisan-Mayıs aylarında yapılmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013). Öz-etkililik düzeyi, sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde önemli bir belirleyicidir (Kara ve Mirici, 2002). Öz-etkililik düzeyinin yükseltilmesinde hasta eğitiminin önemli olduğu ve hastaların eğitim ile bilgi, beceri ve davranışlarında sağlanacak değişiklikler, hastaların hastalıkları ile baş etmelerini ve öz-etkililik düzeyini artırarak daha az sorun yaşamalarını sağlamaktadır (Sağlam ve Kaşıkçı, 2013). İlişkili literatür incelendiğinde, KOAH hastalarına verilen bilgilendirme temelli eğitimlerin, hastayı motive etmediği ve uzun süreli davranış değişikliği sağlamadığı bildirilmiştir (Sayiner ve ark, 2012, Üstünova ve Nahcivan, 2013; Doğan, 2013; Üstünova ve Nahcivan 2015; GOLD, 2018). Bu araştırmada, KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve KOAH eğitim rehberinin hastaların bilgi ve beceri düzeylerini artırdığı, yapılan bireysel motivasyonel görüşmelerin ise özyönetim eğitimi ile öğrendikleri bilgi ve becerileri davranışa dönüştürmede ve bu davranış değişimini devam ettirmelerine katkı sağlayarak öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında, KOAH hastalarında bilgi ve beceri geliştirmede özyönetim eğitiminin önemli olduğu diğer taraftan olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılmasının hastaların öz-etkililiğinin artırılmasında anahtar rol oynadığı düşünülmektedir.

Ülkemizde KOAH hastalarının özyönetim eğitim programıyla birlikte motivasyonel görüşme tekniğinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte ilişkili literatüre bakıldığında hem yurt içinde (Tosun, 2015; Yıldırım, 2015) hem de yurt dışında (Rubak ve ark, 2009; Perula ve Luis, 2011; Sjöling ve ark, 2011; Walpole ve ark, 2011; Thompson ve ark, 2011; Chen, 2012) farklı kronik hastalıklarda özellikle diyabet, hipertansiyon, obezite ve kronik kalp yetmezliği gibi sık görülen hastalıklarda özyönetim eğitim sürecinde motivasyonel görüşme tekniğinin oldukça etkili olduğunu kanıtlayan

çalışmalar görülmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, motivasyonel görüşmenin olumsuz sağlık davranışı değiştirmede etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, sık görülen kronik hastalıklardan biri olan KOAH'ta özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin hastaların öz-etkililik düzeyinin artırılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık süreci yönetiminde, olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmede ve hastalarının öz-etkililik düzeylerinin geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin, KOAH hastalarına bakım verme sürecinde, eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirirken motivasyonel görüşme tekniklerini kullanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. KOAH Hastalarına Verilen Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Dispne Algısı Üzerine Etkisi

Araştırmanın, müdahale sonrasında uygulanan sontest ve izlem ölçümünde, deney grubu hastalarının dispne derecelerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu sonuç, araştırmacı tarafından deney grubuna verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin, deney grubu hastalarının dispne derecelerinin azalmasında etkili olduğunu düşündürmüştür. Hastalara, verilen özyönetim eğitimi programında öğretilen etkili solunum egzersizlerinin ve enerji koruma tekniklerinin bireysel motivasyonel görüşmelerle sürdürülmesinin ve aynı zamanda verilen KOAH eğitim rehberinin, hastaların dispne algılarını azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Benzo ve arkadaşlarının (2014), KOAH hastalarında motivasyonel görüşme teknikleriyle verilen özyönetim eğitiminin yaşam kalitesi ve dispne algısı üzerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü deneysel çalışmada, dispne, yorgunluk, duygusal durum ve hastalıkla baş edebilme alt boyutlarında olumlu bir eğilim ve duygusal durum bölümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamışlardır. Bu sonuç, bu çalışmayla benzer olarak motivasyonel görüşme teknikleriyle verilen özyönetim eğitiminin KOAH hastalarının dispne derecelerinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Mitchell ve arkadaşlarının (2014), KOAH hastalarında motivasyonel görüşme temelli özyönetim eğitim programı ve hastalara verilen eğitim rehberinin etkinliğini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, motivasyonel görüşme ile verilen özyönetim eğitiminin, hastaların dispne algısını

6 hafta sonraki ölçümlerde iyileştirdiği, ancak 6 ay sonra yapılan ölçümlerde bu iyileşmenin kaybolduğunu bildirmişlerdir. Mitchell ve arkadaşlarının (2014), çalışması incelendiğinde özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme sonrası kısa sürede yapılan ölçümlerde motivasyonu yüksek olan hastaların davranışa bağlılıklarını sürdürdükleri ve dispne derecelerinde iyileşmenin devam ettiği ancak hastalarla görüşmelere devam edilmediği ve uzun süre sonra yapılan ölçümlerinde iyileşmenin kaybolduğu bildirilmiştir. Bu durumun hastalarla görüşmeye devam edilmemesi nedeniyle hastaların davranış değişimini sürdürmede zaman içinde azalan motivasyonlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine ilişkili literatür incelendiğinde; Stulbarg ve arkadaşları (2002), Sudo ve arkadaşları (2001), Davis ve arkadaşları (2006), Lorenzi ve arkadaşları (2006), Çilekar (2013), Özkaptan (2013); Candemir ve arkadaşları (2015) tarafından; KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin dispnenin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir.

KOAH'ta, hastalığın şiddetini belirleyen ve hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen en belirgin semptom dispnedir (Norweg ve ark, 2011; Olgun ve Aslan 2014). Dispne; fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok etkenin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmakta ve bireysel algılardan oluşmaktadır (Fletcher, 1952; Manning, 1995; Fletcher ve Dahl, 2013). Birçok farklı durumdan etkilenen dispne, sekonder olarak hastalarda psikolojik ve davranışsal sorunlara yol açmakta bunun sonucunda ise, hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak öz-bakım gücünü ve öz-etkililik düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir (Siela, 1998; Kara ve Mirici, 2002; Bentsen ve ark, 2010; Abedi ve ark, 2012). Bunun yanı sıra KOAH hastaları, öz-etkililik düzeylerinin düşük olması nedeniyle dispneyi gerçekte olduğundan daha kötü algılamaktadırlar. Bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yapabilecek fiziksel yeterliliğe sahip olsalar dahi, düşük öz-etkililik düzeyi nedeniyle aktiviteden sakınmaktadırlar. Zamanla bu durumun bir kısır döngü haline gelmesiyle; aktivite toleransın da azalmaya, kardiyovasküler ve iskelet kas sistemi işlevselliğinin azalmasına ve bunların sonucunda dispnenin artmasına neden olmaktadır (Özmen ve Önen, 2008). Bu çalışmada, verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme sonrası deney ve kontrol gruplarında öz-etkililik düzeyleri ile dispne dereceleri arasında negatif yönlü ve zayıf ilişki belirlenmiştir. Bu sonuç, hastaların öz-etkililik düzeyleri arttıkça, dispne derecelerinin azaldığını göstermektedir. Bu araştırmanın deney grubu hastalarının dispne algısının anlamlı olarak düşme eğilimi göstermesi verilen özyönetim grup eğitiminde ve KOAH eğitimi rehberi içerisinde öğretilen solunum tekniklerinin, fiziksel aktivite kısıtlamasına yol açan dispne yönetimini sağlayarak, hem öz-etkililik ölçeği

alt boyutlarından fiziksel çaba skorunun yükselmesinde hem de dispne derecesini azaltmada etkili olduğu düşünölmektedir. İlişkili literatür incelendiğinde yapılan araştırmalar, KOAH hastalarında dispne yönetiminde öz-etkililiğin önemli olduğunu ve öz-etkililik düzeyinin hastanın sağlık davranış değişimindeki motivasyonunu artırdığını bildirmektedir (Wong ve ark, 2005; Özkaptan, 2013; Mitchell, 2014). KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin artırılarak dispne derecelerinin azaltılmasında hasta eğitiminin önemli olduğu ve hastaların özyönetim eğitimi ile bilgi ve becerilerinin artırılmasının, motivasyonel görüşmelerle ise olumlu sağlık davranış değişikliklerinin sağlanması ve sürdürölmelerinin etkili olduğu düşünölmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. Bu araştırmanın özgün yönü, KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin bireysel motivasyonel görüşmeler yapılarak, öz-etkililik üzerine etkinliğini ülkemizde değerlendiren ilk çalışma olmasıdır. Aynı zamanda çalışma, öz-etkililik ve dispne algısının birlikte ele alınmasıyla da önemlidir.

6.1. Sonuçlar

KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve yapılan bireysel motivasyonel görüşmelerin öz-etkililik ve dispne algısı üzerine etkilerinin saptanması amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitiminin ve motivasyonel görüşme tekniklerinin hastaların öz-etkililik düzeylerinin artırılmasında uygulanabilir olduğu saptanmıştır.
- KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin hastaların öz-etkililik düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir.
- KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme, deney grubu hastalarının dispne derecelerini anlamlı düzeyde azaltmıştır.
- Özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyini anlamlı düzeyde arttırdığı ve öz-etkililik düzeyi arttıkça dispne algısının da azaldığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma süreci ve elde edilen sonuçlara dayanarak uygulamaya ve araştırmacılara aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- KOAH hastalarına bakım veren hemşireler tarafından, hastaların öz-etkililik düzeyinin artırılmasının sağlanmasında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılması,
- KOAH hastalarına bakım veren hemşireler tarafından, hastaların dispne algı düzeyini gösteren dispne derecelerinin azaltılmasının sağlanmasında özyönetim eğitimi verilmesi ve motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanılması,
- Özyönetim eğitim programının; küçük hasta gruplarıyla (5-8 kişilik), deneyimlerin paylaşıldığı ve grup etkileşiminin sağlandığı empatik bir atmosferde, görsel eğitim materyalleriyle zenginleştirilerek ve motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak verilmesi,
- Özyönetim eğitimi sonrasında, her hastanın ihtiyaç duyduğu konuda (fiziksel aktivite, stresle baş etme vb.) bireysel motivasyonel görüşmeler yapılarak, hastanın özyönetim becerilerinin desteklenmesi ve öz-etkililiğin geliştirilmesinde bakım sürecinin tüm aşamalarına aktif olarak dahil edilmesi,
- Araştırma kapsamında oluşturulan "KOAH eğitim rehberi"nin göğüs hastalıkları servisinde taburculuk öncesi hasta eğitiminde kullanılması ve hastalara eğitim rehberinin verilmesi önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Motivasyonel görüşmelerin sıklığı ve uygulama süresinin dikkate alınarak uzun süreleri etkilerinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmalar yapılması,
- KOAH hastalarının egzersiz, diyet ve ilaç uyum süreçlerini artırmaya yönelik özyönetim eğitim programlarını içeren motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abedi HA, Salimi S, Feizi A, et al.** Assessment of relationship between self-efficacy and self-care in COPD Patients. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2012, 10(1), 68-74.
- Abul Y, Özlü T.** Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, Trabzon, 2013, 1 (1), 7-12.
- Ağdemir B.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2017.
- Akçay Ş.** KOAH'ta sigara bırakma ve önemi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 249.
- Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, 2005, 193-200.
- Akyıl RÇ.** Kronik hastalıklar ve bakım. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım. ed. Durna Z. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012, 75-94.
- Anderson JE, Jorenby DE, Scott W, Fiore MC.** Treating Tobacco Use and Dependence an Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest*, 2002, 121(3), 932-941.
- Anlı EÖ.** Kamu istihdam hizmetlerinde yoplumsal cinsiyet eşitliğinin ana akımlaştırılması için yetişkin eğitimi ilke ve yöntemleri, Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi Ankara, 2018.
- Arslan B.** Acil Servise Dispne Yakınması ile Başvuran Olgularda Yakınma Şiddeti ile Klinik ve Laboratuar Verilerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, 2008, Samsun.
- Atasever A, Erdinç E.** KOAH’da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003; 51(4), 446-455.
- Atasoy P.** Koah’ta Patoloji. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, Kırıkkale, 2010, 1(2).
- Ateşman E.** Türkçe'de Okunabilirliğin Ölçülmesi. *Dil Dergisi*, 1997, (58), s 71.

Aydın HT, Yıldız FT, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20 (3), 177-183.

Bakırhan ŞD. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Üç Farklı Yolla Verilen İnhaler İlaç Kullanım Eğitiminin Öz-Etkililiğe Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars 2018.

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 1982, 37(2),122-47

Barnes PJ, Celli BR. KOAH'nın Sistemik Belirtileri ve Komorbiditeleri. *European Respiratory Journal*, 2009, (33), 1165-1185.

Başığit İ. Koah Patogenezi ve Fizyopatolojisi, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, Kocaeli, 2010, 1(2).

Bentsen SB, Rokne B, Larsen TW, et al. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010, 24(3), 600-609.

Benzo R, Vickers K, Ernst D et al. Development and Feasibility of a COPD Self-Management Intervention Delivered with Motivational Interviewing Strategies, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 2014, 33(2), 113–123.

Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones, PW, Wedzicha, JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale as a measure pulmonary disease. *Thorax*, 1999, 54 (7), 581-586.

Bilgiç H, Gümüş S. KOAH'ta medikal tedaviye genel bakış. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 211.

Borglykke A, Pisinger C, Jorgensen T, et al. The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of COPD. *The Clinical Respiratory Journal*, 2008, (2), 158-165.

Bourbeau J, Julien M, Maltais F, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, 2003;163, 585–91.

Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Education and Counseling*, 2004, 53, 271-277.

Bozbaş ŞS. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında risk faktörleri. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013.

Brulotte CA, Lang ES. Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 2012, (30), 223-47.

Candemir İ, Kaymaz D, Ergün P, v. dğr. Kronik Solunum Sorunlu Olgularda Evde Direkt Gözetimli Pulmoner Rehabilitasyonun Etkinliği. *Eurasian Journal of Pulmonology On Web*, 2015. <http://www.journalagent.com/eurasianj pulmonol/pdfs/EJP-21931-RESEARCH-CANDEMIR%5BA%5D.pdf> (10.03.2019).

Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *European Respiratory Journal*, 2007, (29), 1224-38.

Celli B, Cote C, Marin J, et al. The body mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*, 2004, (350), 1005-12.

Celli BR, Decramer M, Wedzicha JA, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Research Questions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Bartolome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2015, (7), 191.

Ceyhan YŞ. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz-etkililik Ölçeğinin Geçerlilik-Güvenilirliği ve Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi Kayseri, 2015.

Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-manegement, psychological and glycemicutcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2012; 49: 637-644.

Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practioners and patients: Are we teaching the wrong things? *British Medical Journal*, 2000, (320), 572-575.

Cooke M, Moyle W, Griffi S, Shields L. Outcomes of a home-based pulmonary maintenance program for individuals with COPD, A Pilot Study. *Contemporary Nurse*, 2009, 34(1), 85-97.

Costi S, Crisafulli E., Antoni, FD, et al. Effects of unsupported upper extremity exercise training in patients with COPD, A randomized clinical trial. *Chest*, 2009, (136), 387-395.

Çelik G, Çiledağ A, Kaya AŞ. Koah'da Bronkodilatör Tedavi ve Destek Tedavileri, *TTD Toraks Cerrahisi Bülten*, Mayıs 2010, 1(2).

Çetinkaya E, Acat M. KOAH (Amfizem)'ta bronkoskopik tedavi yöntemleri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında risk faktörleri. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G. Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 379.

Çilekar Ş. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon Programının Yaşam Kalitesi, C-Reaktif Protein (CRP) Ve Solunum Fonksiyonlarına Etkinliği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya, 2013.

Davis AH., Carrieri-Kohlman V, Janson SL, Gold WM, Stulbarg MS. Effects of treatment on two types of self-efficacy in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2006, 32(1), 60-70.

Demir T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında sigaranın bırakılması. KOAH'ta Pulmoner Rehabilitasyon ed. Gürses HN, Biber Ç. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 2012, s 78.

Deveci F, Tuğ T, Turgut T, ve diğerleri. Koah Olgularında Beslenme Durumu, Solunum Fonksiyonları ve Egzersiz Performansı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005, 53(4), s330-339.

Doğan A. KOAH'lı Hastalarda planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep 2018.

Duran LS. Motivating health: strategies for the nurse practitioner. *Clinical Practice*, 2003, (15), 200-205.

Dursunoğlu N, Köktürk N, Baha A, et al. Turkish Thoracic Society-COPD Comorbidity Group. Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2016, (64), 292-301.

Effing TW, Bourbeau J, Vercoulen J, et al. Self-management programmes for COPD: Moving forward. *Chronic Respiratory Disease*, 2012, 9(1), 27–35.

Egan C, Deering BM, Blake C, et al. Short term and long-term effects of pulmonary rehabilitation on physical activity in COPD. *Respiratory Medicine*, 2012, (106), 1671-9.

Emme C, Mortensen EL, Rydahl-Hansen S, et al. Danish Version of ‘The COPD Self-efficacy Scale’, Translation and Psychometric Properties. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012, (26), 615-623.

Epping JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, (13) 299-305.

Espırtu J, Matuschak G. Kronik Obstrüktüf Akciğer Hastalıklarının Tedavisi Lechner A.J., Matuschak G.M., Brink D.S. çev.ed. Altın S. İnsan Organ Sistemleri, Solunum: Hastalıklara Bütün Bir Yaklaşım. İstanbul Tıp Kitapevi, 1. Baskı, 2014 s199.

Fabbri LM, Luppi F, Beghe B, Rabe KF. Complex chronic comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, 2008, (31), 204-12.

Fletcher CM. The clinical diagnosis of pulmonary empysema: An experimental study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1952; 45: 577-84.

Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care? *Primary Care Respiratory Journal*, 2013, 22(2), 230-233.

García SP, Naval E, Rivera MC, et al. The CAT (COPD Assessment Test) questionnaire as a predictor of the evolution of severe COPD exacerbations. *Respiratory Medicine*, 2015, 109(12), 1546–1552.

Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*, 2012, (9), 216-26.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018. Available from: <http://goldcopd.org>. (Erişim Tarihi: 10.05.2018).

Gözüm S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 1999, 2(1), 21-34.

Güçlü H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Bozok üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı, Yüksek lisans Tezi, Yozgat, 2018.

Güneş ÜY, Kara D, Erbağcı, A. Dispne Yakınması Olan Hastalarda Farklı Dispne Ölçeklerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Okulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5(2), 65-71.

Hacievliyagil S.S. Alt Solunum Sistemi ve Tütün. Tütün ve Tütün Kontrolü. ed. Aytemur Z. Akçay Ş. ed. Elbek O. Toraks Kitapları, Aves Yayıncılık, İstanbul, 2010, s 173-189.

Hansel TT, Barnes, PJ. An atlas of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Parthenon Publishing Group*, New York, 2004, 1-19.

Hermiz O, Comino E, Marks G et al. Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *British Medical Journal*, 2002, 325(7370), 938-940.

İnce Dİ, Savcı S. Pulmoner Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi. Pulmoner Rehabilitasyon ed. Gürses HN, Biber Ç. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 2012, s 69.

İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23(1), 66-75.

Kaplan RM, Ries AL, Prewitt LM, Eakin E. Self-Efficacy Expectations Predict Survival for Patients with Chronin Obstructive Pulmonary Disease, *Journal of Health Psychology*, 1994, 13(4), 366-368.

Kar S. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü ile İlişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2018

Kara D, Yıldız H. Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(1), 137-149.

Kara M, Aştı T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Patient Education and Counseling*, 2004, (55), 114–120.

Kara M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Bakım ve Eğitimin Öz-Etkililik Algısına Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2002.

Kara M, Mirici A. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2002, (34), 61-66.

Karadeniz G. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. 1. Baskı, Göktuğ Yayıncılık, Ankara 2008, 181-2.

Kart L, Akkoyunlu ME. Klinikte KOAH: Semptom ve Fizik Muayene Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ed. UlubayG, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013.

Kaşıkcı MK. Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease, a case study of 1-year follow-up. *International Journal of Nursing Practice*, 2011, (17),1-8.

Katsenos S, Constantopoulos SH. Long-Term Oxygen Therapy in COPD: Factors Affecting and Ways of Improving Patient Compliance. *Pulmonary Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/325362>, 2011.

Kesten S, Chapman KR. Physician perceptions and management of COPD. *Chest*, 1993, (104), 254-8.

Khoshkesht S, Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian S, et all. The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2015 Oct;65 (10):1041-6.

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L ve diğerleri. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014, Türk Toraks Derneği Çalışma Grubu, Ada Ofset, İstanbul, 2014.

Köktürk N, Gürgün A, Şen E ve diğerleri. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporu Bakışı, 2017.

Leupoldt VA., Balewski S, Petersen S, et al. Verbal descriptors of dyspnea in patients with COPD at different intensity levels of dyspnea. *Chest*, 2007, 132(1), 141-147.

Leupoldt VA, Taube K, Henkhus M, Dahme B, Magnussen H. The Impact of affective states on the perception of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Biological Psychology*, 2010, 84(1), 129-134.

Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing. *American Journal of Nursing*, 2007, (107), 50-58.

Lorenzi CM, Cilione C, Rizzadi R, Furino V, et al. Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. *Respiration*, 2006, 71(3), 246-251.

Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010, 49(3), 39-45.

Mannino DM, Higuchi K, Yu TC, et al. Economic burden of COPD in the presence of comorbidities. *Chest*, 2015, 148(1), 138-150.

Mannino DM, Thorn D, Swensen A, Holguin F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 2008, (32), 962-269.

Manning HL. Pathophysiology of dyspnea. *The New England Journal of Medicine*, 1995, (333), 1547-53.

Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>, 2006.

Metin S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Omega-3 Yağ Asidinden Zengin Diyetin İnflamasyon, Solunum Fonksiyonu ve Yaşam Kalite Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2011.

Metintaş S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Tanımı ve Epidemiyolojisi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s3.

McKenzie K, Chang YP. The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2015, 51(1):36-44.

Miller W. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983, (11)147-172.

Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme: Tıbbi ve Halk Sağlığı Ortamlarında Motivasyonel Görüşme. ed. Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009, 268- 88.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Motivasyonel Görüşme İnsanları Değişime Hazırlama. Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. (Ed), HYB Basım Yayın Matbaası, Ankara, 2009, 216-231.

Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respiratory Research*, 2017, (18)67.

Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): pharmacological treatment of stable COPD. *Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery*, 2012, (48), 247-57.

Mitchell KE, Warrington VJ, Apps LD, et al. A self-management programme for COPD: a randomised controlled trial. *Eur Respir J* | DOI: 10.1183/09031936.00047814, 2014, (44) 1538–1547.

Nahcivan N. Nicel Araştırma Tasarımları. Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik. ed. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 2014, s 115.

Nazir SA, Erbland ML. Chronic obstructive pulmonary disease. an update on diagnosis and management issues in older adults. *Drugs Aging*, 2009, 26(10), 813-31.

Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 2006, (173), 1390–1413.

Norweg A, Jette AM, Ni P, Whiteson J, Kim M. Outcome measurement for COPD, Reliability and validity of the Dyspnea Management Questionnaire. *Respiratory Medicine*, 2011, 105(3), 442-53.

Olgun N, Aslan EF, Çil AA. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Toraks ve Alt Solunum Yolu Hastalıkları. ed. Karadokovan A, Aslan EF, 3. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2014, s:650-800.

Öcal S, Topeli A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Güncel Bilgiler, *İç Hastalıkları Dergisi* 2014, 21: s97-109.

Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2009, 2(2), 41- 4.

Özalevli S, Uçan ES. Farklı Dispne Skalalarının Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Karşılaştırılması. *Türk Toraks Dergisi*, 2004, 5(2), 090-094.

Özcan S. Denetimli Serbestlik Uygulamasında Motivasyonel Görüşmelerin Etkinliği, Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Hemşirelikte Kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1), 41-47.

Özkan S, Keskinç B, Ekinci B, ve diğerleri. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Ankara, 2017.

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

Özmen M, Önen B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Psikiyatrik Sorunlar Tanımdan Tedaviye Obstrüktif Akciğer Hastalığı, ed. Umut S., Erdiñç E., *Türk Toraks Derneği Yayınları*, 2008, (6), 333-345.

Paczek L, Nowak M. The paradox of the 21 st century-is there really an epidemic of most common killers. *International Journal of General Medicine*, 2011, 4, 799-802.

Perula, Luis A. Effectiveness of motivational interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM Study Protocol. *BMC Family Practice*, 2011, (12), 125.

Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, ve Gosselink R. KOAH'ta Anketler ve Hareket Sensörleri ile Günlük Yaşamdaki Fiziksel Aktiviteyi Belirleme. *European Respiratory Journal*, 2006, (27), 1040–1055.

Puhan M, Garcia-Aymerich J, Frey M, et al. Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index. *Lancet*, 2009, (374), 704-11.

Rüsch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabilitation Journal*, 2002, 26(1):23–32.

Qaseem A, Wilt T, Weinberger S, et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Clinical Guidelines*, 2011.

Ringbaech TJ, Viskum K, Lange P. Does long-term oxygen therapy reduce hospitalisation in hypoxaemic COPD. *European Respiratory Journal*, 2002, (20), 38-42.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior, *The Guilford Press*, New York, 2008.

Rubak S, Sandback A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2005, (55), 305-312.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009, (27), 172-179.

Saetta M, Turato G, Maestrelli P, Mapp C.E, Fabbri L.M. Cellular and Structural Bases of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2001; 163 (6), s1304-1309.

Sağlam L, Kaşıkçı M. KOAH'ta Hasta Eğitimi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 599.

Saryal SB. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tanı. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 87.

Satar S, Alpaydın AÖ, Var A, Coşkun AŞ, Çelik P, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Fonksiyonel Parametrelerle Sistemik Antiinflamatuvar Belirteçlerin İlişkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 2011, 12(3), 088-093.

Sayiner A, Alzaabi A, Obeidat NM, et al. Attitudes and beliefs about COPD: data from the BREATHE study. *Respiratory Medicine*, 2012, (106), 60-74.

Scherer YK, Schiemeder L.E. The effects of a Pulmonary Rehabilitation Program on Self-Efficacy, Perception of Dyspnea and Physical Endurance, *Heart Lung*, 1997; 26 (1), 15-22.

Scherer YK, Schiemeder L.E. The role of self-efficacy in assisting patients with chronic obstructive pulmonary disease to manage breathing difficulty. *Clinical Nursing Research*, 1996, 5(3), 343-355.

Scherer YK, Schiemeder L.E., Shimmel S. The Effects of Education Alone in Combination with Pulmonary Rehabilitation Self -Efficacy in Patients with COPD. *Rehabilitation Nursing Journal*, 1988, 23(2), 71-77.

Sciacca K. Removing barriers: dual diagnosis and motivational interviewing. *Professional Counselor*, 1997, 12(1), 41- 6.

Seamark DA., Blake SD., Seamark CJ. Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perception of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 2004, 18(7), 619- 625.

Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Özsem Matbaası, Ankara, 1998.

Shao AT. Marketing Research: An Aid to Decision Making, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning. 2002.

Siela D. Self-efficacy in managing dyspnea in COPD. *Perspectives in Respiratory Nursing*, 1998, 9(1), 9-12.

Simon PM, Schwartzstein RM, Weiss JW, et al. Distinguishable types of dyspnea in patients with shortness of breath. *American Review of Respiratory Disease*. 1990, 142(5), 1009-14.

Sjöling M, Lundberg K, Englund E, et al. “Effectiveness of Motivational Interviewing and Physical Activity on Prescription on Leisure Exercise Time in Subjects Suffering from Mild to Moderate Hypertension”, *BMC Research Notes*, 2011, (4), 352-358.

Stellefson M, Tennant B, Chaney, JD. A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *International Scholarly Research Notices: Public Health*, 2012, 1-10.

Stulbarg MS, Carreri-Kohlman V, Deviren D, et al. Exercise training improves outcomes of dyspnea selfmanagement program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2002, 22(2), 109-121.

Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 2000, (49)122-129

Sudo E, Tanuma S, Yoshida A, Takahoshi Y, et al. The effect of pulmonary rehabilitation with COPD. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 2001, 38(6), 780-784.

Şen E. KOAH'ta Bronkodilatörler Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 219.

Şendir M, Acaroğlu R. Yaşlı Bireylerde Sağlık Eğitimi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 5(1), 83-86.

Taylor SJC, Candy B, Bryar RM et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, systematic review of evidence. *British Medical Journal*, 2005, 331(485), 1-7.

Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(2), 44-52.

Tepetam FM. Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispneyi Değerlendiren Yöntemlerin ve BODE İndeksinin Fonksiyonel Parametrelerle Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi,2007, İstanbul.

Thompson DR, Chair SY, Chan SW, et al. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 2011, (20), 1236-1244.

Tosun, AS. Tip 2 diabetes mellitus'u olan bireylerde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşmenin öz-etkililik, metabolik kontrol ve sağlık davranışına etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2015.

Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse-Conducted Smoking Cessation in Patients With COPD Using Nicotine Sublingual Tablets and Behavioral Support. *Chest*, 2006, 130 (2), 334-342.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, Sağlık İstatistikleri. 2018. <http://www.tuik.gov.tr> (10.05.2018).

Uçgun İ. KOAH'ta Mekanik Ventilasyon ve Yoğun Bakım Takibi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). ed. Ulubay G, Öznur Y. Bil-Net Matbaacılık, Ankara, 2013, s 355.

Uğur O, Kizilci S, Besen D, Arda H, Duran G. Self-Efficacy Levels of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Investigation of Caregiver Burden. *International Journal*, 2017, 10(2), 921.

Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması. Demir AU. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri, Hastalık Yüğü Araştırması'na Göğüs Hastalıkları Bakışı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017, 15-16.

Uysal H, Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyumu İçin Motivasyonel Görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1(3), 33-38.

Üstünova E, Nahcivan N. Toplumda Yaşayan KOAH'lı Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Algıları ve İlişkili Faktörler. *16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, Antalya 2013, s 219.

Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, (23)1, 11-22.

Walpole B, Dettmer E, Morrongiello B, et al. “Motivational Interviewing as an Intervention to Increase Adolescent Self-Efficacy and Promote Weight Loss: Methodology and Design”, *BMC Public Health*, 2011, (11), 459-467.

Walters JA, Courtney-Pratt H, Cameron-Tucker H, et al. Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. *Australian Journal of Primary Health*, 2012, 18(1), 74- 9.

Warnier MJ, Riet EES, Rutten FH, et al. Smoking cessation strategies in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 2013, (41), 727-734.

Wedzicha JA, Seemungal TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet*, 2007, (370), 786-96.

World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (26 Mayıs 2018).

Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest* 1991, (99),1193-1196

Wong KW, Wong FKY, Chan MF. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, 49(2), 210–222.

Wortz K, Cade A, Menard JR, et al. A qualitative study of patients' goals and expectations for self-management of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, 2012, 21(4), 384-91.

Yıldırım D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2011.

Yıldırım JG. Hemşirenin evde destek programının, oral antikoagülan (varfarin) tedavisi alan hastaların öz-yönetimine etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015.

Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly M. Mortality predictors in disabling chronic obstructive pulmonary disease in old age. *Age Ageing*, 2002, (31) 137–140.

Yount SE, Choi SW, Victorson D et al. Brief, valid measures of dyspnea and related functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Value Health*, 2011, 14(2), 307-315.

Yürüktümen A, Karcıoğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. Dispne ile Başvuran Geriyatrik Olgularda Yakınma Şiddeti İle Klinik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2009, 9(4), 163-168.

Zengin N. İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-Etkililik Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi İstanbul, 2008.

Zwar N, Harris M, Griffiths R, et al. A Systematic review of chronic disease management. Research Centre for Primary Health Care and Equity. Sidney: Australian Primary Health Care Research Enstitute, School of Public Health and Community Medicine University of New South Wales (UNSW), 2006, 1-67.

EKLER

Ek 1. Motivasyonel Görüşme Süreci (Birinci Görüşme)

Birinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı

İlk görüşmenin amacı kişinin ambivalansını çözmek ve değişim için içsel motivasyon oluşturulmasını kapsar. İlk görüşmeye, görüşmecinin kendisini tanıtmaya ile başlanır. Sonra görüşmeler ve araştırma hakkında kısa bilgi verilir.

"Merhaba, ben Hemşire Yeliz Karaçar. Öncelikle hoş geldiniz. Hastalığınızla ilgili verilen eğitime ve görüşmelere katılmanız beni mutlu etti. Size yapacağımız görüşmeler ile ilgili kısaca bilgi vermek istiyorum. Görüşmelerimiz KOAH hastalığınız ile ilgili olacak ve hastalığın neden olduğu yaşamınızı zorlaştıran güçlüklerden, sorunlardan bahsedeceğiz İlk görüşmemizden 3 gün sonra ikinci görüşmemiz, ikinci görüşmemizden 3 gün sonra üçüncü görüşmemiz olmak üzere toplam üç görüşme yapacağız. Her bir görüşme yüz yüze olacak şekilde yaklaşık 30-45 dakika sürecek. Buradaki konuşmalarımız sizinle benim aramda kalacak. Vereceğiniz bilgiler kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. KOAH eğitiminize ilginizden dolayı teşekkür ederim "

Bu giriş kısmından sonra, kişinin kendisini tanıtmaya ve KOAH öyküsünü kısaca anlatması istenir.

"Hastalığınızın sizi ve günlük yaşamınızı nasıl etkilediği ile ilgili durumunuzu anlamakla başlamak istiyorum. Sizin olayları nasıl gördüğünüz ve endişelerinizin neler olduğunu görmek için bu sürenin büyük kısmını muhtemelen sizi dinleyerek geçireceğim. Ayrıca hastalığınız günlük yaşamınıza etkileriyle ilgili bazı ümitleriniz olmalı ve ben de bunları duymak istiyorum. Şimdilik sadece bir başlayalım."

Kişi öyküsünü anlatırken konuşma açık uçlu çağrışım yaptıracak sorularla, özetlerle, onaylama ve yansıtıcı dinlemeyle desteklenir.

" KOAH hastalığınız hakkında ne düşünüyorsunuz ?", "KOAH hastası olarak neler hissediyorsunuz", "Hastalığınız hayatınızı nasıl etkiledi?"

"Sizce hastalığınızın ilerlemesine neden olan en önemli faktör/ler nelerdir?"

"KOAH hastalığınızın, hayatınıza getirdiği avantajları/dezavantajları nelerdir?"

"Anladığım kadarıyla hastalığınız ile ilgili bazı endişeleriniz var. Bana bunlardan bahsedin lütfen."

"Var olan alışkanlıklarınız (şu andaki yaşam tarzınız) hastalığınıza nasıl etki ediyor?"

"Bana bir günlük hayatınızdan bahsedin. Fiziksel aktivite/ egzersiz yapmayla ilgili endişeleriniz nelerdir?"

"Yaşadığınız birtakım sıkıntılar sizin hastalığınız ile ilgili olan şikayetlerinizi daha da arttırdı."

"Solunum güçlüğünüzü yönetmede solunum egzersizleri yapıyor olmanızı takdir ediyorum."

"Demek ki solunum güçlüğünüz kendinizi gerçekten savunmasız hissettirdi. Sizi endişelendiren günlük işlerinizi kendi başınıza yapamamak ve bir başkasına bağımlı olarak yaşamak."

"İki farklı yöne eğiliminiz var gibi görünüyor. Bir taraftan, günlük aktivitelerinizi/egzersizinizi yapmadığınızda hastalığınızla ilgili şikayetleriniz artacağı, solunum güçlüğü yaşayacak olma düşüncesi ve bir başkasına bağımlı olmak gibi sonuçları sizi endişelendiriyor. Bunları düşünmek acı veriyor. Diğer taraftan, günlük işerinizi yerine getirmek ve egzersiz yapmak kendinizi iyi hissettiriyor, daha sağlıklı hissediyorsunuz ve kendi işlerinizi yapabildiğiniz için mutlu oluyorsunuz. Günlük aktivitelerinizi/ egzersiz yapmak size kendinizi iyi hissettiriyor ve aynı zamanda hissettirmiyor."

Kişinin ambivalansını anlamada hem önem hem güveni nasıl algıladığını bilmek gerekir. Bu boyutların her biri için de 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bir cetvel kullanmaktır. Bazen sorular doğrudan bu ölçek kullanılarak sorulur.

"0'ın hiç önemli değil ve 10'un çok önemli olduğu, 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bir ölçek üzerinde günlük yaşam aktiviteleri/ fiziksel aktivite/ egzersiz yapmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylerdiniz?"

| | | |
|---------------------|------------------------|-----------------|
| Hiç önemli değil | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | (Çok önemli) |
|---------------------|------------------------|-----------------|

"Ve günlük yaşam aktiviteleri/ fiziksel aktivite/ egzersiz, yapmaya karar vermiş olsaydınız, 0'ın hiç güvenim yok ve 10'un çok güveniyorum olduğu 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş aynı ölçek üzerinde bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylerdiniz?"

Hastanın öyküsü dinlendikten sonra araştırmacı hasta hangi aşamada ise o yönde görüşmeye devam eder. Eğer birey düşünme aşamasındaysa hareketsizliğin var olan şikayetlerini artıracaklarını anlaması sağlanmalıdır. Düşünme evresinde ise; daha çok fiziksel aktivite/egzersizin yapmamanın sağlık üzerinde olumsuz etkileri ile yapmanın getireceği yararlar üzerinde durulmalıdır. Ayrıca kişinin değişimi ne kadar zamandır düşündüğünün ve daha önce girişimde bulunup bulunulmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

“Bir terazi düşünün bir tarafı fiziksel aktivite / egzersiz yapmamanın size sağladığı yararlar diğer tarafı da size verdiği zararlar. Ne taraf ağır basıyor?”

“Değişmeden olduğunuz gibi yaşadığınızı düşünün başınıza gelebilecek kötü şeyler neler olabilir?”

“Fiziksel aktivite/ egzersiz yapmazsanız sizce hayatınızda neler değişir?”

Hazırlık döneminde ise; fiziksel aktivite/egzersiz yapmasının önündeki engellerin ve bunlarla nasıl baş edileceğinin ya da nasıl üstesinden gelineceğinin belirlenmesine yardımcı olunur. Burada bireyin seçimlerine saygı duyarak, görüşmeci uygun olmayan ya da verimsiz görünen değişim planı stratejilerine karşı nezaketle uyarıda bulunur.

“Daha önce sizce neden fiziksel aktivite / egzersizi sürdürmede başarılı olamadınız?”

“Şu anda fiziksel aktivite/egzersiz yaparsanız sağlığınız nasıl etkilenir? 3 örnek verir misiniz?”

“Fiziksel aktivite/ egzersiz yapma konusunda sizin için uygun olan yöntem hangisidir?”

“Fiziksel aktivite/ egzersiz yapma sürecinde size yardım edebilecek en uygun olan sosyal destek kaynaklarını söyleyiniz?”

“Eğer hiçbir şekilde fiziksel aktivite/ egzersiz yapmazsanız ne olacağını düşünüyorsunuz?”

“Fiziksel aktivite/egzersiz yapmaya karar verdiğiniz noktada, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız sizde işe yarar?”

Hasta ilk görüşmede fiziksel aktivite/egzersiz yapma kararı alırsa bu konuda desteklenir, fiziksel aktivite/egzersiz programı planlanır. Hastaya fiziksel aktivite/egzersiz yaparken yaşadığı solunum güçlüğü ile başa çıkma yolları öğretilir.

"Günlük yaşam aktivitelerinizi yerine getirmeyle başlamak iyi bir fikir".

"Fiziksel aktivite/egzersiz yaparken ne tür sorunlar yaşayabilirsiniz?"

"Fiziksel aktivite/ egzersiz yaparken solunum sıkıntısı yaşadığınızda neler yapabileceğinize lütfen 2 örnek veriniz."

"Fiziksel aktivite/egzersiz sürecinde, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız sizde işe yarar?"

" Eğer fiziksel aktivite/ egzersiz yapmaya karar verirseniz gelecekte nelerin farklı olabileceğini ümit ediyorsunuz?"

" Şu anda solunum sıkıntınız nedeniyle kendinizi gerçekten engellenmiş hissettiğinizi görebiliyorum. Olayların nasıl daha farklı olmasını isterdiniz?"

" Hiç değişti yapmadığınızı ama aynen olduğunuz gibi devam ettiğinizi kabul edin. Şu andan itibaren 5 yıl sonra yaşamınızın nasıl olacağını düşünüyorsunuz?"

Değişim konuşmasının güçlendirilmesi ve artırılması için konuşmayı detaylandırmak, yansıtmak, özetlemek ve onaylamak önemlidir.

" Başka hangi egzersizleri yapabilirsiniz?"

"Fiziksel aktivite, egzersiz yaparken ne gibi endişeleriniz, düşünceleriniz var?"

" Egzersiz yapmak istiyorsunuz ancak solunum sıkıntısı yaşamaktan endişeleniyorsunuz."

"Egzersizleri aşamalı olarak yaptığımızda kendinizi güvende hissediyorsunuz"

" Bunun işe yaradığını düşünüyorum."

Süre dikkate alınarak son aşamada ilk görüşmenin özeti yapılır, kişiye eklemek istediği şeyler için söz hakkı verilir ve ikinci görüşme zamanı için hatırlatma yapılır.

" Zamanımız bitmek üzere ve nerede olduğumuzu ve nereye gittiğimizi görebilmemiz için şu ana kadar söylediklerinizi toparlamaya çalışmak istiyorum. Konuştuğumuz önemli bir şeyi unutursam lütfen hatırlatın. KOAH hastalığınız nedeniyle solunum güçlüğü yaşıyorsunuz. Günlük yaşam aktivitelerinizi yerine getirirken nefes darlığınız oluyor ve bu yüzden hareket etmek istemiyorsunuz ve bunun uzun vadede sonuçlarından endişeleniyorsunuz. Solunum güçlüğü için doktorunuzun önerdiği ilaçları düzenli olarak kullanıyorsunuz bu yönünüzü takdir ediyorum ancak önerilen günlük yaşam aktivitelerini/ egzersizi yerine getirmekte endişeleriniz olduğunu görüyorum. Hareket etmediğiniz zaman kendiniz yorgun hissediyor ve başkalarına bağımlı yaşamak zorunda kalıyorsunuz ve bu da sizi endişelendiriyor. Bir taraftan fiziksel aktivitenin/ egzersizin solunum sıkıntınıza ve hastalığınız ile ilgili şikayetlerinize iyi geleceğini biliyorsunuz diğer taraftan ise solunum sıkıntısı yaşayacağınızı düşündüğünüz için hareket etmek istemiyorsunuz. Şu ana kadar doğru bir özet mi? Kaçırdığım bir şey var mı?"

"Bugün sizinle hastalığınız nedeniyle yaşadığınız solunum sıkıntınızın hayatınıza olan etkileri ve fiziksel aktivite/ egzersiz hakkında konuştuk. Solunum sıkıntınızın ve fiziksel aktivite/ egzersiz yapmamanızın yaşantınızda.....şeklinde etkilere sebep olduğunu belirttiniz. Bu süreçte yaşantınızdaki değişikliklerden ve yaşamınıza getirdiği avantajlardan-dezavantajlardan söz ettik. Sizin içinavantajları olurkende dezavantajları oldu. Bunların dışında eklemek istediğiniz şeyler var mı?.....şu tarihte görüşmek üzere."

Ek 2. Motivasyonel Görüşme Süreci (İkinci Görüşme)

İkinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı

Motivasyonel görüşmede ilk aşama hedeflenen önemin ve güvenin artırılmasının sağlanması iken, ikinci aşama; değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve buna ulaşmak için bir plan geliştirilmesini kapsar. Değişim konuşması ortaya çıkarmak sadece başlangıç oturumlarında değil diğer oturumlar tamamı boyunca önemlidir. Bu görüşmelerde bireyin hangi süreçte olduğu dikkate alınarak görüşmeye devam edilir.

Görüşmeye ilk görüşmeye atıfta ulunan bir özetle başlanır.

“İlk görüşmemizde KOAH hastalığınızın size ve yaşamınıza olan etkilerinden bahsetmiştik. Solunum sıkıntısı yaşamak ile ilgili endişelerinizi ve bu durumun günlük aktivitelerinize olan etkilerini şeklinde belirtmişsiniz. Fiziksel aktivite/egzersiz yapmamanın sizin için avantajlarından ve dezavantajlarından konuşmaya başlamıştık. Sizinle birlikte bir fiziksel aktivite programı belirlemiştik. Bugünkü görüşmemizde de bu noktadan devam edebiliriz. Bu noktaya gelmeden öncegün boyunca yaşadıklarınızı anlatır mısınız? “

“En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? “

Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için, şimdiki durumun dezavantajları örneğin; "Sizi mevcut durumunuzla ilgili endişelendiren şey nedir?," "Hiçbir şeyi değiştirmezseniz neler olacağını düşünüyorsunuz?," değişimin avantajları örneğin; "Fiziksel aktivite/egzersiz yapmayla ilgili size iyi gelen şeyler nelerdir?," "Fiziksel aktivite yapmanın avantajları neler olabilir?," değişimle ilgili iyimserlik örneğin; " Başarmanızda size yardımcı olacak hangi güçlü yönleriniz var?," "Fiziksel aktivite/egzersiz yapmanızda size kim yardım edebilir?," "Fiziksel aktivite/egzersiz yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz var?" gibi çağrıştırmalı, açık uçlu sorular sorulur. Önem cetveli kullanılır, detaylandırma yapılır.

Bu aşamada direnç oluşursa yansıtılmalı dinlemeye devam edilir ve bireyin dikkatinin gelişim yolunda engel olduğu görülen şeylerden başka yöne kaydırılır, yeniden çerçevelendirme, çarpıtılarak katılma, kişisel tercih ve kontrolü vurgulama tekniklerinden yararlanır. Güven konuşmasını ortaya çıkarmak için çağrıştırmalı sorular sorulur, güven

cetveli kullanılır, geçmiş başarıların gözden geçirilmesi sağlanır ve kişisel güçlü yönler ve destekler konusunda konuşulur.

Bireyin hazır olmasının işaretleri ise; düşük direnç, problemle ilgili daha az tartışma, karar vermesi, değişim konuşması, değişimle ilgili sorular, değişimden sonra yaşamının nasıl olabileceği hakkında konuşması ve değişim denemelerine başlamasıdır.

İkinci aşamaya geçen birey ile atılabilecek iyi bir adım o ana kadarki konuşmalarda yansıtıldığı gibi bir kez daha özetleme yapmaktır. Bireyin problemi ile ilgili algılamalarının bir özeti, şimdiki durumu ile ilgili olumlu şeylerin hatırlatılması, değişimin önemi ve değişimi isteği ile ilgili yanıtların tekrar gözden geçirilmesi, bireyin endişeleriyle ilgili değerlendirmeleri içermelidir. Bu özetin amacı; bireyin isteksizliğini ya da ambivalansını onaylarken değişim için mümkün olduğunca çok sebebi bir araya getirmektir. Özetleme bağlılığa geçiş için son hazırlık olarak kullanılır.

Bu aşamada bireye ne yapması gerektiğini söylemekten çok ne istediği ve ne yapmayı planladığının ortaya çıkarılmasını sağlama için açık uçlu sorular sorulur.

"Bu noktada bütün bunları gözden geçirdikten sonra, sizin için sonraki adım nedir?"

"Fiziksel aktivite/egzersiz olarak neler yapabilirsiniz?"

"Konuştuğumuz şeylerden hangisi sizi daha çok endişelendiriyor?"

Bu aşamada bilgi veya tavsiye vermek için bireyin onayının alınması, bireyin özerkliğine saygı gösterilmesini sağlar ve söylemek istenilen bilgiyi duymasını ve düşünmesini kolaylaştırır.

"Sizin yapmayı önerdiğiniz şeyle ilgili bir endişem olduğunu söylesem sorun olur mu?"

" Uygun olabileceğini düşündüğüm bir fikrim var. Duymak ister misiniz?"

" Burada sizin için önemli olan ya da olmayan birkaç şey olabilir ve devam etmeden önce ben sizin bunları bildiğinizden emin olmak istiyorum. Muhtemelen bunların bazılarını zaten biliyorsunuz fakat ben emin olmak istiyorum. Sizin için sorun olur mu?"

Bir değişim planı tartışma aşamasına geçildiğinde; hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin değerlendirilmesi, bir plan yapılması ve bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren ortak bir tartışma süreci başlar. Bu süreçte bir değişim planı taslağı özetlenebilir. Tablo 1'de değişim planı taslağı sunulmuştur.

Tablo 1: Değişim Planı Taslağı

| | |
|--|---------------------------|
| Bu değişimi yapmak istememin en önemli sebepleri: | |
| Bu değişimi yapmada kendim için temel hedeflerim: | |
| Hedeflerime ulaşmak için şunları yapmayı planlıyorum: | |
| Belirli eylem: | Ne zaman: |
| Başkaları bana değişmem için şu şekillerde yardımcı olabilir: | |
| Kişi | Olası yardım şekli |
| Değişimin önündeki bazı olası engeller ve bunlarla nasıl baş edebileceğim: | |
| Değişimin önündeki olası engel | Nasıl karşılık verileceği |
| Şu sonuçları gördüğümde planımın işe yaradığını anlayacağım: | |

Bu plan sonrasında plana bağlılık elde etmek için bireye açıkça sorulmalıdır.

"Yapmak istediğiniz şey bu mu?" "Eğer tam olarak hazır değilseniz o zaman henüz bir söz vermenizi istemiyorum. Bu çok önemli ve kararınızı bu dakikada vermek zorunda değilsiniz. Bunu düşünün ve bir sonraki seferde konuşabiliriz."

Son aşamada özetle ikinci görüşme bitirilir, kişiye eklemek istediği şeyler için söz verilir ve 3. yani son görüşme zamanı için hatırlatma yapılır.

“Bugünkü görüşmemizde gün boyunca neler yaptığımızdan ve bu sürecin sizi nasıl etkilediğinden söz ettik. Bu sürede olumlu değişimlerin olduğunu gözlemledik. Bu sizin kendinize olan güveninizi arttırdı. Bir değişim planı ile nasıl bir değişim yapmak istediğiniz ile ilgili net bir eylem planı geliştirdik. Ve bir sonraki görüşmemizde planla ilgili nelerin yolunda gittiğini ya da bu durumla ilgili endişelerinizden konuşabiliriz. Eklemek istediğiniz bir şey var mı? Bir dahaki sefere sizinle son görüşmemizi yapacağız. Şu tarihte görüşmek üzere.”

Ek 3. Motivasyonel Görüşme Süreci (Üçüncü Görüşme)

Üçüncü Görüşmenin Yarı-Yapılandırılmış Formatı

İkinci görüşmenin özetiyle görüşmeye başlanır.

“Geçen görüşmemizde fiziksel aktivite/egzersiz ile ilgili değişim planı üzerine konuşmuştuk. Bazı hedefler, olası engeller ve bunlarla nasıl baş edeceğinizi konuşmuştuk. Bugün değişim planınızla ilgili neler yaptığınızdan başlayalım. Son görüşmemizden sonra neler yaptınız? Neler size kendinizi iyi hissettirdi? Neler sizi endişelendirdi? ”

Değişim konuşmasına açık uçlu çağrışım yaptıracak sorularla, özetlerle, onaylama ve yansıtmalı dinlemeyle desteklenerek devam edilir. Bireyin içinde bulunduğu aşamaya göre görüşme şekillendirilir.

Önem ve güven cetvelinden de yararlanılır.

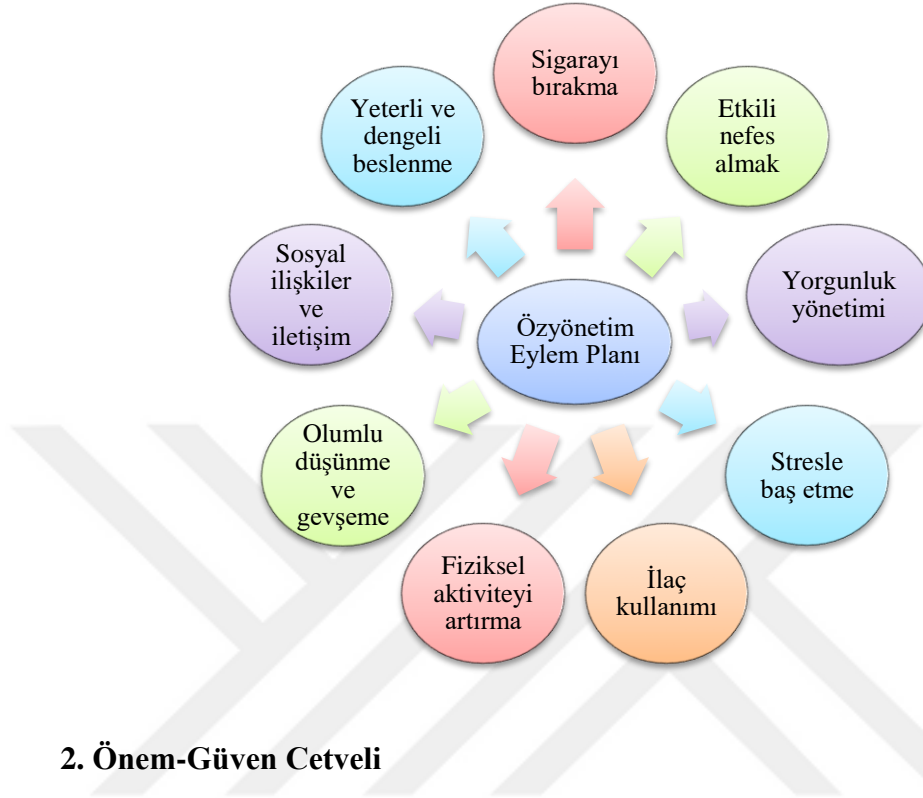
“İlk görüşmemizde fiziksel aktivite/egzersiz yapmaya hazır olma derecenizi olarak belirtmiştiniz. Şu anda aynı cetveli düşünürsek 1 ile 10 arasında kaç puan verirdiniz? “

“Sizi bu noktaya getiren ne oldu?”

Değişimin sürdürülmesinde karşılaşılabilecek güçlükler ve bunlara ilişkin endişelerini paylaşması için hasta cesaretlendirilir. İlk görüşmeden son görüşmeye kadar gelinen nokta hasta ile birlikte gözden geçirilir ve hastanın hedefine ne kadar yaklaştığı konuşularak, duygularını paylaşması için cesaretlendirilir. Görüşme sonunda genel bir özet yapılır. Son görüşme olduğu hatırlatılır. Teşekkür edilir.

EK4. Motivasyonel Görüşme Sürecinin Kolaylaştırıcıları

1. Özyönetim Eylem Planı



2. Önem-Güven Cetveli

0'ın hiç önemli değil ve 10'un çok önemli olduğu, 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bir ölçek üzerinde yapmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylediniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ve yapmaya karar vermiş olsaydınız, 0'ın hiç güvenim yok ve 10'un çok güveniyorum olduğu 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş aynı ölçek üzerinde bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylediniz?

3. KARAR DENGESİ

| ŞİMDİKİ DURUM/ DAVRANIŞ | ŞİMDİKİ DURUM/ DAVRANIŞ | YENİ DURUM/ YENİ DAVRANIŞ | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Avantajları/ Yararları | Dezavantajları/ Zararları | Avantajları/ Yararları | Dezavantajları/ Zararları |

Ek 5. Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

A. Tanıtıcı Bilgiler

Protokol Numarası: _____

1. Doğum Tarihiniz: _____

2. Cinsiyetiniz:

1- Kadın 2- Erkek

3. Medeni Durumunuz Nedir?

1- Evli 2- Bekar

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

1- Okur-yazar değilim 2- Okul bitirmedim-okur yazarım 3- İlkokul mezunuyum

4- Ortaokul 5- Lise 6- Üniversite ve üstü

5. Mesleğiniz Nedir?

1- Ev kadını 2- İşsiz 3- İşçi 4- Memur 5- Esnaf 6- Çiftçi 7- Emekli

8- Diğer (Lütfen Belirtiniz): _____

6. Şu an çalışıyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

7. Ekonomik gelir kaynağınız?

1-Yok

2- Emekli maaşı

3- Eşinin geliri

4- Çocuklarının geliri

5-Mal varlığı

6-Diğer (Lütfen belirtiniz): _____

8. Gelir Durumunuz Nedir?

1- Gelir giderden az 2- Gelir gidere denk 3- Gelir giderden fazla

9. Sigara ve Alkol Kullanım Durumunuz Nedir?

| | | Sigara | Alkol |
|------------------|--|---------------|--------------|
| 1-Halen içiyorum | | | |
| 2-Bıraktım | | | |
| 3- Hiç içmedim | | | |

B-Hastalığa İlişkin Özellikler

10. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) tanısı ilk olarak ne zaman konuldu?

1-Ay ya da yıl olarak lütfen belirtiniz: _____

2-Teşhisin ne zaman konulduğunu bilmiyorum

11. Hastaneye KOAİ nedeni ile yılda kaç defa yattığınız oluyor?

1- 1 defa 2- 2 defa 3- 3 ve daha fazla

12. KOAİ dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

1- Yok 2- Şeker hastalığı 3- Yüksek tansiyon 4- Böbrek yetmezliği 5- Kalp hastalığı

6- Diğer _____

13. Evde oksijen kullanıyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır 3- Daha önceden kullanıyordum

C. Yaşanılan Eve İlişkin Özellikler

14. Oturduğunuz ev tipi nasıl?

1- Müstakil Tek katlı

2- Apartman dairesi

(Lütfen Belirtiniz): -Kaçınca kat: _____ -Asansör: 1-Var 2- Yok

3- Diğer (Lütfen Belirtiniz):

15. Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler ve yakınlık dereceniz.

16. Isınmak için ne kullanıyorsunuz?

1- Soba

2- Kalorifer

3- Katalitik

4- Diğer (Lütfen belirtiniz): _____

17. Yaşadığınız ev rutubetli mi?

1-Evet 2 -Hayır

18. KOAİ ile ilgili daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

1- Evet (Lütfen içeriğini açıklayınız, Ne zaman aldınız? Hangi konularda eğitim aldınız? Eğitimi nereden aldınız?) _____

2- Hayır

19. KOAİ ile ilgili daha önce pulmoner rehabilitasyon programına katıldınız mı?

1- Evet (Lütfen içeriğini açıklayınız, Ne zaman aldınız? Ne kadar sürdü?)

2- Hayır

Ek 6. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (COPD Self-Efficacy Scale- CSES)**KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ**

Protokol No:

Tarih:

| "Şu durumda solunum gücünüzü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz" | Çok güvenli | Orduka güvenli | Biraz güvenli | Çok güvenli değil | Hiç güvenli değil |
|--|-------------|----------------|---------------|-------------------|-------------------|
| Olumsuz Etki | | | | | |
| Solunum gücünüzü çektiğimi inkar ettiğimde | | | | | |
| Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde | | | | | |
| Hayal kırıklığına uğradığımda | | | | | |
| Yatağa yattığımda | | | | | |
| Çaresiz olduğumda | | | | | |
| Alkol aldığımda | | | | | |
| Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda | | | | | |
| Endişeli olduğumda | | | | | |
| Bitkin düştüğümde yada bunaldığımda | | | | | |
| Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde | | | | | |
| Evde bir sorun olduğunda | | | | | |
| Yetersizlik hissettiğimde | | | | | |
| Toplam: | | | | | |
| Duygusal Durum | | | | | |
| Çok yorgun olduğumda | | | | | |
| Üzülduğümde | | | | | |
| Kızdığımda | | | | | |
| Yaşantım konusunda endişelendiğimde | | | | | |
| Biri benden uzaklaştığımda | | | | | |
| Bağırdığımda yada çılgık attığımda | | | | | |
| Çok fazla güldüğümde | | | | | |
| Korktuğumda | | | | | |
| Toplam: | | | | | |
| Fiziksel Çaba | | | | | |
| Merdivenleri çok hızlı çıktığımda | | | | | |
| Egzersiz yaptığımda yada kendimi bedenen zorladığımda | | | | | |
| Ağır bir şey kaldırdığımda | | | | | |
| Havasız bir odada hareket yaptığımda | | | | | |
| Acele ettiğimde yada telaşlandığımda | | | | | |
| Toplam: | | | | | |
| Hava/Çevre Etkisi | | | | | |
| Hava nemli olduğunda | | | | | |
| Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda | | | | | |
| Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda | | | | | |
| Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda | | | | | |
| Enfeksiyon / bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s) | | | | | |
| Kirli havalarda | | | | | |
| Toplam: | | | | | |
| Davranışsal Risk Faktörleri | | | | | |
| Perhize uymadığımda | | | | | |
| Fazla yemek yediğimde | | | | | |
| Normal soluk alıp veremediğimde | | | | | |
| Toplam: | | | | | |
| GENEL TOPLAM: | | | | | |

Ek 7. MRC (Medical Research Council-MRC) Dispne Skalası

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) DISPNE SKALASI

Protokol Numarası: _____ Tarih:

| Dispne Derecesi | Açıklama | Puan |
|------------------------|---|-------------|
| 0 Derece | Dispne yok | 0 Puan |
| 1 Derece | Hafif Dispne (Düz yerde hızlı hareket ederken ve hafif yokuş çıkarken solunum sıkıntısı olması) | 1 Puan |
| 2 Derece | Orta şiddette dispne (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklaması) | 2 Puan |
| 3 Derece | Şiddetli dispne (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durması) | 3 Puan |
| 4 Derece | Çok şiddetli dispne (evde günlük işlerini yaparken elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tuvalete giderken nefessiz kalması) | 4 Puan |

Ek 8. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Önerisi Kararı

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULUNUN 07/09/2017 TARİH ve 32 SAYILI OTURUMUNDA ALINAN XII NOLU KARAR SURETİ AŞAĞIDA ÇIKARILMIŞTIR

KARAR XII

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının; Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Yeliz KARAÇAR'ın tez önerisi ve haftalık ders programı hakkındaki 07/09/2017 tarih ve 48762 sayılı yazısı görüşüldü. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Yeliz KARAÇAR'ın tez önerisinin ve haftalık ders programının Anabilim Dalının görüşü doğrultusunda aşağıdaki şekilde kabulüne oy birliği ile karar verildi.

| Öğrencinin Adı Soyadı | Programı | Tezin Türkçe Adı | Tezin İngilizce Adı |
|-----------------------|---------------|--|---|
| Yeliz KARAÇAR | Yüksek Lisans | Koah Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi | The Effect on Self-Efficacy of Self-Management Education and Motivational Interview Among Copd Patients |

| Dersin Kodu | Dersin Adı | Gün | Saati | Tez Danışmanı |
|-------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
| UZM701 | Uzmanlık Alan Dersi I | Pazartesi Salı Çarşamba Perşembe | 14.30-16.15 16.30-17.15 14.30-17.15 10.30-12.15 | Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN |
| TEZ701 | Tez Çalışması I | Perşembe | 11.30-12.15 | |



Ek 9. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarihi ve Sayısı: 25/08/2017-E.47676



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Anabilim Dalı Başkanı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.08.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 21 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 21

Protokol No : 2017/1219
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
ADÜ Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN'ın "KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmelerin öz-etkililik üzerine etkisi" başlıklı klinik araştırmasının 10.08.2017 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmış. 18.08.2017 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görülmüştür.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÜBAP başvuru onay belgesi ile kurum izninin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya, Form 2'nin 14.1'ine son bölümünde talep edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, (Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 10. Denizli il Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Hemşire Yeliz KARAÇAR arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde

Çalışmanın Adı: "KOAH Hastalıklarında Öz Yönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Hemşire Yeliz KARAÇAR

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tır ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden anımsanmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütüleceği kurumumuzda 3 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç 26 Mart 2018 /Bitiş 26 Mayıs 2018
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamodaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yapı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

.../.../2018
Yeliz KARAÇAR
Hemşire

.../.../2018
Uz. Dr. İzzet KEMREOĞLU
Kırsal Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2018
Uz. Dr. İzzet ÖZTÜRK
Sağlık Müdürü

KOAH İLE YAŞAMAK



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

EĞİTİM REHBERİ

OCAK 2018

YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ YELİZ KARAÇAR

PROF.DR. FATMA DEMİRKIRAN

*Bu rehber * KOAH Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkinlik Üzerine Etkisi* başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.*

Teşekkür

Bu kitapçığın hazırlanmasında her aşamasında yardımcı ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a gönülden teşekkür ederim.

İçindekiler

Onsöz

| | |
|---|----|
| Solunum Sistemimizi Tanıyalım..... | 4 |
| Akciğerlerimizi Tanıyalım..... | 5 |
| Nefes Alıp-Verdiğimizde Akciğerlerde Neler Olur?. | 6 |
| KOAH Nedir?..... | 7 |
| KOAH'ın Nedenleri Nelerdir?..... | 8 |
| KOAH'ın Belirtileri Nelerdir?..... | 8 |
| KOAH'la Yaşamayı Gözden Geçirin..... | 9 |
| 1. Sigara İçmeyi Bırakın..... | 9 |
| 2. Aşılarınızı Yaptırın..... | 10 |
| 3. İlaçlarınızı Doğru ve Düzenli Kullanın..... | 10 |
| 4. Düzenli Olarak Yürüyüş Yapın..... | 12 |
| 5. Solunum Egzersizlerini Yapın..... | 14 |
| 6. Günlük İşlerinizi Düzenleyin..... | 17 |
| 7. Düzenli ve Dengeli Beslenin..... | 18 |
| 8. Stresten Uzak Durun..... | 19 |
| 9. Oksijen Tedavinizi Kullanın..... | 20 |
| 10. Sağlık Kontrollerinizi Yaptırın | 21 |

Kaynaklar

Önsöz

KOAH, dünyada giderek artış gösteren, ölümlere ve ciddi sağlık sorunlarına yol açan, sosyal ve ekonomik yükü sonuçlanan önemli hastalıklardan birisidir.

KOAH, hastaların nefes darlığı yaşaması, bu durumun günlük hayatta hareket kısıtlılığına neden olması ve uzun süreli bakım gerektirmesinden dolayı yaşam kalitesini düşürmektedir.

Hasta eğitimi ve danışmanlık, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, nefes darlığı gibi belirtilerinizin kontrolünün sağlanmasında ve hastalığın yönetiminde önemli bir araçtır.

Bu amaçla hazırlanan bu kitapçıkta; KOAH'ı öğrenip, KOAH'la yaşamayı yeniden gözden geçirmeniz konusunda size yardımcı olacak önemli bilgiler yer almaktadır.

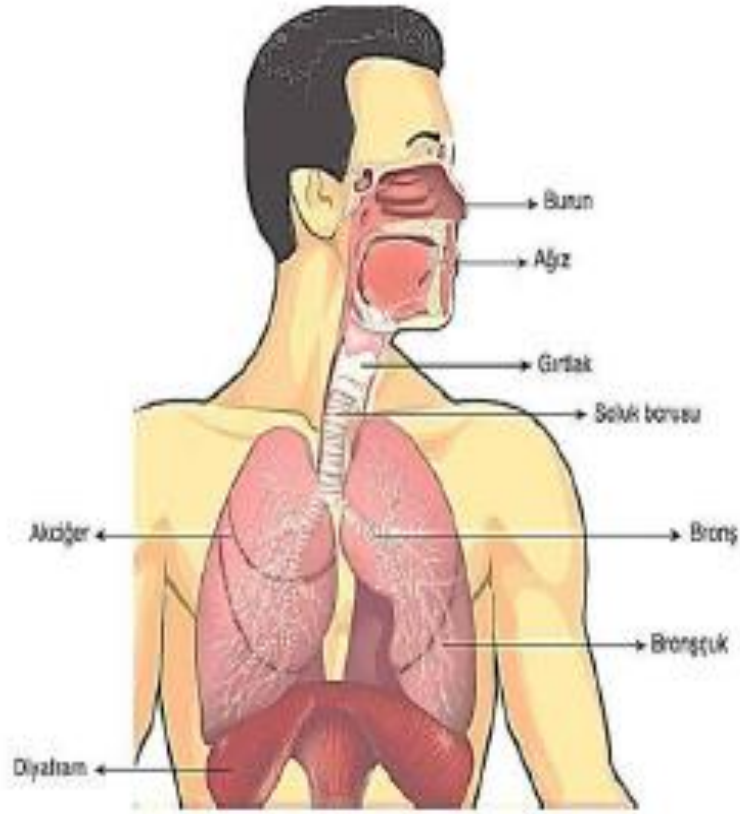
Bu kitapçığın KOAH hastalığı ile yaşarken, nefes darlığı başta olmak üzere yaşadığımız sıkıntılarımızın azalmasında ve hastalığın ilerlemesini engellemede yararlı olmasını diliyoruz...

Yeliz KARAÇAR & Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN

SOLUNUM SİSTEMİMİZİN TANIMI

Solunum sisteminde; burun, yutak, gırtlak, soluk borusu, bronşlar ve akciğerler bulunur. Diyafram kası, solunuma yardımcı olan kaktır (Resim 1).

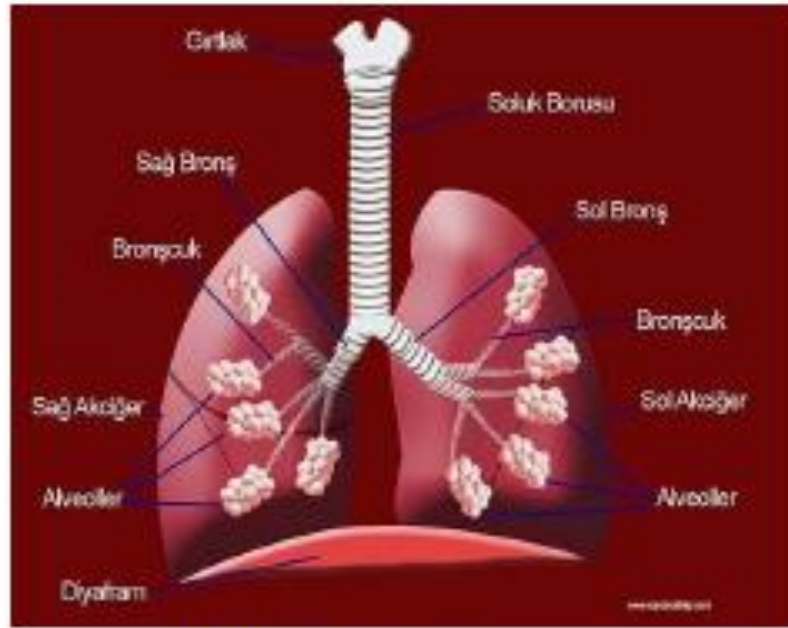
Ağız ya da burunumuzdan aldığımız hava soluk borusundan geçerek akciğerlerimize ulaşır.



Resim 1: Solunum Sistemi

AKCİĞERLERİMİZİ TANIYALIM

- ✓ Akciğerler göğüs boşluğunda bulunur.
- ✓ Çevresindeki kemik kafes tarafından korunur.
- ✓ Akciğer içindeki hava yollarının (bronşların) en ucunda üzüm salkımına benzeyen hava kesecikleri (alveol) bulunur (Resim 2).



Resim 2: Akciğerler

- ✓ Hava kesecikleri, temiz hava (oksijen) ve kirlı havanın (karbondioksit) değişiminin yapıldığı yerdir.

Nefes Alıp-Verdiğimizde Akciğerlerde Neler Olur?

Nefes Aldığımızda;

- ✓ Burundan alınan hava yutak ile gırtlığa, gırtlaktan da soluk borusuna gelir.
- ✓ Temiz hava soluk borusundan bronşlara, bronşlardan da hava keseciklerine ulaşır.
- ✓ Hava keseciklerinde bulunan oksijen(temiz hava) kılcak kan damarlarına, kılcak kan damarlarındaki (kiri kandaki) kirliliği hava (karbondioksit) hava keseciklerine geçer.
- ✓ Temizlenen kan, akciğer toplardamarı ile kalbe gelerek vücuda dağılır.
- ✓ Bu iletim sırasında diyafram aşağı doğru hareket ederek havanın akciğere dolmasını kolaylaştırır.

Nefes Verdiğimizde;

- ✓ Vücutta kullanılan hava, kirliliği hava (karbondioksit) haline dönüşür ve tekrar hava kesecikleri yardımı ile akciğerlere taşınır,.
- ✓ Soluk verme sırasında dışarıya atılır.
- ✓ Soluk verme sırasında diyafram yukarı doğru hareket ederek havanın akciğerden atılımını kolaylaştırır.

KOAH NEDİR?

KOAH; **K**ronik **O**bstrüktif **A**kciğer **H**astalığı sözcüklerinin baş harflerinin kısaltmasıdır.

Kronik, hastalığın uzun süredir devam ettiği anlamına gelir.

Obstrüktif, tıkaçıcı anlamına gelir ve bu hastalıkta tıkanan nefes borulardır.

KOAH, nefes borularının yapısında daralmayla oluşan tıkanıklık ve hava keseciklerinin yapısının bozulması sonucu gelişen ilerleyici bir akciğer hastalığıdır (Resim 2-3).



Resim 2: Normal Nefes Borusu - KOAH'da Nefes Borusu



Resim 3: Normal Hava Keseciği-KOAH'da Hava Keseciği

KOAH'IN NEDENLERİ NELERDİR?

- ✓ KOAH'ın en önemli nedeni sigara içmek ve dumanına maruz kalmak,



- ✓ Toz, duman ve zararlı gazlara maruz kalmak,
- ✓ Hava kirliliği



- ✓ Genetik faktörler

KOAH'IN BELİRTİLERİ NELERDİR?

KOAH'ın uzun süre devam eden temel belirtileri;

- ✓ Öksürük,
- ✓ Balgam çıkarma,
- ✓ Özellikle hareket ile artan nefes darlığıdır.



**KOAH'LA BİRLİKTE YAŞAMAYI YENİDEN GÖZEN
GEÇİRİN!
DAHA SAĞLIKLIVE KALİTELİBİR YAŞAMIÇİN NELER
YAPMALIYIZ?**

1. SİGARA İÇMEYİ BIRAKIN



- ✓ KOAH'ın ilerlemesini azaltan en etkili yöntem; sigarayı bırakmaktır.
- ✓ Hastanelerde Sigara Bırakma Poliklinikleri vardır.
- ✓ Bilgi almak için Sağlık Bakanlığı'nın 171 nolu ücretsiz telefonunu arayın.

2. GRİP VE ZATÜRRE (PNÖMONİ) AŞILARINIZI YAPTIRIN

Eylül sonu, ekim başı dönemlerde doktorunuza danışarak grip ve zatürre aşınızı yaptırın.



3. KOAH İLAÇLARINIZI DOĞRU VE DÜZENLİ BİR ŞEKİLDE KULLANIN

KOAH'da ilaç tedavisi;

- ✓ Hastalığın ilerlemesini önlemek,
- ✓ Solunumunuzu rahatlatmak,
- ✓ Balgamı atmanızı kolaylaştırmak amacıyla verilir.
- ✓ Bu ilaçlar çoğunlukla ömür boyu kullanılmaktadır.
- ✓ İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği şekilde doğru ve düzenli kullanmanız önemlidir.



KOAH İLAÇLARINIZ HAKKINDA ÖNEMLİ BİLGİLER

KOAH ilaçları temelde iki türüdür. Bunlar;

- ✓ **Düzenli olarak kullanılan fısfıslar:** Nefesi hemen açmaz ve düzenli kullanılmazsa hastalık ilerler.
- ✓ **Acil durumda (nefesiniz sıkıştığında) kullanılan fısfıslar:** 5- 10 dakika içinde nefesi açar. Etkisi 4 saat kadar devam eder. Bu fısfısları ihtiyacınıza göre kullanın. Günde 4 defa önerilir, fazla miktarda fısfıs kullanmak yan etkilere neden olur.



- ✓ Ayrıca buhar makinesi ile kullanılan ilaçlarınızı doktorunuzun önerisine göre hem düzenli olarak hem de acil durumlarda kullanabilirsiniz.

KOAH ilaçlarının sık görülen yan etkileri şunlardır;
Çarpıntı, titreme, idrarla ilgili sorunlar, ağız yarası.

Yan etkilerden korunmak için şunları yapın;
Günde en az 8 bardak su için.
Fısfıs ve buhar kullandıktan sonra ağız ve boğazınızı bol su ile çalkalayın.

4. DÜZENLİ OLARAK YÜRÜYÜŞ YAPIN

- ✓ Her gün mutlaka düzenli olarak yürüyüş yapın.
- ✓ Yürüyüşe çıkarken rahat ayakkabı ve kıyafet giyin.
- ✓ Sizi yormayacak şekilde yürüyün. Yürürken konuşabileceğiniz hızda yürüyün.
- ✓ Düz yolda yürüyün.
- ✓ 10 dakika yürüyebiliyorsanız günde biryada iki kere yürüyün.
- ✓ Yürüme sürenizi kendinize göre ayarlayın. Rahat yürüyebiliyorsanız bu süreyi artırın.
- ✓ Haftada en az 45 dakika yürümeye çalışın.
- ✓ Acil durum fısıfısını yanınıza alın.



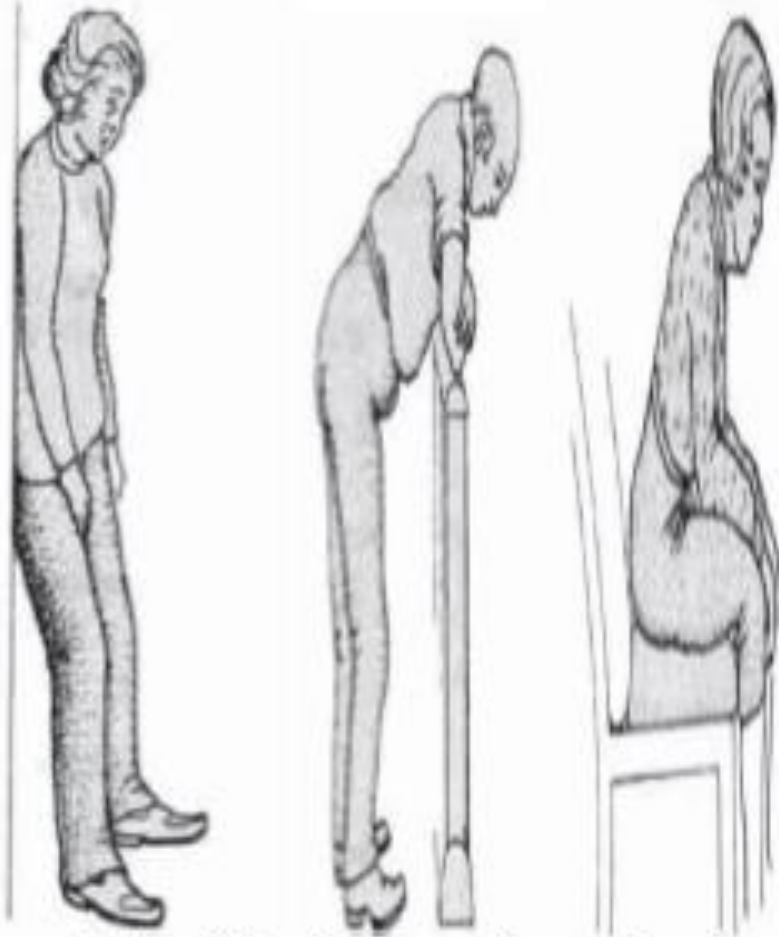
Yürüyüş Yapmanızın Faydaları Nelerdir?

- ✓ Nefes darlığınız ile baş etmenizi sağlar,
- ✓ Kas kuvvetinizi artırır,
- ✓ Enerjiniz artar ve günlük işleriniz daha rahat yaparsınız,
- ✓ Yorgunluk hissiniz azalır, kendinize güveniniz artar.
- ✓ Egzersiz yaptıkça mutluluk homonu artar ve kendinizi daha iyi hissedersiniz,
- ✓ Uyku kalitenizi artırır.



5. SOLUNUM EGZERSİZLERİNİ YAPIN

Nefes darlığınız çok belirgin olduğunda nefes darlığını azaltan pozisyonları kullanın.



Resim: Nefes darlığını azaltan pozisyonlar

Solunum Egzersizleri Yapın;

Solunum egzersizi yapmak, oksijen-karbondiyoksit değişimini artırarak daha rahat nefes alıp-vermenizi sağlar. Bu egzersizleri günde en az 5-6 kez 10-15 dakika yapabilirsiniz.

Büzük Dudak Solunumu Egzersizi Yapın

1. Bumunuzdan nefes alın,

2. Aldığınız nefesi dudaklarınızı ısık çalar gibi büzerek yavaşça verin.

3. Nefesinizi 2'ye kadar sayarak aldıysanız 4'e kadar sayarak verin.



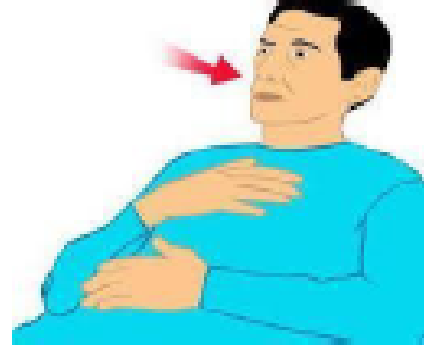
Karın Solunumu Egzersizi Yapın

1. Nefes almadan önce elinizi karınınızın üstüne koyun.

2. Yavaşça nefes alın.

3. Sonra nefesinizi ağzınızdan büzerek verin.

4. Nefes alırken ve verirken elinizin karınınızın üzerinde hareket ettiğini hissedin.



Öksürük Egzersizi Yapın

1. Rahat bir şekilde dik oturmaya çalışın.

2. Nefesinizi derin ve yavaş olarak alın.

3. Nefesinizi içinizde 3'e kadar sayarak tutun.

4. Tekrar yavaşça verin.

5. Aynı işlemi 3 kez yapın.

6. En son nefesinizi verme sırasında bir iki kere derin olarak öksürmeye çalışın.

6. GÜNLÜK İŞLERİNİZİ DÜZENLEYİN

- ✓ Eviçinde taşımanız gereken tüm malzemeleri tekerlekleri olan bir masa/araba ile iterek gerekli yerlere götürün.



- ✓ Elbiselerimizi giyinirken, duş alırken oturun.
- ✓ Ev içindeki sürekli kullandığınız malzemeleri kolay ulaşabileceğiniz yerlere yerleştirin.
- ✓ Eğilme, gerilme ve uzanma hareketlerinden kaçının.
- ✓ Yemek yedikten sonra yiyeceklerin sindirilmesi için dinlenin.
- ✓ Banyo yaparken bir tabureye oturun ve duş fıskiyesini kullanın. Önce bedeninizi çıkmaya yakın başınızı yıkayın.



- ✓ Yorucu işlerden önce nefes açıcı fıs fıs yada buhar makinesi ile kullanılan ilaçlarınızı kullanabilirsiniz.

7. DÜZENLİ VE DENGELİ BESLENİN

- Yemek yerken dikoturun,
- Günde 5-6 öğün az az yiyin,
- Yemeklerinizi iyi çiğneyerek yiyin,
- Günde en az 8-10 bardak su tüketin. Su içmek balgamın atılmasına yardımcı olur.
- Posalı yiyecekler tüketin (sebze, meyve, baklagiller vb.).



- Gaz yapıcı besinlerden kaçının (lahana, kuru baklagiller, gazlı içecekler gibi). Bu yiyecekler midede gaz birikmesine neden olur ve nefes darlığını artırır.

8. STRESTEN UZAK DURUN

Her türlü stres nefes darlığını artırır.

Kendinizi Gergin Hissettiğinizde Nasıl Rahatlırsınız?

- ✓ Kendinizi rahat hissettiğiniz bir ortama gidin,
- ✓ Rahatlatıcı bir müzik dinleyin,
- ✓ Gözlerinizi kapatıp kendinizi hoşunuza giden bir şeyi yaparken hayal edin. Bu, yemyeşil bir ormanda kuş seslerini dinlemek, deniz kenarında dalgaların sesini dinlemeyi hayal etmek olabilir.
- ✓ Rahatlayana kadar hoşunuza giden bu durumu düşünmeye devam edin.



- ✓ Kontrol edemediğiniz stres, heyecan ve öfke varsa psikiyatri polikliniğine başvurun.

9. OKSİJEN TEDAVİNİZİ KULLANIN

- ✓ Nefes darlığınız arttığında mutlaka oksijeninizi kullanın.
- ✓ Günde 16 saat kullanabilirsiniz.
- ☐ Gece uyurken oksijen kullanabilirsiniz.
- ✓ Oksijeni düşük seviyede (2 litre olacak şekilde) açın.



Resim: Oksijen Konsantratörü



Resim: Oksijen Tüpü

DİKKAT! Oksijen gazı yanıcıdır bu nedenle, oksijen kaynağının yanında ateş yakmayın ve soba gibi yanıcı cihazlardan uzak tutun.

10. DÜZENLİ OLARAK SAĞLIK KONTROLLERİNİZİ YAPTIRIN

Kontrollerde;

- ✓ Hastalığınızın gidişatı,
- ✓ İlaç tedavinize uyumunuz,
- ✓ Tedavilerin etkisi ve yan etkisi
- ✓ Hastalığa bağlı ek sorunların gelişip gelişmediği değerlendirilir, erken dönemde önlem alınmasını sağlar.

DİKKAT! Aşağıdaki durumlar olduğunda,

- ✓ İlaçlarınızı düzenli olarak kullandığınız halde nefes darlığınız azalmıyorsa,
- ✓ Acil durumlarda kullanılan fişislerinizi daha fazla kullanıyorsanız,
- ✓ Gece nefes darlığından uyanıyorsanız,
- ✓ Daha fazla oksijen kullanıyorsanız,
- ✓ Ateş, balgam artışı ve balgamda renk değişikliği, iştahsızlık gibi enfeksiyon (mikrop kapma) belirtileri varsa mutlaka **doktorunuza başvurun.**



Kaynaklar

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>. (Erişim Tarihi: 01.09.2017)
2. Türk Toraks Demeği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Raporuna Bakışı, <http://www.toraks.org.tr> (Erişim Tarihi: 26.04.2017).
3. Kocabaş A. ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014, Türk Toraks Demeği Çalışma Grubu, Ada Ofset, İstanbul, 2014.
4. Türk Toraks Demeği. KOAİ ile Yaşam.
5. Türk Toraks Demeği. Solunumsal Rehabilitasyon.
6. Türk Toraks Demeği. KOAİ Eğitim Kitabı.

TEŞEKKÜR

Bu kitapçığı hazırlamamda, her aşamada yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Prof.Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a; katkı ve desteklerinden dolayı Prof. Dr. Sakine BOYRAZ, Uzm. Hemş. Şenay TAKMAK ve Uzm. Dr. Nurettin Şahin'e teşekkür ederim.

Kitapçığın hazırlanması aşamasında değerli katkılarda bulunan Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde çalışan değerli meslektaşlarım başta olmak üzere tüm çalışanlarıma teşekkür ederim.

Göğüs Hastalıkları Servisi'nde KOAH hastalarına bakım veren hemşire meslektaşlarımın, hemşirelik bakımlarını planlarken bu kitapçığı yardımcı bir araç olarak kullanmalarını dilerim...

Bu kitapçığı kullanarak destek görmesini amaçladığım tüm hastalaruma sevgilerimle...

Ek 12. Deney Grubu Hastalarının Bilgilendirme ve Olur Formu

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi"nin Değerlendirilmesi İçin Bilgilendirme ve Olur Formu (Deney Grubu için)

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylere verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

KOAH tüm dünyada giderek artış gösteren, ölümlere ve ek sağlık sorunlarına yol açan, sosyal ve ekonomik yükü sonuçlanan, önemli hastalıklardan birisidir. Hastalığın kronik olması, uzun süreli bakım gereksinimi, nefes darlığı başta olmak üzere yaşanan tüm semptomlar kişinin hayatını kısıtlamaktadır. KOAH'ta ortaya çıkan ciddi solunum güçlüğü, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi, hastaların öz etkililik gücünün de azalmasına neden olmaktadır. KOAH'lı bireyler aktivite ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin, solunum güçlüğünden sakınmak için bazı aktiviteleri gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duymaktadırlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilir. KOAH'lı bireyler aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınırlar ve düşük öz-etkililik aktivite sınırlamasına neden olur. KOAH'ın yönetiminin sağlanmasında, hastaların günlük yaşam aktivitelerine devam etmeleri için desteklenmesinde, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında ve öz-etkililiklerinin yükseltilmesinde özyönetim eğitimi önemli rol oynamaktadır. Hasta eğitimi ve motivasyonel danışmanlığın sağlıklı davranışa doğru değişimin ve hastalığa uyumun sağlanması, tedavi ve bakımın istendik düzeyde sürdürülmesi için motivasyon sağlamada hemşireler tarafından yapılan motivasyonel görüşmenin olumlu yönde etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde KOAH tanısı ile yatarak tedavi gören hastalar alınacaktır. Araştırmanın başında, sonunda ve 1 ay (30 gün) sonra araştırmacı size anket formlarında yer alan sorulara cevap vermeniz istenecektir. Bu ölçümlerden ilk ikisi yüz yüze görüşme yöntemiyle, son ölçüm ise telefonla görüşme yöntemiyle yapılacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için yanıtlarınızın doğru olmasını ve soruları boş bırakmamanızı rica ediyorum. İlk olarak 5-8'erli grup olarak ve 30-45 dakikalık bir oturumda özyönetim eğitimi (KOAH

ile ilgili genel bilgiler, sigarayı bıraktırma tedaviye genel yaklaşım ve tıbbi tedavinin özel yönleri (solunum ilaçları ve inhalasyon cihazlarının kullanımı, dispneyi azaltan yöntemler, alevlenmelerin yönetimi gibi konularda) verilecektir. Ayrıca özyönetim eğitimi ile ilgili bir eğitim rehberi verilecektir. Özyönetim grup eğitiminden 1-3 gün sonra toplam 3 kez 30-45 dakikalık bireysel motivasyonel görüşmeler yapılacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizde araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki çalışmalarda veya bilimsel nitelikte yayınlarda yararlı olacaktır. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Sayın Yeliz KARAÇAR tarafından Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören KOAH hastalarıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağı bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme Tanığı

Adı Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Katılımcıyla Görüşen Araştırmacı

Adı-Soyadı : Hemşire Yeliz KARAÇAR

Adres : Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi

Tel : 0506 743 28 11 İmza :

Ek 13. Kontrol Grubu Hastalarının Bilgilendirme ve Olur Formu

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi"nin Değerlendirilmesi İçin Bilgilendirme ve Olur Formu (Kontrol Grubu için)

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) olan bireylere verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

KOAİ tüm dünyada giderek artış gösteren, ölümlere ve ek sağlık sorunlarına yol açan, sosyal ve ekonomik yükü sonuçlanan, önemli hastalıklardan birisidir. Hastalığın kronik olması, uzun süreli bakım gereksinimi, nefes darlığı başta olmak üzere yaşanan tüm semptomlar kişinin hayatını kısıtlamaktadır. KOAİ’de ortaya çıkan ciddi solunum güçlüğü, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi, hastaların öz etkililik gücünün de azalmasına neden olmaktadır. KOAİ’li bireyler aktivite ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin, solunum güçlüğünden sakınmak için bazı aktiviteleri gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duymaktadırlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilir. KOAİ’li bireyler aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınırlar ve düşük öz-etkililik aktivite sınırlamasına neden olur. KOAİ’ın yönetiminin sağlanmasında, hastaların günlük yaşam aktivitelerine devam etmeleri için desteklenmesinde, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında ve öz-etkililiklerinin yükseltilmesinde özyönetim eğitimi önemli rol oynamaktadır. Hasta eğitimi ve motivasyonel danışmanlığın sağlıklı davranışa doğru değişimin ve hastalığa uyumun sağlanması, tedavi ve bakımın istendik düzeyde sürdürülmesi için motivasyon sağlamada hemşireler tarafından yapılan motivasyonel görüşmenin olumlu yönde etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde KOAİ tanısı ile yatarak tedavi gören hastalar alınacaktır. Araştırmanın başında, sonunda ve 1 ay (30 gün) sonra araştırmacı size anket formları ve ölçek uygulayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için yanıtlarınızın doğru olmasını ve soruları boş bırakmamanızı rica ediyorum. Araştırma süreci içinde rutin bakımınıza devam edilecektir. Ancak araştırmanın sonunda araştırmacı tarafından size özyönetim eğitimi ve KOAİ eğitim rehberi verilecek, motivasyonel görüşme yapılacaktır.

Sizinde araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki çalışmalarda veya bilimsel nitelikte yayınlarda yararlı olacaktır. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Sayın Yeliz KARAÇAR tarafından Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören KOAH hastalarıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağı bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza :

Katılımcıyla Görüşen Araştırmacı

Adı-Soyadı: Hemşire Yeliz KARAÇAR

Adres: Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi

Tel: 0506 743 28 11


İmza:

Ek 14. Özyönetim Eğitim Planı

Özyönetim Eğitim Planı

| | |
|----------------------------------|---|
| Konu | KOAH Hastalarına Verilen Özyönetim Eğitimi |
| Eğitimci | Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Yeliz KARAÇAR Danışman: Prof Dr. Fatma DEMİRKIRAN |
| Hedef Grup | Deney Grubu (Örnekleme Dahil Olma Kriterlerine Uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, sözlü ve yazılı onamı alınan) 5-8 kişilik KOAH yatan hasta grubu |
| Tarih | KOAH tanısıyla yatarak tedavi gören hastayla ilk görüşmeden sonra |
| Kullanılacak Yöntemler | Yüz-yüze grupta görüşme, Motivasyonel görüşme teknikleri Açık uçlu soru-cevap yöntemi, Deneyimlerin paylaşıldığı ve grup etkileşiminin sağlandığı bir ortam |
| Kullanılacak Araç-Gereç | Görsel eğitim materyali (projeksiyonla eğitim sunumunun duvara yansıtılması) KOAH Eğitim Rehberi |
| Görüşme Yeri | Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Eğitim Salonu |
| Görüşme Süresi | Tek oturum 30-45 dakika |
| Özyönetim Eğitim Konuları | KOAH hakkında genel bilgiler, sigarayı bırakma, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite, solunum egzersizleri, enerji koruma teknikleri, beslenme, stresle baş etme, uzun süreli oksijen tedavi ve düzenli sağlık kontrolleri |

Ek 15. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği İzin Yazısı



E-Posta Yaz

Gelen Kutusu 1

Yıldızlı

Ertelendi

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar

Yeliz

Saygılarımla...

2 ileti dizisinden 2.

Mağfret Kara <magfret@atauni.edu.tr> 14 Ara 2017 11:43

Alıcı: ben

Yeliz Hanım,

"KOAH Öz-Etkililik Ölçeği"ne ilginizden dolayı teşekkür ederim. Ölçeği çalışmanızda kullanmanızın beni çok memnun edeceğini bildirmek isterim.

Başarılar...

Prof. Dr. Mağfret KAŞIKÇI

Kimden: "Yeliz Karaçar" <yelizkacar@gmail.com>

Kime: "magfret" <magfret@atauni.edu.tr>

Gönderilenler: 12 Aralık Salı 2017 19:20:44

Konu: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Ek 16. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

**Motivasyonel Görüşme Tekniği
Eğitimi Katılım Belgesi**

19 Ocak 2018

Sayın Yeliz KARACAR.....,

19 Ocak 2018 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel
Görüşme Tekniği Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Karaçar Yeliz
Uyruk : T.C
Doğum yeri ve tarihi : Uşak/ 30.08.1988
Telefon : 0506 743 28 11
E-mail : yelizkaracar@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

| Derece | Kurum | Mezuniyet tarihi |
|----------------------|--|-----------------------|
| Yüksek Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | 2016- Devam Ediyor |
| Lisans | Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sosyoloji Programı | 28.05.2018 |
| Lisans | Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Programı | 08.02.2010 |

BURSLAR ve ÖDÜLLER

Başarı Belgesi- Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi- 2018

İŞ DENEYİMİ

| | Yer/Kurum | Ünvan |
|--------------------------|--|------------|
| 2018-devam ediyor | Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği | Araş. Gör. |
| 2011-2018 | Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Denizli | Hemşire |
| 2011 | Anadolu Sağlık Merkezi, Gebze/Kocaeli | Hemşire |
| 2010 | Medikal Park Hastanesi | Hemşire |

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

Deniz Yıldızı Projesi- Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği- 2009

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Karaçar Y, Bademli K. Ruhsal Hastalıklara İyileştirme Bahçeleri. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 20-23 Kasım 2018, Antalya, No:4496. S. 1244-1245

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler