

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN HASTALARDA TRANSTEORETİK
MODELE GÖRE EVDE UYGULANAN
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN SİGARA
BIRAKMAYA ETKİSİ**

FİGEN ÇAVUŞOĞLU

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970082

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN HASTALARDA TRANSTEORETİK
MODELE GÖRE EVDE UYGULANAN
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN SİGARA
BIRAKMAYA ETKİSİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

FİGEN ÇAVUŞOĞLU

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ayşe BEŞER
İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Oğuz KILINÇ

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970082

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Figen ÇAVUŞOĞLU “**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoretik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakmaya Etkisi**” konulu Doktora tezini 19.02.2018 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

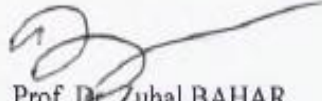


Prof. Dr. Ayşe BEŞER

BAŞKAN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Zuhar BAHAR

ÜYE

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Hatice MERT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

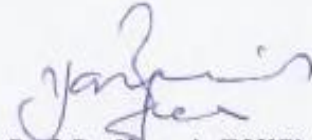


Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Yasemin TOKEM

ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TEŞEKKÜR.....	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1.Problemin tanımı ve önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
1.3. Araştırma Hipotezleri	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)	10
2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Risk Faktörleri	10
2.2.1. Sigara.....	11
2.2.2. Mesleksel Tozlar ve Kimyasallar	12
2.2.3. α_1 - Antitripsin Yetmezliği	12
2.2.4. İç Ortam Hava Kirliliği	13
2.2.5. Sosyo-ekonomik Faktörler	13
2.2.6. Beslenme	14
2.2.7. Solunum Sistemi Enfeksiyonları	14
2.3. Patogenez-Patoloji ve Patofizyoloji.....	14
2.3.1. Patogenez	14
2.3.2. Patoloji	15
2.3.3. Patofizyoloji	15
2.4. Hastalık Tanısı ve Spirometri	17
2.5. KOAİ Belirtileri	18
2.5.1. Öksürük	19

2.5.2. Dispne (Nefes darlığı)	19
2.5.3. Wheezing (Hırıltılı solunum)	20
2.6. KOAH Tedavisi	20
2.6.1. Farmakolojik tedavi.....	21
2.6.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler	21
2.7. KOAH’da Sigara Bırakma.....	21
2.7.1. Tütün-Nikotin Bağımlılığı	21
2.7.2. Sigara Bırakma.....	23
2.7.3. Sigara Bırakma Davranış Değişiminde Model Kullanımı	29
2.7.4. Sigara Bırakmada Hemşirelik Girişimleri ve Transteoretik Model	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1.Araştırmanın Tipi.....	40
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	40
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.3.1.Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü	43
3.4.Çalışmanın Materyali.....	45
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	47
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	47
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	47
3.6. Veri Toplama Araçları	48
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	48
3.6.2. Transteoretik Model Ölçekleri	48
3.6.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	52
3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	53
3.7.1.Araştırmacının Niteliği.....	53
3.7.2. Transteoretik Model Temel Alınarak Planlanan Evde Hemşirelik Girişimleri.....	53
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	57
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	58
3.10. Etik Kurul Onayı.....	59
4. BULGULAR	61
4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH’lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Karar Alma Durumlarının Değerlendirilmesi	61

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Öz-yeterlik Durumlarının Değerlendirilmesi.....	62
4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Davranış Değiştirme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi	63
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Değişim Aşamalarının Değerlendirilmesi.....	72
4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi.....	75
4.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Nikotin Bağımlılık Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	75
4.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Spirometri Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	76
4.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi	77
5.TARTIŞMA.....	78
5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Karar Alma Durumlarının Değerlendirilmesi.....	78
5.2.Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Öz Yeterlik Durumlarının Değerlendirilmesi.....	80
5.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Davranış Değiştirme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi	81
5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Değişim Aşamalarının Değerlendirilmesi.....	82
5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi	83
5.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	84
5.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Spirometri Sonuçlarının Değerlendirilmesi	85
5.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi.....	86
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	88
6.1. Uygulamada Kullanılabilecek Öneriler	88
6.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	89

7. KAYNAKLAR.....	90
8.EKLER.....	106
EK-1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi Veri Formu 106	
EK-2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	107
EK-3 Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği *	108
EK-4 Eğitim Kitapçığı	111
EK-5 Transteoretik Model Ölçeklerinin Kullanım İzni.....	124
EK-6 Etik Kurul ve İzin Belgeleri	126
EK-7 Araştırmacının Özgeçmişi.....	128
EK-8 Tezden Yapılan Yayınlar	132

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. KOAH Risk Faktörleri	10
Tablo 2. KOAH Hastalarında Hava Yolu Kısıtlılığı Şiddetinin Sınıflandırılması	18
Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	41
Tablo 4. Kullanılan Ölçeklerin Post-Hoc Güç Analizi Sonuçları	45
Tablo 5. Sigara Bırakma Rehberi'nin İçeriği	46
Tablo 6. Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre Evrelerin Belirlenmesi	50
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Karar Alma Ölçeği Yarar Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Karar Alma Ölçeği Zarar Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-yeterlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 10. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların ÖnTest-Son Test DDYÖ Bilinçlenme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Duyusal Uyarılma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Çevreyi Yeniden Değerlendirme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Sosyal Özgürleşme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Kendini Yeniden Değerlendirme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Kendisi İle Anlaşma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 16. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Destekleyici İlişkiler Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Karşıt Koşullanma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69
Tablo 18. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Güçlendirme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Uyarılarının Kontrolü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
Tablo 20. Girişim ve Kontrol Gruplarına göre Değişim Aşaması İlk İzlem Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 21. Girişim Grubunda Ziyaretlerdeki Değişim Aşamalarına Göre Evrelerinin Dağılımı	73
Tablo 22. Girişim ve Kontrol Gruplarının Son İzlemde Değişim Aşamalarının Dağılımları ..	74
Tablo 23. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların Sigara Bırakma Durumlarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 24. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*	75
Tablo 25. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların FEV ₁ Puanlarının Karşılaştırılması	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. KOAH'ta havayolları ve parankim inflamasyonunun fizyolojik etkileri	17
Şekil 2. Değişim aşamaları	31
Şekil 3. Değişim aşamaları ile davranış değiştirme yöntemleri arasındaki ilişki.....	34
Şekil 4. Transteoretik Modele göre motivasyonel görüşme planı	38
Şekil 5. Consort Akış Şeması	44
Şekil 6. Araştırmanın Değişkenleri	48
Şekil 7. Araştırma Planı ve Takvimi	53
Şekil 8. Araştırmanın Kavramsal Yapısı (CTE).....	60
Şekil 9. Girişim Grubunda Yer Alan KOAH'lı Hastaların DDYÖ Alt Boyutlara Göre Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları*	71
Şekil 10. Kontrol Grubunda Yer Alan KOAH'lı Hastaların DDYÖ Alt Boyutlara Göre Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları*	72
Şekil 11. Girişim Grubunun Ziyaretlerdeki Değişim Aşamalarına Göre Evrelerinin Dağılımı	73

KISALTMALAR

AAT: Alfa-1 antitripsin

ATS: American Thoracic Society

DAÖ: Değişim Aşmaları Ölçeği

DDYÖ: Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ERS: European Respiratory Society

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KAÖ: Karar Alma Ölçeği

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

MG. Motivasyonel Görüşme

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

OHTAC: Ontario Health Technology Advisory Committee

OTD: Oksijen Tüketim Diagramı

ÖYÖ: Öz-yeterlik Ölçeği

TM: Transteoretik Model

WHO: World Health Organization

PLCO: Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez sürecimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, değerli tez danışmanı hocalarım Prof. Dr. Ayşe BEŞER ve Prof. Dr. Oğuz KILINÇ'a

Tezimin başından sonuna kadar değerli görüşleriyle katkılar sağlayan, saygıdeğer hocalarım Prof.Dr. Zuhul BAHAR ve Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Araştırma veri toplama sürecinde tüm iş yoğunluğuna rağmen destek veren, zaman ayıran Göğüs Hastalıkları uzmanı Dr. Nazmiye Tibel TUNA'ya

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan yol arkadaşım Ayşe ÇAL başta olmak üzere tüm dostlarıma,

Hayatım boyunca her daim yanımda olan ve beni destekleyen, bana güç veren annem Emine Yüksel ve babam Şerafettin Yüksel'e, eşim Yaşar ve can kızlarım Zeynep Yağmur ve Nehir'e

Sonsuz teşekkür ederim

Figen ÇAVUŞOĞLU

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoretik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakmaya Etkisi

Figen ÇAVUŞOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

figencavusoglu55@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda transteoretik modele göre evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin sigara bırakmaya etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırmada deneysel tasarım kullanılmıştır. Araştırma girişim grubunda 33, kontrol grubunda 35 kronik obstrüktif akciğer hastası ile tamamlanmıştır. Veri toplama formu olarak sosyodemografik özellikler bilgi formu, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, Transteoretik Modele ait Karar Alma Ölçeği, Öz-yeterlik Ölçeği, Değişim Aşamaları Ölçeği ve Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, iki oran testi, ki kare, Mann Withney U testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası girişim grubundaki hastaların karar alma yarar alt boyut puan ortalamaları, öz-yeterlik puan ortalamaları ve davranış değiştirme yöntemleri alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede artış gösterirken ($p<.05$), karar alma zarar alt boyutu anlamlı oranda azalma göstermiştir ($p<.05$). Değişim evrelerinde anlamlı düzeyde ilerleme görülürken girişim grubunda 9, kontrol grubunda ise 2 hasta sigarayı bırakmış olup aralarındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p<.05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda kronik obstrüktif akciğer hastalarının sigara bırakmaları için evde bakımının desteklenerek Transteoretik Model bileşenlerinin temel alındığı girişimlerin planlanması ve hastaların motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak izlemlerinin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Transteoretik Model, evde bakım, hemşirelik, sigara bırakma.

ABSTRACT

The Effect Of Home Nursing Interventions Based On Transtheoretical Model For Smoking Cessation in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Figen ÇAVUŞOĞLU

Dokuz Eylul University Faculty of Nursing

figencavusoglu55@hotmail.com

Objective: The aim of this study is to evaluate the efficiency of nursing intervention based on smoking cessation transtheoretical model in patients with COPD who smoke

Method: Experimental design was used in the study. Thirty-three patients in the study group were completed with 35 chronic obstructive pulmonary disease patients in the control group. Sociodemographic characteristics data form, Fagerstrom Nicotine Dependency Test, Transteoretic Model Decision Making Scale, Self-efficacy Scale, Change Stages Scale and Behavior Modification Scale were used as data collection form. In the analysis of the data, the significance test of the difference between the two means, the significance test of the difference between two peers, the two-ratio test, Chi square, Mann Withney U test and Wilcoxon test were used.

Findings: Decision-making subscale scores, self-efficacy score scores, and behavior modification methods subscale scores showed significant increases ($p < .05$) in the decision-making subscale of the patients in the experimental group after the home nursing interventions ($p < .05$). While there was a significant improvement in the change stages, 9 patients in the experimental group and 2 patients in the control group had left the cigarette but the difference between them was significant ($p < .05$).

Result: In the light of the results of this study, it is suggested that chronic obstructive pulmonary disease patients should support home care for smoking cessation and plan the interventions based on the Transteoretic Model components and follow up patients using motivational interview technique.

Key words: COPD, Transteoretik Model, home care, nursing, smoking cessation.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin tanımı ve önemi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğerlerin zararlı tozlara ve gazlara karşı anormal inflamatuvar yanıtı ile seyreden, tam olarak iyileşme sağlanamayan ve genellikle ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize önlenebilir ve tedavisi mümkün olan bir hastalıktır. KOAH'da en önemli belirtiler; efor dispnesi, sürekli öksürük, balgam ve genellikle alevlenmelerde ortaya çıkan hırıltılı solunumdur (Ulaşlı, Günay, 2013).

Kronik hava yolu hastalıklarının (KOAH ve astım) ülkemiz dahil olmak üzere tüm dünya ülkelerinde hastalık yükü olarak ciddi bir orana sahip olması, hem ekonomik hem de sosyal sonuçları nedeniyle toplum sağlığı açısından ciddi bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü raporları incelendiğinde KOAH, 2004 yılı ölüm nedenleri arasında %5.1lik payı ile dördüncü sırayı alırken, 2030 yılında %8.6'lık pay ile üçüncü sırada yer alacağı öngörülmektedir (WHO, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1988-1994 yılları arasında yapılan ulusal bir çalışmada (NHANES III) 25-75 yaş arası bireylerde KOAH prevalansı %16 olduğu bulunmuştur. KOAH prevalansı yaşla birlikte artarken, erkeklerde kadınlardan daha yüksek, beyaz ırkda siyah ırktan daha fazla bulunmuştur (Mannino ve ark, 2002; Celli ve ark, 2003). Güney Amerika'da beş farklı ülkenin beş ilinde, 2001-2004 yıllarında yapılan PLATINO çalışmasına göre KOAH prevalansının %7.8 den %19.7'ye kadar farklılık gösterdiği erkeklerde görülme oranı kadınlara göre yüksek iken eğitim seviyesi düşük olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Menezes, 2005). Ülkemizde Aralık 2003-Ocak 2004 tarihleri arasında Adana'da yürütülen BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) çalışmasının ilk sonuçları 40 yaşından büyük kişilerde KOAH görülme sıklığının %20 dolaylarında olduğunu göstermiştir (Tatlıcıoğlu, 2007). Ülkemizde 2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sıralamasına göre KOAH %2.8 ile sekizinci sırada yer alırken ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında üçüncü sırada bulunduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

KOAH gelişiminde sigara kullanmak, mesleksel maruziyet ile alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği önemli risk faktörleri olarak sıralanmaktadır. En önemli rolü %80-90 oranıyla sigara almaktadır. Sigara kullananların yarıya yakınında öksürük ve balgam çıkarma ile kendini gösteren kronik bronşit görülürken, olumsuz çevre faktörleriyle birlikte genetik duyarlılığın karşılıklı etkileşimi sonucunda %15-20'sinde KOAH gelişmektedir. Ayrıca bir diğer ciddi risk faktörü de annenin sigara kullanımı ve pasif içiciliktir (Erdinç, 2013). Önceki

Çalışmalarda sigara içmeye devam eden KOAH'lı hastaların diğerk sigara içenlere göre daha fazla nikotin bağımlısı ve yüksek düzeyde tütün tüketimlerinin olduğu, soluk verme sırasındaki karbonmonoksit miktarının yüksek yoğunlukta olduğu görülmektedir (Shahab ve ark, 2006; Jimenes-Ruiz ve ark, 2001).

KOAH tanısı konulduğunda hastaların çoğu sigarayı bırakırken bazıları da içmeye devam etmektedir. KOAH hastalarının sigarayı bırakmaları diğerk sigara kullanan hastalara göre daha zor ve başarı oranları daha düşüktür (nen ve ark, 2010; Anderson ve ark, 2002). KOAH'lı hastalar için erken dönemde ve solunum sisteminde geri dönüşümü olmayan zararlar meydana gelmeden önce sigarayı bırakmak tedavide önemli bir yer tutmaktadır. Sigara bırakma ile ilgili yapılan çalışmalarda, sigara nedeniyle oluşan akciğerk fonksiyonlarının ařırđ gerilemesinin azaldığı ve alevlenme riskinin de düştüğü görülmektedir (Godtfredsen, Prescott, 2011; Pelkonen ve ark, 2001). Yüksek kanıt düzeyine sahip çalışmalarda ve rehberlerde de KOAH'lı hastaların sigara bırakma konusunda takip ve desteklerinin çok önemli olduğu ve burada hekim, hemşire ve diğerk sağlık personelinin büyük bir etkiye sahip olduğu gösterilmektedir (Fiore, 2008 (Guideline); Dale, 2001 (High Quality Evidence). Cochrane rewievine göre etkili sigara bırakma, doktorların tavsiyesini, hemşirelerin yapılandırılmış müdahalesini ve bireysel/grup danışmanlıklarını içermektedir (Lancaster, Stead, 2005).

Sağlık davranışları hastalıkların oluşumunda önemli bir etmendir. Olumsuz sağlık davranışlarının değişimi zor olsa da değişimin gerçekleşmesi için yapılan müdahalelerdeki iletişim tekniği önem kazanmaktadır. Bu noktada olumlu sağlıklı davranışını geliştirebilmek için kullanılabilecek en iyi iletişim tekniğinin motivasyonel görüşme olduğu söylenebilir (Walters ve ark, 2012). Motivasyonel görüşme danışanların zıt duygu durumlarını farkedip, zm arayışına yardımcı olup davranış değişikliğini sağlamak için başvurulan direktif ve danışan odaklı bir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Motivasyonel görüşme tekniği davranış değişikliğinin önemli olduğu madde kullanımı ve bağımlılık alanında etkin bir iletişim şekli olarak kullanılmaktadır. (Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme yöntemi doğrudan bir modele temellendirilmemiş olmakla birlikte, danışmanlık odaklı modeller ile sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar kazandırmaya yönelik olan model ve teorilerden yararlanılarak oluşturulmuştur (Koyun ve Eroğlu, 2013). Literatürde ilk olarak Miller, alkol kullanımına yönelik davranış değişikliğini oluşturmada farklı bir görüşme tekniği olarak geliştirmiştir (Miller ve Rollnick, 2002). Son yıllarda madde kullanımı ve bağımlılık alanında kullanımı

giderek artmaktadır. Bu yöntem özellikle madde bağımlılığı olan kişilere bırakma konusunda yapılan zorlayıcı yöntemlerin başarısızlığı nedeniyle önem kazanmıştır. En etkileyici özelliklerinden birisi kısa sürmesi ve kişide kalıcı etkiler yapmasıdır (Apodaca ve ark, 2007). Motivasyonel görüşme teknikleri esas alınarak yapılan tedavi programlarının, sigara bırakmakla ilgili düşünememe evresinde olan bireylerin katılımını arttırdığı, tedavide devamlılığı sağladığı, uzun süreli bakımı teşvik ettiği ve sonucunda sigara bırakma başarısını arttırdığı saptanmıştır (Kotz, 2015). Motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada kısa tavsiyeler ya da genel uygulama standartlarına göre çok daha etkili olduğu Cochrane reviewde de gösterilmektedir (Lai ve ark, 2010). Hemşireler kişilerde sağlığı koruyucu ve geliştirici sağlık davranışları oluşturmada önemli bir noktada yer almaktadırlar. Çünkü hemşire sağlık bakım hizmetlerini uygularken bireylerle sürekli iletişim halindedir. Motivasyonel görüşme (MG), bireylerde olumlu sağlıklı davranışına doğru değişimi gerçekleştirmek için hemşirelerin kullanabileceği efektif bir iletişim tekniği olabilir (Walters ve ark, 2012). Otuz bir sigara bırakma araştırmasının incelendiği bir sistematik inceleme ve meta-analiz sonuçlarına göre sigara bırakma yaklaşımlarında motivasyonel görüşmenin adolesanlar ve yetişkinler için etkili bir yöntem olduğu önerilmektedir (Heckman ve ark, 2010). Bununla birlikte sigara bırakma üzerine yapılan müdahale araştırmalarında motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak yapılan müdahale grubundaki sigara bırakma başarısının diğerlerine göre yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Klemperer ve ark, 2016; Karadağ ve ark, 2011; Örsel ve ark, 2005b; Huang ve ark, 2015; Borelli ve ark, 2016; Erol, 2013). Sigara bırakma müdahalelerinde önemli bir noktada yer alan hemşirelerin motivasyonel görüşme tekniğini kullanarak yaptıkları sigara bırakma müdahalelerini içeren çalışmalara baktığımızda hasta ile görüşmelerin değişim motivasyonunu desteklemekten çok bilgi vermek üzerine odaklandığı, motivasyonel görüşme tekniklerinin etkin bir şekilde kullanılmadığı görülmektedir. (Efraimsson ve ark, 2012; Efraimsson ve ark, 2009). Bu anlamda yapılan çalışma hemşirelik literatürüne önemli bir katkı sağlayacaktır.

Motivasyonel görüşme tekniğinin müdahalelerde en fazla kullanıldığı model Transteoretik modeldir. Transteoretik Modeli, 1982 yılında psikolog olan James Prochaska ve Carlo Diclemente geliştirmiştir. Model, davranış değişiminin süreç içinde gerçekleştiğini, değişimi sağlayabilmek için öncelikle bireyin mevcut değişim aşamasına göre müdahaleler yapılması gerektiğini savunur (Prochaska ve Velicer 1997). Bu model, olumsuz davranışı değiştirmede bilişsel ve davranışsal yöntemlerin kullanıldığı, değişim aşamalarına dayanan bir

modeldir (Miller ve Rollnick, 2002). Bununla birlikte bireyin yeni sağlıklı davranışa hazır oluşluluğunu değerlendirip davranış gerçekleştirme ve devam ettirme yönünde bireye danışmanlık yapar (Prochaska ve ark, 2008). Model değişim aşamaları, değişim süreci, karar dengesi ve öz-yeterlilik yapılarından oluşmaktadır. (Redding ve ark, 2000; Cancer Prevention Research Center, 2014). Transteoretik model birçok olumsuz sağlık davranışının değiştirilmesinde kullanılmaktadır. Başta sigara olmak üzere egzersiz, güneşten korunma, sağlıklı beslenme, stresle başetme, erken tanı yöntemlerinin kullanılması, madde bağımlılığı, şişmanlık, düzenli pelvik muayene, prezervatif kullanımı, kalsiyumdan zengin yiyeceklerin tüketimini arttırmak gibi davranış değişimlerini içeren konular yer almaktadır (Shirazi ve ark, 2006, Cheung ve ark, 2007). Sharifirad ve arkadaşları (2012)'nın yaptığı çalışmada altı aylık takibin sonunda kontrol grubunda sigara bırakma oranı %3.3 iken tedavi grubunda %46 olduğu ve transteoretik modelin tüm bileşenlerinin anlamlı sonuçlar verdiği görülmektedir. Koyun (2013)'un çalışmasında yapılan müdahale sonrasında başlangıç ve son izlemde olumlu sonuçlar olduğu ve kontrol grubuna göre aradaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Deney grubunda başlangıçta kadınların çoğunluğu düşünmeme evresinde olup diğerleri düşünme ve hazırlık evresindeyken; son izlemde değişim evrelerinin olumlu yönde değiştiği, düşünmeme evresindeki kadın sayısı azalırken diğer evrelere doğru hareket olduğu ve hazırlık evresindekilerin bir kısmının hareket evresine geçtiği görülmüştür. Kontrol grubunda ise deney grubuna oranla evreler arası ilerlemenin daha az oranda olduğu ve son izlemde hareket evresinde hiç kadın olmadığı saptanmıştır. (Koyun, 2013). Sigara bırakmaya yönelik transteoretik modelin kullanıldığı başka çalışmalarda da başarılı sonuçlar alındığı görülmüştür (Keller ve McGovan, 2001; Mujika ve ark, 2014; Cabezas ve ark, 2011). Aynı zamanda cochrane reviewda da değişim aşamalarına temellendirilmiş sigara bırakma müdahalelerinin standart bakımdan daha etkili olduğunu göstermektedir (Cahill ve ark, 2010). Ancak doğrudan KOAH hastalarının sigara bırakmalarına yönelik yapılan tedavilerin yeterli sayıda olmadığı özellikle ülkemizde bu alanda müdahale çalışmalarının yeterince yapılmadığı görülmektedir. Ayrıca literatürde Transteoretik model temel alınarak yapılan çalışmalarda kullanılan modele ait ölçeklerin farklılık gösterdiği de görülmektedir. Literatür incelendiğinde ülkemizde KOAH hastalarına yönelik evde bakımla entegre edilmiş sigara bırakma müdahale çalışmalarının kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle TTM çerçevesinde KOAH tanılı sigara kullanan hastalarda evde bakımla sigara bırakma girişimi yapmak uygun olarak düşünülmüştür.

Kronik solunum sistemi ile ilgili hastalıklarda evde bakımda amaç, ilerlemeyi önlemek, belirtileri hafifletmek, ani krizleri önlemek ve tedavi etmek, solunum

fonksiyonlarındaki azalmayı yavaşlatmak, komplikasyonları hafifletmek ya da önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Oh, 2003). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hastanın kendisiyle birlikte aile ve sosyal çevresini de etkileyen bir hastalıktır. Hastalara verilecek evde bakım hizmeti ile bireyin bağımsızlık düzeyi artırılıp, yaşamında aktif görev alması, öz-bakım gücünün artmasını, üretken, mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle hasta ve ailesinin hastalığın yönetimi ve karşılaşılabilecek sorunlarla nasıl başedebileceği ile ilgili eğitimler yapılması önemli hale gelmektedir. Ev ziyaretleri; bireylerin hastane ya da ayaktan bakım ünitelerinde almış oldukları bilgileri güçlendirme ve etkili bir şekilde uygulayabilme fırsatı sağlamaktadır. Ülkemizin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı gözönünde bulundurulduğunda herkesin sağlık bakımına yönelik eğitimler alamadığı veya sağlık hizmetlerinden aynı oranda faydalanamadığı görülmektedir. Evde bakım uygulaması ulaşılamayan hizmetin doğrudan kişinin yaşam alanına gelmesiyle durumun iyileştirilmesine olumlu katkı sağlayacağı bir gerçektir (Kara ve Aşti, 2002). Effing ve ark, 2007 Cochrane reviewine göre KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesinin artırılması ve hastaneye yatışların azaltılmasında eğitimin önemini açıkça belirtmiştir. Ayrıca hasta ve ailesi, tıbbi durum ile ilgili tüm risk ve yarar durumlarını, tedavi sürecini, alternatif yöntemler gibi sürece ilişkin tüm bilgileri edinme ve sürekli bakım alma hakkına sahiptir (Jullamate ve ark, 2006). Yapılan bir çalışmada taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatışların ilk bir yılda %88.23 olduğu görülmektedir (Wang ve ark, 2014). Cochrane çalışmalarında yeniden hastaneye yatışların önlenmesinde evde bakımla önemli anlamlı derecede azalmalar görüldüğü dikkat çekmektedir (risk ratio (RR) 0.76; 95% confidence interval (CI) 0.59 to 0.99; P = 0.04) (Jeppesen, 2012). Evde bakım multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu ekip içinde evde bakım hemşiresi aktif göreve sahip olan bir sağlık profesyoneli. Solunum sistemi hastalıklarına yönelik yapılan evde bakım hizmetlerinde hemşirenin görevlerinden biri sigarayı bırakma davranışı hakkında danışmanlık hizmeti sunmaktır (Aksu ve Fadıloğlu, 2010). KOAH'ı kontrol altına alıp yaşam kalitesini arttırabilmek için doğru beslenme, egzersiz yapmak, düzenli bir uyuk alışkanlığına sahip olmak ve sigaradan uzak durmak önemlidir. Hemşire tüm bu konularda hastaya doğru bilgilerin ulaştırılması ve sağlıklı davranışların kazandırılmasında etkili bir sağlık profesyoneli (Ovayolu ve ark, 2008). Rice ve Stead (2009)'ın yapmış olduğu cochrane reviewde hemşireler tarafından yapılan sigara bırakma müdahalelerin genel bakım ya da kontrole göre daha anlamlı bir başarı sağladığı kanıtlanmıştır. Burada ayrıca temel görevi sağlığı koruma ve geliştirme ile sigara bırakma

tedavileri olmayan hemşirelerin sigara bırakma müdahalelerinde daha az bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu noktada özellikle bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için halk sağlığı hemşiresinin düzenleyeceği kapsamlı ve yapılandırılmış girişimler önemli bir etkiye sahip olacaktır. Sigara bırakma müdahalelerinde davranış değişikliği esas alınmaktadır. Bireyde olumlu yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için hemşirelikte model kullanımı önemli bir yere sahiptir. Bu amaçla kullanılan en önemli model Transteoretik Modeldir. Meer ve arkadaşları (2003)'nın cochrane review çalışmasında sigara bırakma müdahalelerinde farmakoterapi ile psikosyal müdahalelerin kombine edildiği çalışmalarda yüksek kalite başarı elde edildiği gösterilmiş olup buna karşın sadece psikososyal müdahalelerin etkinliğinin standart bakımla karşılaştırıldığı çalışmaların olmadığı bu nedenle psikososyal müdahalelerin etkinliği ile ilgili kanıt bulunmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışma ile KOAH hastasının sigara bırakmasına yönelik TTM temel alınarak hemşire tarafından evde bakımla bireylerin evrelerine göre yapılan bireysel müdahalenin ne kadar etkili ve başarılı sonuçlar ortaya koyduğu kanıtlanmış ve ileriye yönelik alandaki çalışmalara örnek olması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı sigara kullanan KOAH'lı bireylere TTM'e göre verilen hemşirelik girişimlerinin hastaların sigara bırakma sonuçlarına etkisini incelemektir.

1.3. Araştırma Hipotezleri

- ✓ H1. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **Karar Alma Ölçeği puan ortalaması**
 - H1a: KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **yarar puan ortalaması** kontrol grubundan daha yüksektir.
 - H1b: KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **zarar puan ortalaması** kontrol grubundan daha düşüktür.
- ✓ H2. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **Öz-yeterlik ölçeği puan ortalaması** kontrol grubundan daha yüksektir
- ✓ H3. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçek puan ortalamaları** kontrol grubundan daha yüksektir.
- ✓ H4. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda **Değişim Aşamaları Ölçeği'ne göre evreler arası ilerleme** kontrol grubundan daha yüksektir

- ✓ H5. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda ***sigara bırakma oranları*** kontrol grubundan daha yüksektir.
- ✓ H6. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda ***Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test puan ortalaması*** kontrol grubundan daha düşüktür.
- ✓ H7. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda ***spirometre ölçüm ortalamaları*** kontrol grubundan daha yüksektir.
- ✓ H8. Sigara kullanan KOAH'lı bireylere, TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda ***sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda bırakma oranları*** kontrol grubundan daha yüksektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); zararlı gazlar ve partiküllere karşı akciğer ve hava yollarında inflamatuvar yanıt oluşturan, kalıcı ve genellikle ilerleyici olan hava akımı kısıtlanması, alevlenmeler ve eşlik eden bir takım bozukluklarla karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Süerdem, Çalikoğlu; 2015). GOLD 2017 raporuna göre de KOAH, zararlı partikül ve gazlara maruziyet kaynaklı hava yolu ve/veya alveoler anormallikler nedeniyle oluşan hava yolu kısıtlılıkları ve kalıcı solunum semptomları ile karakterize, yaygın, tedavi edilebilir ve önlenebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. KOAH'da karakteristik olan hava akımı kısıtlılığı, küçük solunum yolu hastalıklarının (obstrüktif bronşiyolit) ve parankimal yıkımın (amfizem) bir araya gelmesinden kaynaklanmakta ve göreceli olarak da kişiden kişiye değişim göstermektedir (GOLD, 2017).

2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Risk Faktörleri

Oldukça önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH için birden fazla risk faktörü bulunmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bilgilere göre bu risk faktörlerinden hangisinin ne derece sorumlu olduğu tam olarak söylenememektedir. KOAH oluşumuna neden olan faktörleri kişiye ait ve çevresel olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür. Kesin olarak kanıtlanmış risk faktörleri genetik faktörler arasında yer alan antitripsin yetmezliği, sigara kullanımı ve mesleksi ajanlara maruz kalmaktır.

Tablo 1. KOAH Risk Faktörleri

	Çevresel faktörler	Kişiye bağlı faktörler
Kesinliği kanıtlanmış risk faktörleri	• Sigara kullanımı • Mesleksi toz ve dumanlar	• α_1-antitripsin yetmezliği
Olası risk faktörleri	• Hava kirliliği • Sosyoekonomik faktörler • Beslenme • Solunum yolu enfeksiyonları	• Diğer genetik faktörler • Cinsiyet, ırk • Düşük doğum ağırlığı • Hava yolu aşırı duyarlılığı, astım ve atopi • Aile öyküsü

(Kaynak: Samurkaşoğlu, 2003)

2.2.1. Sigara

KOAH'da en önemli risk faktörü sigara kullanımıdır. Bilinen risklerin %80'ininden sorumlu olduğu bilinmektedir. Sigara maksimum akciğer fonksiyonlarını azaltarak, akciğer fonksiyonlarında erken düşüşe yol açarak, düşüş hızını artırarak veya tüm bunların bir arada olmasıyla KOAH gelişimine neden olmaktadır (Halpin, 2005). Sigaraya başlama yaşı, sigara içme miktarı ve sigara içiciliğinin o anki durumu da KOAH mortalitesini etkilemektedir (Özkan, 2012). Hastaların sigara içme hikayesini sorgulamak önemli bir kriterdir. Bireylerin sigara maruziyetini ölçmede “paket yılı” nı ölçek gerekmektedir. Paket yılı, her gün içilen paket sayısı (1 paket 20 sigaradır) hastanın içme yılı ile çarpılarak elde edilmektedir. Örneğin 25 yıldır günde 40 sigara içen bireyin paket yılı 50 olarak hesaplanmaktadır. KOAH tanısı için sigara içme hikayesinde 15-20 paket yılından daha fazlasının olması anlamlı olarak tanımlanmaktadır (Kaufman, 2013;). Liu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada 30 yıl üstü sigara içme süresine sahip olan hastalarda KOAH görülme oranının diğerlerine göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Salepçi ve arkadaşlarının (2013) sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada 40 yaş üstü ve 30 paket yıl üstü sigara içen bireylerde yüksek oranda erken dönem KOAH ve küçük hava yolu hastalığı tespit edilmiştir. Yoğun sigara içenlerde hava yolu obstrüksiyonları daha fazla olmasına rağmen, birçok sigara içicisinin solunum fonksiyon testleri (SFT) normal değerlerde olmaktadır (Samurkaşoğlu, 2003).

PLCO kanser tarama çalışmasında sigara içenler incelenmiş, KOAH riski ve nikotin bağımlılığının önemli bir indikatörü olan uyandıktan sonraki ilk sigaranın içilme zamanı açısından değerlendirilmiştir. Buna göre ilk sigarayı içme süresi ne kadar kısa olursa KOAH riskinin o kadar arttığı görülmüş ve özellikle bu sürenin 5 dakikadan daha kısa olmasının KOAH riskini 2.18 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Guertin ve ark., 2015).

Sigara içen bireylerin %50'sinde kronik bronşit görülürken yaklaşık %15-20'sinde KOAH görülmektedir (Özkan, 2012; Samurkaşoğlu, 2003; Halpin, 2005). Bu kişiler “duyarlı sigara içiciler” olarak adlandırılmakta ve neden duyarlılığın arttığı henüz kesin olarak bilinmemektedir. Diğer risk faktörleri arasında yer alan çevresel faktörler ve genetik faktörlerin bu duyarlılık artışına neden olduğu söylenebilir (Samurkaşoğlu, 2003). Sigara içenlerde içmeyenlere göre solunumsal belirtiler ve akciğer fonksiyon anormallikleri daha yaygındır ve yıllık FEV₁ (birinci saniyede zorlu ekspirasyon hacmi) azalma hızı daha yüksektir (Kocabaş, 2008; Samurkaşoğlu, 2003). Sigara içmeyen bireylerde 35 yaş sonrası

FEV₁ azalması yıllık 25-30 ml olup sigara içenlerde bu azalma iki katına çıkmakta, duyarlı sigara içicileri olarak adlandırılan grupta ise 120-150 ml olmaktadır (Keenan, 2007; Samurkaşoğlu, 2003). Bu kişilerde hastalığın 50-60 yaşlarında görülmesi beklenmektedir. Ancak kişi 40-50 yaş arasında sigarayı bırakırsa hastalığın görülmesi 70 yaşlarına doğru kayabilmektedir. Ülkemizde KOAH tanısına sahip 92 hastanın %70.6'sının sigara içmeyi sürdürdüğü ve ortalama sigara içme sürelerinin 56.5 paket-yıl olduğu bulunmuştur (Samurkaşoğlu, 2003).

Aktif sigara içmeyle birlikte pasif içicilik de KOAH ve diğer hastalıklar üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Pasif içiciliğin yetişkinlerde akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı, astım atakları, kalp hastalığı semptomlarının başlaması ve mevcut bronşit aktifleşmesine neden olduğu bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir (Çan, 2011). Kaluçka'nın (2007) evde pasif sigara maruziyetinin %47.7 sıklıkta KOAH hastalığına neden olduğu, özellikle etkilenim süresi yirmi yıl ve üzerine çıktığında KOAH görülme oranında anlamlı bir artış olduğu gösterilmiştir. ATS/ERS rehberleri sigara içen annelerden doğan bebeklerin doğum kilolarının düşük olduğunu ve yetişkin dönemlerinde KOAH gelişimi için daha büyük bir riske sahip olduklarını vurgulamaktadır. Üstelik pasif maruziyetin yetişkinlikte akciğer fonksiyonlarında azalmaya yol açtığı ve akciğerlerin büyümesine neden olduğu bilinmektedir (Granda-Orive ve Martinez-Albiach, 2005).

2.2.2. Mesleksel Tozlar ve Kimyasallar

Kimyasal duman, organik-inorganik tozlarla yoğun bir şekilde ve uzun süreli maruziyet sonrasında FEV₁ seviyesinde azalma ve KOAH mortalitesinde artış meydana gelmektedir. Bu etkenlere bir de sigara kullanımı eklendiğinde KOAH riski daha da artmaktadır. Çiftçilik, kömür, maden odun, metal, inşaat işçileri ve diğer toz ve dumana maruz kalınan meslek gruplarında çalışan bireylerde kronik bronşit riski 2-3 kat artmaktayken, bir de sigara kullanımı mevcutsa bu risk 6 kata çıkmaktadır. Ulaşımaya dair işlerde, odun ve kağıt imalatında, çimento fabrikaları, tahıl ve tekstil işlerinde çalışmak da diğer riskli meslek grupları arasında yer almaktadır. Aynı şekilde silika ve kadmiyum tozlarına maruz kalımı da kronik bronşit, amfizem ve KOAH riskini arttırmaktadır (Samurkaşoğlu, 2003; Kocabaş, 2008; Abul, Özlü, 2013; GOLD, 2017; Koçyiğit, 2002; Keenan, 2007).

2.2.3. α_1 -Antitripsin Yetmezliği

α_1 Antitripsin serum ve akciğerlerdeki majör proteaz inhibitörüdür. Nötrofil elastaz başta olmak üzere aktif nötrofillerden salgılanan birkaç enzimin oluşturduğu enzimatik

parçalanmaya karşı dokuları korumaktadır (Halpin,2005). 1963 yılında α -AT eksikliği ilk defa tarif edilmiş ve amfizem ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Laurell ve Eriksson, 1963). Enzmin eksikliği sonucunda hızlı bir doku harabiyeti oluşmakta ve amfizem gelişmektedir (Samurkaşoğlu, 2003). Kalıtsal α_1 Antitripsin eksikliği sigara kullanmayan bireylerde dahi perematür amfizem gelişimi için bariz bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Keenan, 2007). KOAH olgularının ise %1-2'sini oluşturmaktadır. Enzim eksikliği ile birlikte sigara kullanımı KOAH gelişiminin hızlı bir seyir göstermesine neden olmaktadır (Halpin,2005; Keenan, 2007; Samurkaşoğlu, 2003).

2.2.4. İç Ortam Hava Kirliliği

Yemek pişirme ve/veya ısınma için kullanılan biomass yakıt denilen odun, tezek, kurutulmuş bitki atıkları ve kömür kullanımı nitrojen oksit, amonyum, siyanid, aldehit, akrolein gibi akciğerler için zararlı olan gazların ve partiküllerin ortaya çıkmasına neden olmakta ve iç ortam kirliliği beraberinde KOAH riskini arttırmasıyla sonuçlanmaktadır. Özellikle bu durum kadınlarda KOAH prevelansının artmasına neden olmaktadır (GOLD, 2017; Samurkaşoğlu, 2003; Kocabaş, 2008; Abul, Özlü, 2013; Koçyiğit, 2002, Keenan, 2007). Günay ve arkadaşlarının (2013) KOAH'lı hastalarda solunumsal maruziyetler ve hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yaptıkları çalışmada, KOAH'lı hastaların kontrol grubuna göre daha fazla oranda çiftçilikle uğraştıkları, özellikle KOAH'lı kadınların tandır (%48.5) ve şömine (%21.6) ile daha fazla zaman geçirdikleri ve yakıt olarak da çoğunlukla (56.1) tezek kullandıkları görülmüştür.

2.2.5. Sosyo-ekonomik Faktörler

Sosyoekonomik durum ile KOAH gelişme riski arasında ters bir ilişki bulunduğunu gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Nedeni tam olarak belli olmasa da düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerdeki KOAH artışı iç ve dış ortam hava kirliliğine maruziyet, kalabalık, kötü beslenme, enfeksiyonlar, soğuk ve nemli ortam gibi yaşam şartları ile bağlantılı faktörlerle ilişkilidir (GOLD, 2017; Samurkaşoğlu, 2003; Koçyiğit, 2002). Kötü yaşam koşulları KOAH alevlenmelerini arttırarak mortalite ve morbidite oranını arttırmaktadır (Samurkaşoğlu, 2003). Kanu ve arkadaşlarının (2013) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada mesleğe temellenen sosyo-ekonomik durumunun KOAH prevelansı üzerine etkisi araştırılmış ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmaya göre profesyonel bir mesleğe sahip olan bireyler sigara içme hikayelerine göre takabalara ayrıldıklarında bile diğer sosyo-ekonomik gruptaki kişilerle karşılaştırıldıklarında KOAH

prevelansı daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte mesleklere göre bakıldığında hastalığın, elle yapılan işlerde çalışanlar ve yardımcı işçilerle anlamlı bir ilişkisinin olduğu görülmüştür.

2.2.6. Beslenme

Beslenmenin KOAH gelişimindeki rolü konusunda henüz kesin veriler olmamakla birlikte orta ve ileri derecedeki KOAH'da kilo kaybı, egzersiz kapasitesinde azalmaya ve yüksek morbiditeye sebep olmaktadır. Hastalığın şiddetinden bağımsız olarak kilo kaybı ve düşük beden kitle indeksine sahip olmak mortaliteyle de ilişkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra yetersiz beslenme sorunları ve kilo kaybının kas miktarında ve gücünde azalmaya yol açtığı saptanmıştır (Kocabaş, 2008; Samurkaşoğlu, 2003). Beden kitle indeksi düşük olan erkeklerde KOAH gelişme riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Diyetle alınan antioksidan özellikteki vitaminlerle birlikte (vitamin A, C, E) doymamış yağ asitlerinin azlığı ile birlikte fazla tuzlu beslenmenin de KOAH oluşumunda bir risk olduğu düşünülmektedir (Samurkaşoğlu, 2003; Koçyiğit, 2002).

2.2.7. Solunum Sistemi Enfeksiyonları

Kesinliği henüz tam olarak kanıtlanmamıştır. Çocukluk döneminde özellikle ilk yıllarda geçirilen solunum yolu enfeksiyonları, akciğer gelişimini dolayısıyla da savunma mekanizmalarını olumsuz etkileyerek yetişkin dönemde KOAH gelişimine neden olduğu ile ilişkili kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle viral enfeksiyonlar inflamasyona zemin oluşturarak yaşamın ileriki dönemlerinde solunum belirtilerine ve akciğer fonksiyonlarında azalmaya neden olabilir. İleriki yaşlarda görülen enfeksiyonlar da fonksiyonel bozulmayı hızlandırabilmektedir. Sigara içimi ile birlikte bu etkilenmeler daha da artış göstermektedir (Samurkaşoğlu, 2003; Kocabaş, 2008).

2.3. Patogenez-Patoloji ve Patofizyoloji

2.3.1. Patogenez

KOAH'ın patogenezinde çeşitli etiyolojik faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörler içinde en önemli rolü sigara almaktadır. Sigaranın aktif içilmesi ile birlikte pasif sigara maruziyeti de önemli olmaktadır. Bunun dışında mesleksel tozlar, kimyasallar ve iç-dış ortam hava kirlilikleri etiyolojide etkili faktörler arasındadır. Etiyolojik faktörler KOAH gelişimine neden olan inflamasyonu başlatır (Yıldırım, 2008; Koçyiğit, 2002). Havayolları epitel hücreleri üzerinde direkt hasara neden olup zararlı sitokinlerin salgılanmasına yol açmaktadır. Sitokinlerin etkisi ile inflamasyon bölgesine makrofajlar, nötrofiller ve CD8-T lenfositler toplanmakta, proteolitik enzimler ve reaktif oksijen türleri salgılanmaktadır. Eğer

antiproteazlar ve antioksidanlarla kontrol sağlanamazsa bölgede hasar meydana gelmektedir (Süerdam ve Çalıkoğlu, 2015; Gülbay ve Acıcan, 2003; Başyiğit, 2010). İnflamasyon, proteaz-proteaz inhibitör dengesizliği, bronşlarda artan aşırı duyarlılık, mukus sekresyonunun artması, oksidan-antioksidan dengesizliği ve otoimmünite KOAH patogeneğinde rol oynayan unsurlardır (Yıldırım, 2008; Gülbay ve Acıcan, 2003).

2.3.2. Patoloji

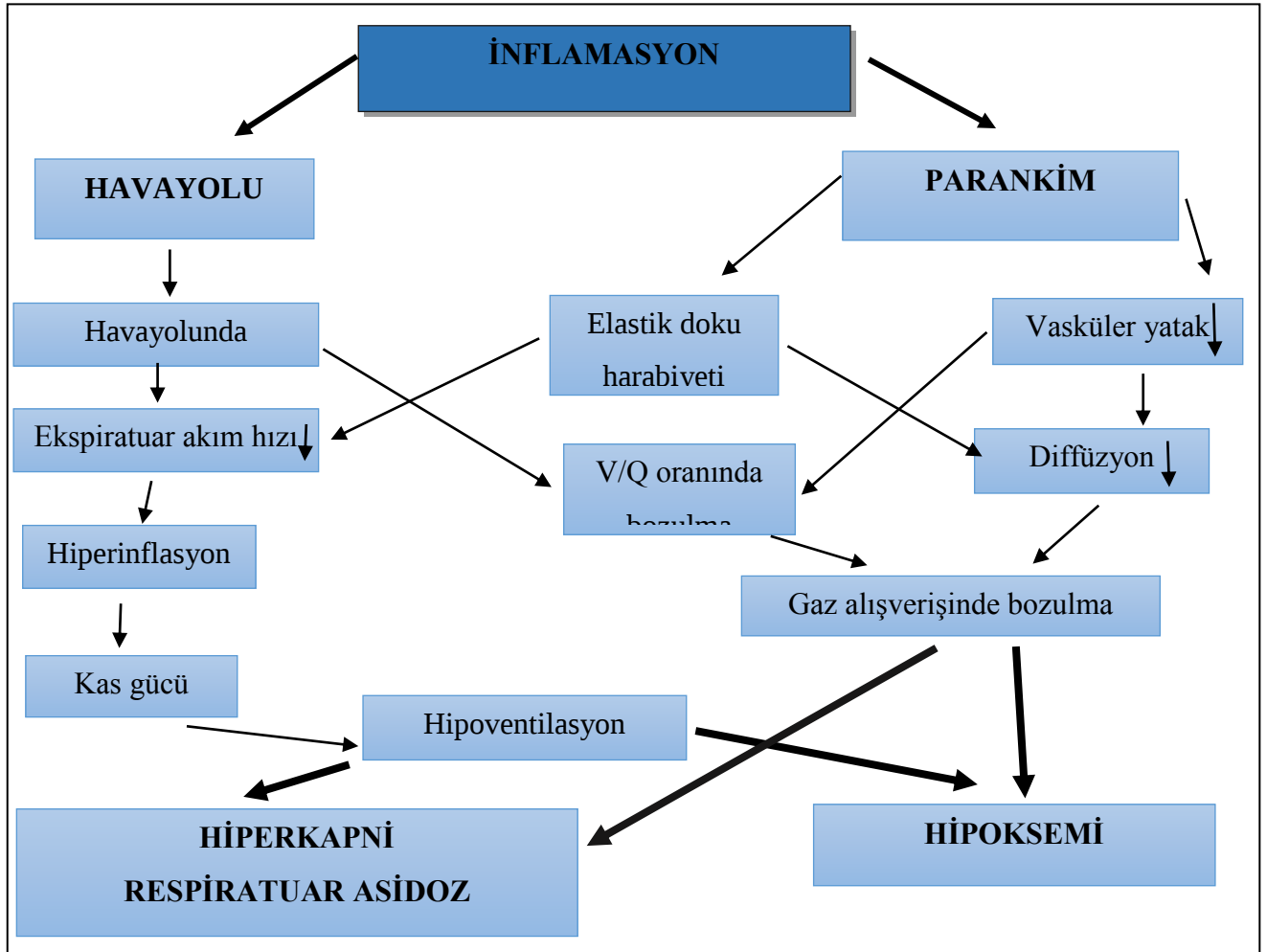
KOAH'daki kompleks patolojik değişiklikler olup fizyolojik anormalliklerle zayıf korelasyon göstermektedir (Halpin, 2005). Ortaya çıkan patolojik bulguların ana kaynağı büyük oranda inflamatuvar ürünlerin yarattığı hasar ve yapısal değişimler olmaktadır. Santral havayolları ve periferik havayollarında inflamasyon, havayolu duvarlarında fibrozis, düz kas hipertrofi-hiperplazisi, goblet hücre hiperplazisi, mukus hipersekresyonu, bronşial duvarlarda kalınlaşma ve kısalma ve akciğer parankiminde harabiyet meydana gelmektedir. İlerlemiş KOAH olgularında pulmoner dolaşım ve sağ kalpde de patolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Pulmoner arterlerde mukopolisakkarit ve kollejen birikimine bağlı olarak hiperplazi ve hipertrofi gelişmekte, diğer taraftan alveoler hipoksi pulmoner vazokontrüksiyona yol açmaktadır. Sonuç olarak pulmoner hipertansiyona bağlı sekonder sağ ventrikülde dilatasyon ve/veya hipertrofi gelişmekte ve bu bulgular kor pulmonaleyi işaret etmektedir (Yıldırım, 2008; Süerdam ve Çalıkoğlu, 2015; Gülbay ve Acıcan, 2003; Koçyiğit, 2002; Öz, 2008).

2.3.3. Patofizyoloji

En önemli fizyopatolojik değişiklik hava yollarının daralması sonucunda hava yollarının kısıtlanmasıdır. Statik havayolu obstrüksiyonun etkileri, akciğer parankiminin harabiyetine bağlı olarak elastik direnç kaybı ile alevlenmektedir. Periferik havayollarındaki obstrüksiyon, erken ekspiratuvar kollapsa ve ekspirasyonda havanın alveollerden boşalmasında yavaşlama ile birlikte hava tutulmasına (hiperinflasyon) neden olmaktadır. Hiperinflasyon geliştiğinde, hasta istirahat halinde daha yüksek akciğer hacimlerinde nefes alıp verme ihtiyacı duymaktadır. Bu durum akciğerdeki düşük ventilasyon/perfüzyon oranlarını azaltmak gibi pozitif bir etkiye sahip olup ileride oluşabilecek hipoksiyi de azaltmaktadır. Buna karşılık hiperinflasyon nefes alıp verme sırasında yenilmesi gereken direnci arttırarak solunum kaslarını da mekanik anlamda daha büyük bir yükün altına sokmakta, dispne gelişmektedir. Hiperinflasyon ile inspiratuvar kapasite azalarak özellikle egzersizle fonksiyonel rezidüel kapasitenin artmasına (dinamik hiperinflasyon) yol açmaktadır. Ekspirasyon sırasında

havayollarının erken kapanması, tam boşalma sağlanamaması alveoler ventilasyon için inspiratuar kasların mekanik yükünü anormal şekilde arttırmaktadır. Sonuç olarak egzersizde dispne artışı ve egzersiz kapasitesinde azalma ortaya çıkmaktadır. Kas kontraksiyon gücünde azalmaya bağlı olarak hipoventilasyon ve ardından hiperkapni ve respiratuar asidoz gelişmektedir (Grover ve ZuWallack, 2007; Süerdem ve Çalıkoğlu, 2015; Saryal, 2008; Halpin, 2005; Başyigit, 2010).

KOAH'lı hastalarda elastik direnç kaybı, havayolu rezistansının artması, ekspiratuar akımda kısıtlanma, ekspirasyon süresi tamamlanmadan yeni inspirasyonun başlaması gibi faktörler pulmoner hiperinflasyona neden olmaktadır. Hastalık ilerledikçe ventilasyondaki anormallikler ve pulmoner vasküler yatakta kayıplar meydana gelmesi ventilasyon/perfüzyon oranını bozarak hipoksemiye ve hiperkapniye neden olmaktadır. Daha sonrasında küçük pulmoner arterlerin hipoksemik vazokontrüksiyonu ve yapısal değişiklikleri nedenleriyle pulmoner hipertansiyon gelişmektedir (Grover ve ZuWallack, 2007; Süerdem ve Çalıkoğlu, 2015; Saryal, 2008; Başyigit, 2010).



Şekil 1. KOAH'ta havayolları ve parankim inflamasyonunun fizyolojik etkileri
(Kaynak: Saryal, 2008)

2.4. Hastalık Tanısı ve Spirometri

KOAH hava akım kısıtlaması ile karakterize bir hastalık olduğu için hava akım kısıtlılığı en kolay ve yaygın biçimde spirometri ile ölçülmektedir. Solunum fonksiyon testleri (spirometri testi) KOAH'ın tanısı, şiddetinin belirlenmesi ve hastalık gidişatının izlenmesinde kullanılan önemli bir testtir. Spirometri maksimum inspirasyon sonrasında maksimum ekspirasyon yapan hastanın zorlu bir manevrayla mümkün olduğunca hızlı bir şekilde tüm havayı dışarı üflemeğe çalışmasına dayanmaktadır (Saryal, 2008; MacNee, 2007; Süerdem, Çalıkoğlu, 2015; Uysal, 2013). Sağlıklı bireylerde 3-4 saniyede tamamlanabilen bu zorlu ekspirasyon manevrası hava yolu kısıtlılığı arttıkça 15 saniyeye kadar uzayabilmektedir. Burada üç farklı endeks ortaya çıkmakta ve onlar ölçülmektedir (MacNee, 2007)

- FEV1: Birinci saniyede zorlu ekspirasyon hacmi

- FVC: Maksimum inspirasyon noktasından maksimum ekspirasyon yapılarak atılan toplam hava hacmi
- FEV₁/FVC: yüzde cinsinden FEV₁'in FVC'ye olan oranını ifade etmektedir.

Sağlıklı bireylerin akciğerlerindeki toplam havanın %70-80'i zorlu bir manevra ile birinci saniye sonunda ekspire edilmektedir. Bu da normalde FEV₁/FVC değerinin %70-80 arasında yer aldığı anlamına gelmektedir. Ancak hava yolu kısıtlılığı durumunda bu değer %70'in altına inmektedir. FEV₁/FVC oranının %70'in altında olması KOAH tanısını koymak için bir tanı kriteridir. Spirometrik ölçümler ırk, yaş, boy, kilo ve cinsiyeti temel alan referans değerler kullanılarak yorumlanmaktadır (MacNee, 2007; Halpin, 2005; Uysal, 2013)

FEV₁/FVC oranının belirlenmesiyle birlikte hastalığın şiddetini değerlendirebilmek için FEV₁ değeri baz alınmaktadır. GOLD 2017 raporuna göre bu değer aralıkları Tablo 2'de verilmektedir.

Tablo 2. KOAH Hastalarında Hava Yolu Kısıtlılığı Şiddetinin Sınıflandırılması

Şiddet	FEV ₁ / FVC Post Bronkodilatör	FEV ₁ (%) Beklenen
Hafif KOAH	< 0.7	>80
Orta KOAH	< 0.7	50-80
Ciddi KOAH	< 0.7	30-50
Çok ciddi KOAH	< 0.7	< 30

Spirometri sonuçları ve akciğer yaşı KOAH hastalarında sigara bırakma motivasyonlarını arttırmak için kullanılabilir. Akciğer yaşı spirometrik sonuçlarla ilişkilidir. Normal şartlarda kronolojik yaşla akciğer yaşı arasında bir korelasyon bulunmaktadır. Birey KOAH olduğunda spirometrik sonuçları, kronolojik yaşından çok daha büyük bir akciğer yaşına denk gelmektedir. Bu sonuçları hastaya açıklamak ve göstermek sigara bırakma motivasyonunu artırma yönünde etki etmektedir (Pelegrino ve ark., 2012; Jimenez Ruiz ve ark.,2013).

2.5. KOAH Belirtileri

Başlıca belirtiler öksürük, wheezing ve nefes darlığıdır. Kronik öksürük ve balgam şikayeti hava yolu kısıtlılığı gelişmeden önce meydana gelebilir. Özellikle KOAH risk faktörlerine maruz kalan bireyler altta yatan sebeplerin araştırılması için incelenmeli ve uygun

önleyici tedaviye alınmalıdır. Aksine hava yolu kısıtlılığı kronik öksürük ve balgam üretimi olmadan da gelişebilir. KOAH hava yolu kısıtlılığına dayanmasına rağmen, uygulamada genellikle tıbbi yardım arayışı hastanın günlük yaşamı üzerine belirtilerin etkisiyle tanımlanmaktadır. Kişiler ya klinik semptomları nedeniyle ya da ilk alevlenme nedeniyle tıbbi yardım arayışında bulunmaktadırlar (GOLD, 2015; Halpin, 2005). Belirtiler ilk geliştiğinde genellikle hafif ve intermitandır. Orta derecedeki KOAH'lı bireylerde bazı belirtiler görülmekle birlikte yine spektrum genişir. Ciddi KOAH hastaları ise hafif eforda dahi dispneik olup uykuları nefes darlığı ile kesintiye uğrayabilmektedir. Öksürük genellikle sabah olurken beraberinde wheeze de mevcuttur. Ayrıca periferik ödem gibi komplikasyonlara ait semptomlar da görülebilmektedir (Halpin, 2005).

2.5.1. Öksürük

Çoğunlukla KOAH gelişiminin ilk belirtisi öksürüktür ve hastaların %75 gibi büyük çoğunluğunda nefes darlığı belirtisinde önce veya onunla birarada görülen, hastalar tarafından çevresel bir maruziyet ya da/ve sigara içme sonucu olduğu düşünülen bir semptomdur. Başlangıçta intermittent olabilir fakat daha sonra her gün olmaktadır. Genellikle sabahın erken saatlerinde ortaya çıkan öksürük zamanla gün boyu süren bir hale gelmektedir. Sabah öksürüğü KOAH'astımdan ayıran bir özelliktir. Hastalar gece boyu biriken mukusu temizlemeye yönelik sabah öksürüğünden şikayet etmektedirler. KOAH'da öksürük her zaman olmasa da çoğu kez prodüktif özellik taşımakta ve genellikle pürülan olmayan nispeten az miktarda balgam oluşmaktadır. Bazı hastalarda bu durum tersine ilerleyerek pürülan özellikte çok miktarda balgam görülebilmektedir. Genellikle balgam rengi berrak olup beyaz-gri arasında değişmektedir. Herhangi bir enfeksiyon varlığında rengi sarı-yeşil olabilmektedir (GOLD, 2015; MacNee, 2007; Halpin, 2005; Koçyiğit 2002).

2.5.2. Dispne (Nefes darlığı)

KOAH'da en fazla kısıtlılığa yol açan semptomdur. Normal sağlıklı bireylerde egzersizle artan oksijen ihtiyacını karşılamak için inspiratuar rezerv volümün bir kısmı kullanılarak tidal hacim arttırılmaktadır. KOAH'da ise havayolu çapları sağlıklı bireye göre sabit olduğundan IRV tam olarak kullanılamamaktadır. Akciğerlerin aşırı hiperinflasyonu ve havanın içerde sıkışıp kalması rezidüel volümü arttırıp IRV'den faydalanılamamasına neden olmakta dolayısıyla da nefes darlığı ağırlaşmaktadır. Hastalar düz bir zeminde hızla hareket ettiklerinde ya da yokuş yukarı çıkarken ilk kez nefes darlığından şikayetçi olmaktadır. Nefes darlığı çevresel koşullara bağlı olarak değişebilmektedir ve çoğunlukla dumanlı ya da

tozlu ortamlarda daha da artış göstermektedir. Özellikle ısı ve nem gibi hava durumu değişikliğine karşı da hassasiyeti mevcuttur. KOAH hastalarına dispne, nefes almak için daha fazla güç harcanma hissi, güçsüzlük, havaya doyamamak veya nefes darlığı olarak ifade edilmektedir. Dispnenin derecesinin ölçülmesi, hastaların değerlendirilmesinde ve tedavi planının oluşturulmasında önemlidir. Dispneyi değerlendirmek için çeşitli ölçütler bulunmaktadır. Bunlar, egzersiz öncesi ve sonrasında ventilatuar kapasite ve ventilasyon ölçümü ile dispnenin şiddetini değerlendiren Modifiye Borg Skalası (egzersiz sırasında eforun ölçülmesi ve dispne derecesinin 0-10 arasında işaretlenmesi ile belirlenir) ve Visual Analog skala (bir kağıda horizontal ya da vertikal çizilmiş, 100 mm uzunluğunda bir doğrudan oluşmakta ve nefes darlığının hiç olmamasından aşırı olmasına kadar uzanan bir yapıda bulunmaktadır), Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası-MRC skalası (hastaların hafif veya ağır aktiviteler karşısında dispnelerinin ne düzeyde olduğunu takip eder), Oksijen tüketim Diagramı (OTD) (dispneye yol açan bir takım aktivitelerin gerektirdiği efora göre geliştirilmiştir), Baseline Dispne Index'dir (BDİ) (o andaki solunum sıkıntısının ölçümünü sağlamaktadır). Fonksiyonlarda azalma, eforun kapasitesi ve iş kapasitesi alanında ölçüm sağlamaya yarar (GOLD, 2015; MacNee, 2007; Halpin, 2005; Koçyiğit, 2002; Demir ve Acıcan, 2003).

2.5.3. Wheezing (Hırıltılı solunum)

Wheezing günler arasında değişebilen ve tek bir gün boyunca değişen nonspesifik bir semptomdur. Sesli hırıltı laringeal düzeyde ortaya çıkabilir ve oskültasyon sırasında anormal sesler olmayabilir. Bundan farklı olarak yaygın nefes alma veya verme sırasında hırıltılar göğüsü dinlemekle mevcut olabilir. Bu semptom KOAH hastalarının tümünde var olmayabilir. Hırıltılı solunum yokluğu KOAH hastalık tanısını dışlamadığı gibi varlığı da tanıyı doğrulamamaktadır. Büyük hava yollarındaki türbülant hava akımına bağlı olarak gelişen hırıltılı solunum, bronş düz kaslarındaki kontraksiyon, hava yollarının yapısal anlamda daralması ya da hava yollarında sekresyona bağlı olarak gelişebilmektedir (GOLD, 2015; MacNee, 2007).

2.6. KOAH Tedavisi

Tedavideki amaç semptomları iyileştirmek, hastalığın ilerlemesini önlemek, egzersiz toleransını arttırmak, yaşam kalitesini arttırmak, komplikasyonların oluşmasını engellemek ve tedavini yapmak, alevlenmeleri engellemek ve tedavisini gerçekleştirmek bununla birlikte

ölüm oranlarını azaltmak şeklinde sıralanabilmektedir. Bu amaçlarla tedavi farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi şeklinde iki gruba ayrılmaktadır.

2.6.1. Farmakolojik tedavi

Belirtilerin önlenmesi ve kontrol altına alınması, alevlenme hem sıklığının hem de şiddetinin azaltılması, sağlıklılık halinin ve egzersiz kapasitesinin artırılması amacıyla farmakolojik tedaviler yapılmaktadır. Bu amaçla kullanılan bronkodilatörler hastalarda egzersiz sırasında ortaya çıkan dispne hissinin azaltılmasında görev alarak sadece semptomatik bir iyileşme sağlamaktadırlar. Tedavide kullanılan bir diğer ilaç grubu olan inhaler kortikosteroidler ise antienflamatuar bir özelliğe sahip olmayıp sadece alevlenme riskini azaltmaktadırlar. Tedavide genel olarak kullanılan diğer ilaçlar ise beta agonistler, antikolinergikler ve antienflamatuarlar olarak sıralanabilmektedir (Süerdam, Çalıkoğlu, 2015; Erginel, 2003). Ancak kullanılan bu ilaç gruplarından hiçbirisinin akciğer fonksiyonlarında uzun dönemdeki hızlı azalmayı etkilediği gösterilmemiştir (Süerdam, Çalıkoğlu, 2015).

2.6.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

KOAH'ın en önemli nedeni sigara kullanımı olduğu için tedavideki en önemli basamak da sigaranın bırakılması olmaktadır. Sigara içmeye devam eden hastalarda FEV₁ kaybı hızlı bir şekilde devam edeceği gibi, sigaranın bırakılması ile birlikte kaybedilen fonksiyon geri döndürülemez de yıllık FEV₁ kaybı azalacak ve hastalık seyri daha da yavaşlayacaktır. Bu azalmayı farmakolojik tedaviler ile sağlamak mümkün olmamaktadır (Süerdam, Çalıkoğlu, 2015; MacNee, 2007; Koçyiğit, 2002; GOLD, 2017; Halpin, 2005)

Sigaranın bırakılmasının yanında pulmoner rehabilitasyon, oksijen tedavisi, influensa ve pnömoni aşısı, cerrahi tedaviler ve fiziksel aktivitenin artırılması diğer farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri olarak uygulanmaktadır (GOLD, 2017; Erginel, 2003; Süerdam, Çalıkoğlu, 2015).

2.7. KOAH'da Sigara Bırakma

KOAH hastalarında sigaranın bırakılmasına geçmeden önce tütün bağımlılığını açıklamak uygun olacaktır.

2.7.1. Tütün-Nikotin Bağımlılığı

Tütün ve nikotin bağımlılık yapıcı özelliği ilk olarak 1964 yılında ortaya çıkmakta, 1800'lü yıllardan sonra kullanımının popülerlik kazanmaya başladığı görülmekte ve 20. yy.da

da yaygınlaşmaktadır. 1994 yılında nikotin bağımlılığıyla beraber nikotin yoksunluğu da psikiyatrik bozukluklar olarak madde bağımlılığı sınıflamasında yer almaktadır (Örsel, 2011).

Madde bağımlılığı DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) da kişinin madde kullanımına bağlı belirgin sorunlara rağmen madde kullanmayı sürdürmesi, madde kullanımını sürdürmekte güçlükler, diğer faaliyetlere göre madde kullanımına daha fazla öncelik verme, artan tolerans ve fiziksel çekilme belirtileri gibi bağımlılık sendromunun bilişsel, fiziksel ve davranışsal özellikleri olarak tanımlanmaktadır (10. DSÖ; Örsel, 2011). Tütün ya da nikotin bağımlılığı diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi madde ve madde dışı etmenleri kapsayan karmaşık bir süreçtir. Tüm madde bağımlılıklarında tekrarlı kullanımlar sonucunda görülen tolerans ve fizyolojik bağımlılık nikotin bağımlılıklarında da görülmektedir. Kullanan kişilerde stres ve anksiyeteyi azaltma, kilo almayı önleme gibi olumlu duygusal değişimler yaratan pekiştiriciler yer almaktadır. Nikotin bağımlılığında diğer madde bağımlılıklarından farklı birtakım özellikler bulunmaktadır. Tütün ürünlerinin yasal ve ulaşılabilir bir madde olması kullanımını daha yaygın hale getirmekte ve yasal olan bu madde hangi dozda kullanılırsa kullanılsın hastalık ve ölüme yol açmaktadır. Tütün ve ürünlerinin pazarlanması ve reklamları için yüksek maliyetlerde bütçelerin oluşturulması onu diğer maddelerden ayıran bir özelliktir. Tarihi çok eskilere dayanmasına rağmen zararlarının geç fark edildiği bilinmektedir. Ayrıca psikiyatrik bir hastalık olarak tanı sınıflamasına giren son maddelerden biridir. Bunun nedeni olarak; davranışsal entoksikasyona yol açmaması, verdiği zararların uzun dönemde ortaya çıkması, yasal bir madde olduğu için elde edilmesinde sapkın bir davranışta bulunulmaması, kişinin çevresine zarar vermemesi ve toplumda bir sorun oluşturmaması sayılabilmektedir. Tütün kullanımının çok yaygın olması ve bırakanların herhangi bir tedavi almadan da bırakabilmeleri nedeniyle kişisel bir tercih olarak görülmekte, bu da onu diğer maddelere göre daha kullanılabilir bir madde haline getirmektedir (Aytemur, 2015; Örsel, 2011).

Bir maddenin kötüye kullanımının nedeni “öforizan” etkiye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Bu etki doza bağlıdır ve kokain kullanımında olduğu gibi dozla ilişkili öforik etkilere sahiptir. Nikotin bağımlılığı tolerans, fiziksel bağımlılık ve psikolojik bağımlılık şeklinde 3 boyuttan oluşmaktadır (Aytemur, 2015).

Sigara kullanımı deneme dönemi hariç her gün tekrarlanan bir kullanım şeklidir. Genellikle kişinin kullanmaktan kendini alıkoyamadığı bu kullanım şekli “kompulsif

kullanım” olarak adlandırılmaktadır. Kompulsif sigara kullanım şekli şartlanma diye adlandırılan ödül getirilen davranışın tekrarlanma sıklığının arttırılması durumu ile ilgili bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Sigara içildiğinde nikotin, beyindeki mezolimbik sistem üzerinden salgılattığı nöromediyatörlerle ödül gibi algılanan davranış değişikliğine yol açmaktadır (Aytemur, 2015). Özellikle beyinde ödül döngüsünden sorumlu olan dopamin salınımını uyarmaktadır. Bununla birlikte nörotransmitterler (asetilkolin, norepinefrin, serotonin) daha fazla miktarda salınmaktadır. Dopamin ve norepinefrin salınımının haz almayı sağlayıp iştah üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu, asetilkolinin performans ve hafızayı arttırdığı, beta endorfinlerin salınımının ise anksiyete ve stresi azalttığı bilinmektedir (Demir, 2008). Bu ödül beklentisi dolayısıyla kişinin sigara içme isteği ve kullanım sıklığı artmaktadır.

Uyaran-tepki ilişkisinde düşünüldüğünde, sigara içmek doğal bir uyarıyı oluştururken, nikotinle birlikte ortaya çıkan etkiler de doğal tepki olarak görülmektedir. Çay, kahve, stres, masa üzerinde sigara paketinin durması gibi uyaranlar da doğal tepkinin ortaya çıkmasına neden olmakta ve ödül etkisi gibi bir etki gösterip sigara içme dürtüsünü ortaya çıkarmaktadır. Bu süreç bilinç dışı olarak sürekli tekrarlamakta ve kişi sigara kullanımının zararlarını bilmesine rağmen bu uyaran-tepki süreci nedeniyle sigara kullanmaya devam etmektedir (Aytemur, 2015).

Bağımlılığın fizyolojisinde olduğu nikotin bağımlılığında da sigara içilmediğinde yoksunluk sendromu görülmektedir. Buna bağlı olarak kişide sinirlilik, öfke nöbetleri, konsantrasyon eksikliği, kardiyak nabızda azalma, solunum güçlüğü, depresif durum gibi belirtiler ortaya çıkmakta ve uzun bir yoksunluk döneminin ardından sigara içimiyle birlikte belirtiler ortadan kaybolmaktadır. Bu durum sigara kullanan bireylerde bir kısır döngü haline gelmektedir. Kişi bu belirtileri yaşamamak için içme davranışını sürdürmeye devam etmektedir (Aytemur, 2015; Demir, 2008). Bu nedenle sigara bırakma müdahalelerini yapılandırırken, nikotin bağımlılığının hem fiziksel, hem de davranışsal boyutlarını gözetmek önemlidir.

2.7.2. Sigara Bırakma

KOAH hastalarının %30-%70’i halen sigara içmeye devam etmektedir (Jimenez-Ruiz ve ark., 2001; Shahab ve ark., 2006). Oysaki tedavi basamaklarında en önemli sırayı sigaranın bırakılması oluşturmaktadır (Karadağ, 2013; GOLD, 2017). Diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında ekonomik anlamda avantajlı tek yöntem olarak görülmesinin yanı sıra

yıllık FEV₁ kaybını azaltmada etkinliği kanıtlanmış tek yöntem olması nedeniyle de üstünlüğü tartışmasıdır (Ertürk, 2017). KOAH hastalarına uygulanan etkili sigara bırakma girişimleri sonrasındaki akciğer kapasitelerinin azalma hızı, hayatı boyunca sigara kullanmamış bireylerde fizyolojik yaşlanmayla görülmesi beklenen akciğer kapasitesindeki azalma hızına eşit duruma ulaşabilmektedir (Rabe ve ark., 2007). The Lung Health Study çalışmasında da hastalar beş yıl boyunca izlenmiş ve sigarayı bırakan KOAH'lı vakalarda FEV₁ kaybının, içmeyi sürdürenlerin yarısı kadar olduğu görülmüştür (Scanlon ve ark., 2000). KOAH olan hastalar sigara bırakmak konusunda KOAH olmayanlara göre daha dirençli olup, bırakmaları zor olmaktadır (Kaper ve ark., 2005). Sigara içen KOAH hastaları ve sağlam içicilerin karşılaştırıldığı prospektif bir çalışmada bu durum görülmüştür. Yapılan çalışmada, KOAH hastalarının %29'u, sağlam içicilerinse %49'unun sigarayı bıraktığı, bir yılın sonunda sigarayı bırakan KOAH hastalarının FEV₁ düzeylerinin 29 ml arttığı içmeye devam edenlerde ise 25 ml azaldığı görülmüştür (Solak, Başoğlu ve Erdinç, 2006). Hava yolu tıkanıklığının artması kardiyovasküler, akciğer hastalıkları ve kanser nedeniyle ölüm riskini arttırmaktadır. Bu nedenle FEV₁ değerinin azaldığı yada biraz azaldığı dahi fark edilse bir uyarı olarak düşünülmeli, hasta için uygun tıbbi müdahale başlatılmalı ve sigara bırakmaya teşvik edilmelidir (Mattila ve ark., 2015). Fillandiya'da yapılan bir izlem çalışmasında da sigarayı sürekli hatta aralıklı bırakanlarda dahi yıllık solunum fonksiyonlarındaki kaybın daha az olduğu ve mortalitenin daha düşük olduğu bulunmuştur (Pelkonen ve ark., 2001). Kargın ve Marakoğlu'nun (2015) sigara bırakma polikliniğine başvurup tedavi alan hastalarda yaptıkları üç ay süren çalışma sonrasında sigara bırakanların solunum fonksiyon test ölçüm sonuçlarının başlangıç değerleriyle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde artış gösterdiği ve bu olumlu değişikliğin hastaların bırakmayı sürdürme motivasyonu üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Sigara bırakma ve hastalığın prognozu üzerinde etkisi değerlendirilirken hastalığın evresi sonucu etkilemektedir. Hafif ve orta evredeki hastalarda, hastalık süreci olumlu yönde değişirken, şiddetli evredeki hastalarda daha az değişim yarattığı görülmektedir (Karadağ, 2013). Bu nedenle sigara bırakma tedavisine olabildiğince erken dönemde başlanması hastalık sürecine olumlu bir katkı sağlayacaktır. Yapılan bir çalışmaya göre halen sigara içmeye devam eden bireylerle karşılaştırıldığında, sigara bırakma süresi ile KOAH alevlenme riski arasında güçlü bir ilişki olduğu, bırakma süresi arttıkça KOAH alevlenme riskinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada KOAH alevlenme riski ile sigara bırakma süresi arasında güçlü bir doz-cevap ilişkisinin olduğu da görülmüştür (Au ve ark., 2009). Sigara bırakmanın,

KOAH'lı hastalarda mortalite oranını azaltmada etkili olduğu gibi alevlenmeleri azaltmada yararlı olduğu bir başka çalışma sonucunda da görülmektedir (Suh, Mandal ve Hart, 2013). Sigara bırakmak için etkili kaynaklar ayrılırsa %25'lere varan uzun vadeli bırakma başarı oranları elde edilebilmektedir (Eerd ve ark., 2016). Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC), KOAH hastalarında sigara bırakmayı amaçlayan kanıta dayalı uygulamaları kuvvetle desteklediğini belirtmiştir.

2.7.2.1. Sigara Bırakma Tedavi Yöntemleri

Sigara kullanan bireylerin yaklaşık %70'inin yılda en az bir defa sigara bırakmak için birinci basamak sağlık merkezlerine başvurduğu bilinmektedir. Bu başvuruların hepsinin sigarayı bırakmayı istediği göz önüne alındığında ne kadar önemli bir halk sağlığı girişimi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, kendiliğinden sigara bırakmaya çalışan bireylerin ise sadece %7'sinin bir yıl sonrasında da sigara içmemeye devam ettiği bilinmektedir (Keenan, 2007). Bu bilgiler sigara bırakma yaklaşımlarının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü Temmuz 2008'de dünya ülkelerinin hepsinde sigara ile mücadele kapsamında GÜÇLENDİRME, M-POWER yaklaşımlar bütününe uygun önlemler alınmasını önermektedir (DSÖ, 2008). M-POWER programında;

- M (Monitör) Tütün kullanımı ile önleme politikalarını İZLE.
- P (Protect) Pasif etkilenimleri ÖNLE.
- (Offer) Sigara bırakma isteyeğinde olanlara YARDIM ET.
- W (Warn) Kişileri sigaranın zararlarına yönelik UYAR.
- E (Enforce bans) Tütünle ilgili reklam, tanıtım ve sponsorluk yasaklarını UYGULA.
- R (Raise taxes) Tütüne getirilen vergi miktarını ARTIR.

Sigara bağımlılığının tedavisinde bir takım rehberler kullanılmaktadır. Rehberlerin ilki Amerikan Halk Sağlığı kurumunun 1996 yılında (Fiore 1996) ve İngiltere'de Sağlık Eğitim Otoritesi'nin 1998 yılında (McNeill ve West, 1998) hazırlamış olduğu rehberlerdir. Bu rehberlere göre sigara bırakma tedavisi kısa klinik ve yoğun klinik girişimler olarak iki grupta incelenmektedir (Öztuna, 2005).

Kısa Klinik Girişimler

Kısa klinik girişimlerde izlenecek yollar hastanın durumuna göre değişim göstermektedir. Burada üç tip hasta yer almaktadır (Özge, 2011; Akçay ve ark., 2013; Demir, 2008; Karadağ, 2013). Bunlar;

- Sigara içen ve bırakmak isteyenler
- Sigara içen ve şuanda bırakmak istemeyenler
- Sigara içmiş ama bırakmış kişiler

Sigara bırakmak için istekli olan kişilere uygulanması için beş temel basamak önerilmektedir. Bu yaklaşım, İngilizce A harfi ile başlayan beş basamaktan oluşmaktadır.

✓ **Sorgula (Ask):** Her ne sebeple gelirse gelsin tüm hastaların sigara kullanım durumları sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sigara kullanımlarının yanı sıra vital bulguları da kayıtlanmalı ve sigara kullanım özellikleri de sorgulanmalıdır.

✓ **Öner (Advise):** Sigara içen herkese kesin ve net bir dille sigara bırakmaları önerilmelidir. Anlatım dilinin net, güçlü ve kişiye özel olması önemlidir. KOAH'lı hastalarda 5-10 dakikalık sigaranın zararları ve solunum fonksiyon testleri üzerindeki olumsuz etkileri üzerine yapılan bilgilendirmelerin bir yıllık sigara bırakma oranını %5 arttırdığı bulunmuştur (Gratzou ve Tonnesen, 2006).

✓ **Değerlendir (Asses):** Hastanın sigara bırakma yönünde isteği değerlendirmeli, buna göre tedavi programına alınmalıdır. Sigara bırakmak istemeyen hastalar ise bırakma yönünde motive edilmelidir.

✓ **Destek ol (Assist):** Sigarayı bırakmak isteyenlere bir tedavi planı hazırlanmalı, bu kişiler takip edilmelidir. Tedavi süreci boyunca her türlü destek sağlanacağı hakkında bilgi verilmeli, sosyal destek sağlanmalıdır. Tedavi süreci içinde hasta ile birlikte bir bırakma günü kararlaştırılmalıdır. Sigara bırakma gününün 2 hafta içinde olması ideal olarak görülmektedir.

✓ **İzle (Arrange):** Hastanın yeniden başlamasını önlemek için izlemek önemlidir. İzlemler yüz yüze olabileceği gibi telefonla da olabilmektedir. Görüşmeler 15 günde bir, ayda bir ve üç aydan sonra üç ayda bir şeklinde devam edebilmektedir. Her görüşmede hastalar başarılarından dolayı tebrik edilmelidir. Karşılaşılan zorluklar ele alınmalı, başatme yöntemleri birlikte kararlaştırılmalıdır. Nüks olması durumunda bunun nedenleri tartışılıp tedavi sürecine yeniden başlanabileceği aktarılmalıdır.

Sigara bırakma konusunda isteksiz olan kişilere 5R yaklaşımı uygulanması önerilmektedir (Özge, 2011; Akçay ve ark., 2013; Demir, 2008; Karadağ, 2013; Örsel 2017). İngilizce R harfi ile başlayan basamaklar şunlardır;

✓ **İlgilen (Relevance):** Sigara içen kişinin özel durumları değerlendirilir. Sigara içmenin yol açacağı zararlar ve mevcut durumu ile ilişkisi açıklanarak bırakma yönünde cesaretlendirilmelidir.

✓ **Riskleri anlat (Risks):** sigara içmenin risklerinin neler olduğu açıklanmalı kişinin bu konudaki görüşleri alınmalıdır. Kısa ve uzun dönemde ortaya çıkması beklenen olumsuzluklar üzerinde durulmalıdır.

✓ **Ödüller (Rewards):** sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemde ne gibi yararlarının olacağı anlatılmalıdır. Kişinin varsa hastalığı ile ilişkilendirilip ortaya çıkacak değişimler vurgulanmalıdır.

✓ **Engelleri belirle (Roadblocks):** Kişinin sigara bırakmasının önündeki engeller belirlenip çözüm yolları bulunmaya çalışılmalıdır.

✓ **Tekrar (Repetition):** isteksiz hastaların her görülmesinde sigara bırakma yönündeki motivasyonel görüşmelerin tekrarlanması önemlidir. Daha önce birçok kez bırakma girişiminde bulunmuş ancak başaramamış hastalara bunun bir sonraki denemede de böyle olacağı anlamına gelmediği, bırakma başarısının birkaç denemeden sonra olabileceği vurgulanmalıdır.

Sigara içmiş ama henüz bırakmış kişi her karşılaşmada başarısından ve kararından ötürü tebrik edilmeli ve bırakma davranışını devam ettirmesi yönünde motive edilmelidir. Yeniden sigara içmeye başlamasına neden olabilecek faktörler belirlenip, bunlara yönelik çözüm önerileri planlanmalıdır (Özge, 2011; Akçay ve ark., 2013; Demir, 2008; Karadağ, 2013; Örsel 2017).

Yoğun Klinik Girişimler

Uzmanlaşmış kişiler tarafından uygulanan tedavi girişimleridir. Girişimlerin uygulanma süresi bakımından kısa klinik görüşmelerden daha uzun bir sürede gerçekleştirilmektedir. Sigarayı bırakmayı isteyen herkese yoğun tedavi programına alınmalı, hastalık riskleri, bırakmanın yararları hakkında bilgiler verilmeli, gerekirse farmakoterapi uygulanmalıdır. Tedavi programı kapsamında psikososyal yardım veya davranış eğitimi de yer almalıdır (Örsel, 2017; Koyun ve Eroğlu, 2013).

Farmakoterapi

Günümüzde sigara bırakmada birinci seçenek olarak kullanılan tedaviler nikotin replasman tedavileri, bupropion ve varenicline destek tedavileridir.

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT): Sigara içiminde bağımlılığa neden olan madde nikotin olduğu için tedavide nikotin kullanımının başarılı sonuçlar vereceği düşünülmüş ve uygulamaya geçirilmiştir. Bu tedavide amaç; sigara bırakma sonucunda ortaya çıkan nikotin yoksunluğu belirtilerinin ortadan kaldırılarak, kişinin dikkatinin başka yönlerle kaydırılması ve

böylelikle süreci daha az sıkıntılı bir şekilde atlatmasına yardımcı olmaktır. Sonrasında ise nikotin dozu yavaş yavaş azaltılarak kişinin bağımlılıktan tamamen kurtarılması hedeflenmektedir. Nikotin replasman tedavisi ile nikotin yoksunluk belirtilerinin bir kısmı ortadan kaldırılırken, öforik etki görülmemektedir. Tedavide nikotin sakızı, nikotin bant, nazal sprey ve nikotin inhaler şeklinde formları kullanılmaktadır (Özkan, 2003; Demir, 2008).

Bupropion: Sigara bırakmada kullanılan FDA onaylı ilk nikotin içermeyen preparattır. Aslında bir antidepresan olup, dopamin ve noradrenalin transmitter sistemi üzerindeki etkisi nedeniyle sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. İlk olarak sigara içimiyle birlikte ilaç kullanılmakta, tedaviden 7-14 sonrasında sigaranın tamamen kesilmesi hedeflenmektedir. Bu tedavi, NRT tolere edemeyen ya da tedaviden olumlu sonuç alamayan hastalar için uygun görülmektedir (Özkan, 2003; Demir, 2008).

Varenicline: Sigara bırakma tedavilerinde kullanılan yeni nesil ilaçlar arasında yer almaktadır. Dopamin salınımının düzenlenmesi ve nikotinik reseptörler üzerindeki etkisi nedeniyle bırakma tedavisinde kullanılmaktadır.

Davranış Tedavisi

Sigara bağımlılığının tedavisinde sadece farmakoterapi yaklaşımı etkin olmayıp beraberinde bağımlılığın psikolojik, davranış ve nörobiyolojik boyutunun da ele alınması gerekmektedir (Kılınç, 2011). Tedavide kişiye göre değişmekle birlikte, çeşitli eğitim materyallerinden faydalanılarak, en az dört görüşme planlanmalıdır. Görüşme süresinin on dakikadan az olmaması uygun görülmektedir (Örsel, 2017). Sigara bırakma gününden sonraki birinci, ikinci, dördüncü, sekizinci, 12., 16. ve 24. haftalarda görüşme planlanmalıdır (Jimenez Ruiz ve ark., 2013). Telefon görüşmeleri de etkili olup kişinin ihtiyacına göre yüz yüze görüşme dışında, telefonla izlem aralıkları planlanmalıdır (Örsel, 2017).

Sigara bırakma tedavileri ile ilgili yapılan çalışmalara incelendiğinde davranışçı tedaviler ile farmakoterapi birlikte kullanıldığında daha başarılı sonuçlar alındığı görülmektedir. 2003 yılındaki kanıt düzeyindeki bir incelemede psikososyal ve farmakolojik tedavi kombine tedavi olarak kullanıldığında uzun dönem bırakma başarısı elde edildiği görülmüştür. Ayrıca davranışsal yaklaşımların tedaviyi destekleyen bir eğilim gösterdiği bulunmuştur (Meer ve ark., 2003). Coronini-Cronberg ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir sistematik inceleme sonucunda sigara bırakma müdahalelerinden oluşan çalışmalar incelenmiş ve danışmanlık ile kombine edilmiş Bupropion farmakolojik desteğinin, plaseboya oranla daha uzun süreli uzak kalma sağlama konusunda % 18.9 daha fazla etkili anlamlılık

seviyesinde olduğu gösterilmiştir. Bir başka sistematik incelemede sigara bırakmada uygulanan tedavi yaklaşımları genel bakım, kısa danışmanlık, yoğun danışmanlık ve farmakoterapi ile kombine edilmiş yoğun danışmanlık olarak dört kategoriye ayrılmıştır. Bir yıllık sigara bırakma sonuçları sırasıyla %1.4, %2.6, %6.0, %12.3 olarak bulunmuş ve en başarılı yaklaşımın farmakoterapi ile birlikte yoğun danışmanlık uygulamasında elde edildiği görülmüştür (Hoogendoorn ve ark., 2010). Ayrıca sigara bırakma yaklaşımlarında sigara içme süresi ve nikotin bağımlılığı derecesi de göz önünde bulundurulması gereken faktörler arasındadır. Karadağ ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir sigara bırakma çalışmasında, hastalara motivasyon ve destek görüşmelerini içeren bir aylık bir program uygulanmış, hastaların %69.13'ünün sigarayı bıraktığı, sigara içme süresi 21 yıldan fazla olanların nikotin bağımlılığı derecelerinin diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, nikotin bağımlılık derecesi düşükten ileriye doğru arttıkça izlem sonundaki bırakma oranlarının azaldığı (sırasıyla %73.98, %76.82, %64.99) görülmüştür.

Sigara bırakmanın davranış ve psikolojik boyutları davranışçı ve bilişsel yaklaşımlarla tedavi edilmektedir. Bu yöntemler motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak uygulanmaktadır (Kılınç, 2011). Bağımlı insanlar, sağlık profesyonellerinden daima aynı mesajı duymak istemezler. Bu hastalara yönelik doğru sağlık müdahalesi sadece verilen mesajı değiştirerek değil aynı zamanda mesajın sunuş şeklini de değiştirmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle, sigara bırakma tedavisindeki hastalara yaklaşımda empati, saygı ve anlayış esas alınmalı ve kişilerin motivasyon, öz-yeterlik ve öz-benlikleri arttırılmaya çalışılmalıdır. Bu kişiler karşılarında gerçekten onlara yardım etmeye istekli, destekleyici bir sağlık profesyoneli görmek istemektedirler (Jimenez Ruiz ve ark., 2013).

2.7.3. Sigara Bırakma Davranış Değişiminde Model Kullanımı

Davranış tedavileri kapsamında değişime odaklanan bir takım modeller bulunmaktadır. Yapılan girişimlerin bir modele temellendirilerek uygulanması giderek önem kazanmaktadır. Tedavi yaklaşımlarında model kullanımıyla bakım gerçek amacına uygun, disiplinli, kontrol edilebilir ve daha etkin bir hale gelmektedir. Ayrıca yapılan girişimin ortak olmasına fırsat sağlamaktadır. Profesyonel olmanın gerekliliklerinden biri olan bilimsel bilgi içeriğinin zenginleştirilmesi, teoriye dayanan araştırmalarla mümkün olacaktır. Bireye ve topluma özgü çok yönlü sorumluluğu ve rolü olan hemşirelik mesleğinin uygulamaları, tüm yaşamı boyunca insanı sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya temellendirilmiştir. Aile ve diğer toplumsal sistemlerin sağlığa olumlu ya da olumsuz etkileri, hemşirelik bakımının niteliğini de

etkileyecektir. Konu edilen kalitenin sağlanabilmesi için uygulamalarda bir model ya da teorelin rehber şeklinde kullanılması önemli hale gelmektedir. Ayrıca, profesyonel ve akademik olarak hemşirelik araştırmalarının sonuçlarını kullanmak ve hemşireliğe özgü uygulamaları diğer alanlardaki bilimsel buluşlarla da ilişkilendirmek önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, hemşireliğin boyutlarını irdelleyerek bilimsel, nitelikli bir hemşirelik için kuramsal çerçeve oluşturmak birincil amaç olmalıdır (Velioğlu, 2012). Bağımlılık tedavilerinde kullanılan en önemli modelin “Transteoretik Model” olduğu görülmektedir.

2.7.3.1. Transteoretik Model

Transteoretik model yetişkinlerde sigara bırakmayı içeren sağlığı geliştirme davranışlarında rehber olarak kapsamlı bir şekilde kullanılmakta olan bütüncül bir modeldir (Plummer ve ark., 2001). Değişim vardır ya da yoktur şeklinde bir sonuç paradigmasından ziyade süreç evreleri olarak teropotik değişimi değerlendirmede ve tanımlamada alternatif bir modeldir. Model sigara bırakma gibi bağımlılık davranışının tedavisi ve psikoterapiden meydana çıkmıştır. Prochaska (1979), 1960 ve 1970 lerde kullanılan farklı terapi sistemlerini analiz etmiştir. Sonuçta James O. Prochaska ve Carlo Diclemente 1982 yılında modeli geliştirmiştir (Prochaska ve DiClemente, 1982).

Transteoretik model değişim evrelerine göre bireyleri tanıyarak, evresine uygun müdahalenin gerçekleştirilmesi için geliştirilmiştir. Girişimler bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bireysel olarak planlanmaktadır. Değişimi sürdürme oranı diğer teorilerden yüksek olup, bireylerin başlangıçtaki değişim evresine tekrar dönme ihtimali daha düşüktür (Velicer, 1998). Model evrelere temelli teorilerden biridir ve davranış değişiminin kesintisiz bir süreç olmadığını fakat bir dizi niteliksel farklı aşamalar aracılığı ile meydana geldiğini belirtir. Dolayısıyla bu model müdahalelerin bireyin mevcut evresine göre tasarlandığında çok daha etkili olacağını önerir (WHO, 2008). Transteoretik model insanların pozitif davranışları nasıl kazanacağı veya problemli davranışları nasıl düzeltebileceğini tanımlar (Cancer Prevention Research Center, 2014). Model, geliştirildikten sonra ilerleyen yıllarda yapılan çalışmalarla revize edilmiştir (DiClemente ve ark., 1985; McConaughy ve ark., 1998; Prochaska ve ark., 1994; Velicer ve ark., 1985; Velicer ve ark., 1992).

Transteoretik model değişim aşamaları, değişim süreci, kararsal denge ve davranış değişimindeki öz yeterlik/teşvik edici unsurlar arasındaki ilişkileri tarif etmektedir (Cancer Prevention Research Center, 2014; Redding ve ark., 2000).

Değişim Aşamaları

Bireyin davranış değiştirme yönündeki isteğini ve motivasyonunu ortaya koymaktadır. Beş aşamadan oluşur.



Şekil 2. Değişim aşamaları

a) Düşünmeme (Precontemplation): Bu aşamada bireyler gelecek 6 ay için sağlıklı davranışı uygulamaya niyetli değildir ve değişim ihtiyacının farkında değildir.

Bireyler burada sağlıklı davranış hakkında çok şey öğrenebilirler. Davranış değişikliğinin olumlu yönleri hakkında düşünmeye teşvik edilmeli ve davranışlarının diğerleri üzerindeki negatif etkilerini hissetmeleri sağlanmalıdır (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014; Erol ve Erdoğan, 2007).

b) Düşünme / Niyet (Contemplation): gelecek altı ay içinde bireyin davranışı değiştirme yönünde isteği olduğunu gösterir. Birey davranışı değiştirmesi gerektiğinin farkındadır, problem çözme yöntemlerini düşünür ancak bunu davranışa geçiremez. Değişimin yarar ve zararları arasındaki zıt duygulanım nedeniyle birey yıllar boyu düşünme aşamasında kalabilir. Bu aşama çoğunlukla, kronik düşünme, davranışı geciktirme veya ağırından alma şeklinde tanımlanmaktadır (Velicer ve ark., 2000). Bireyleri davranış değişikliğinin negatif yönlerini azaltmaya çalışmaları konusunda teşvik etmek gerekmektedir (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014).

c) Hazırlık (Preparation): Bu aşamada bireyler gelecek 30 gün içinde eyleme geçmek niyetindedir. Davranışlarını değiştirme şeklini düşünürler ve bu yolda minör adımlar atabilirler (Jordan, 2005). Bireyler güvendikleri arkadaşlarından destek aramaya teşvik

edilmelidir. Değişim planlarını insanlara söylerler ve sağlıklı davranışı uyguladıkları zaman kendilerini nasıl hissedeceklerini düşünürler (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014). Prochaska ve DiClemente (1992) bu aşamayı, harekete geçmenin tetikleyicisi olarak ifade etmektedir.

d) Hareket / Eylem (Action): Birey problemli davranışını bir gün-altı ay arasında başarılı bir şekilde değiştirdiğinde hareket aşamasında olarak kabul edilir. Bireyler problemleri ile başedebilmek için davranışlarını ve sosyal çevrelerini değiştirmeye çalışırlar. Ancak modele, hareket aşaması evrelerden sadece birini oluşturmaktadır. Sadece hareket aşaması davranış değişmesi anlamına gelmez. Örneğin, günlük içilen sigara sayısını düşürmek ya da daha az nikotine sahip sigara içmek de hareket aşamasına olduğunu gösterir. Hareket aşaması ayrıca problemli davranışa yeniden dönmeyi engellemek ve yeni kazanılan sağlıklı davranışı güçlendirmek için çaba gerektiren bir aşamadır (Prochaska ve Velicer, 1997).

e) Devam Ettirme (Maintenance): Bu aşama artık problemli davranışın sona erdiği olumlu değişimin görüldüğü ilk altı aydan değişimin başladığı sınırsız süreye kadar devam etmektedir. Bireyler bu aşamada, davranışa geri dönmeyi önlemek sağladıkları başarıyı sürdürmek için çalışırlar. Tetikleyici uyarılardan etkilenme düzeyleri azalmış ve değişimi sürdürebilecekleri yönünde güvenleri artmıştır (Velicer ve ark., 1998). Bu aşamada insanlar güven duydukları kişilerden destek aramayı öğrenip, sağlıklı davranışları olan kişilerle birlikte olurlar ve stresle baş etmek için alternatif yöntemler bulma yolunu seçerler (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014).

Değişim Süreci / Davranış Değiştirme Yöntemleri

Değişim aşamaları bireylerin davranış değişimiyle ilgili zamanı açıklamaktayken. değişim süreci ise bireyin değişime yönelik hangi davranışları sergilediklerini anlamaya yardımcı olmaktadır (Prochaska ve ark., 1992; Prochaska ve Velicer 1997; Velicer ve ark., 2000). Davranış değiştirme yöntemleri ve değişim aşamaları birbiriyle ilişkilidir. Düşünme aşamasında en az düzeyde yöntem kullanımı varken, orta aşamalara (düşünme ve hazırlık) doğru yöntem kullanımının arttığı ve hareket aşamasında ise en fazla miktarda olduğu görülmektedir. Devam ettirme aşamasında ise giderek azalmaktadır (Lenio, 2006).

Değişimi kolaylaştırmada beşi bilişsel, beşi davranışsal olmak üzere toplam 10 değişken yer almaktadır. Bilişsel olan yöntemler bireyin duyguları ve değerleriyle beraber farkındalığı ile ilgili faktörlerden oluşmaktadır. Davranışsal yöntemler ise bireyin değişime doğru giderken hangi davranışlara yöneldiği hakkında bilgi vermektedir. Kullanılan davranış

değiştirme yöntemleri uygulanacak müdahale programlarına büyük ölçüde yol göstermektedir (Velicer ve ark., 2000).

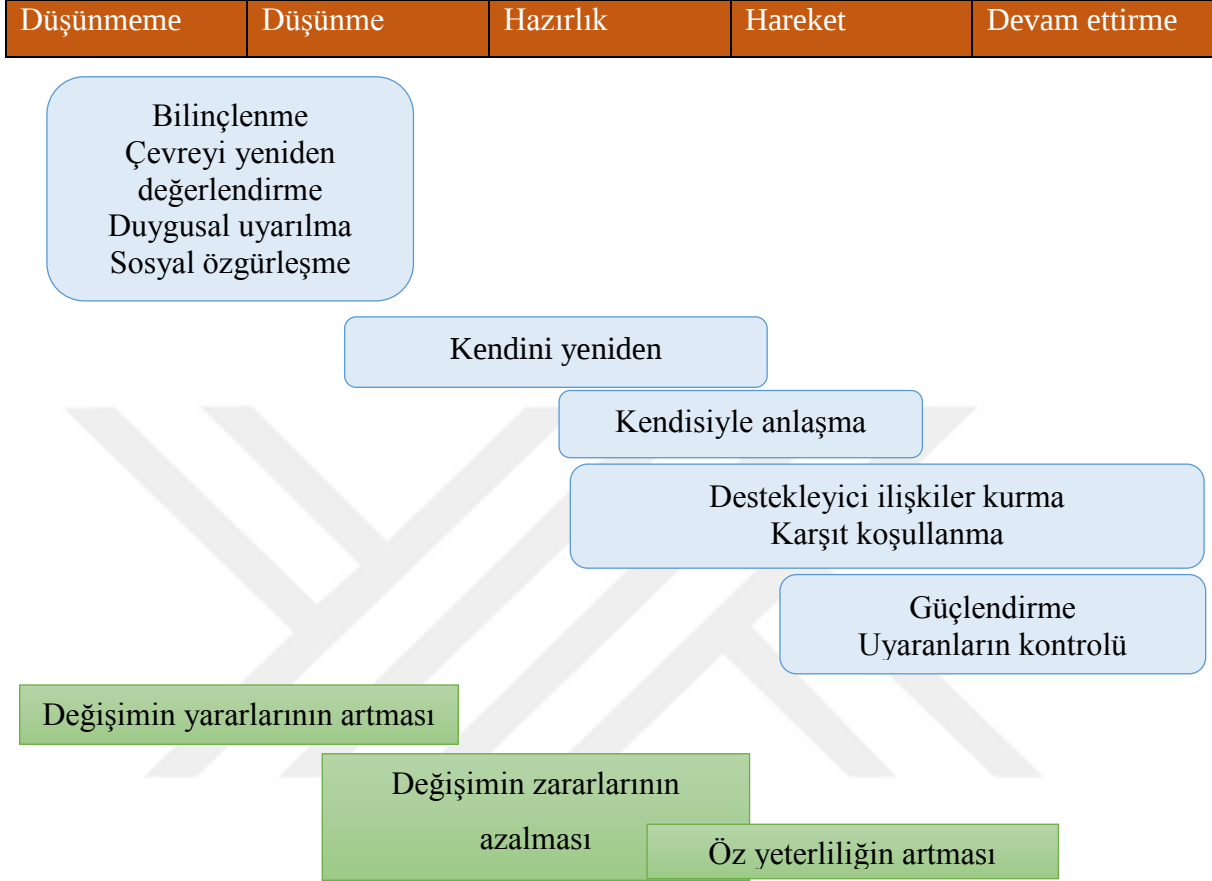
Bilişsel Yöntemler

- I. Bilinçlenme: Bireyler mevcut davranışlarının zararlarının farkına varıp kabullenmeye başlamışlardır.
- II. Duyusal uyarılma: davranışlarının problemlili olduğunu dile getirmeye başlamışlardır ve bu durum bireyi duyusal açıdan uyarar ve harekete geçirir. Birey paylaşarak veya çevreden aldığı uyarılarla gevşeme ya da huzursuzluk hisseder.
- III. Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin bilişsel anlamda kendisini ve olumsuz sağlık davranışını yeniden değerlendirmesi anlamına gelmektedir. Bunu hayal gücünü kullanarak, değerlerini yeniden gözden geçirerek, sağlıklı rol modelleri ve benzetmeler yaparak yapmaya çalışır.
- IV. Çevreyi yeniden değerlendirme: Çevrenin kendi olumsuz davranışından nasıl etkilendiğini düşünmeye başlamasıdır.
- V. Kendisiyle anlaşıma: Bireyin sağlıklı davranışına yönelik baş etme becerileri geliştirmesi ve kendisine olan güveninin artması, bireysel özgürleşmenin göstergesidir.

Davranışsal Yöntemler

- I. Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayıcı, kabul edici ve destek sunma üzerine kurulan ilişkileri içermektedir. En önemli destek kaynağını sosyal çevresindeki birincil kişiler oluşturmaktadır.
- II. Karşıt koşullanma - yerine koyma: Kişi olumsuz sağlıklı davranışının yerine gelecek olan sağlıklı davranışa odaklanır.
- III. Güçlendirme: Kişi sağlıklı davranıştan uzak durduğu sürelerde kendisini ödüllendirerek yeniden güçlenebilir.
- IV. Uyarıların kontrolü: Olumsuz sağlık davranışının değiştirilip, eski davranışa yeniden dönme riskinin engellenmesi anlamındadır. Yeni çevrenin oluşturulması, destek gruplarıyla birlikte olma gibi etkinlikler bu amaçta fayda sağlayabilmektedir.

- V. Sosyal özgürleşme: Bağımlı davranışın yok edilmesi, kişinin sosyal baskıdan kurtulup özgürleşmesi anlamına gelmektedir.



Şekil 3. Değişim aşamaları ile davranış değiştirme yöntemleri arasındaki ilişki (Stages by processes of change. http://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model. Erişim 08.12.2017).

Karar Alma (Decisional Balance)

TTM içerisindeki değişkenlerden biri de karar dengesidir. 1977’de Janis ve Mann geliştirmiş olup davranış değişiminin kişide oluşturacağı yarar (pros) ve zararın (cons) önemini vurgulamaktadır (Miller, Gillespie, Billion ve Davel, 2001).

Karar Alma Kuramı yeni kazanılacak davranışın kişi tarafından algılanan yarar ve zararlarının karşılaştırılması üzerine temellendirilmektedir (Spencer, Adams, Malone ve Yost, 2006). Kararsal denge; değişmek ya da değişmemek yönündeki bireysel nedenlerin etkisini ve bu etkinin önemini ifade etmektedir. Kararsal dengenin değişim aşamalarıyla büyük ölçüde ilişkisi bulunmaktadır. Bunlar, TTM’in karar verme bileşenlerini oluşturmaktadır (Cancer Prevention Research Center, 2014; Prochaska,1994; Prochaska ve ark., 1994).

Bireyin, davranış değişiminin getireceği avantaj ve dezavantajlar konusunda bireysel düşüncelerinin geliştiği karar verme sürecidir (Prochaska ve Velicer, 1997). Bireysel kararlar, değişim evrelerinin olumlu yönde ilerleme gösterebilmesi için sağlık davranışına uyum sağlamanın yarar ve zararlarına dayanmaktadır. Yararlar, davranış değişiminin faydalarını (değişme sebepleri) oluştururken zararlar, değişim engellerini oluşturmaktadır (değişmeme sebepleri) (Cancer Prevention Research Center, 2014; Prochaska, 1994).

Sağlık davranışının yararları değişim aşamalarının erken aşamalarında düşük olup değişim aşamaları ilerledikçe artış göstermektedir. Değişimin erken aşamalarında bulunan bireylere yönelik yapılacak müdahalelerin ardından yararlar ve zararlar faydalı olmaktadır. Kararsal denge, düşünmeme evresinde bir kişinin kararını bir sonraki evreye ilerletebilmek için güzel bir göstergedir (Cancer Prevention Research Center, 2014).

Hareket ve devam ettirme aşamasında bulunan bireyler yeni davranışlarının, olumlu özelliklerini ortaya çıkarırken, düşünmeme ve düşünme aşamasında bulunanlar ise davranışın yararlarından daha fazla zararlarını öne çıkarma çabası içindedirler. Hazırlık aşamasındaki bireylerde ise, davranışın yarar ve zararlarının denge içinde olduğu bir davranış şekli görülmektedir (Cancer Prevention Research Center, 2014; Spencer, 2006).

Öz Yeterlik (Self-Efficacy)

Öz etkililik kavramı Bandura'nın sosyal öğrenme teorisinin bir bileşenidir ve kişinin özel bir davranış uygulamadaki yeterliliğinde algıladığı güven olarak tanımlanmaktadır (Sharifirad, 2012). Transteoritik modelde yer alan öz etkililik bileşeni de Bandura'dan uyarlanmıştır ve bir davranışa direnç gösterme veya değişimi sağlamada başarılı olabileceğine inanan bireylerin derecesini ölçmektedir (Jordan, 2005). DiClemente öz-yeterliğin tedavi sonucunu öngörme ve değişim evreleri boyunca ilerleme konusunda önemli olduğunu tanımlamıştır. Bu yüzden öz-etkililik ölçeğini geliştirmiştir. DiClemente, Prochaska, and Gilbertini öz-yeterliğin bireylerin sigara bırakma başarısını arttırdığını göstermiştir (DiClemente, Prochaska, ve Gilbertini, 1983).

Öz yeterlik ve davranış değişimi birbiri ile ilişkili olduğu saptanmış ve bu nedenle modele ilave edilmiştir. Öz yeterlik, Prochaska, Redding ve Evers (1997) tarafından iki bölüme ayrılmıştır (Prochaska, 1997):

I. Kendine güven; öz yeterlik içindeki temel yapı, kişilerin risk düzeyi yükseldiğinde eski sağlıksız davranışlarına geri dönmeden, baş edebilmelerini sağlayan öz yeterliktir. Bu bölüm, Öz-yeterlik teorisini Bandura'dan (1982) uyarlanmıştır.

II. Teşvik; kişinin riskli bir durum karşısında eski davranışını gösterme isteğinin yoğunluğunu ifade etmektedir. Eski davranışa yeniden dönme belirtilerini ortaya koyabilmek için öz yeterlik ve teşvik eden faktörlerin ölçülmesi gereklidir.

Değişim evreleri ile Öz-yeterlilik arasındaki ilişkiye bakıldığında niyet öncesi dönemde en düşükken, niyet ve hazırlık evrelerinde yükselmeye başladığı, eylem evresinde de en yüksek seviyede olduğu görülmektedir (Jordan, 2005).

Bireyin değişim evrelerine temellendirilmiş davranış tedavisi yapılırken görüşmeler, motivasyonel görüşme ilkelerine dayandırılarak yapılmalıdır.

2.7.3.2. Motivasyonel Görüşme

“Danışan odaklı, ambivalansı araştırıp, çözümleyerek içsel motivasyonu değişim yönünde arttıran yönlendirici bir yöntem” olarak tanımlanmaktadır. Motivasyonel görüşmede temel yaklaşım işbirliği, hatırlatma ve özerklikten oluşmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009).

İşbirliği; motivasyonel görüşmenin en önemli bileşeni ortaklık yapmaktır. Görüşme sırasında danışman, otoriter bir rolde olmayıp bunun yerine ortaklık benzeri bir ilişki kurmaktadır. Görüşmeler öneride bulunmaktan çok araştırmayı, ikna etmek ya da tartışmak yerine desteklemeyi kapsamaktadır.

Hatırlatma; görüşmelerde danışmanın niteliği, kişinin içinde var olanı bulup çıkarmak “ortaya çıkarıcı” şeklindedir. Kişideki değişime yönelik var olan içsel motivasyonu bulup, aktif hale getirmeyi, dışarı çıkarmayı gerektirmektedir.

Özerklik; görüşmede esas olan, “değişme sorumluluğu danışana aittir” durumudur. Danışmanlığı alıp almama isteği danışanın kendi hakkıdır. Amaç içsel motivasyonu açığa çıkarmak olduğu için değişim zorla kabul ettirmek şeklinde değil, içinden çıkarılan ve kişinin kendi hedeflerine ve değer yargılarına hizmet eden bir davranış olacaktır.

Miller, motivasyonel görüşmede dört temel ilke belirtmektedir (Miller ve Rollnick, 2009). Bunlar;

- Empatiyi ifade etme; empatik danışmanlık görüşmenin temel unsurudur. Empati ilkesinin altında yatan tutuma “kabullenme” denmektedir. Burada danışan, yansıtıcı dinleme yoluyla kişinin duygularını ve bakış açılarını yargılamadan, suçlamadan ve eleştirmeden araştırır. Danışanda ambivalans olması normaldir
- Çelişki geliştirme; değişim için gerekli olan şey çelişki geliştirmektir. Görüşme kasıtlı olarak ambivalansın çözümüne doğru yönlendirilmiştir. Danışanın

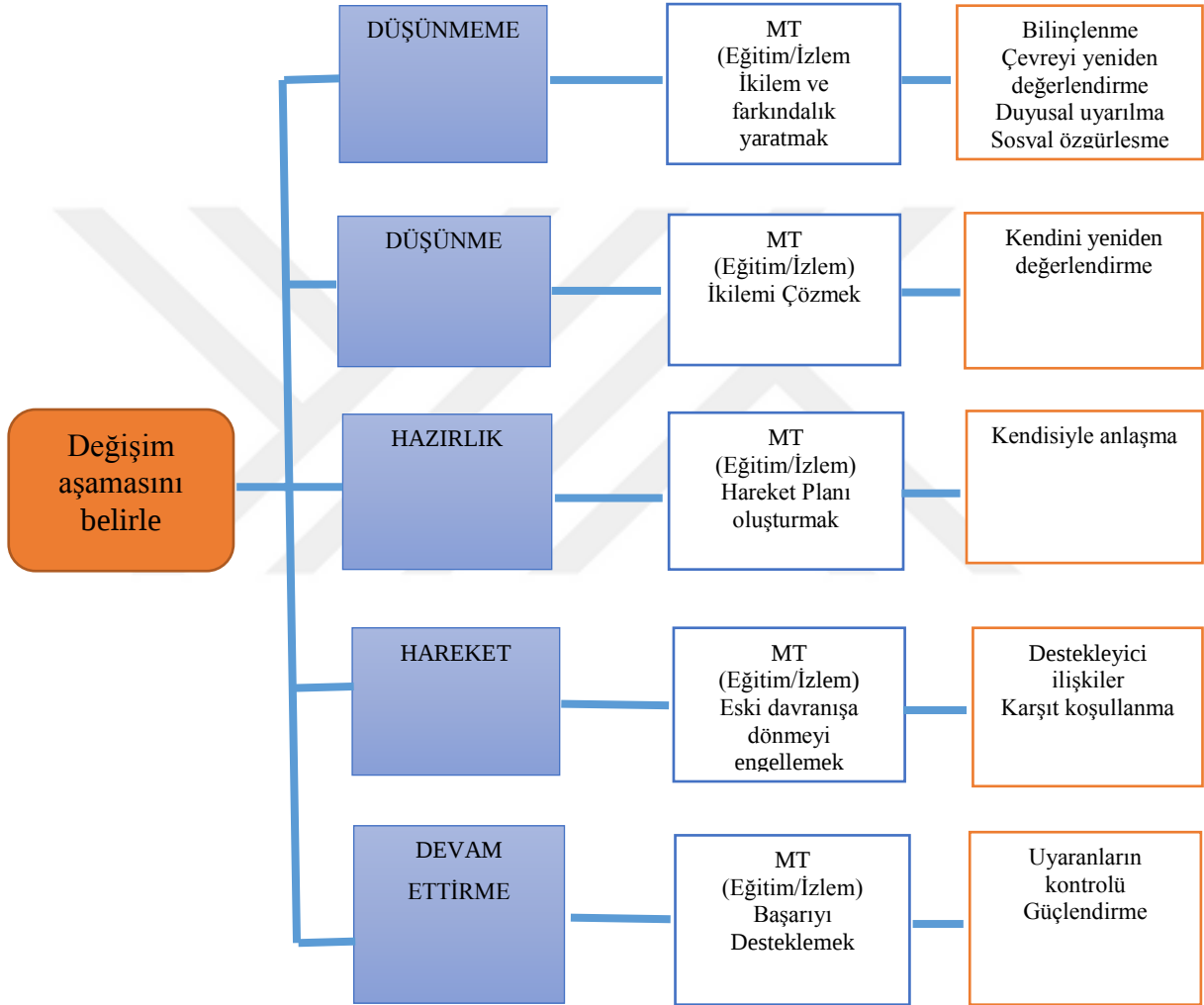
ilerideki amaç ve değerleri ile şimdiki davranışı arasında bir çelişki geliştirmek ve onu büyütmek değişim giden yol olarak görülmektedir.

- Dirençle yuvarlanma; motivasyonel görüşme bir savaş ya da dövüş sanatı değildir. Kazanan ya da kaybeden yoktur. Danışan değişime doğrudan direnç göstermeyip onunla yuvarlanır ya da akıp gider. Bu durumda danışman onunla tartışmaktan kaçınıp yeni bakış açılarına davet edilmeli ve seçenekler sunmalıdır. Direnç aslında danışmanın yaklaşımını değiştirmesi için bir sinyal olarak algılanmalıdır.
- Öz yeterliliği destekleme; özyeterlilik, değişim için motivasyonda anahtar bir unsur olarak görülmektedir. Amaç, danışanın engellerin üstesinden gelme değişimi başarıma kapasitesine karşı olan güvenini arttırmaktır.

Motivasyonel görüşme süreci boyunca kullanılan beş özgül yöntem bulunmaktadır. Bunlar, açık uçlu sorular sorma, yanıtımlı dinleme, özetleme, onaylama ve değişim konuşması ortaya çıkarma şeklindedir. Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için bu beş yöntemin dışında, önem cetvelinin kullanılması, geleceğe bakma, karar dengesi, geçmişe bakma, uç noktaları sorgulama, hedef ve değerlerin araştırılması şeklinde yöntemler de kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (Miller ve Rollnick; 2009).

Motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Özellikle bağımlılık davranışının değişiminde sıkça kullanılan ve başarılı sonuçlar alınan bir yöntem olarak görülmektedir. Heckman ve arkadaşları (2010)'nın yapmış oldukları sistematik inceleme ve meta analiz sonucuna göre yetişkinler ve adolesanlar için uygulanan sigara bırakma tedavilerinde motivasyonel görüşmenin etkili olduğu görülmüştür. Lai ve arkadaşları (2010)'nın Cochrane meta analizinde, genel bakım ve kısa görüşme tedavileri ile karşılaştırılan motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur (RR 1.27; 95% CI 1.14 to 1.42). KOAH hastalarına eğitimli bir hemşire tarafından motivasyonel görüşme yapılarak uygulanan iki yıllık bir izlem çalışmasının sonucunda, hastaların %17.1'inin sigarayı bıraktığı, solunum fonksiyon testlerinde anlamlı bir azalma olduğu (%19.5), bu sonucun paket.yılıyla anlamlı bir korelasyon gösterdiği görülmüştür. Sigara bırakma başarısını sağlamada, müdahaleye olan pozitif tutum, yüksek beden kitle indeksi, farmakoterapi ve ileri yaşda olmanın etkili olduğu bulunmuş, motivasyonun sigara bırakma davranışını belirlemede en anlamlı faktör olduğu vurgulanmıştır (Toljamo ve ark, 2010).

Bir cezaevinde bulunan mahkumların sigara bırakmalarına yönelik yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada kişiler üç gruba ayrılmış, grubun birine sadece motivasyonel görüşme, birine motivasyonel görüşme ile birlikte nikotin replasman tedavisi diğerine hiçbir tedavi uygulanmamıştır. Motivasyonel görüşmeyle birlikte nikotin replasman tedavisinin yapıldığı grupta karbonmonoksit yoğunluk ölçüm sonuçlarının diğer iki gruba göre anlamlı oranda azalma gösterdiği ileri analizde görülmüştür (Jalali ve ark, 2015).



Şekil 4. Transteoretik Modele göre motivasyonel görüşme planı (Koyun ve Eroğlu, 2013)

2.7.4. Sigara Bırakmada Hemşirelik Girişimleri ve Transteoretik Model

Transtoretik model sigara bırakma ile birlikte, stres yönetimi, depresyonun önlenmesi, kilo kontrolü, ilaç tedavisine uyum, düzenli egzersiz yapma ve alkol bağımlılığı tedavilerinde kullanılmaktadır (<https://www.prochange.com/health-behavior-program-outcomes>; Yang ve ark, 2015; Lee ve ark, 2015; Ay ve Temel, 2015; Güngörmüş ve Karabulutlu, 2012; Tosun ve

Zincir, 2016; Luh ve ark, 2015; Cabezas ve ark, 2011; Girma, Assefa, ve Deribew, 2010; Aveyard ve ark, 2009; Alkar, Karancı, 2007).

Yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalığa sahip serviste yatan hastalara yönelik hemşire tarafından sigara bırakma tedavisi uygulanmış ve serviste yapılan uzman danışmanlık terapisiyle telefonla takibin bir arada yürütüldüğü grupta sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu ve diğer gruplara göre değişim evrelerinde daha fazla anlamlı düzeyde ilerleme kaydedildiği görülmüştür (Chouinard ve Robichaud-Ekstrand, 2005).

İsrail’de 735 sigara içen bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada bireylerin %61.8’inin düşünmeme, %23.8’inin düşünme, %14.4’ünün de hazırlık evresinde olduğu görülmüştür. Kronik morbidite, sosyal destek, 11-21 yıllık sigara içme süresi, üç veya daha fazla sigara bırakma girişimi, sigaranın zararları hakkında bilgi sahibi olmak, sigara kullanımının önlenmesine yönelik pozitif tutuma sahip olmak ve sigara bırakmaya yönelik doktor önerisi faktörlerinin düşünmeme evresine göre düşünme evresine anlamlı düzeyde etki eden faktörler olduğu bulunmuştur. Ayrıca hazırlık evresine ise kronik morbidite, anksiyete, sosyal destek, beş yıl veya daha az içme süresi, üç veya daha fazla sigara bırakma girişimi, sigaranın zararları hakkında bilgi sahibi olma ve sigara kullanımının önlenmesine yönelik pozitif tutuma sahip olma faktörlerinin düşünmeme evresi ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde etkili olduğu görülmüştür (Daoud ve ark, 2015).

Transteoretik modelin değişim evrelerine göre yapılan girişimler sayesinde sigara bırakmaya motive olmayan, gönüllü olmayan bireylerin bırakma yolunda farkındalıkları artırılarak, düşünme yoluna girmeleri sağlanabilmektedir (Herzog ve ark, 2000).

Koyun ve Eroğlu (2016)’nın kadınlarla yaptığı randomize kontrollü sigara bırakma çalışmasında altı aylık takibin sonunda kontrol grubuna oranla deney grubunda bırakma oranlarının daha yüksek olduğu ve değişim evreleri arasındaki ilerleme oranının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür. Adölesanlar üzerinde yapılan değişim evrelerine temellendirilmiş sigara bırakma çalışmalarında da olumlu sonuçlar alındığı görülmektedir (Erol ve Erdoğan, 2008; Evers ve ark, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımıdır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2014'te başlayıp, Şubat 2018'de tez yazımı ve savunma sınavıyla sonlanmıştır. Araştırmanın verileri Samsun ili Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesine kayıtlı KOAH hastalarının evlerinde ve hastanede Ocak 2016 - Kasım 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Samsun il merkezinde yaşayan Göğüs hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Hastanesi kayıtlarında yer alan heyet raporunda KOAH tanısını almış olan ve sigara kullanan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bireylerin örnekleme dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma kriterleri aşağıdaki gibidir

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- KOAH tanısına sahip olma
- 40 yaş üstü olma
- Sigara kullanıyor olma
- Araştırmada kullanılacak olan anketleri doldurmaya ve telefon kullanımına engel fiziksel veya mental bir soruna sahip olmama
- Her zaman ulaşabileceği bir cep telefonu kullanıyor olma
- Samsun şehir merkezi sınırlarında yaşıyor olma
- Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir sigara bırakma tedavisi almıyor olma
- Spirometrik değerlendirme için tıbbi bir kontrendikasyonunun olmaması

Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Son iki ay içinde alevlenme geçiren hastalar
- Sigara bırakma tedavisi alanlar

Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Ev ziyaretleri sürecini tamamlamamış olma
- Araştırmanın başında katılmayı kabul edip, ardından herhangi bir nedenle araştırmadan çıkmak isteme
- Akciğer kanseri tanısı almış olma

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tanıttıcı Özellikler	Girişim Grubu (n=40) $\bar{x} \pm SS$		Kontrol Grubu (n=40) $\bar{x} \pm SS$		t	p
Yaş	58.73±13.19		60.43±9.53		-.660	.511
Sigaraya başlama yaşı	16.03±5.20		16.08±4.85		-.044	.965
Hastaneye başvuru sayısı	2.38±1.67		2.93±2.43		-1.178	.242
	Girişim Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	10	25.0	10	25.0	.000	1.00
Erkek	30	75.0	30	75.0		
Medeni Durum						
Evli	37	92.5	37	92.5	.667	.717
Bekar	3	7.5	3	7.5		
Öğrenim Durumu						
Okur-yazar değil	0	0	3	7.5	4.453	.486
Okuryazar	3	7.5	1	2.5		
İlkokul	22	55.0	20	50.0		
Ortaokul	8	20.0	7	17.5		
Lise ve üstü	7	17.5	9	22.5		
İş durumu						
Çalışıyor	21	52.5	22	55.0	.50	.823
Çalışmıyor	19	47.5	18	45.0		
Gelir durumu						
Kötü	1	2.5	5	12.5	4.056	.132
Orta	32	80.0	25	62.5		
İyi	7	17.5	10	25.0		
Günlük içilen sigara sayısı						
10 ve altı	3	7.5	9	22.5	5.668	.129
11-20	26	65.0	20	50.0		
21-30	6	15.0	9	22.5		
31 ve üzeri	5	12.5	2	5.0		
Sigara bırakmayı deneme						
Evet	27	67.5	25	62.5	.220	.639
Hayır	13	32.5	15	37.5		

Sigara bırakmayı deneme sayısı						
Hiç						
denemedim	13	32.5	15	37.5	1.374	.503
Bir kez deneme	19	47.5	14	35.0		
İki ya da daha fazla deneme	8	20.0	11	27.5		

Tablo 3’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Girişim grubundaki KOAH’lı hastaların yaş ortalaması 58.73 ± 13.19 olup; %75.0 i erkek, %92.5’i evli ve %55’ i ortaokul mezunudur. Hastaların %52.5’i çalışmıyor olup %80’i orta gelir düzeyine sahiptir. Hastaların sigaraya başlama yaş ortalaması 16.03 ± 5.20 olup; günlük içilen sigara miktarlarına göre %65’inin 11-20 adet sigara içtiği, %67.5’inin daha önce bir sigara bırakma deneyimi olduğu ve %47.5’inin bir kez bırakma deneyimi yaşadığı görülmüştür. KOAH nedeniyle hastaneye başvuru ortalamaları 2.38 ± 1.67 dir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 60.43 ± 9.53 olup; %75’i erkek, %92.5’i evli ve %50’si ilkokul mezunudur. Hastaların %55’i herhangi bir işte çalışmakta ve %62.5’i orta gelir düzeyindedir. Hastaların sigaraya başlama yaş ortalaması 16.08 ± 4.85 olup; %50’si günlük 11-20 adet sigara içmekte, %62.5’i daha önce sigara bırakma girişiminde bulunmakta ve %35’i bir kez sigara bırakmayı denediğini belirtmektedir. KOAH nedeniyle hastaneye başvuru ortalamaları 2.93 ± 2.43 dür.

Girişim ve kontrol gruplarındaki KOAH’lı hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p > .05$).

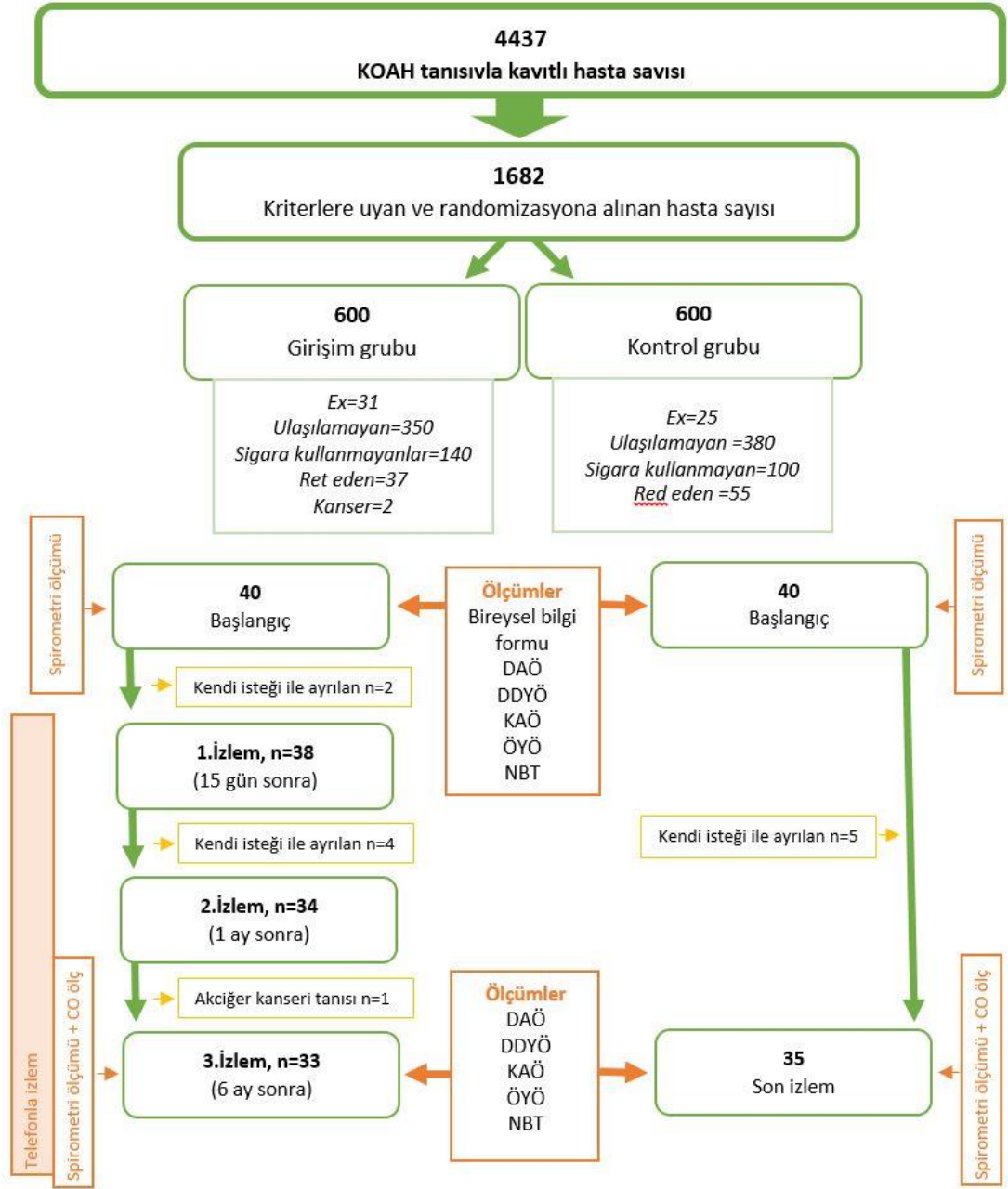
Araştırmanın örnekleme Göğüs hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Hastanesi otomasyon sisteminde kayıtlı olan örneklem seçim kriterlerine uyan hastalar arasından belirlenmiştir. İlk etapta kayıtlarda KOAH tanısı alan 4437 hasta olduğu görülmüş, bunların arasından örneklem kriterlerine uyan hastalar belirlenip son olarak 1682 kişiye indirgenmiştir. KOAH tanısına sahip 1682 kişi arasından girişim ve kontrol grubu bölümleri 400’er kişiden oluşacak şekilde research randomizer bilgisayar programı aracılığıyla veri seti oluşturulmuştur.

Randomizasyonla belirlenen kişiler tek tek aranarak sigara kullanma ve araştırmaya katılmayı kabul etme durumları sorgulanmış, ardından kabul eden ve sigara kullanan kişiler örnekleme dahil edilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarına atanan 400’er kişinin her biri bu şekilde aranmış ancak bazı numaralara ulaşılamaması, kişinin sigara kullanmaması ya da araştırmaya katılmak istememesi nedeniyle yeterli örneklem sayısına ulaşılamamasına rağmen

veri setindeki hasta listesinin sonuna gelinmiştir. Bunun üzerine randomizasyonla ilk belirlenen hastalar 1682 kişilik listeden çıkarılarak her bir sette 200 kişi olmak üzere research randomizer (<https://www.randomizer.org/>) bilgisayar programı kullanılarak yeni bir hasta veri seti elde edilmiştir. Veri setindeki hastalar aynı şekilde sistemdeki numaraları üzerinden aranarak, uygun olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğünü belirlemek, evreni temsil edebilecek yeterli sayıya ulaşabilmek, evren benzeşikliğini arttırabilmek için önemli görülmektedir (Karasar, 2012). Örneklem sayısını belirlemek için Win episcopo 2.0 programı kullanılmış ve %15 prevelansla %5 hata payı ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 118 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analize göre girişim grubu 60, kontrol grubu 60 olarak hesaplanmış, 25'er kişinin de yedek olarak alınması planlanmıştır. Ancak veri toplama sürecinde karşılaşılan güçlükler nedeniyle planlanan zamanda girişim ve kontrol grupları için hesaplanan sayıda kişiye ulaşılamamıştır. Bu nedenle ön test ölçümlerinin tamamlanmasının ardından örneklem gücü G-Power Data Analysis programı kullanılarak hesaplanmış ve yeterli bulunmuştur (Tablo 4). Ayrıca araştırma verileri tamamlandığında son test güç analizi hesaplanmıştır (Tablo 4). Çalışmanın örnekleme girişim grubu için 33, kontrol grubu için 35 kişiden oluşmaktadır.



Şekil 5. Consort Akış Şeması

Tablo 4. Kullanılan Ölçeklerin Post-Hoc Güç Analizi Sonuçları

Güç analizinde kullanılan ölçek	Örneklem Sayısı (n)	Etki Büyüklüğü	α Yanılma Düzeyi	Güç Analizi
		Son Test		Son Test
DDYÖ				
Bilinçlenme		0.75		0.86
Duyusal uyarılma		0.68		0.87
Çevreyi yeniden değerlendirme		0.56		0.62
Sosyal özgürleşme		0.64		0.73
Kendini yeniden değerlendirme		0.74		0.85
Kendisi ile anlaşma	Girişim=33	1.04	.05	0.98
Destekleyici ilişkiler	Kontrol=35	0.99		0.98
Karşıt koşullanma		0.98		0.98
Güçlendirme		0.78		0.89
Uyaranların kontrolü		1.21		0.99
ÖYÖ		1.14		0.99
KAÖ				
Yarar		0.43		0.42
Zarar		0.80		0.90
NBT		0.98		0.98

3.4.Çalışmanın Materyali

Hemşirelik girişimi için sigara bırakma rehberi kullanılmıştır. Bu rehberin orijinali transteoretik modelin yaratıcıları tarafından hazırlanmış Pro-Change Behavior Systems tarafından geliştirilen “Roadways To Healthy Living: A Guide For Smoking Cessation” adlı bir rehberdir. Sonrasında Rehberin kullanımı için gerekli izinlerin alınmasının ardından Koyun ve Eroğlu (2013) rehberine farklı kaynaklar da ekleyerek Türkçeye çevirmiş ve literatüre

kazandırmıştır. Bu çalışma da rehberin Koyun ve Eroğlu (2013) tarafından hazırlanan şekli kullanılmıştır.

Rehber, transteoretik modele göre her bir aşamadaki bireylerin ihtiyaçlarının farklı olacağı göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Rehberin kullanılabilmesi için önce bireyin Değişim Aşamaları Ölçeği ile değişim aşaması belirlenmektedir. Rehber bireyin değişim aşamasına göre her bir aşamada, değişimin başlatılabilmesi için yapılması gerekenleri ve bunlara yönelik bilgileri içermektedir. Her bir değişim evresine göre bireylere yönelik ayrı stratejiler bulunmaktadır. Tablo 5’de rehberin her bir bölümüne ait amaçlar ve içerik sunulmuştur.

Tablo 5. Sigara Bırakma Rehberi’nin İçeriği

Bölüm	Amaç	İçerik
Tanıtım	Transteoretik Modeli tanıtmak ve değişim aşamaları ile ilgili bilgi vermek	
Düşünme	İkilem ve farkındalık yaratmak	• Sigaranın zararları, • Sigarayı bırakmanın yararları, • Sigara bırakma nedenleri, • Davranış değişikliğinin önerilmesi,
Düşünme	İkilemi çözmek	• Nikotin yoksunluk belirtileri, başatme yolları, • Olumlu düşünce ve davranışların desteklenmesi, • Sigarayı bırakmanın yolları, • Sigarayı bırakmanın önündeki engeller, • Stresle başatme yolları, gevşeme egzersizleri,
Hazırlık	Hareket planı oluşturmak	• Sigaraya tevik edici unsurların kontrolü, • Hareket planının oluşturulması, • Sağlıklı davranışların önerilmesi, • Sigara bırakma gününün belirlenmesi, • Sigarayı bırakmadan önce yapılacak olanlar, • Çevreden kişisel destek sağlanması,
Hareket	Eski davranışa dönmeyi engellemek	• Kendini ödüllendirmenin önemi, • Nikotin çekilme belirtileri, başatme yolları, • Sigarayı teşvik eden durumlar, • Çevre değişimi, • Relapstan kaçınma,

Devam Ettirme	Başarıyı desteklemek	• Sigarasızlığı sürdürmenin önemi, • Sigaraya tekrar başlamamanın püf noktaları, • Sağlıklı davranışlar, • Kendini ödüllendirmenin önemi,
Sıkça Sorulan Sorular	Konuya yönelik yasal düzenlemeler hakkında bilgilendirmek	
Bilgi Alınabilecek Kurumlar	Sigara bırakma ile ilgili ülkede yardım alınabilecek kurumlara dair bilgilendirme yapmak	

Kullanılan sigara bırakma rehberinin dışında hastalara KOAH hakkında bilgi vermek için literatürden faydalanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Hazırlanan kitapçık bu alanda çalışan üç uzmana gönderilerek önerileri doğrultusunda yeniden düzenlemeler yapılmış ve son hali verilmiştir. Ayrıca Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN 978-605-5085-17-9) alınıp yayınlanmıştır (EK 4). Eğitim kitapçığının içeriği aşağıda sıralanmaktadır.

- Akciğerlerin işlevi nedir?
- KOAH nedir?
- Neden gelişir?
- Belirtileri nelerdir?
- Sigara ve KOAH ilişkisi nedir?
- Sigara bırakmanın KOAH üzerindeki etkileri nelerdir?

Bunlarla birlikte veri toplama formları da çalışma materyali olarak kullanılmıştır

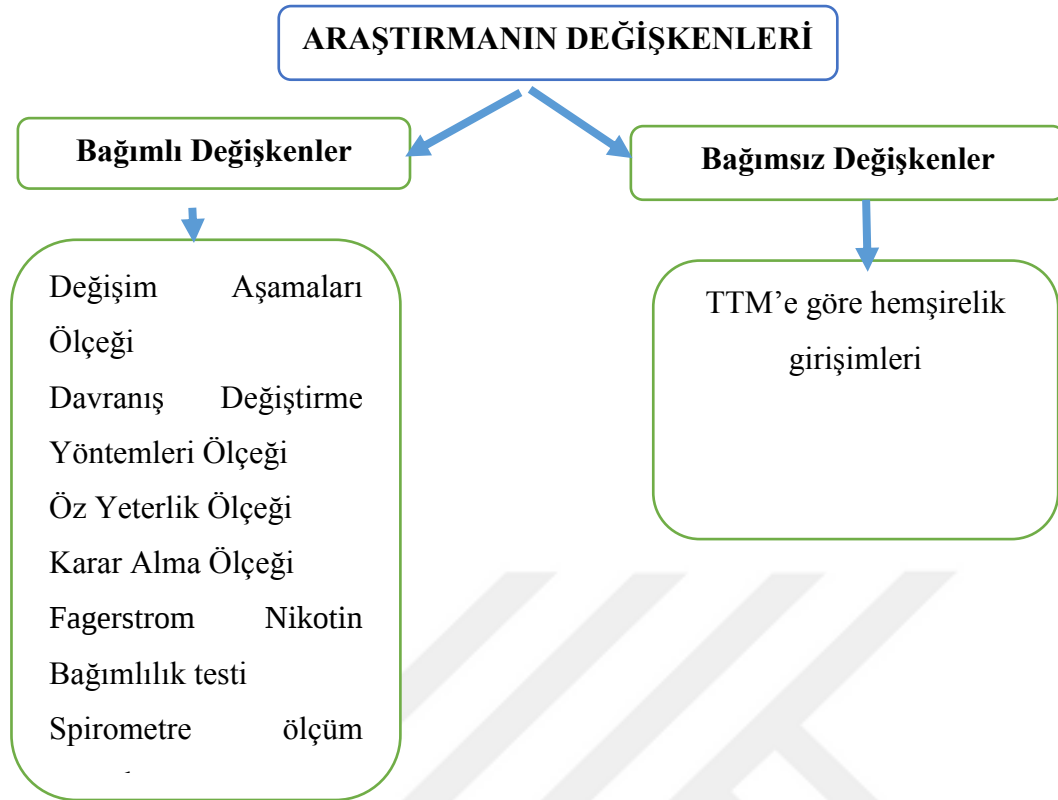
3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Sigara bırakma müdahalesinin sonuçları (Değişim Aşamaları Ölçek puanı, Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçek puanı, Öz Yeterlik Ölçek puanı, Karar Alma Ölçek puanı, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçek Puanı, spirometre ölçüm sonuçları olarak belirlenmiştir.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Transteoretik modele göre evde uygulanan yapılandırılmış hemşirelik girişimidir (eğitim, motivasyonel görüşmeyi içeren sigara bırakma müdahalesi, telefonla görüşme, periyodik izlem)



Şekil 6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamada aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır.

- Tanıtıcı bilgi formu
- Transteoretik model ölçekleri
 - Değişim aşamaları ölçeği (DAÖ)
 - Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği (DDYÖ)
 - Öz Yeterlik Ölçeği (ÖYÖ)
 - Karar Alma Ölçeği (KAÖ)
- Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Form iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, eğitimi, medeni durumu, çalışma ve gelir durumu, son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı, sigaraya başlama yaşı, günde içtiği sigara miktarı, sigara bırakmayı deneme ve son bir yıl içinde kaç kez bırakma girişiminde bulunduğu ile ilgili toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Transteoretik Model Ölçekleri

Araştırmada Transteoretik Modelin kendi ölçekleri olan Değişim Aşamaları Ölçeği, Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği, Öz Yeterlik Ölçeği ve Karar Alma Ölçeği

kullanılmıştır. Modele ait olan ölçekleri temin edebilmek için öncelikle Pro-Change Behavior Systems isimli kurumda ilgili kişilerle web adresi kullanılarak (www.prochange.com) elektronik posta yoluyla iletişim kurulmuş, yapılacak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve ölçekler için izin istenmiştir. Ardından, kurum tarafından gönderilen “Confidentiality and Non-disclosure Formu” doldurularak ölçeklerin çalışma dışında diğer kişi ve kurumlarla paylaşılmaması kaydıyla ölçeklerin kullanım izni alınmıştır (EK-5). Yapılan bu anlaşma gereğince Transteoretik Modele ait kullanılan ölçekler tezin sonundaki ekler bölümünde açık bir şekilde sunulamamıştır. Kullanılması planlanan ölçeklerin Türkçe geçerlilik-güvenirlikleri Koyun, Eroğlu ve Bodur (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin temini için araştırmacı ile iletişime geçilmiş, ilgili kurumdan izin alındığına dair gerekli bilgilerin verilmesiyle ölçekler kendisinden temin edilmiştir.

3.6.2.1.Karar Alma Ölçeği

Karar Alma Ölçeğini (KAÖ), Velicer ve arkadaşları 1985 yılında geliştirmiştir (Velicer ve ark, 1985). Orijinal ölçeğin iç geçerliliğinin hesaplanmasında Coefficient Alpha değeri kullanılmış olup yarar alt boyutu için .87, zarar alt boyutu için ise .90 olarak bulunmuştur. Plummer ve arkadaşları (2001) tarafından da geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmış, ölçeğin Coefficient Alpha değerleri yararlar için .79, zararlar içinse .88 olarak bulunmuştur (Plummer ve ark., 2001). Ülkemizde ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliği Koyun, Eroğlu ve Bodur (2015) tarafından yapılmış Cronbach Alpha değeri yarar alt boyutu için .88, zarar alt boyutu için .82 bulunmuştur. Yapılan çalışmada ise yarar alt boyutu için Cronbach’s Alpha değeri .71, zarar alt boyutu için .85 olarak belirlenmiştir. KAÖ problemlili davranışı değiştirmenin yararlarını ve zararlarını ifade etmektedir (Velicer ve ark., 1985). KAÖ’nün altışar maddelik iki alt boyutu bulunmaktadır: Yararlar (1,3,5,7,9,11), zararlar (2,4,6,8,10,12) maddelerinden oluşmaktadır. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert tipi bir yapıya sahiptir. Maddelerin puanlama şekli her bir madde için 1’den 5’e kadardır. Ölçekte belirtilen ifadelere göre, “bu düşünce sizin için ne kadar önemlidir?” sorusu, 1 “hiç önemli değil”, 2 “çok az önemli”, 3 “orta derecede önemli”, 4 “çok önemli”, 5 “aşırı derecede önemli” seçeneklerinden bir tanesinin işaretlenmesiyle cevaplanır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınabilecek en fazla puan 30, en düşük puan ise 6’dır. Ölçeğinin yarar alt boyutundan alınan puanın yükselmesi bireyin değişime yönelik kararlılığını, zarar alt boyutundan alınan yükselmesi ise kişinin problemlili davranışının zararlarının farkında olmadığını dolayısıyla değişimi sürdürme ihtimalinin düşük olduğunu göstermektedir (Velicer ve ark, 1985).

3.6.2.2. Değişim Aşamaları Ölçeği

Prochaska ve Diclemente (1983) sigarayı bırakmayı aşamalı değişim süreci ile açıklamışlar ve değişim sorularını oluşturmuşlardır. Bu sorular bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koymaktadır. Sigara içme davranışına yönelik değişim aşaması sorularında, “Daha önce hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?” sorusuna “Evet” yanıtı verenler “*Düşünme*” aşamasında, “Hayır” yanıtı verenler “*Düşünme öncesi*” aşamada, “Önümüzdeki altı ay içinde sigara bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtı verenler “*Düşünme*”, “Önümüzdeki bir ay içinde sigara bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtı verenler ve son bir yıl içinde en az 24 saat sigarayı bırakmayı denemiş bireyler “*Hazırlık*” aşamasında, “Halen sigara içiyor musunuz?” Sorusuna “Hayır” yanıtı veren ve altı aydan daha kısa süredir sigara içmeyen bireyler “*Harekete Geçme*”, altı aydan fazla bir süredir sigara içmeyen kişiler “*Sürdürme*” aşamasında kabul edilmektedir (Tablo 6) (Chouinard, Robichaud-Ekstrand, 2005). Ölçekten alınabilecek herhangi bir puan olmayıp sadece bireyin değişim evresi belirlenebilmektedir.

Tablo 6. Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre Evrelerin Belirlenmesi

Soru	Cevap		Değişim Evresi
	Evet	Hayır	
Daha önce hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?	X		Düşünme
		X	Düşünmeme
Önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?	X		Düşünme
Önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?	X		Hazırlık
Halen sigara içiyor musunuz?		X	Harekete Geçme
Altı aydan fazla bir süredir sigara içmeyen kişiler	X		Sürdürme

3.6.2.3.Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği (DDYÖ)

Bu ölçek Prochaska ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, Coefficient Alpha değerlerinin on alt boyut için .78 ve .91 arasında değiştiği bulunmuştur. Koyun, Eroğlu ve Bodur (2015) ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliliğini yapmış Cronbach Alpha değerini .90 olarak bulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerinin .54 ile .86 arasında değiştiği görülmüştür. Yapılan çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri alt boyutlarına göre sırasıyla .76, .54, .67, .79, .78, .66, .92, .71, .75, .61 olarak bulunmuştur. Bireyin davranış değişiminde hangi yöntemleri kullandığını belirleyen ve TTM'in bağımsız değişkenini oluşturan temel yapılar arasında yer almaktadır. Ölçek, bireylere değişim yönünde yardımcı olan ve güçlendiren duygu, algı, kişilerarası ilişkiler vb. temel bileşenleri belirlemektedir. Ölçeğin orijinal hali on alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyut üç madde olup toplamda 30 maddeden oluşmaktadır: Bilinçlenme (4,14,22), Duyusal Uyarılma (1,20,27), Çevreyi Yeniden Değerlendirme (8,16,28), Sosyal Özgürleşme (5,10,21), Kendini Yeniden Değerlendirme (6,19,29), Kendisi İle Anlaşma (9,15,30), Destekleyici İlişkiler (7,18,23), Karşıt Koşullanma (3,13,25), Güçlendirme (2,12,24), Uyarıların kontrolü (11,17,26). Hooeppner ve arkadaşları tarafından (2006) ölçeğin alt gruplarında alfa değerleri .60 ile .83 arasında bulunmuştur (Hooeppner ve ark., 2006). Ölçek maddelerinin her birinin 1'den 5'e kadar puanlandığı likert tipi bir ölçektir. Maddelerin her biri için 1 "hiç", 2 "nadiren", 3 "ara sıra", 4 "sıklıkla", 5 "çok sık" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi gereklidir. Ölçek alt boyutlarının her birinden en yüksek 15 puan alınabilecekken, en düşük 3 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından yüksek puan alınması, bireyin davranış değişiminde hangi yöntemleri kullandığını göstermektedir (Prochaska, 1993).

3.6.2.4.Öz Yeterlik Ölçeği

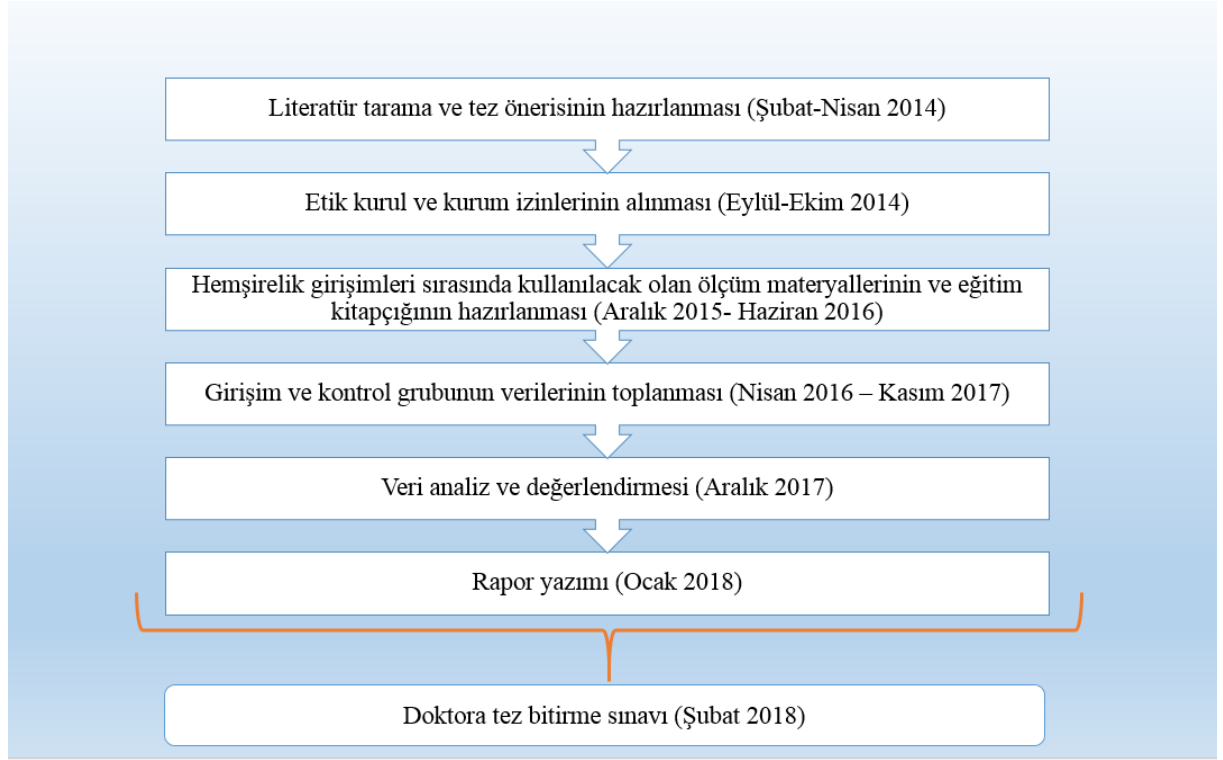
Velicer ve arkadaşları tarafından Bandura'nın Öz Yeterlik kuramından uyarlanılarak 1990 yılında modele ait öz yeterlik ölçeği geliştirilmiş, Coefficient Alpha değeri .82 olarak bulunmuştur. Anatchkova ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin alfa değeri .90 olarak belirlenmiştir. Koyun, Eroğlu ve Bodur (2015)'un çalışmasında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış, Cronbach Alpha değeri .85 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri .93 olarak hesaplanmıştır. Öz yeterlik, kişinin herhangi bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine dair kendisine yönelik yargısı ve inancı olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin davranışı yapabilecekleri yönündeki inancı sigara içmeyi bırakma veya yeniden başlama üzerine doğrudan etki eden bir değişkendir (Velicer ve ark, 1990). Ölçek sekiz maddeden oluşmakta ve alt boyutu bulunmamaktadır. Likert tipi bir ölçek

olup 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçek, sigara içme isteğini tetikleyen durumlarda bireyin içmeden durabilmekle ilgili kendine ne kadar güvendiğini ifade etmektedir. Maddelerin puanlanması 1 “hiç güvenmem”, 2 “az güvenirim”, 3 “güvenirim”, 4 “çok güvenirim”, 5 “aşırı derecede güvenirim” seçeneklerinin işaretlenmesi yapılmakta olup ölçekten en fazla 40 puan, en düşük ise 8 alınmaktadır. ÖYÖ'den alınan puan, kişiyi tetikleyen durumlarda bile sigara içmeden kalabilme gücünü ve dolayısıyla davranışını değiştirmedeki başarısını göstermektedir (Velicer ve ark, 1990).

3.6.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Nikotin bağımlılık seviyesinin belirlenebilmesi için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan en fazla kullanılan yöntem, 1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerström'un geliştirdiği Fagerström Tolerans Testidir. Bu test 1992'de Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından yeniden incelenmiş ve sonuçta Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Coefficient alpha değeri .61 bulunmuştur (Hearherton, Kozlowski, Frecker, Fagerstrom, 1991). Ölçeğin Türkiye örnekleminde güvenirlik ve faktör analizi 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark, 2004). Türkçe versiyonunda ölçeğin Cronbach Alpha değeri .56 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri .79 olarak belirlenmiştir. Altı sorudan oluşan testin her bir sorusuna farklı puan verilmektedir. Elde edilen test puanlarının toplam puanları değerlendirilip nikotin bağımlılığı düşük (0-4 puan), orta (5-6 puan), yüksek (7-10 puan), şeklinde derecelendirilmektedir.

3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi



Şekil 7. Araştırma Planı ve Takvimi

3.7.1. Araştırmacının Niteliği

Araştırmacı çalışmaya başlamadan önce iki aşamadan oluşan “Motivasyonel Görüşme Tekniği” kursuna katılmış, bununla ilgili eğitimi tamamlamıştır. Hasuder tarafından düzenlenen Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı tedavisi kursuna katılmıştır. Ayrıca DEU tıp fakültesi Göğüs Hastalıkları sigara bırakma polikliniğinde izlem yapmıştır.

3.7.2. Transteoretik Model Temel Alınarak Planlanan Evde Hemşirelik Girişimleri

Çalışma kapsamında KOAH hastalarının sigara bırakmasına yönelik uygulanacak olan hemşirelik girişimi, ev ziyaretleri ile yapılacak olan periyodik izlem, sağlık eğitimi, motivasyonel görüşmeyi içeren sigara bırakma müdahalesi ve telefonla danışmanlık süreçlerinden oluşmaktadır.

Deney grubuna alınan hastalara ev ziyaretleri ile transteoretik modele temellendirilmiş, motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak sigara bırakma girişimi uygulanmıştır. Hastalar ilk olarak göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesine çağırılmış burada tanışmanın ardından hastalara projenin amacı, işleyiş süreci, yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Aynı zamanda hastalara spirometrik (solunum fonksiyon testi) ölçüm yapılmıştır.

Bu ölçümler aynı teknisyen tarafından, aynı cihazla hastanın boy ve kilo ölçümleri esas alınarak uygulanmıştır. Sonrasında ilk ev ziyareti için randevu tarihi belirlenmiştir. Birinci ev ziyaretinde tanışmanın ardından projenin amacı, işleyiş süreci anlatılmış “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği”, “Karar Alma Ölçeği”, “Öz-etkililik ölçeği”, “Değişim Aşamaları Ölçeği”, “Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test” ölçümleri yapılmış ve TTM temel alınarak, KOAH’ta sigara bırakma ve KOAH yönetimini içeren hemşirelik girişimi uygulanmıştır. İkinci ve üçüncü ev ziyaretlerinde de hastanın önce değişim evresi belirlenmiş, evreye uygun hemşirelik girişimi uygulanmıştır. Ziyaretler sırasında yapılan motivasyonel görüşmenin içeriği değişim aşamasını değerlendirme ölçeğine göre hastanın değişim aşaması belirlenip, kullanılan sigara bırakma rehberindeki girişimlere uygun olarak yapılmıştır. Görüşmeler her bir hastaya özgüdür. Motivasyonel görüşmeler sırasında yansıtma dinleme, özetleme, açık uçlu sorular sorma, önem cetvelini kullanma, empati, öz-yeterliliği destekleme, kabul etme, geleceğe yönelik hedeflerin ve değerlerin açıklanması gibi yöntemler kullanılmıştır. Hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre motivasyonel görüşme sayısı artış yapılan hastalar olmuştur. Birinci ev ziyaretinden sonra iki ev ziyareti daha yapılmış, altı aylık izlem süresi esas alınarak üçüncü ev ziyaretinden sonra ayda bir telefon görüşmeleri ile motivasyonun sürekliliği sağlanmıştır. Altıncı ayın sonunda dördüncü ev ziyareti yapılarak son izlemler yapılmış, ilk ziyarette yapılan ölçümler tekrar uygulanmış, sonrasında hastalar hastaneye davet edilip spirometri ölçümleri de tekrarlanmıştır. Ev ziyaretleri sırasında sigara bırakmaya bağlı yoksunluk sendromu yaşayan bireyler araştırmanın yapıldığı göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesi sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmiş ve farmakoterapi tedavisine başlanmıştır. Bu tedavi sırasında da hastaların izlemleri devam etmiş ve bu hastaların sigara bırakma durumları tespit edilmiştir. Araştırmanın sonunda sigarayı bıraktığını ifade eden hastalara karbonmonoksit ölçümü yapılarak bırakma girişimi doğrulanmıştır. Literatüre göre carbonmonoksit düzeyi ile ilgili olarak 5-10 ppm (parts per million) düzenli olayan içici ya da günlük çok az sigara içenler olarak tanımlanırken 5 ppm’in altında CO (karbonmonoksit) düzeyine sahip olanlar sigara içmiyor olarak tanımlanmaktadır (Jimenez-Ruiz ve ark, 2013). Araştırmanın sonunda sigarayı bıraktığını ifade eden hastalara yapılan ölçümler sonra CO düzeyi 5 ppm’in altında olan hastalar sigara içmiyor olarak kabul edilmiştir.

Deney grubuna yönelik hemşirelik girişimleri;

Çalışmanın başlangıcında deney grubuna dahil edilecek olan KOAH hastaları belirlenirken aktif sigara içicisi olan ve ilk dönemde değişim evlerine göre düşünmeme, düşünme ve hazırlık evresinde olan hastalar çalışma alınmıştır. Her bir ev ziyaretinde yapılanlar aşağıda verilmiştir.

İlk ev ziyareti (Başlangıç): Bu ziyaret sırasında hastalarla yapılan soru alış-verişinin ardından çalışmanın ilk test ölçümleri yapılmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiş, üzerinde konuşulmuştur. İlk görüşmede değişim aşamaları ölçeğine göre düşünmeme, düşünme ve hazırlık evrelerinden hangisinde olduğu belirlenmiş ve uygun olan hemşirelik girişimi uygulanmıştır. Buna göre;

Düşünmeme evresi (n=11): Bu evredeki hastalar sigara bırakmayı düşünmedikleri için eğitim verirken amaç hastada ikilem yaratarak davranışının zararlarına yönelik farkındalığını arttırmaktır. Bunun için hastanın, hayattan beklentileri ve değer yargılarıyla şundaki davranışı arasındaki çelişkiyi farketmesi sağlanmıştır. Çelişkiyi ortaya çıkarmada hastalara geleceğe yönelik hayalleri, olmak istedikleri yer ve kendilerini nasıl görmeyi umdukları sorgulanmıştır. Sigara içiyor olmasının akciğer sağlıkları üzerindeki etkilerinin neler olduğu ve bıraktıklarında akciğer sağlığı üzerinde ve yaşam kalitelerinde ne gibi değişimler olabileceğini sıralamaları istenmiş ve düşünmeleri sağlanmıştır.

Düşünme evresi (n=17): Bu evrede görüşmelerin amacı ikilemin çözülmesi ve sigara bırakmanın yararlarının daha önemli olduğunun farkına varılmasının sağlanmasıdır. Öncelikle bu noktaya nasıl gelindiği ile ilgili bir özetleme konuşmasının ardından sigara bırakmanın yararları, bırakması konusundaki engelleri ve engellere yönelik başatma becerileri konuşulmuş, önerilerde bulunulmuştur. Hastanın değişimi gerçekleştirme inancının ve kendine olan güveninin artırılması yönünde görüşme sürdürülmüştür.

Hazırlık evresi (n=5): Bu evredeki hastalar artık sigara bırakmaya karar vermiş ve eylem planında olan kişilerdir. Amaç, hareket planının oluşturulmasıdır. Bu süreçte bırakma gününün kararlaştırılması, bırakma yönteminin belirlenmesi, destek sistemlerinin oluşturulması gibi konuları hastanın kendisinin belirlemesi sağlanmış, bu konularda zorlayıcı bir tutum sergilenmemiştir.

İlk görüşmenin sonunda hastaya iletişim numarası verilmiş ve istediği zaman arayabileceği belirtilmiş, 15 gün sonra yapılacak olan ziyaret günü planlanıp görüşme sonlandırılmıştır.

İkinci ev ziyareti (15 gün sonra): İlk görüşmeden sonra hastada meydana gelen davranış değişimi, değişim aşamaları ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş, değişim evresine uygun hemşirelik girişimi uygulanmıştır. Değişim evresi, aynı olan hastalara bir önceki ziyarette uygulanan girişim tekrar edilmiş, bir üst evreye çıkan ya da gerileyen hastalara yönelik motivasyonel görüşmelerle eğitim bireye özgü bir şekilde devam etmiştir. Yapılan spirometrik ölçüm sonucu ve anlamı tartışılmış, hastanın düşünmesi sağlanmış, değişime katkı sağlaması amaçlanmıştır. Düşünmeme, düşünme ve hazırlık evresinde olan hastaların eğitimi bir önceki ziyarette belirtildiği gibi yapılmıştır.

Hareket evresi (n=4): Bu evrede amaç hastanın yeniden sigara içme davranışına dönmesinin engellenmesidir. Artık hasta sigarayı bırakmıştır. Burada dikkat edilmesi gereken sigara içmeyi teşvik edecek durumlardan kaçınmak, sigarayı hatırlatan eşyaların uzaklaştırılması, gerekirse çevre değişikliği, stresle başetme yöntemleri gibi konular konuşulmuştur. Hastanın bırakma başarısı vurgulanmış, aynı şekilde bırakma deneyimine sahip hasta öyküleri paylaşılmıştır. Kendini ödüllendirmesinin önemi anlatılmış ve değişimi yaşamına getirdiği olumlu gelişmeleri düşünmesi yönünde teşvik edilmiştir.

Bir sonraki ziyaret günü planlanarak görüşme sonlandırılmıştır.

Üçüncü ev ziyareti (30 gün sonra): Bir önceki ziyaretin özetlenmesinin ardından hastanın değişim evresi belirlenmiş ve evreye uygun hemşirelik girişimi uygulanmıştır. Değişim evresi aynı olan hastalara bir önceki ziyarette uygulanan girişim tekrar edilmiştir. Bir üst evreye çıkan ya da alt evreye gerileyen hastalara yönelik motivasyonel görüşmelerle eğitim bireye özgü bir şekilde devam etmiştir. Düşünmeme, düşünme, hazırlık ve hareket evresinde olan hastaların eğitimi bir önceki ziyarette belirtildiği gibi yapılmıştır. Nikotin yoksunluğu sendromunu yoğun yaşayan ve başetmekte zorlanan hastalar göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesine yönlendirilmiş ve farmakoterapi almaları sağlanmıştır. Evre değişimi yönünde hareketi olan hastalar kutlanmış, başarılarını kendilerinin de farketmeleri ve ödüllendirmeleri sağlanmıştır. Her ziyaretin sonunda olduğu gibi hastaların istedikleri zamanda yardım ve destek almak için arayabilecekleri belirtilmiştir.

Dördüncü ev ziyareti (başlangıçtan altı ay sonra): Bir önceki izlemde yapılanlar tekrar gözden geçirilip hastanın değişim evresi belirlenmiş ve herhangi bir değişim olup olmadığına karar verdikten sonra görüşme evreye uygun olarak yapılmıştır. Başlangıçta yapılan test ölçümleri yeniden yapılmış ayrıca hastaneye davet edilip spirometrik ölçüm tekrarlanmıştır. İki spirometrik ölçüm sonucu hasta ile paylaşılmış ve aradaki fark

tartışılmıştır. Sigara bırakma yönünde olumlu davranış değişimi sergileyen hastaların spirometrik ölçüm sonucunu görmesi, değişimin yararlarını kanıtlaması açısından önemli olmuştur. Hastalara bu ziyaretin son olduğu ancak isterlerse görüşmelerin devam edebileceği ve araştırmacıyı arayabilecekleri vurgulanmıştır.

Üçüncü ev ziyaretinin sonrasında görüşmeler ayda bir olmak üzere telefonla danışmanlık şeklinde devam etmiştir. Bunun dışında hastaların gereksinimine göre daha sık aralıklarla yapılan görüşmeler de olmuştur.

Yapılan ziyaretlerin sonunda girişim grubunda düşünmeme evresinde 2, düşünme evresinde 13, hazırlık evresinde 9 ve hareket evresinde 9 hasta olduğu görülmüştür. Hareket evresinde olan hastaların söylemlerini doğrulamak ve aynı zamanda bırakma yönünde motivasyonlarını arttırmak için karbonmonoksit ölçümü yapılmıştır.

Kontrol grubuna yönelik hemşirelik girişimleri;

Kontrol grubuna ev ziyareti yapılmayıp ilk karşılaşmada hastanenin uygun bir görüşme odasında “Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu”, “Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği”, “Karar Alma Ölçeği”, “Öz-yeterlik ölçeği”, “Değişim Aşamaları Ölçeği”, “Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi” uygulanmış ve spirometrik ölçümleri yapılmıştır. İlk karşılaşmadan 6 ay sonra spirometrik ölçümle birlikte yapılan ölçümler tekrarlanmış ve girişim grubuna verilen eğitim kitapçığı verilip, sigara bırakma yönünde motivasyonel görüşme yapılmıştır. Değişim yönünde bir destek almak istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilecekleri yönünde bilgilendirme yapılmış ve iletişim numarası paylaşılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testi, çarpıklık ve diklik değerlerine göre incelenmiştir. Değerlendirme sonucunda ön test verilerine göre p değeri 0.05 den büyük olarak saptanmış, diklik değerinin -1.96 ve +1.96 arasında; çarpıklık değerinin ise -1 ile +1 arasında bulunduğu, verilerin normal dağıldığı bulunmuştur (Coşansu, 2015). Analiz sonuçları normal dağılıma uyan nicel veriler yönelik aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmadığı bulunan veriler için ise ortanca (min-mak) şeklinde sunulurken, nitel veriler için frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Normal dağılım gösteren verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi ile Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Grup içinde ön test ve son test değerlerinin karşılaştırılmasında eşli örnekler t testi ile Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik

verilerin incelenmesinde Kikare testi ve iki oran testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak alınmıştır.

Verilerin analizinde;

- Sosyodemografik bilgileri incelemede ki-kare testi ve t testi
- Girişim ve kontrol gruplarının ön test ölçek puanlarını karşılaştırmada iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Girişim ve kontrol gruplarının son test ölçek puanlarını karşılaştırmada iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi
- Girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları ve her ikisinin karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, Wilcoxon testi
- Kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları ve her ikisinin karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, Wilcoxon testi
- Girişim grubuna yapılacak dört ev ziyaretinin verilerine göre değişim evrelerinin değerlendirilmesinde ki-kare testi
- Girişim ve kontrol gruplarının sigara bırakma oranlarının karşılaştırılmasında iki oran testi,
- Girişim ve kontrol gruplarına göre ön test ve son test spirometri ölçüm sonuçlarının grup içi ve gruplar arası farklılıklarının analizi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştıma sürecinde örneklem grubuna ulaşmak için yaşanan güçlükler araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapılacağı merkez olan Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesi kayıtları üzerinden alınan bilgilere göre, hastaların ölüm nedeniyle kaybedilmesi, iletişim bilgilerinin yanlış olması, hastaların gerek ev ziyaretleri olması gerekse de sigara kullanmaya devam etmek istemesi nedeniyle çalışmayı red etmesi, sigara kullanmıyor olmaları ya da hastanın ev ziyaretleri süreci devam ederken sigarayı bırakmak istemediğini belirtip ziyaretleri yarıda kesmeleri gibi sebeplerle araştırmanın başında belirlenen örneklem sayısına (60 deney grubu ve 60 kontrol grubu) ulaşamamıştır. Bu durumlar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izin alınmıştır (EK-6) (Karar No: B.30.2.ODM.0.20.08/1184).

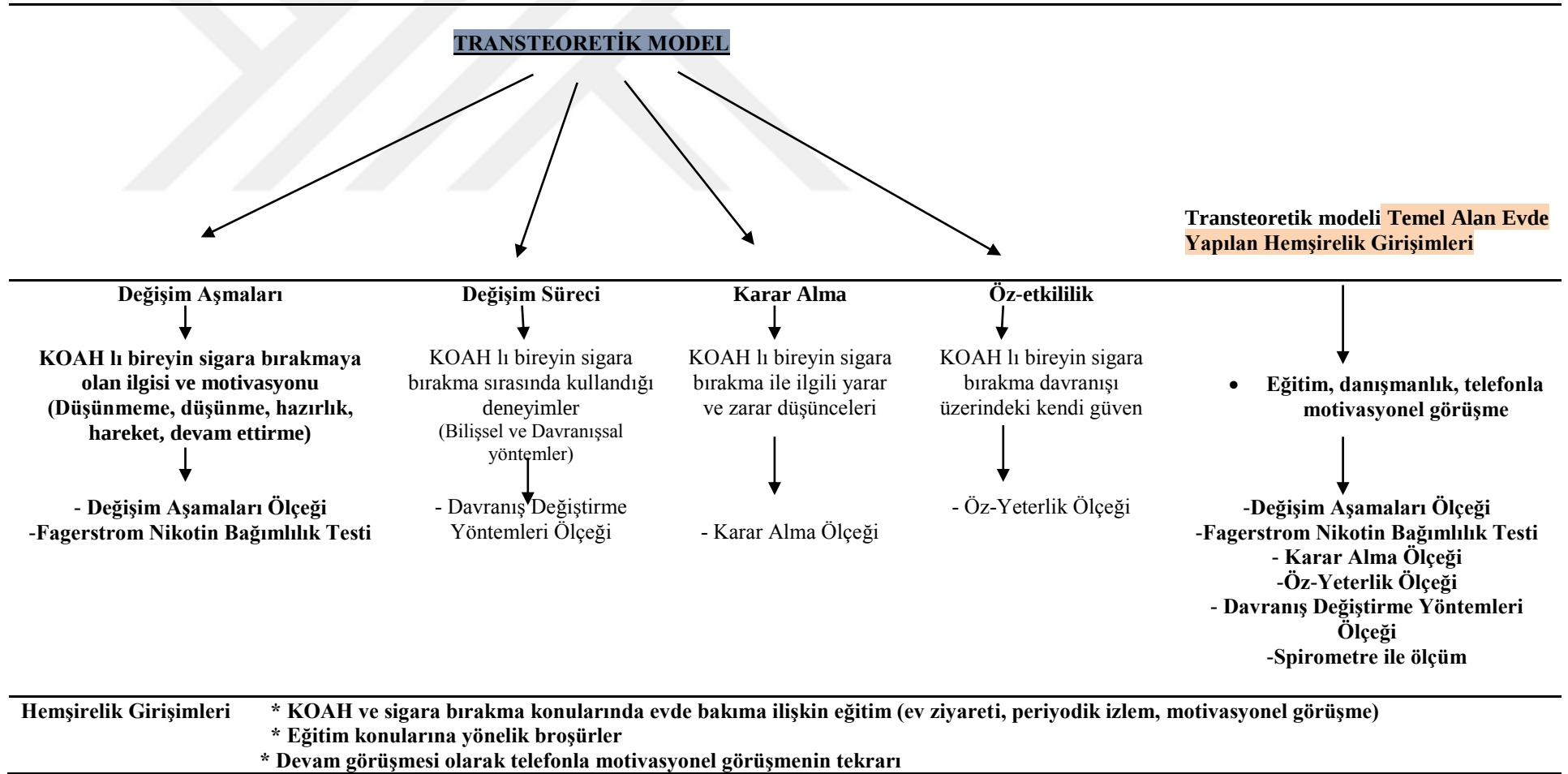
Araştırmada yer almayı kabul ettiğini bildiren bireylere açıklamalar yapılarak Bilgilendirilmiş Olur Formu (EK -3) imzalatılmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesine yönelik Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-6).



Araştırmanın Kavramsal Yapısı

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA TRANSTEORETİK MODELE GÖRE EVDE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN SİGARA BIRAKMAYA ETKİSİ



Şekil 8. Araştırmanın Kavramsal Yapısı (CTE)

4. BULGULAR

Bu bölümde KOAH'lı hastalara Transteoretik Model'e temel alınarak evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta davranışları üzerine etkisini inceleyen bulgular verilmiştir.

4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Karar Alma Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Karar Alma Ölçeği Yarar Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	22.0 ± 4.6	25.1 ± 5.0	-4.165	<.001
Kontrol	21.1 ± 4.9	23.1 ± 4.6	-2.884	.007
t*	0.769	1.691		
p	.444	.096		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 7'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların karar alma ölçeği yarar alt boyutu ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Karar Alma Ölçeği Yarar alt boyutu ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 22.0 ± 4.6; kontrol grubu için 21.1 ± 4.9'dur. Yarar alt boyutu toplam puan ortalamaları açısından öntest sonuçlarına göre girişim ve kontrol grubunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa sahip olmadığı bulunmuştur (p>.05).

Karar Alma Ölçeği Yarar alt boyutu son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 25.1 ± 5.0; kontrol grubu için 23.1 ± 4.6'dir. Yarar alt boyutu toplam puan ortalamaları açısından sontest sonuçlarına göre girişim ve kontrol grubunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa sahip olmadığı bulunmuştur (p>.05).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Karar Alma Ölçeği Yarar Alt Boyutu toplam puan ortalaması öntest için 22.0 ± 4.6 ve sontest için 25.1 ± 5.0 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<.001).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Karar Alma Ölçeği Yarar Alt Boyutu toplam puan ortalaması öntest için 21.1 ± 4.9 ve son test için 23.1 ± 4.6 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p<.05).

Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Karar Alma Ölçeği Zarar Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	17.4 ± 7.5	12.2 ± 5.5	3.167	.003
Kontrol	19.4 ± 7.0	17.2 ± 7.2	1.587	.122
t*	-1.232	-3.263		
p	0.222	0.002		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 8’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı bireylerin karar alma ölçeği zarar alt boyutu ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Karar Alma Ölçeği Zarar alt boyutu ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 17.4 ± 7.5; kontrol grubu için 19.4 ± 7.0’dur. Zarar alt boyutu toplam puan ortalamaları öntest sonuçlarına göre girişim ve kontrol grubunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa sahip olmadığı bulunmuştur (p>.05).

Karar Alma Ölçeği Zarar alt boyutu son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 12.2 ± 5.5; kontrol grubu için 17.2 ± 7.2’dir. Zarar alt boyutu toplam puan ortalamaları sontest sonuçlarına göre girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<.05).

Girişim grubundaki KOAH’lı hastaların Karar Alma Ölçeği Zarar Alt Boyutu toplam puan ortalaması öntest için 17.4 ± 7.5 ve son test için 12.2 ± 5.5 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların Karar Alma Ölçeği Zarar Alt Boyutu toplam puan ortalaması öntest 19.4 ± 7.0 ve sontest 17.2 ± 7.2 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>.05).

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH’lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Öz-yeterlik Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-yeterlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	22.2 ± 8.1	29.1 ± 8.3	-3.566	.001
Kontrol	16.9 ± 5.8	19.6 ± 8.3	-2.108	.042
t*	3.363	4.688		

p	.001	<.001
---	------	-------

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 9’da girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların öz-yeterlik ölçeği ön test ve son testin toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Öz- yeterlilik ölçeği ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 22.2 ± 8.1 ; kontrol grubu için 16.9 ± 5.8 ’dir. Öz- yeterlik ölçeği toplam puan ortalamaları açısından ilk izlemde girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.05$).

Öz- yeterlilik ölçeği son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 29.1 ± 8.3 ; kontrol grubu için 19.6 ± 8.3 ’dür. Öz- yeterlik ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde son izlemde girişim ve kontrol grubunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa sahip olduğu bulunmuştur ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH’lı hastaların Öz- yeterlik ölçeği toplam puan ortalaması ilk izlemde 22.2 ± 8.1 ve son izlemde 29.1 ± 8.3 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların Öz- yeterlik ölçeği toplam puan ortalaması ilk izlemde 16.9 ± 5.8 ve son izlemde 19.6 ± 8.3 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH’lı Hastaların Davranış Değiştirme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 10. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH’lı Hastaların ÖnTest-Son Test DDYÖ Bilinçlenme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	8.4 ± 3.3	11 ± 3.5	-4.812	<.001
Kontrol	8.1 ± 2.4	$8,7 \pm 2.8$	-2.491	.018
t*	0.506	2.935		
p	.614	.005		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 10’da girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların davranış değiştirme yöntemleri ölçeği bilinçlenme alt boyutunun puan ortalamalarının ön test son test karşılaştırılması verilmiştir.

Bilinçlenme alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 8.4 ± 3.3 ; kontrol grubu için 8.1 ± 2.4 'dir. Bilinçlenme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön test girişim ve kontrol grubunun arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

Bilinçlenme alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 11 ± 3.5 ; kontrol grubu için 8.7 ± 2.8 'dir. Bilinçlenme alt boyut toplam puan ortalamaları incelendiğinde son testte girişim ve kontrol grubunun arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Bilinçlenme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 8.4 ± 3.3 ve son test 11 ± 3.5 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Bilinçlenme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 8.1 ± 2.4 ve son test 8.7 ± 2.8 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Duyusal Uyarılma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{x} \pm SS$	Son Test $\bar{x} \pm SS$	t**	p
Girişim	9.8 ± 2.9	11.7 ± 3.0	3.909	<.001
Kontrol	9.4 ± 2.2	9.8 ± 2.4	-1.327	.193
t*	0.653	2.797		
p	.516	.007		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 11'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların davranış değiştirme yöntemleri ölçeği duyusal uyarılma alt boyut puan ortalamalarının ön test son test karşılaştırılması verilmiştir.

Duyusal Uyarılma alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 9.8 ± 2.9 ; kontrol grubu için 9.4 ± 2.2 'dir. Duyusal Uyarılma alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön testte gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Duyusal Uyarılma alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 11.7 ± 3.0 ; kontrol grubu için 9.8 ± 2.4 'dir. Duyusal Uyarılma alt boyut toplam puan ortalamaları

açısından son testte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Duyusal Uyarılma alt boyut toplam puan ortalaması ön testte 9.8 ± 2.9 ve son testte 11.7 ± 3.0 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Duyusal Uyarılma alt boyut toplam puan ortalaması ön testte 9.4 ± 2.2 ve son testte 9.8 ± 2.4 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Çevreyi Yeniden Değerlendirme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	9.4 ± 2.5	11.8 ± 2.5	-6.961	<.001
Kontrol	9.3 ± 3.1	10.3 ± 3.2	-2.115	.042
t*	0.157	2.251		
p	.875	.028		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 12'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların DDYÖ Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 9.4 ± 2.5 ; kontrol grubu için 9.3 ± 3.1 'dir. Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön testte gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 11.8 ± 2.5 ; kontrol grubu için 10.3 ± 3.2 'dir. Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalamalarına göre son testte gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark bulunmuştur ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön testte 9.4 ± 2.5 ve son testte 11.8 ± 2.5 olup grup içi farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<.001$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 9.3 ± 3.1 ve son testte 10.3 ± 3.2 olup grup içi farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Sosyal Özgürleşme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	7.1 ± 2.9	8.5 ± 3.0	-3.550	.001
Kontrol	5.8 ± 2.9	6.5 ± 3.2	-2.576	.015
t*	2.130	2.624		
p	.036	.011		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 13’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların DDYÖ Sosyal Özgürleşme alt boyut ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Sosyal Özgürleşme alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 7.1 ± 2.9; kontrol grubu için 5.8 ± 2.9’dur. Sosyal Özgürleşme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Sosyal Özgürleşme alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 8.5 ± 3.0; kontrol grubu için 6.5 ± 3.2’dir. Sosyal Özgürleşme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son teste göre gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur (p<.05).

Girişim grubundaki KOAH’lı bireylerin Sosyal Özgürleşme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 7.1 ± 2.9 ve son test 8.5 ± 3.0 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Kontrol grubundaki KOAH’lı bireylerin Sosyal Özgürleşme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 5.8 ± 2.9 ve son test 6.5 ± 3.2 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Tablo 14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Kendini Yeniden Değerlendirme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	8.0 ± 3.1	10.7 ± 3.3	5.543	<.001
Kontrol	7.2 ± 2.9	8.3 ± 3.1	1.946	.060
t*	1.157	2.999		
p	.251	.004		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 14’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların DDYÖ Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyutu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 8.0 ± 3.1 ; kontrol grubu için 7.2 ± 2.9 ’dur. Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 10.7 ± 3.3 ; kontrol grubu için 8.3 ± 3.1 ’dir. Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son teste göre girişim ve kontrol grubunun arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH’lı hastaların Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 8.0 ± 3.1 ve son test 10.7 ± 3.3 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların Kendini Yeniden Değerlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 7.2 ± 2.9 ve son test 8.3 ± 3.1 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Kendisi İle Anlaşma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	7.3 ± 3.2	9.5 ± 2.7	-4.012	<.001
Kontrol	6.1 ± 2.7	6.5 ± 2.8	-0.842	.406
t*	1.816	4.330		
p	.073	<.001		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 15’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların DDYÖ Kendisi İle Anlaşma alt boyutu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Kendisi İle Anlaşma alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 7.3 ± 3.2 ; kontrol grubu için 6.1 ± 2.7 ’dir. Kendisi İle Anlaşma alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Kendisi İle Anlaşma alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 9.5 ± 2.7 ; kontrol grubu için 6.5 ± 2.8 'dir. Kendisi İle Anlaşma alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son testte gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede olduğu bulunmuştur ($p < .05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Kendisi İle Anlaşma alt boyut toplam puan ortalaması ön test 7.3 ± 3.2 ve son test 9.5 ± 2.7 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < .05$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Kendisi İle Anlaşma alt boyut toplam puan ortalaması ön test 6.1 ± 2.7 ve son test 6.5 ± 2.8 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 16. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Destekleyici İlişkiler Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{x} \pm SS$	Son Test $\bar{x} \pm SS$	t**	p
Girişim	6.2 ± 3.6	8.8 ± 3.2	-5.069	<.001
Kontrol	5.8 ± 3.2	5.7 ± 3.1	1.208	.235
t*	0.490	4.035		
p	.625	<.001		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 16'da girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların DDYÖ Destekleyici İlişkiler alt boyutu ön test ve son teste ait toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Destekleyici İlişkiler alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 6.2 ± 3.6 ; kontrol grubu için 5.8 ± 3.2 'dir. Destekleyici İlişkiler alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > .05$).

Destekleyici İlişkiler alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 8.8 ± 3.2 ; kontrol grubu için 5.7 ± 3.1 'dir. Destekleyici İlişkiler alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son teste göre grupların arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p < .05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı bireylerin Destekleyici İlişkiler alt boyut toplam puan ortalaması ön test 6.2 ± 3.6 ve son test 8.8 ± 3.2 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < .05$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı bireylerin Destekleyici İlişkiler alt boyut toplam puan ortalaması ön test 5.8 ± 3.2 ve son test 5.7 ± 3.1 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Karşıt Koşullanma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	7.3 ± 3.0	10.1 ± 2.9	-5.760	<.001
Kontrol	6.0 ± 2.6	7.1 ± 3.2	-2.359	.024
t*	2.010	4.062		
p	.048	<.001		

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 17'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların DDYÖ Karşıt Koşullanma alt boyutu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Karşıt Koşullanma alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 7.3 ± 3.0 ; kontrol grubu için 6.0 ± 2.6 'dır. Karşıt Koşullanma alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasında istatistiksel açıdan çok az düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Karşıt Koşullanma alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 10.1 ± 2.9 ; kontrol grubu için 7.1 ± 3.2 'dir. Karşıt Koşullanma alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son teste göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı hastaların Karşıt Koşullanma alt boyut toplam puan ortalaması ön test 7.3 ± 3.0 ve son test 10.1 ± 2.9 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Karşıt Koşullanma alt boyut toplam puan ortalaması ön test 6.0 ± 2.6 ve son test 7.1 ± 3.2 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 18. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Güçlendirme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Girişim	7.3 ± 2.9	10.1 ± 3.2	-6.205	<.001
Kontrol	6.9 ± 3.0	7.5 ± 3.4	-0.480	.635

t*	0.603	3.208
p	.548	0.002

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 18’de girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların DDYÖ Güçlendirme alt boyutu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

Güçlendirme alt boyut ön test toplam puan ortalaması girişim grubu için 7.3 ± 2.9 ; kontrol grubu için 6.9 ± 3.0 ’dır. Güçlendirme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Güçlendirme alt boyut son test toplam puan ortalaması girişim grubu için 10.1 ± 3.2 ; kontrol grubu için 7.5 ± 3.4 ’dür. Güçlendirme alt boyut toplam puan ortalamaları açısından son teste göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<.05$).

Girişim grubundaki KOAH’lı hastaların Güçlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 7.3 ± 2.9 ve son test 10.1 ± 3.2 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların Güçlendirme alt boyut toplam puan ortalaması ön test 6.9 ± 3.0 ve son test 7.5 ± 3.4 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test-Son Test DDYÖ Uyarıların Kontrolü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

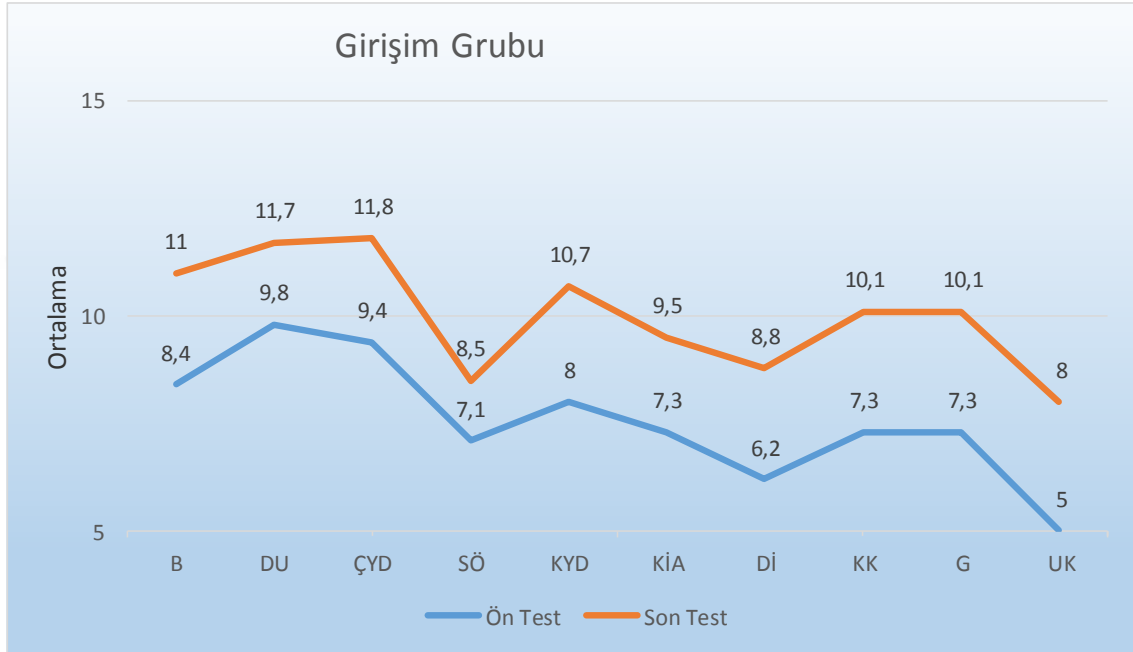
Grup	Ön Test	Son Test	Z**	p
Girişim	5 (3 - 11)	8 (3 - 12)	-3.978	<.001
Kontrol	4 (3 - 13)	4 (3 - 11)	-1.097	.273
U*	620.5	237.5		
p	.074	<.001		

*Mann Whitney U test istatistiği, **Wilcoxon test istatistiği

Tablo 19’da girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların DDYÖ Uyarıların Kontrolü alt boyutu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

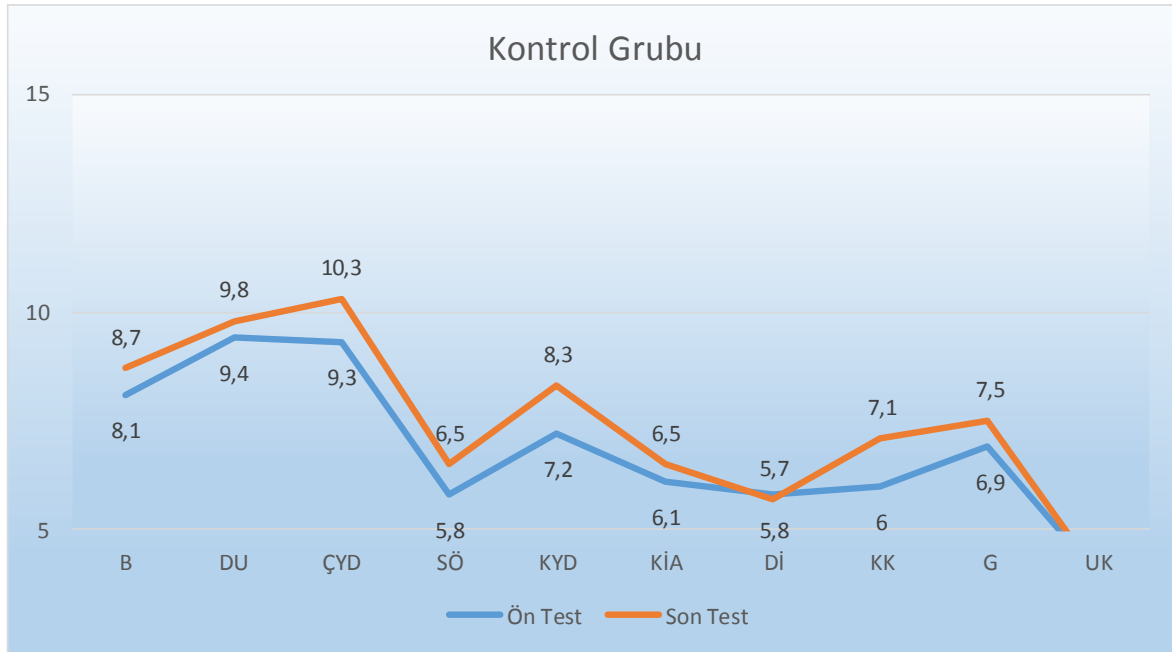
Uyarıların Kontrolü alt boyut toplam puan dağılımlarının gruplar arasındaki farklılığı Mann Whitney U testiyle, grup içi farklılıklar ise Wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Girişim grubu içerisinde uyaran kontrolü alt boyut puan ortancaları ön test ve son teste göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($Z=-3.978$, $p<.001$). Ön test puanları ortanca olarak 5 iken son testte 8 olup yükseldiği saptanmıştır. Kontrol grubu içerisinde ise ön test - son test puanları farklılık göstermemektedir ($Z=-1.097$, $p>.05$). Ön test

ve son testte puanlar 4 olarak elde edilmiştir. Son teste göre gruplar arasında uyaran kontrolü puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($U=237.5$, $p=.001$). Son test puanları ortanca olarak girişim grubu için 8 iken, kontrol grubu için 4 olarak bulunmuştur.



*B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK=Karşıt Koşullanma, G=Güçlendirme, UK=Uyaranların Kontrolü

Şekil 9. Girişim Grubunda Yer Alan KOAH'lı Hastaların DDYÖ Alt Boyutlara Göre Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları*



*B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK=Karşıt Koşullanma, G=Güçlendirme, UK=Uyaranların Kontrolü

Şekil 10. Kontrol Grubunda Yer Alan KOAH'lı Hastaların DDYÖ Alt Boyutlara Göre Ön Test- Son Test Puan Ortalamaları*

Şekil 9 ve Şekil 10'da girişim ve kontrol gruplarına ait DDYÖ alt boyut ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

Son testte DDYÖ alt boyutları puan ortalama artış miktarının kontrol grubuna kıyasla girişim grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Değişim Aşamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 20. Girişim ve Kontrol Gruplarına göre Değişim Aşaması İlk İzlem Dağılımlarının Karşılaştırılması

Değişim Aşaması	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
Düşünmeme	18	45	26	65	6.745	.034
Düşünme	17	42.5	14	35		
Hazırlık	5	12.5	-	-		

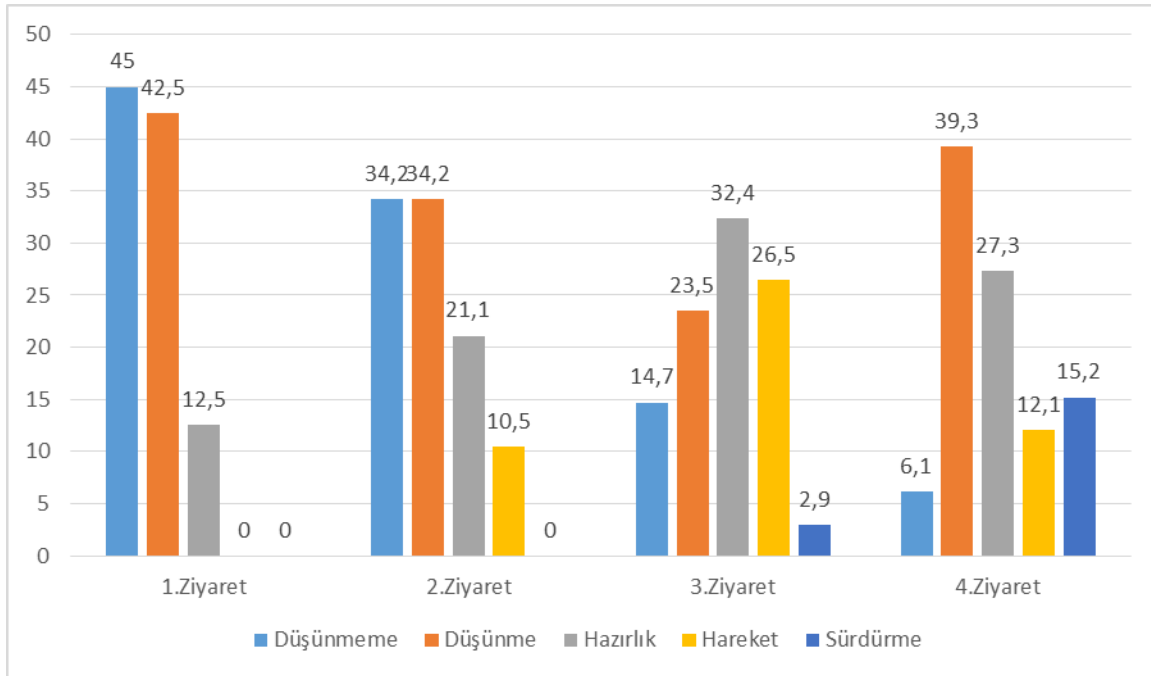
Tablo 20'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların ilk izlemde Değişim Aşamasına göre bulundukları evreler verilmiştir.

İlk ziyaret sırasında girişim grubundaki KOAH'lı hastaların %45'i düşünmeme, %42.5'i düşünme ve %12.5'i hazırlık evresindedir. Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların %65'i düşünmeme ve %35'i düşünme evresinde bulunmaktadır. İlk ziyarette KOAH'lı hastaların gruplar arasından değişim aşamaları evrelerine göre aralarındaki farkı belirlemek için ki-kare testi yapılmış olup istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($X^2=6.745$, $p<.05$). Farkın hangi değişim evresinden kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde hazırlık evresindeki hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 21. Girişim Grubunda Ziyaretlerdeki Değişim Aşamalarına Göre Evrelerinin Dağılımı

Değişim Aşamaları	1.ziyaret*		2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düşünmeme	18	45	13	34.2	5	14.7	2	6.1
Düşünme	17	42.5	13	34.2	8	23.5	13	39.3
Hazırlık	5	12.5	8	21.1	11	32.4	9	27.3
Hareket	-	-	4	10.5	9	26.5	4	12.1
Sürdürme	-	-	-	-	1	2.9	5	15.2
Toplam	40		38		34		33	

*Sigarayı bırakan bireyler çalışma kapsamına alınmadığı için 1.ziyarette hareket ve sürdürme evresinde kimse bulunmamaktadır.



Şekil 11. Girişim Grubunun Ziyaretlerdeki Değişim Aşamalarına Göre Evrelerinin Dağılımı

Tablo 21 ve Şekil 11’de girişim grubundaki KOAH’lı bireylere yapılan ev ziyaretlerinde değişim aşamalarına göre evrelerinin dağılımı verilmiştir.

Girişim grubuna yapılan birinci ev ziyaretinde KOAH’lı hastaların %45’i düşünmeme, %42.5’i düşünme, %12.2’i hazırlık evresinde yer almaktadır. İkinci ev ziyaretinde bu oranların değişmeye başladığı görülmektedir. Buna göre KOAH’lı hastaların %34.2’si düşünmeme, %34.2’sinin düşünme, %21.1’i hazırlık ve %10.5’i hareket evresine ilerlemiştir. Üçüncü ev ziyareti sonuçlarında %14.7’sinin düşünmeme, %23.5’inin düşünme, %32.4’ünün hazırlık, %26.5’inin hareket %2.9’unun sürdürme evresinde olduğu tespit edilmiş olup dördüncü ev ziyareti olan son ziyarette ise %6.1’inin düşünmeme, %39.3’ünün düşünme, %27.3’ünün hazırlık, %12.1’inin hareket ve %15.2’sinin de sürdürme evresinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 22. Girişim ve Kontrol Gruplarının Son İzlemde Değişim Aşamalarının Dağılımları

Değişim Aşamaları	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
Düşünmeme	2	6.1	20	57.1	23.670	<.001
Düşünme	13	39.3	10	28.6		
Hazırlık	9	27.3	4	11.4		
Hareket	4	12.1	1	2.9		
Sürdürme	5	15.2	-	-		
Toplam	33	100	35	100		

Tablo 22’de girişim ve kontrol gruplarının son izlemde değişim aşamalarının dağılımları verilmiştir.

Son izlemde girişim grubundaki KOAH’lı hastaların %6.1’i düşünmeme, %39.3’ü düşünme, %27.3’ü hazırlık, %12.1’i hareket ve %15.2’si sürdürme evresinde iken, kontrol grubundaki bireylerin ise %57.1’i düşünmeme, %28.6’sı düşünme, %11.4’ü hazırlık ve %2.9’u hareket evresinde olduğu görülmüştür.

Girişim ve kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların son izlemelerine göre değişim aşamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmuştur (p<.00). Farkın hangi değişim evresinden kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde düşünmeme ve hareket evrelerinden kaynaklandığı saptanmıştır.

4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 23. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların Sigara Bırakma Durumlarının Karşılaştırılması

	Girişim(n=33)	Kontrol (n=35)	Z	p
Hareket ve Sürdürme	9 (27.3)	1 (2.9)	2.96	.003

n(%), Z: İki oran testi test istatistiği

Tablo 23’de girişim ve kontrol grubunda yer alan KOAH’lı hastaların yapılan son ziyaretin ardından sigara bırakma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Girişim grubundaki hastaların %27.3’ü sigarayı bırakırken, kontrol grubundakilerin %2.9’u bırakmıştır. Sigara bırakma oranlarının gruplar arasındaki farklılığını araştırmak için iki oran testi yapılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (Z=2.96; p<.05).

4.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Nikotin Bağımlılık Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Tablo 24. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

	Ön Test	Son Test		
Grup	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Z***	p
Girişim	4 (0-10)	1 (0-7)	-4.566	<.001
Kontrol	5 (0-9)	3 (0-9)	-2.701	.007
U**	694.0	286.0		
p	.304	<.001		

*Ön teste girişim ve kontrol grupları için analize giren n=40 iken, son testte grup sayıları girişim grubu için n=33, kontrol grubu için ise n=35 olarak analize alınmıştır.

**Mann Whitney U testi uygulanmıştır

***Wilcoxon testi yapılmıştır

Tablo 24’de girişim ve kontrol grubundaki hastaların Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi toplam puan dağılımlarının gruplar arasındaki farklılığı Mann Whitney U testi ile, grup içi farklılıklar ise Wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Girişim grubu içinde Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi puan ortancaları ön test ve son teste

göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($Z=-4.566$, $p<.001$). Ön test puanları ortanca olarak 4 iken son testte 1 olup azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubu içerisinde ise ön test ve son test puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmektedir ($Z=-2.701$, $p>.05$). Ön test puanı ortanca olarak 5, son test puanı ise ortanca olarak 3 bulunmuştur. Son teste göre gruplar arasında Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($U=286.0$, $p<.001$). Son test puanları ortanca olarak girişim grubu için 1 iken, kontrol grubu için 3 olarak bulunmuştur

4.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Spirometri Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Tablo 25. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların FEV₁ Puanlarının Karşılaştırılması

	Ön Test	Son Test	t**	p
Grup	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Girişim	64.8 ± 6.1	66.6 ± 7.4	-2.879	.007
Kontrol	64.2 ± 8.1	63.4 ± 8.0	1.093	.282
	t*	0.401	1.755	
	p	.690	.084	

*Bağımsız örnekler t test istatistiği, **Bağımlı örnekler t test istatistiği

Tablo 25'de girişim ve kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların Spirometri Ölçümlerine göre FEV₁ ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

FEV₁ ön test puan ortalaması girişim grubu için 64.8 ± 6.1 ; kontrol grubu için 64.2 ± 8.1 'dir. FEV₁ puan ortalamaları açısından ön teste göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

FEV₁ son test puan ortalaması girişim grubu için 66.6 ± 7.4 ; kontrol grubu için 63.4 ± 8.0 'dır. FEV₁ puan ortalamaları açısından son teste göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

Girişim grubundaki KOAH'lı bireylerin FEV₁ puan ortalaması ön test 64.8 ± 6.1 ve son test 66.6 ± 7.4 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). Ancak FEV₁ puan ortalamalarına bakıldığında ilk ziyarete göre son ziyarette yükselme olduğu görülmüştür.

Kontrol grubundaki KOAH'lı hastaların FEV₁ puan ortalaması ön test 64.2 ± 8.1 ve son test 63.4 ± 8.0 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

4.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakma Polkliniğine Başvuranlarda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi

Girişim grubundaki hastaların %6.1'i (n=2) sigara bırakma polkliniğine başvurup tedaviye devam etmişken, kontrol grubundaki hastalar arasında hiç başvuru olmamıştır.



5.TARTIŞMA

Bu çalışma Transteoretik Model temel alınarak sigara kullanan KOAH'lı hastalara uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta sonuçları üzerindeki etkisini ortaya koymuştur.

5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Karar Alma Durumlarının Değerlendirilmesi

Gruplar arası değerlendirmede hastaların karar alma ölçeği yarar alt boyut ön test-son test sonuçlarına göre girişim grubunun puan ortalaması kontrol grubundaki hastalardan yüksek olmasına rağmen aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 7, $p>.05$). Bu sonuca göre “H1a. KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda yarar puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Girişim grubunda yer alan hastaların grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında son testte yarar alt boyut puan ortalamasının yükseldiği ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 7, $p<.05$). Son test sonuçlarına göre girişim grubundaki hastaların sigara bırakma davranışı yönünde değişim ile ilgili kararlılıklarının arttığı söylenebilmektedir. Bununla birlikte kontrol grubunda yer alan hastaların grup içi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 7, $p<.05$). Ancak girişim ve kontrol grubunun son test puan ortalamalarının artış farkına baktığımızda girişim grubunda daha fazla olduğu görülmektedir. Koyun ve Eroğlu (2016)'nın yetişkin kadınlarda sigara bırakmaya yönelik yaptıkları transteoretik model temelli altı aylık izlemi içeren randomize kontrollü çalışmada da benzer şekilde müdahale grubundaki kadınların yarar alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı görülmektedir. Keller ve McGovan'ın (2001) çalışmasında katılımcıların sigara içme alışkanlığının yarar ve zarar dengesinde, sigaranın zararlarını şiddetle puanladıkları, bununla birlikte yarar ve zarar alt boyut puan ortalamalarının orta değer üzerinde olduğu görülmüştür. Sharifirad ve arkadaşları (2012)'nin sigara bırakmada transteoretik model bileşenlerini kullanarak yaptıkları altı ay süren randomize kontrollü çalışmasına göre izlem sonrasında bireylerin sigara içme yarar algısı puan ortalamasının anlamlı derecede düştüğü buna karşın sigara içmenin zarar algısı puan ortalamasının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre kontrol grubuna yönelik sadece telefonla arayıp ilgili ölçeklerin doldurulup spirometri ölçümlerinin yapılmasının dahi hastalarda sigara bırakmaya yönelik farkındalık geliştirmek için önemli olduğu söylenebilir. Literatürde sadece 3 dakikalık

kısa girişimlerle dahi, hastaların sigarayı bırakma oranlarında başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (Örsel, 2017). Ayrıca girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların başlangıçtaki değişim evrelerinin bire bir aynı olmaması da sonuçları etkileyebilir. Bu durumun girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamsız bulunması ve kontrol grubunun öntest-sontest ölçüm sonuçları arasındaki farkın anlamlı bulunmasına neden olabildiği söylenebilir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların karar alma ölçeği zarar alt boyut ön test-son test sonuçlarına göre, her iki grubunda puan ortalamalarının ziyaretlerin sonunda azaldığı ve girişim grubunda görülen zarar alt boyut puan ortalamasındaki azalmanın kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 8, $p<.05$). Böylece “H1b. KOAH’lı bireylerin TTM’e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda zarar puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi doğrulanmıştır. Ayrıca girişim grubunun kendi içindeki farklılığının da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 8, $p<.05$). Son test sonuçlarına göre girişim grubunda yer alan hastaların zarar alt boyut puan ortalamalarının azalması, sigara içme davranışının zararlarının bilincine vardıklarını ve değişimi devam ettirme olasılıklarının yükseldiğini göstermektedir. Yapılan transteoretik model temelli randomize kontrollü bir çalışmada benzer şekilde müdahale grubundaki kadınların zarar alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede azaldığı görülürken farklı olarak müdahale ve kontrol grubu arasındaki farklılığın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (Koyun ve Eroğlu, 2016). Karadağ ve Nahçıvan’ın (2012) sigara bırakmada hazır oluşluluğu etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, değişim evrelerine göre sigara içmenin olumlu olumsuz yönlerini algılama puan ortalamaları karşılaştırılmış ve düşünmeme ve düşünme evresine göre hazırlık evresinde olan bireylerde sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puan ortalaması düşük iken olumsuz yönlerini algılama puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Fjalldal ve arkadaşları (2011)’nin çalışması ile Alkar ve Karanci (2007)’nin çalışmalarında benzer şekilde değişim evreleri ilerledikçe sigara içme ile ilgili pozitif tutumların anlamlı şekilde azaldığı, negatif tutumların anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur. Sonuçlar çalışma ile paralellik göstermektedir. Değişim evreleri ilerledikçe sigara içme ile ilgili yarar algısının azalıp zarar algısının artışı değişimin olumlu yönde gerçekleşmesi, bireylerin davranış değişimine yönelik farkındalıklarının artması şeklinde yorumlanabilir. Yapılan müdahalenin sigara bırakmaya dair davranış değişimini sağladığı söylenebilir.

5.2.Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Sigara Bırakmaya Dair Öz Yeterlik Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada girişim ve kontrol grubunun ön test ve son test öz-yeterlik puan ortalamalarının artış gösterdiği ve her iki grup için aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 9, $p<.05$). Bu sonuca göre “H2. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda Öz-yeterlik ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Girişim grubundaki hastaların öz yeterlik puanının artması uygulanan girişimin etkinliğini göstermekte olup, hastaların davranış değişimini devam ettirme yönünde kendilerine olan güvenin arttığı söylenebilir. Bununla birlikte aynı şekilde kontrol grubunda yer alan hastaların da öz-yeterlik puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı görülmektedir (Tablo 9, $p<.05$). Bu durum sigara bırakmaları konusunda bir görüşme yapılmamasına rağmen, hastaların aranıp spirometrik ölçümlerinin yapılması ve anket doldurulmasının dahi kendilerini önemli hissetmelerine ve davranış değişimine yönelmelerine sebep olabileceği sonucu çıkarılabilir. Ayrıca girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların başlangıçtaki değişim evrelerinin bire bir eşleşmemesi nedeniyle de olabileceği düşünülebilir. Kontrol hastalarıyla yapılan görüşmeler sırasında hastaların verdikleri ifadelerde telefonla arandıkları için ne kadar mutlu oldukları ve bazılarının sigarayı bırakmak istediklerini söyledikleri de görülmüştür. Bu ifadeler anlamlı sonucun saptanmasını doğrular niteliktedir. Koyun ve Eroğlu (2016)'nın kadınlarla yaptıkları çalışmada, hem müdahale grubunun hem de kontrol grubunun öz yeterlik puan ortalamalarının arttığı fakat sadece girişim grubundaki kadınlarda öz yeterlik puan ortalamalarındaki artışın anlamlı olduğu saptanmıştır. Alkar ve Karancı (2007)'nin çalışmasında da değişim evreleri pozitif yönde ilerledikçe öz-yeterlik düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Lindberg ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında benzer şekilde sigarayı bırakan KOAH'lı hastaların öz-yeterlik puan ortalamaları anlamlı derecede artmıştır. Mujika ve arkadaşları (2014)'nin sigara içen hemşirelerle yaptıkları çalışmada son izlemde deney ve kontrol grubunun özyeterlik ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. Farklı olarak Keller ve McGovan (2001)'in çalışmasında sigara içen kadınların değişim evreleri ve sigara içme davranışlarında öz yeterlik ve TTM'in diğer bileşenlerinin etkisi incelenmiş öz yeterliğin önemli bir katkısının olmadığı görülmüştür. Sonucun literatürden farklı bir sonuçta çıkması örneklem büyüklüğünün yeterli olmamasından (50) ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir.

5.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Davranış Değiştirme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların son teste göre davranış değiştirme yöntemleri tüm alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde her iki grupta da artış görüldüğü, girişim grubundaki artışın kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve tüm alt boyutlarda iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 10-19, $p<.05$). Bu sonuca göre “H3. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Ayrıca tüm alt boyutlarda girişim grubunun ön test-son test puan ortalamalarının anlamlı derecede yükselme göstermiştir (Tablo 10-19, $p<.05$). KOAH hastalarının sigara bırakmaları yönünde yapılan hemşirelik girişiminin davranış değiştirme yöntemleri kullanımını arttırdığı söylenebilir. Bilinçlenme, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme ve karşıt koşullanma alt boyutlarındaki anlamlı puan farklılığı girişim grubunda olduğu gibi kontrol grubundaki hastalarda da görülmüştür (Tablo 10,12,13,17, $p<.05$). Literatüre göre düşünmeme ya da düşünme evresindeki bireyler çevreyi yeniden değerlendirme gibi bilişsel yöntemleri, hazırlık evresinde olan bireyler kendini yeniden değerlendirme yöntemini, eylem evresinde olan bireyler ise davranışsal yöntemleri (destekleyici ilişkiler, uyarıcı kontrol, güçlendirme, karşıt koşullanma, sosyal özgürleşme) daha çok kullanmaktadır (Chang, 2006; Kim, 2006; Miller, 2002). Buna dayanarak kontrol grubundaki hastaların da sonuçlarındaki anlamlı farklılık değişim yönündeki ilerlemeden kaynaklanabilir. Koyun ve Eroğlu (2016)'nın transteoretik model kullanarak yaptığı sigara bırakma müdahalesi sonuçlarında da benzer şekilde kadınlarda davranış değiştirme yöntemleri puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Aynı çalışmada kontrol grubundaki bireylerde de bilinçlenme, sosyal özgürleşme, duyusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, kendini yeniden değerlendirme ve sosyal özgürleşme puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Başka bir çalışmada kadınların kullandıkları davranış değiştirme yöntemlerine bakıldığında en fazla puanı sosyal özgürleşme alt boyutundan aldıkları diğerlerinin sırasıyla kendisi ile anlaşma, destekleyici ilişkiler, bilinçlenme, karşıt koşullanma, duyusal uyarılma, kendini yeniden değerlendirme ve güçlendirme alt boyutlarına ait olduğu, en düşük puanı ise uyarıcı kontrol alt boyutundan aldıkları görülmüştür. Düşünmeme evresinde olan kadınlarda değişim yöntemlerinin ilişkili olmadığı, düşünme evresi ile çevreyi yeniden değerlendirme ve güçlendirme alt boyutlarının anlamlı ilişki

gösterdiği, hazırlık evresinde ise sadece bilinçlenme alt boyutunun anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur (Keller ve McGovan'ın (2001). Sharifirad ve arkadaşları (2012)'nın sigara bırakmaya yönelik altı aylık izlemi kapsayan randomize kontrollü çalışmasında zamanla tedavi grubundaki bireylerin davranışsal yöntemleri kullanma oranları anlamlı derecede artış gösterirken deneyimsel (bilişsel) süreçleri kullanma oranlarının anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Transteoretik modele göre değişim aşamasının evreleri ilerledikçe bireylerin davranış değişimi için kullandıkları yöntemler davranışsal yöntemlerin kullanımının daha ağırlıklı olması şeklindedir.

5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Değişim Aşamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelik girişimleri uygulanan hastalarda modele göre değişim aşamaları yönünde gelişim görülmüş (Tablo 20), son izlemde girişim ve kontrol grubu arasındaki değişim evreleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 22, $p<.001$). Böylece “H4. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda Değişim Aşamaları Ölçeği'ne göre evreler arası ilerleme kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Bu sonucun girişim grubuna uygulanan müdahalenin KOAH hastalarının sigara bırakmaları yönünde davranış değişimi için uygun bir yöntem olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmanın başlangıcından sonuna kadar geçen süre içinde çalışmadan ayrılan hastaların “siz benim kafamı karıştırıyorsunuz ben sigara içmeye devam etmek istiyorum ama sizinle görüşmeye devam edersem sigarayı bırakabilirim bunu istemiyorum” diyerek araştırmadan ayrılmalari yapılan çalışmanın sigara bırakmada doğru bir yaklaşım olduğunu gösterebilir. Koyun ve Eroğlu (2016)'nın kadınlarda yapmış olduğu çalışma sonuçlarının da benzer nitelikte olduğu görülmüştür. Erol (2013)'un kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğini değerlendirdiği tez çalışmasında da altıncı ayın sonunda yapılan motivasyonel görüşmelerle birlikte bireylerin değişim evrelerinin olumlu yönde ilerlediği bulunmuştur. Yapılan çalışmanın literatürle aynı doğrultuda sonuçlara sahip olduğunu ve transteoretik modele temellendirilmiş motivasyonel görüşmeyle kişilerde sigara bırakma davranışının sağlanabileceği söylenebilir. Literatürde bu görüşü destekleyen başka çalışmalar yapıldığı görülmüştür (Aveyard ve ark, 2006; Aveyard ve ark, 2009). Mujika ve arkadaşları (2014)'nın sigara içen hemşirelerle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada deney grubundaki hemşirelere üç ay boyunca değişim evrelerine göre düzenli aralıklarla motivasyonel görüşme yapılmış ve çalışmanın sonunda deney grubundaki

hemşirelerin değişim evrelerdeki ilerleme durumlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Cabezas ve arkadaşları (2011)'nın bireylerin değişim evrelerine göre motivasyonel görüşme esaslarına uygun olarak yaptıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale grubundaki bireylerin iki yılın sonunda sigara bırakma oranlarının kontrol grubundaki bireylere göre 1.5 kat fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca literatürde sigara bırakma müdahale çalışmalarında çoğunlukla farmakolojik tedavi ile davranışsal terapi yöntemlerinin kombine edilerek yapılan karşılaştırılmalı çalışmaların çoğunlukta olduğu görülürken yapılan çalışma gibi sadece davranış tedavisinin standart bakımla karşılaştırıldığı çalışmaların sayısının yeterince olmadığı görülmektedir. Çalışma bireylerin değişim evrelerine göre yapılandırılmış davranış terapilerinin sigara bırakma tedavilerindeki üstünlüğünü kanıtlayarak literatüre yeni bir katkı sağladığı için önemlidir. Fjalldal ve arkadaşları (2011)'nın çalışmasında sigara bırakmada bireylerin kullandıkları yöntemler değişim evrelerine göre karşılaştırılmış ve ileri değişim evresinde olan bireylerin, daha düşük değişim evresinde olan bireylere göre anlamlı farklılıkta farmakolojik olmayan yöntemlere başvurdıkları görülmüştür.

5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışma sonuçlarına göre girişim ve kontrol grubunun sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında, girişim grubundaki hastalarda bırakma oranının kontrol grubuna göre fazla olduğu ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 23, $p<.05$). Bu sonuçla “H5. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda sigara bırakma oranları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Koyun ve Eroğlu (2016)'nın çalışmasında da transteoretik modele göre uygulanan sigara bırakma müdahalesi sonucunda kontrol grubundaki bireylerde sigara bırakma durumu görülmezken deney grubundaki kadınların %13.2 ($n=5$)'sinin sigarayı bıraktığı görülmüştür. Benzer bir araştırmada Chouinard ve Robichaud-Ekstrand (2005)'in kalp hastalarına yönelik yürüttüğü sigara bırakma çalışmasında transteoretik model temel alınarak yatan hasta danışmanlığı ve telefon danışmanlığı müdahalesinin uygulandığı grupta sigara bırakma oranlarının diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. KOAH hastalarına yönelik yürütülen danışmanlık programlarını içeren özel sigara bırakma tedavisiyle genel bakımın karşılaştırıldığı beş yıllık randomize kontrollü çalışmanın sonucuna göre özel sigara bırakma tedavisi alan grupta sigara bırakma oranlarının daha yüksek oranda

olduğu görülmüştür (Scanlon ve ark, 2000). Bir başka çalışmada hazırlık evresinde olan bireylere uygulanan danışmanlık ve nikotin sakızı kullanımını içeren girişimler, sigara bırakma oranlarını kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı derecede arttırmıştır (Sharifirad ve ark, 2012). Örneklemine KOAH hastalarının oluşturduğu farmakoterapi ve sigara bırakma danışmanlık hizmetlerinin kombine edilerek uygulandığı altı aylık izlemi içeren, çift kör, plasebo çalışmasının sonucuna göre müdahale uygulanan grupta sigara bırakma oranının plasebo uygulanan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tashkin ve ark, 2001). KOAH hastalarında sigara bırakmaya yönelik yapılan müdahalelerin ve etkilerinin araştırıldığı sistematik incelemede genel bakım, minimal danışmanlık, yoğun danışmanlık ve farmakoterapi müdahaleleri karşılaştırılmış ve bir yıllık takibin sonunda en fazla bırakma oranının ilk sırada farmakoterapi tedavisi ikinci sırada ise yoğun danışmanlık müdahalesinin sonucunda elde edildiği bulunmuştur (Hoogendoorn ve ark, 2010). Willemse ve arkadaşlarının (2005) KOAH tanısı olan ve olmayan hastalarla yürüttüğü bir yıllık bilişsel davranışsal terapiyi içeren toplantıların yapıldığı, uzman hemşirelerin de telefonla bireysel danışmanlık yaptığı çalışmanın sonucunda KOAH tanısı olan hastaların diğer gruba göre bırakma oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Monninkhof ve arkadaşları (2004)'nın KOAH hastalarının dokuz ay takip edilerek minimal bir iletişimle yaptıkları sigara bırakma müdahalesinde, hastaların çok azının (8/63) sigarayı bıraktığı görülmüştür. Görüldüğü gibi çalışmalar arasında sigara bırakma oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmalardaki KOAH hastalarının değişim evrelerinin çeşitliliğinden, hastaların motivasyon ve öz yeterlik düzeyleri, örneklem büyüklüğü ile müdahale yoğunluklarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

5.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Gruplar arası karşılaştırmada Fagerstrom nikotin bağımlılık testi puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterirken, girişim grubundaki hastalarda da aynı şekilde bağımlılık puan ortalamalarının anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur (Tablo 24, $p<.05$). Bu sonuca göre “H6. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi doğrulanmıştır. Girişim grubuna uygulanan hemşirelik müdahalesiyle hastaların pozitif yönde değişim gösterdikleri, sigara içmenin zararları konusunda farkındalıklarının arttığı, bir kısmının kullandıkları sigara miktarını azaltırken bir kısmının da

bırakma davranışını gerçekleştirdikleri buna bağlı olarak nikotin bağımlılık düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Çalışmada aynı şekilde kontrol grubundaki hastaların nikotin bağımlılık düzeylerinin azaldığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda görülen bu anlamlı farklılık, kontrol hastalarına uygulanan sadece ölçmeye dayanan müdahale bırakma tedavilerinde kullanılan kısa girişimler olarak düşünülebilir. Kısa girişim olarak düşünülebilen bu yaklaşımla dahi sigara bırakma konusunda farkındalık oluşturarak başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Hastaların aranıp ölçümler için hastaneye davet edilmeleri kendilerini önemli hissettirmiş ve sigara bırakma konusunu düşünmelerini sağlamış olabilir. Lindberg ve arkadaşları (2015)'nın çalışmasında benzer şekilde sigara bırakmanın düşük nikotin bağımlılık düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. KOAH hastalarının sigara bırakmalarına yönelik hemşireler tarafından verilen bireysel ve grup destek programlarının standart bakımla karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada tüm gruplarda bir yıllık müdahalenin sonunda nikotin bağımlılık düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (Wilson ve ark, 2008). Başka bir çalışmada da benzer şekilde iki yıl süren müdahalenin sonunda nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakmanın bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur (Cabezas ve ark, 2011). Çalışma sonuçlarından farklı olarak sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar arasında yapılan bir çalışmada sigara bırakma oranlarının hafif-orta ve ağır nikotin bağımlılık düzeyleri ile aralarında anlamlı bir fark olmadığı ancak hafif ve orta nikotin bağımlılık düzeylerine sahip olan bireylerin bırakma oranlarının ağır bağımlı olan bireylere göre fazla olduğu saptanmıştır (Örsel ve ark, 2005a). Danoud ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında değişim evreleri ile nikotin bağımlılık düzeylerinin anlamlı bir ilişkide olmadığı bulunmuştur. Literatürde benzer şekilde sigara bırakma oranlarıyla nikotin bağımlılık puanlarının anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren başka çalışmalar bulunmaktadır (Toljamo ve ark, 2010; Salepçi ve ark, 2005). Sigara bırakmada yeterli motivasyonel destek ve uygun müdahale sağlanarak nikotin bağımlılık seviyesinden bağımsız olarak istedik başarılı sonuçlara ulaşılabilir.

5.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH'lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Spirometri Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Spirometri ölçüm sonucuna göre girişim grubunda yer alan hastaların akciğer kapasitelerinin artış gösterdiği ve bu farkın anlamlı olduğu (Tablo 25, $p<.05$), gruplar arası karşılaştırma sonuçlarının ise anlamsız olduğu görülmüştür (Tablo 25, $p>.05$). Bu sonuca göre “H7. Sigara kullanan KOAH'lı bireylerin TTM'e göre evde uygulanan hemşirelik

girişimleri sonucunda spirometre ölçüm ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Sonuç gruplar arasında anlamsız olmasına rağmen girişim grubunda ölçüm sonuçlarının anlamlı artış göstermesi değişim evrelerinin olumlu yöndeki ilerlemesine bağlı olarak hastaların sigara kullanım miktarlarını azaltması ya da bırakma oranlarının artması nedeniyle akciğer kapasitelerinin iyileşme yönünde bir ilerleme gösterdiği söylenebilir. Bu sonuç yapılan girişimin etkili olduğunu gösteren önemli bir bulgu olarak gösterilebilir. Çalışma sırasında hastaların, hava yolu kısıtlılığı, KOAH ya da sonucunda oluşabilecek diğer tıbbi durumlar ve sigaranın bunlarla ilişkisi hakkında doğru bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Spirometri sonuçları ile sigara bırakma arasında anlamlı farklılığın çıkmaması bu durumla açıklanabilir. Toljamo ve arkadaşları (2010)’nın KOAH’ı erken tanılamak ve sigarayı bırakmak için bireysel danışmanlığı içeren kohort çalışmasında hava yolu kısıtlılığı boyutunun sigara bırakmada ilişkili olmadığı görülmüştür. Farklı olarak Kargın ve Marakoğlu (2015)’nin sigara bırakma polklineğine başvurup medikal tedavi almak istemeyen sadece davranış terapisi ile sigarayı bırakan hastalarda yaptıkları üç aylık çalışmanın sonunda solunum fonksiyon testleri ölçüm değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Kalecik (2006)’in sigarayı bırakmanın KOAH’da hava yolu inflamasyonuna etkisi konulu tez çalışmasına göre sigara içmeye devam eden ve sigara içmeyi bırakmış KOAH’lı hastaların FEV₁ ölçüm sonuçlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Sigara bırakmanın akciğer fonksiyonları üzerinde oluşan hasarın onarılmasını sağladığı yönündeki literatür bilgisinin doğrulandığı söylenebilir.

5.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki KOAH’lı Hastaların Uygulanan Hemşirelik Girişimleri Sonucunda Sigara Bırakma Polklineğine Başvuranlarda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi

Hemşirelik müdahalesi devam ederken girişim grubundaki hastaların %6.1’i (n=2) sigara bırakma polklineğine başvurup tedaviye başlamış olup kontrol grubundaki hastaların hiçbirisinin başvuru yapmadığı görülmüştür. Bu sonuç “H8. Sigara kullanan KOAH’lı bireylere, TTM’e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda sigara bırakma polklineğine başvuran hastalarda bırakma oranları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamıştır. Girişim grubunda yer alan hastalar arasında hemşirelik müdahalesi devam ederken hastalardan bir kısmı farmakolojik destek almak istediğini belirtmiş, doktor kontrolüne göre ilaç desteğine başlanmıştır. Farmakoterapiye başlanan hastaların çalışmanın sonunda sigarayı bıraktığı görülmüştür. Literatürde Cochrane incelemesine göre psikososyal

müdahale ile farmakolojik tedavinin kombine edildiği çalışmalarda sigara bırakma oranlarının yüksek olduğu gösterilmektedir (Meer ve ark, 2003). Danışmanlık müdahalesiyle hastaların motivasyon düzeyleri ve sigara bırakma yönünde kendilerine olan güvenleri arttırılırken diğer taraftan ilaç tedavisiyle birlikte yoksunluk semptomlarıyla başetmeleri kolaylaştırılarak sigara bırakma oranlarında artış sağlanabilir. Farklı olarak Hilberink ve arkadaşları (2011)'nın bir yıllık izlemi kapsayan çalışmasında farmakolojik müdahale ile birlikte danışmanlık hizmeti verilen bir grupla genel bakım uygulaması yapılan diğer grup sigara bırakma oranları açısından karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Bu farklılık araştırmadaki KOAH hastalarının motivasyon düzeylerinin düşük olması ve uygulanan danışmanlık programının içeriğinin yeterince yoğun olmamasıyla açıklanabilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH olan hastalarda transteoretik modele göre evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin sigara bırakmaya etkisi üzerine yapılan çalışma sonuçlarına göre;

- Girişim grubuna motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak yapılan girişimden sonra ilgili davranışa yönelik yarar, öz yeterlik ve davranış değiştirme yöntemlerine ilişkin alt boyut puanlarında artış olduğu bununla birlikte zarar alt boyut puanında azalma olduğu,
- Girişim grubunda davranış değişimi yönünde değişim evrelerinin ilerleme gösterdiği, sigara bırakma oranlarının kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu,
- Girişim grubunda yer alan hastaların nikotin bağımlılık düzeylerini azalttığı
- Girişim grubunda yer alan hastaların akciğer kapasitelerini arttırdığı saptanmıştır.

Uygulanan hemşirelik girişimi sırasında farmakoterapiye ihtiyacı olduğu saptanan iki hasta ilaç tedavisine yönlendirilmiş ve çalışmanın sonunda sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre gelecekte yapılması planlanan uygulamalara ve araştırmacılara yönelik öneriler şu şekilde sunulmuştur:

6.1. Uygulamada Kullanılabilecek Öneriler

- Transteoretik modele temellendirilmiş evde uygulanan sigara bırakma girişiminin KOAH hastalarının sigara bırakmaya yönelik algılarında olumlu etkiler oluşturduğu, davranışa başlama ihtimalini arttırdığı aynı zamanda bırakmamanın zararları konusunda farkındalık yarattığı için bu hasta grubuna ve diğer kronik hastalıklara yönelik sigara bırakma girişimlerinin uygulanması,
- Evde sağlık bakımı veren hemşirelerin KOAH'lı hastalara yönelik verecekleri sağlık bakımı kapsamına bu modele dayalı sigara bırakma girişimlerini eklemeleri,

- Çalışma kapsamında oluşturulan “KOAH ve Sigara” isimli eğitim kitapçığının hastaların, sigaranın hastalık üzerindeki etkisini anlatabilmek için verilecek olan eğitimlerde kullanılması önerilebilir.

6.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Transteoretik Modelin bileşenleri doğrultusunda KOAH’lı hastaların sigara bırakmaya yönelik motivasyonlarını arttırmak için çalışmalar yapılması,
- KOAH ve diğer sigara bağımlılığı olan hastaların öz-yeterliklerini olumlu yönde etkileyecek Transteoretik Modele temellenmiş, motivasyonel görüşme ilkelerine uygun her bir hastanın kendisine özgü hemşirelik eğitimleri planlanması,
- KOAH ve diğer sigara bağımlısı kronik hastaların sigara bırakmalarına yönelik Transteoretik Model temel alınarak motivasyonel görüşme, telefonla izlem ve ev ziyaretlerini içeren girişimsel çalışmalar yapılması,
- Birinci basamakta çalışan hemşirelerin hastalarla her karşılaştıklarında sigara bağımlılığına yönelik motivasyonel görüşme tekniklerine uygun görüşmeler yapılması
- Transteoretik Model ve motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak sigara bırakma müdahalesi dışında da davranış değiştirmeyi hedef alan sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara yönelik çalışmalar yapılması
- KOAH ve diğer solunum hastalıklarına sahip olan sigara bağımlısı hastalarda akciğer kapasitelerini arttırmaya yönelik Transteoretik Model temel alınarak motivasyonel görüşme, telefonla izlem ve ev ziyaretlerini içeren girişimsel çalışmalar yapılması
- Motivasyonel görüşme tekniğinin hemşirelik lisans programı müfredatının içine yerleştirilmesi ve böylelikle tüm hemşirelerin bu görüşme tekniğini uygulayabilir duruma getirebilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Akçay Ş, Aytemur ZA, Elbek O, Kılınç O ve ark. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Türk Toraks Derneği Yayını, 2013. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011185934-HEB.pdf>. ET: 16.07.2017.

Alkar ÖY, Karanci NA. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? Addictive Behaviors, 2007;32: 836–849.

Anatchkova MD, Redding CA, Rossi JS. Development and validation of transtheoretical model measures for Bulgarian adolescent non-smokers. Subst Use Misuse 2007; 42: 23-41.

Anderson JE, Jorenby DE, Scot WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest, 2002 Mar;121(3): 932-41.

Apodaca TR, Abrantes AM, Strong DR, Ramsey SE, Brown RA. Readiness to change smoking behavior in adolescent with psychiatric disorders. Addict Behav, 2007; 32 (6): 119-30.

Au DH, Christopher BL, Jason CW, Sun H ve ark. The Effects of Smoking Cessation on the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. J Gen Intern Med, 2009; 24(4): 457–63.

Aveyard P, Lawrence T, Cheng KK, Griffin C ve ark. A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. Br J Health Psychol, 2006 May;11(Pt 2):263-78.

Aveyard P, Massey L, Parson A, Manaseki S, Griffin C. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. Soc Sci Med, 2009 Feb;68(3):397-403.

Aytemur ZA. Tütün bağımlılığı ve hekimlerin sorumluluğu. In: Dalar L, Süerdem M, Öztürk C ve Saygı A, editörs. Tıp eğitiminde Göğüs hastalıkları, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul tıp kitapevi, 2015, 185-193.

Bandura A. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, American Psychologist, 1982; 37(2): 122-47.

Başıyigit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 2010; 1(2) Mayıs: 114-118.

Borelli B, McQuaid EL, Tooley EM, Busch AM, Hammond SK, Becker B, Dunsiger S. Motivating parents of kids with asthmatoquit smoking: the effect of the teachable moment and increasing intervention intensityusing a longitudinal randomized trial design. Society for the Study of Addiction, 2016; 111: 1646-55.

Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Bloanco T ve ark. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). Addiction, 2011;106: 1696-1706.

Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.

Cancer Prevention Research Center. Transtheoretical Model. Detailed Overview. <https://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/> ET: 10.05.2014.

Celli BR, Halbert RJ, Isonaka S, Schau B. Populationimpactof differentdefinitions of airwaysobstruction. EurRespir J. 2003; 22: 268-73.

Chang L. A new health education for occupational health promotion- Transtheoretical Model approach. International Congress Series, 2006; 1294: 115-118.

Cheung C, Wyman J, Gross C, Peters J ve ark. Exercise Behavior in Older Adults: A Test of the Transtheoretical Model. Journal of Aging and Physical Activity, 2007 Jan;15(1):103-18.

Chouinard CM, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing in patient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. Nurs Res 2005; 54(4): 243–254.

Coşansu G. Verilerin analizi ve yorumlanması. İçinde: Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik. Ed: Erdoğan S, Nahcivan N ve Esin MN. Nobel Tıp Kitabevleri,2015:2.Baskı, İstanbul.

Çan G. Pasif içicilik ve yetişkinlerdeki etkileri. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörs. Tütün ve tütün kontrolü. 2. Baskı, Ankara, Toraks kitapları yayın kurulu, Aves yayıncılık, 2011, 379-389.

Dale LC, Glover ED, Sachs DPL et al. Bupropion for smoking cessation*/predictors of successful outcome. Chest, 2001;199: 1357-64. (High Quality Evidence)

Danoud N, Hayek S, Muhammad AS, Abu-Saad K ve ark. Stages of change of the readiness to quit smoking among a random sample of minority Arab-male smokers in Israel. BMC Public Health, 2015; 15: 672-685.

Demir T. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığında sigaranın bırakılması. In: Umut S ve erdinç E, editörs. Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Bursa, Türk Torak derneği yayınları, Gelenos yayıncılık, 2008, 123-140.

DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini J. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognitive Therapy Research, 1983; 9(2): 181-200.

DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognit Ther Res, 1985; 9(2): 181-200.

Effing TW, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA ve ark. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease (review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007; 4: Art. No.: CD002990.

Efraimsson EO, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. 2012 April; 68(4): 767-782.

Efraimsson EÖ, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. J Adv Nurs, 2012 Apr;68(4): 767-82.

Efraimsson EÖ, Klang B, Larsson K, Ehrenberg A, Fossum B. Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. Patient Educ Couns, 2009 Nov;77(2): 209-17.

Erdinç E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ).
http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-2-ppt-pdf/Erturk_Erdinc.pdf. ET: 12.11.2013.

Erginel SM. Stabil KOAİ'da tedavi. In: Saryal SB ve Acıcan T, editörs. Güncel bilgiler ışığında kronik Obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 2003, 145-155.

Erol H. Kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Düzce, 2013.

Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 2.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB ve ark. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Executive Summary. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008b. (Guideline)

Fiore MC. Smoking cessation: Practice Guidelines No:18. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health care policy and research; AHCPR publicat, on No: 96-0692, 1996.

Fjalldal SB, Janson C, Benediktsdottir B, Gudmundsson G, Burney P ve ark. Smoking, stages of change and decisional balance in Iceland and Sweden. The Clinical Respiratory Journal, 2011 Apr; 5(2): 76-83.

Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME ve ark. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. Eur Respir J, 2008; 32, 844–853.

Godtfredsen NS, Prescott E. Benefits of smoking cessation with focus on cardiovascular and respiratory comorbidities. Clin Respir J, 2011; 5: 187–194.

GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2015.

GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. A Guide for Health Care Professionals, 2017 Report.

GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanı, Tedavisi ve Önlenmesi için Küresel Strateji. 2011 güncellemesi.

Granda-Orive JJ, Martínez-Albiach JM. Smoking Cessation in patient with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Bronconeumol, 2005; 41(11): 625-633.

Gratziou C ve Tonnesen P. Smoking cessation and prevention. Eur Respir Mon, 2006; 38: 242-257.

Grover P ve ZuWallack R. Fizyopatoloji, Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanımı. In: MacNee W, ZuWallack RL, Keenan J, editörler. (Ersoy B, Çeviri. Yıldırım N, Edit). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına klinik yaklaşım, 1. Baskı, İstanbul, And danışmanlık, eğitim, yayıncılık ve organizasyon Ltd. Şti, 2007, 31-50.

Guertin KA, Gu F, Wacholder S ve ark. Time to First Morning Cigarette and Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Smokers in the PLCO Cancer Screening Trial. Plos One, 2015; May 18: 1-11.

Gülbay BE ve Acıcan T. Patogenez ve inflamasyon. In: Saryal SB ve Acıcan T, editörs. Güncel bilgiler ışığında kronik Obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 2003, 21-33.

Günay S, Günay E, Sönmez SÖ, Demirci YN, Keyf İA ve Şimşek C. KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 2013; 16(3): 243-252.

Halpin DMG. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. (C Tetikkurt ve S Tetikkurt, Çeviri), 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2005, 9-59.

Hearherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addict, 1991; 86(9): 1119-27.

Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 2010 Oct; 19(5): 410-6.

Hoepfner BB, Velicer WF, Redding CA, Rossi JS ve ark. Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 2006; 31: 1363-72.

Huang FF, Jiao NN, Zhang LY, Kei Y, Zhang PJ. Effects of family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. *Patient Education and Counseling*, 2015; 98: 984- 90.

Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, Walters JAE. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2012; Issue 5.

Jimenez-Ruiz CA, Masa J, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C ve ark. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*, 2001; 119: 1365–70.

Jimenez-Ruiz CA, Miranda JAR, Gomez NA, Blasco JLL ve ark. Treatment of Smoking in Smokers With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Bronconeumol*, 2013; 49(8): 354-363.

Jullamate P, Azeredo Z, Pául C, Subgranon. Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need. *Cerebrovasc Dis*, 2006; 21: 128-133.

Kainu A, Rouhos A, Sovijärvi A, Lindqvist A ve ark. COPD in Helsinki, Finland: socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2013; 41: 570–578.

Kalecik A. Sigara içiminin bırakılmasının KOAH'da havayolu inflamasyonuna etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Adana, 2006.

Kalučka S. Consequences of passive smoking in home environment. *Przegl Lek*, 2007; 64: 632-641.

Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayk CP. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005; 100: 1012-1020.

Kara M, Aşti T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Evde Bakımı. AUTD, 2002; 34: 75-81.

Karadağ M, Karadağ S, Ediz S, Işık ES. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. Yeni Tıp Dergisi, 2011; 29(1): 27-31.

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

Karadağlı F, Nahçıvan N. Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazıroluşluk durumu ile ilişkili faktörler. DEUHYO ED, 2012; 5(1): 8- 15.

Kargın NÇ ve Marakoğlu K. Sigarayı bırakmanın solunum işlevleri üzerine etkisi. Türk Aile Hek Derg, 2015;19 (3): 129-133.

Keenan J. Epidemiyoloji, risk faktörleri ve KOAH'ın sebep olduğu ekonomik harcamalar. In: MacNee W, ZuWallack RL, Keenan J, editörler. (Ersoy B, Çev. Yıldırım N, Edit). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına klinik yaklaşım, 1. Baskı, İstanbul, And danışmanlık, eğitim, yayıncılık ve organizasyon Ltd. Şti, 2007, 17-30.

Keenan J. Sigaranın bırakılması. In: MacNee W, ZuWallack RL, Keenan J, editörler. (Ersoy B, Çev. Yıldırım N, Edit). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına klinik yaklaşım, 1. Baskı, İstanbul, And danışmanlık, eğitim, yayıncılık ve organizasyon Ltd. Şti, 2007, 103-112.

Kılınç O. Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörs. Tütün ve tütün kontrolü. 2. Baskı, Ankara, Toraks kitapları yayın kurulu, Aves yayıncılık, 2011, 479-484.

Kim YH. Adolescents' smoking behavior and its relationships with psychological constructs based on transtheoretical model: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud, 2006; 43: 439-46.

Klemperer EM, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW, Fingar JM. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. Society for the Study of Addiction, 2016; 112: 146-55.

Kocabaş A. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı. In: Umut S ve erdinç E, editörs. Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Bursa, Türk Torak derneği yayınları, Gelenos yayıncılık, 2008, 10-22.

Koçyiğit E. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı. In: Arseven O, editörs. Akciğer hastalıkları, 1. Baskı, İstanbul, Nobel tıp kitapcevleri, 2002, 145-150.

Kotz D. Implementation of a new ‘opt-out’ default for tobacco treatment is urgently needed, but requires free Access to evidence-based treatments. Society for the Study of Addiction, 2015; 110: 387-91.

Koyun A ve Eroğlu K. Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model ve Aşamalara göre hazırlanmış) Sigara Bırakma Rehberi, 1. Baskı, Ankara, Palme yayınları, 2013, 51-126.

Koyun A, Eroğlu K ve Bodur S. Sigara İçen Yetişkinler İçin Geliştirilmiş Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlama Çalışması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2015; 7(2): 69-78.

Koyun A. Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli (transteoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2013.

Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2010; Issue 3.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

Laurell CB, Eriksson S. The electrophoretic pattern α 1-globulin pattern of serum in α 1-antitrypsin deficiency. Scan J Clin Lab Invest, 1963;15:132–40.

Lenio JA. Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. J Student Research, 2006; 5: 73-86.

Lindberg A, Niska B, Stridsman C, Eklund BM ve ark. Low nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of a population-based study. Tobacco Induced Diseases, 2015; 13: 27-35.

Liu Y, Pleasant RA, Croft JB, Wheaton AG ve ark. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. *International Journal COPD*, 2015;10:1409-1416.

MacNee W. Tanı/ayırıcı tanı//hastalık şiddetinin evrelemesi, akciğer fonksiyon testleri. In: MacNee W, ZuWallack RL, Keenan J, editörler. (Ersoy B, Çev. Yıldırım N, Edit). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığına klinik yaklaşım*, 1. Baskı, İstanbul, And danışmanlık, eğitim, yayıncılık ve organizasyon Ltd. Şti, 2007, 53-88.

Mandy Jordan BA. Decisional Balance Scale: Restructuring A Measurement of Change for Adolescent Offenders. Master Of Science. University Of North Texas, 2005.

Mannino DM ve Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future Trends. *Lancet*, 2007; 370: 765–73.

Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance: United States, 1971-2000. *Respir Care*, 2002 Oct; 47(10): 1184-99.

Mattila T, Vasankari T, Kanervisto M, Laitinen T ve ark. Association between all cause and cause-specific mortality and the GOLD stages 1e4: A 30-year follow-up among Finnish adults. *Respiratory Medicine*, 2015 Aug; 109(8): 1012-1018.

McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy - measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1998; 20(3): 368–75.

mcNeill A ve West R. Smoking cessation guideliness for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions fort the health care systems. *Thorax*, 1998; 53: 1-19.

Menezes A, Perez-Padilla R, Jardim J ve ark. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities: The PLATINO study. *Lancet*, 2005; 366: 1875-81.

Miller MP, Gillespie J, Billian A, Davel S. (2001). Prevention of smoking behaviors in middle school students: student nurse interventions. *Public Health Nurs*, 18, 77-81.

Miller WR ve Rollnick S. *Motivational Interviewing*. The Guilford Press, New York, London, 2002, 274-275.

Monninkhof E, Valk van der P, Palen van der J, Mulder H ve ark. The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease:a pre-post-test study. Patient Education and Counseling, 2004; 52: 231–236

Mujika A, Forbes A, Canga N, de Irala J ve ark. Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 2014; 51: 1074-1082.

Oh EG. The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. Int J Nurs Stud, 2003;40: 873–879.

Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(9): 3-12.

Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-special Topics, 2009;2(2): 41-44.

Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, Yıldız ÖA ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım olgularında uzun dönem sigara bırakma oranları ve iki grup arasındaki farklılıklar. Tur Toraks Der, 2011;12: 67-71.

Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N ve ark. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. Solunum Hastalıkları, 2005a;16: 112-118.

Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. Tuberküloz ve Toraks Dergisi, 2005b; 53(4): 354-61.

Örsel O. Tütün ve tütün kontrolü
http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5-ppt-pdf/osman_orsel_tutun.pdf. ET: 10.09.2017.

Örsel S. Nikotin bağımlılığı ve nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörs. Tütün ve tütün kontrolü. 2. Baskı, Ankara, Toraks kitapları yayın kurulu, Aves yayıncılık, 2011, 406-416.

Özkan M. Sigara bırakma yöntemleri. In: Saryal SB ve Acıcan T, editörs. Güncel bilgiler ışığında kronik Obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 2003, 295-307.

Öztuna F. Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. Türkiye klinikleri J Med Sci, 2005;25: 546-550.

Pelegirino NR, Tanni SE, Amaral RA, Angeleli AY, Correa C, Godoy I. Effects of active smoking on airway and systemic inflammation profiles in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med Sci, 2013 Jun;345(6): 440-5.

Pelkonen M, Notkola IL, Tukiainen H, Tervahauta M, Tuomilehto J, Nissinen A. Smoking cessation, decline in pulmonary function and total mortality: a 30 year follow up study among the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. Thorax, 2001;56: 703–707.

Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, Prochaska JO ve ark. Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. Addictive Behavior, 2001;26: 551-557.

Prochaska JO ve DiClemente CC. Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model. J Consult Clin Psychol, 1983;51: 390-5.

Prochaska JO ve Velicer WF. Thetranstheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 1997;12(1): 38-48.

Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, Burden V ve ark. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. Prev Med, 2008;46(3): 226–31.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC In Search of how of people change; application to addictive behaviors. American Psychologist, 1992;47(9): 1102-1114.

Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychol, 1993;12(5): 399–405.

Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;5: 390-395.

Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addict Behav*, 1992;17: 35-45.

Prochaska JO, Redding CA, Harlow LL, Rossi JS, Velicer WF. The Transtheoretical Model and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 1994;21: 471-86.

Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1988;56: 520-8.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*, 1994;13(1): 39-46.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Marcus BH ve ark. Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 1994;13(1): 39-46.

Prochaska JO, Velicer WF, Guadagnoli E, Rossi JS, DiClemente CC. Patterns of change: dynamicity policy applied to smoking cessation. *Multivariate Behav Res*, 1991;26: 83-107.

Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 1994;13: 47-51.

Prochaska OJ, Velicer F.W. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change, *American Journal of Health Promotion*, 1997;12: 38-48.

Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ ve ark. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007 Sep;176 (6): 532-5.

Redding CA, Rossi SJ, Rossi RS, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 2000;3(Special Issue): 180-193.

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008; Issue 1. Art. No.:CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.

Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi, 2005;6(2): 151-158.

Salepçi BM, Havan A, Fidan A, Kırıl N, Saraç G. Sigara Bırakma Polikliniğinin KOAH ve Küçük Hava Yolu Hastalığının Erken Tespitine Katkısı. Solunum 2013;15(2): 100-104.

Samurkaşoğlu B. Epidemiyoloji ve risk faktörleri. In: Saryal SB ve Acıcan T, editörs. Güncel bilgiler ışığında kronik Obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 2003, 9-19.

Saryal SB. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı fizyopatolojisi. In: Umut S ve erdinç E, editörs. Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Bursa, Türk Torak derneği yayınları, Gelenos yayıncılık, 2008, 60-70.

Scanlon PD, Connet JE, Waller LA et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease: The Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med, 2000;161: 381-390.

Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. Thorax, 2006;61: 1043-7.

Sharifirad GR, Eslami AA, Charkazi A, Mostafavi F, Shahnazi H. The effect of individual counseling, line follow-up, and free nicotine replacement therapy on smoking cessation in the samples of Iranian smokers: Examination of transtheoretical model. Journal of Research in Medical Sciences, 2012 December;1128-1136.

Shirazi KK, Niknami S, Wallace L, Hidarnia A ve ark. Changes in self-efficacy and decisional balance following an intervention to increase consumption of calcium-rich foods. Social Behavior and Personality, 2006;34(8): 1007-1016.

Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006; 54(1): 43-50.

Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. Health Promot Pract, 2006;7(4): 428-443.

Stages by processes of change. http://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model. ET: 08.12.2017

Suh ES, Mandal S, Hart N. Admission prevention in COPD: non-pharmacological management. BMC Medicine, 2013 Nov 20;11: 247.

Süerdem M ve Çalıkoğlu M. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı. In: Dalar L, Süerdem M, Öztürk C ve Saygı A, editörs. Tıp eğitiminde Göğüs hastalıkları, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul tıp kitapevi, 2015, 173-176.

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Edit: Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Ankara, 2004.

Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S ve ark. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. Lancet 2001;357: 1571–1575.

Tatlıcıoğlu T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve Geleceği. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2007;55(3): 303-318.

Tertemiz KC, Kömüş N, Ellidokuz H, Sevinç C, Çımrın AH. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Tüberk Toraks, 2012;60(2): 114-122.

The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever) <http://www.who.int/whr/2008/en/> ET: 01.08.2015.

Toljamo T, Kaukonen M, Nieminen P, Kinnula VL. Early detection of COPD combined with individualized counselling for smoking cessation. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2010; 28: 41–46.

Ulaşlı SS ve Günay E. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. Yaşlılarda Solunumsal Sorunlar ve Öneriler. Edit: Altındış M. 1.Baskı, İstanbul tıp kitapevi, İstanbul, 2013, 123-130.

Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004;52(2): 115-121.

van der Meer RM, Wagena E, Ostelo RWJG, Jacobs AJE, van Schayck OP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library* 2003;2: CD002999

van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;(8): CD010744

Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brendenburg N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985;48(5): 1279-1289.

Velicer WF, DiClemente CC, Rossi JS, Prochaska JO. Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 1990;15: 271-83.

Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behaviorchange. *Homeostasis*, 1998;38: 216-233.

Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS ve ark. Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 2000;40: 174-195.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. *Akademi Basın ve Yayıncılık*, 2. Baskı, İstanbul, 2012, 21-62.

Walters JA, Courtney-Pratt H, Cameron-Tucker H, Nelson M ve ark. Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. *Aust J Prim Health*, 2012;18(1):74-9.

WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. 2008, The MPOWER package. URL: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html> ET:03.08.2015.

WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>. ET: 07.04.2016

Willemse B, Lesman-Leegte I, Timens W, Postma D, Hacken N. High Cessation Rates of Cigarette Smoking in Subjects With and Without COPD. *Chest*, 2005 November;128(5).

Wilson JS, Fitzsimons D, Bradbury I, Elborn JS. Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 2008 Apr; 45(4): 508-517.

Yıldırım N. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı patogenezi. In: Umut S ve erdinç E, editörs. Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1. Baskı, Bursa, Türk Torak derneği yayınları, Gelenos yayıncılık, 2008, 36-53.

8.EKLER

EK-1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi

Veri Formu

Telefon No:

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:.....

3.Cinsiyetiniz

a. Kadın

b. Erkek

4. En son hangi okulu bitirdiniz?

a. Okur-yazar

b. İlkokul mezunu

c. Ortaokul mezunu

d. Lise mezunu

e. Üniversite ve üzeri

5. Medeni durumunuz:

a. Evli

b. Bekar

c. Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

6. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() Çok Kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

8. Son bir yıl içinde KOAH ve buna bağlı problemler nedeniyle kaç kez hastaneye başvurdunuz?

a.

9. Sigaraya başlama yaşıınız nedir?

10. Günlük içilen sigara sayısı nedir?

() ≤ 10 () 11-20 () 21-30 () ≥ 31

11. Sigara bırakmayı hiç denediniz mi?

() Evet

() Hayır

12. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı kaç kez denediniz?

() Hiç denemedim () Bir kez denedim () İki ya da daha fazla denedim

EK-2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Lütfen, aşağıdaki soruları sigarayı kullandığınız döneme göre cevaplayınız

1. İlk sigarayı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika
- b. 6–30 dakika
- c. 31–60 dakika
- d. Bir saatten fazla

2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara
- b. Diğer herhangi biri

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 yada daha az
- b. 11–20 adet
- c. 21–30 adet
- d. 31 veya daha fazlası

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

EK-3 Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği *

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ *

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI): Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoretik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakmaya Etkisi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar vererseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde hastaya uygulanacak rutin tedavi, testler, ondan alınacak kan vb materyaller ayrıntılı, hastanın anlayabileceği ve teknik terimlerden uzak bir şekilde anlatılmalıdır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Kan örnekleri için açlık durumunda (aç karnına) olmanız gerekmektedir (su dışında başka hiçbir yiyecek ve içeceğin tüketilmemesi gerekmektedir). Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Araştırmada uygulanacak kan alma, EKG ve benzeri işlemler ayrıntılı olarak açıklanarak ve bu işlemler esnada hastanın hissedebileceği ağrı ve rahatsızlıklar belirtilmelidir.

CALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilirim bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışma doktoru ziyaretleri ve çalışmayla ilgili olan tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyici tarafından karşılanacak ve size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir. Ayrıca çalışmaya bağlı makul miktardaki yol gideriniz makbuzları gösterildiği takdirde karşılanacaktır.

Herhangi bir yan etki veya fiziksel zarar gelişirse hemen çalışma doktorunuzu gereken tıbbi tedavinin uygulanabilmesi için bilgilendiriniz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi (“Çalışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, etnik kökeniniz ayrıca Çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Çalışma destekleyicisi firma ile paylaşılan çalışma verileri size özel bir numara olan bir kod (“Kod”) numarası kullanımıyla korunacaktır. Sizin çalışma verilerinize ulaşmak için gerekli olan kod anahtarı çalışma doktorunuzun denetimindedir. Çalışma destekleyicisi firma düzenleyici otorite veya diğer denetim kurumları tarafından atanmış kişiler doktorunuz tarafından tutulan çalışma verilerinizi inceleyebilirler.

Doktorunuz çalışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Çalışma destekleyicisi firma; çalışmanın yürütülmesi, teşhis ve tıbbi yardım gereçlerinin geliştirilmesi için çalışma verilerinizi kullanabilir. Doktorunuzun çalıştığı kurum ve çalışma destekleyicisi firmanın her ikisi de yürürlükte olan veri koruma kanunları ile uyumlu olarak çalışma verilerinizin yönetiminden sorumludurlar.

Çalışma destekleyicisi firma çalışma verilerinizi, sadece yukarıda belirtilen amaçlarda kullanacak olan kendi grubundaki diğer şirketler, hizmet alınan kurumlar, anlaşmalı firmalar ve diğer araştırma kuruluşları ile paylaşabilir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuz ya da çalışma destekleyicisi firmadan, toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahipsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen gerekirse sizin çalışma destekleyicisi firma ile temasa geçmenize yardımcı olabilecek doktorunuzla görüşünüz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacak ya da diğer kişilerle paylaşamayacaktır. Çalışma destekleyici firma onayınızdan vazgeçmeden önceki çalışma verilerinizi kullanmaya devam edebilir.

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Figen Çavuşoğlu
Tel: 0505 984 7208

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR: Varsa açıklayınız

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Figen Çavuşoğlu

*** Açıklamalar hastanın anlayabileceği açıklıkta ve teknik terimlerden uzak bir şekilde belirtilmelidir.**



KOAH ve SİGARA



KOAH ve SİGARA
Öğr. Gör. Figen Çavuşoğlu

SAMSUN
2017

ÖNSÖZ

KOAH, tam geri dönüşümü olmayan fakat önlenabilir ve kısmen tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH dünya genelinde son yıllarda ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken, 2020 yılında üçüncü sırada yer alacağı düşünülmektedir. Türkiye'de ise ölüm nedenleri sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır.

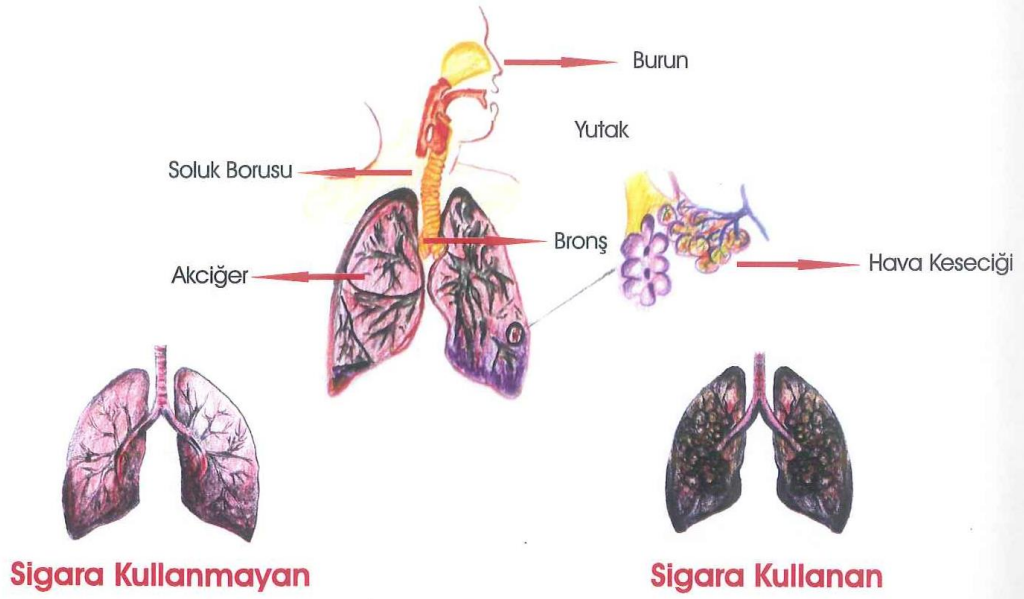
KOAH gelişimindeki risk faktörlerine bakıldığında %80-90 oranı ile en önemli sırayı sigaranın aldığı görülmektedir. Ancak KOAH hastası olup sigara içmeye devam eden hastaların sigara kullanımı ile KOAH ve hastalığın gidişatı üzerindeki etkisi konularında yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. KOAH'ın tedavisindeki en önemli yaklaşım da elbetteki sigarayı bırakmadır. Dolayısıyla hastalara öncelikle KOAH ve sigara arasındaki ilişki hakkında bilgi vermek ve sonrasında sigara bırakmaya ilişkin müdahale edici yaklaşımda bulunmak sağlık profesyonellerinin önemli bir rolüdür. Bu kitapçık KOAH hastalarına hastalık ve hastalığın sigara ile olan ilişkisi hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Konu ile ilgili sorularınız olursa lütfen bizimle paylaşın.

İÇİNDEKİLER

- 1- Akciğerlerin işlevi nedir?
- 2- KOAH nedir?
- 3- KOAH neden gelişir?
- 4- KOAH belirtileri nelerdir?
- 5- Sigara ve KOAH ilişkisi nedir?
- 6- Sigara bırakmanın KOAH üzerindeki etkileri nelerdir?

1.AKCIĞERLERİN İŞLEVİ NEDİR

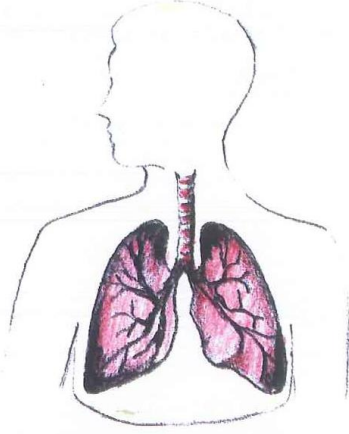
- Solunum sisteminde yer alan yapılar; burun,yutak,soluk borusu, akciğerler, bronş, bronşçuk ve alveollerdir. Burundan alınan hava bu yapılar aracılığı ile akciğerlere gelir
- Akciğerler soluk alıp verme işlemini gerçekleştirir.
- Solunan hava, akciğerlerin en küçük bölümü olan hava keselerine gelir
- Solunan hava içinde bulunan oksijen, bu hava keselerinde bulunan karbondioksit ile yer değiştirir. Böylelikle tüm vücudun oksijen ihtiyacı akciğerler ile karşılanırken oluşan karbondioksit de uzaklaştırılmış olur



2.KOAH NEDİR?

Soluduğumuz havada bulunan tütün dumanı ve kirliliğin zararlı parçacık ve gazlarının solunmasıyla hava yollarında ve akciğerlerde mikrobik etkiye bağlı olmayan kronik iltihabi durumun oluşması ile birlikte bu iltihabi olayın ilerleyici olması ve sonucunda da hava yolunun sürekli olarak daha da daralmasına yol açan önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

KOAH ilerleyici bir şekilde hava yollarını tıkar ve soluk alıp vermeyi güç hale getirir. Her geçen gün daha da kötüye gider ve böylece giderek vücudun oksijenlenmesi azalır.



3.KOAH NEDEN GELİŞİR?

- Risk faktörleri: sigara ve diğer tütün ürünleri pipo, puro, nargile gibi, mesleki ortam (maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü(sürekli egzoz gazları alımı)ve odun/kağıt üretiminde çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği gibi meslekler nedeniyle toz, duman ve zararlı gazlara maruz kalmak), pasif sigara içiciliği, hava kirliliği, kapalı alanda yakılan odun kömür tezek gibi organik yakıtlarının dumanları, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, cinsiyet ve düşük sosyo-ekonomik durum, beslenme yetersizliği ve alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir.

En önemli risk faktörü sigaradır. Sigaranın KOAH oluşmasındaki rolü %80-90'dır.

Sigara kullananların %15-20'sinde KOAH gelişmektedir.



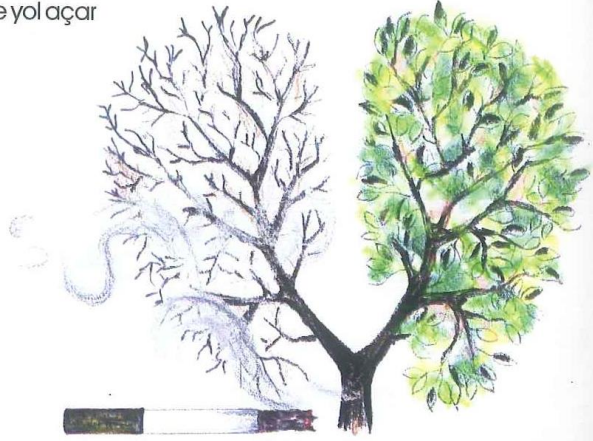
4.KOAH BELİRTİLERİ NELERDİR?

- Nefes darlığı, özellikle hareket sırasında daha da artar özellikle
- Müzmin öksürük,
- Balgam
- Hişiltılı solunum (Ulaşlı, Günay, 2013).



5.SİGARA VE KOAH İLİŞKİSİ

- En önemli nedeni başta SİGARA olmak üzere tütün ürünleri kullanımı
- Sigara içenlerin KOAH olma olasılığı içmeyenlere göre 6 KAT daha Fazla (Johannessen ve ark., 2005)
- Sigara kullanımına bağlı hava yolu kalınlaşır ve iltihapla kaplanır
- Daralan hava yolu normalden daha fazla salgı salgılar
- Hava yolları gittikçe daha fazla daraldığı için hava yollarının etrafındaki kaslar kasılır
- Zamanla hava yolları elastikiyetini kaybeder ve tam olarak boşalamaz
- Zarar gören hava yolları nefes verirken çöker
- Hava keselerinin içinde ve kanda daha az oksijen yer alır
- Kandaki daha az oksijen zayıflık ve bitkinliğe yol açar



İŞTE SİGARANIN AKCİĞERE YAPTIKLARI! SONUÇ ORTADA.

KOAH



Sigara bronşlarımızı ve hava keseciklerimizi tıpkı bir soba borusunun kurumla tıkanması gibi tıkar. Sonucunda KOAH gelişir ve sigara içme devam ettiği sürece tıkanıklık daha da artar. Sonuç ne yazık ki geri püsküren bir sobadan daha kötü olacaktır!



Sağlıklı

KOAH



Hava kesecikleri ve bronşlarımız



Keşke akciğerinizi fırça ile temizleme şansımız olsaydı



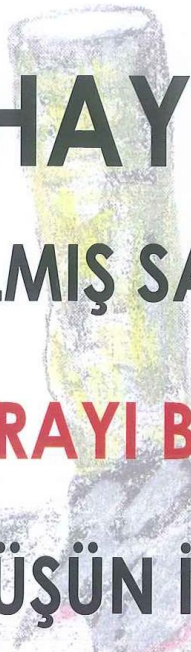
6. SİGARA BIRAKMANIN KOAH ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ NELERDİR?

Sigarayı bırakmak, KOAH'ın kötüye gidişini yavaşlatmanın en iyi yolu

Eğer sigarayı bırakırsan;

- Akciğer kanseri ve kalp hastalıkları gibi diğer ciddi hastalıkların ortaya çıkmasını azaltacaksın
- 24 saat içinde kalp krizi riski azalır
- 72 saatte nefes alıp vermek kolaylaşır, nefes darlığı, öksürük ve daralma azalır
- 2-3 haftada akciğer fonksiyonları gelişir
- 3 ayda akciğer kapasitesi %30 artar





HAYDİ!
GEÇ KALMIŞ SAYILMAZSIN.
ŞİMDİ SİGARAYI BIRAKABİLİRSİN.
BİR DÜŞÜN İSTERSEN!
BİRLİKTE BU YOLA ÇIKABİLİRİZ. YALNIZ DEĞİLSİN

KAYNAKLAR

1. Abul Y., Özlü T. (2013). Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi. Göğüs Hastalıkları serisi, 1(1): 7-12.
2. Olgun, N., Aslan, F.E. ve Çil A. (). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. (Ed. A. Karadakovan ve F.E. Aslan). Nobel kitapevi, özgür matbaacılık, Adana. (s.433-435).
3. Erdinç E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-2-ppt-pdf/Erturk_Erdinc.pdf. Son erişim tarihi: 10 Mart 2016.
4. Ulaşlı S.S., Günay E., 2013. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. Yaşlılarda Solunumsal Sorunlar ve Öneriler. Edit: Altındış M., I. Baskı, İstanbul tıp kitapevi, s:123-130, İstanbul.
5. Johannessen ve ark., 2005. Incidence of GOLD-defined chronic obstructive pulmonary disease in a general adult population. Int J Tuberc Lung Dis, 9:926-932.
6. Türk Toraks Derneği KOAH çalışma grubu. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Hasta Eğitim Slayt Seti, Ekim 2014. http://gard.org.tr/Dosya/TTD_KOAH_Hasta_Egitim_Seti.ppt. Erişim Tarihi: 10 Mart 2016.
7. Ferrara F, Wittenberg S, Ryan J, Nemtsova Y, Raio R. 2005. A Patient self-care guide for the management: COPD Visiting Nurse Service Of New York COPD Handbook. http://www.vnsny.org/system/assets/0000/0475/COPD_PatientCareGuide.original.pdf?122531335 Erişim Tarihi: 11 Mart 2016.
8. İstanbul Üniversitesi Temel ve klinik bilgiler ders kitapları akciğer hastalıkları. Solunum sisteminin gelişimi ve yapısal özellikleri. Edit. Arseven O., Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2002. s.1-21

EK-5 Transteoretik Model Ölçeklerinin Kullanım İzni



1174 Kingstown Road
Unit 101
South Kingstown, RI 02879
p. 401.360.2980
f. 401.360.2983
info@prochange.com

James O. Prochaska, Ph.D. - Founder
Janice M. Prochaska, Ph. D. - President & CEO

May 21, 2014

Janice M. Prochaska, PhD
President & CEO
Pro-Change Behavior Systems, Inc.
1174 Kingstown Road, Unit 101
South Kingstown, RI 02879

Dear Dr. Prochaska:

I am writing to assure you that I will be using Pro-Change measures for research purposes only. I understand that these measures are proprietary, and I will not disclose their contents to people outside the research team. I also accept responsibility for ensuring that no one on the research team or other staff members will use the measures for purposes other than research or disclose their content to persons outside of the team. The measures I will be using are my doctorate thesis ; they will be used for research on smoking cessation at smoking patient with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). My use of these measures will begin on _October 2014_(start date) and end on October 2015 (end date).

In research publications referring to these measures, the research team and I will use the appropriate citation provided by Pro-Change for the proprietary measures. The measures will be referred to in a general sense, and actual items included in the measures will not be published in any way.

I acknowledge and agree that the unauthorized disclosure of the measures by me or by any member of my research team will result in irreparable harm to Pro-Change for which there will be no remedy at law. In such event, Pro-Change will be entitled to obtain injunctive relief in addition to any other remedies available at law or in equity.

I further agree that any and all data gathered through my research in connection with the use of the measures will be made available to Pro-Change Behavior Systems, Inc. for its use.

1/✓

EK-6 Etik Kurul ve İzin Belgeleri



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1184 ~

04.09.2014

Sayın : Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz/ **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoretik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakmaya Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2014/ 773 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 03.09.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yrd

**SAMSUN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİNE**

İlgi: 19.09.2014 tarihli ve 5762 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi Figen ÇAVUŞOĞLU tarafından "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoritik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi" konulu ilgili anket çalışmalarını hastanenizde yapması uygun görülmüş olup;

Araştırmanın Birliğimize bağlı sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasına izin verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

İbrahim KÜÇÜK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Tarama_20140923154421
- 2- Öğr.Gör.Figen ÇAVUŞOĞLU'nun ekleri 001
- 3- Öğr.Gör.Figen ÇAVUŞOĞLU'nun ekleri 002

Eğitim Hizmetleri Adalet Mh. 100. Yıl Bul. No:232 İlkadım/SAMSUN
A★ tılı bilgi için: MURAT KAPLAN Tel: 311 2500 / 1508 Faks: 0362 3112528

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dae9c124-5711-420b-9501-30833746aea0 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-7 Araştırmacının Özgeçmişi

Adı Soyadı:	FİGEN ÇAVUŞOĞLU
Doğum Yeri:	TERME/SAMSUN
Doğum Tarihi:	15.06.1979
Uyruğu:	T.C.
Adresi:	ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ATAĞUM/SAMSUN
Telefon:	03623121919-6359
Fax:	03624576926
E-Posta:	figencavusoglu55@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE/ENSTİTÜ	ÖĞRENİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2002
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2009

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV YILI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Samsun	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi	2010- (devam ediyor)
Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi	Samsun	Hastane	Hemşire	1999-2010
Develet Hastanesi	Rize	Acil Servis	Hemşire	1998-1999

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Hemşirelik, Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayımlanan makaleler

Avcı İA, Özcan A, Altay B, **Çavuşoğlu F.** (2008). The Problems Encountered by Midwives During Breast Self-Examination Training. *European Journal Of Oncology Nursing* 12(4): 329-33.

Çaloğlu A, Avcı İA, **Çavuloğlu F.** (2017). Experiences of caregivers with spouses receiving chemotherapy for colorectal cancer and their expectations from nursing services. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 4 (2): 173-179. DOI:10.4103/apjon.apjon_11_17

Diğer dergilerde yayımlanan makaleler

Çavuşoğlu F, Bahar Z. (2010) Influence of Socioeconomic Factors and Family Social Support on Smoking and Alcohol Use among Health School Students, *International Journal of Caring Sciences* May-August Vol 3(2), 77-84.

Çavuşoğlu F, Bahar Z, Avcı İA. (2012). Smoking and substance abuse among nurses in Turkey. A systematic literature analysis. *Prog Health Sci* 2 (2): 161-166.

Altay B, **Çavuşoğlu F**, Güneştaş İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *DEUHFED* 8(1): 12-18.

Büyük TE, **Çavuşoğlu F**, Teker E. (2015). Sıfır Altı Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerin Tanılaması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 5 (3): 17-22.

Çavuşoğlu F, Altay B, Nuriyeva G, Öngör B. (2017). İlköğretim Öğrencilerinin Çevre Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 20(4): 253-258.

Altay B, **Çavuşoğlu F**, Çal A. (2016). The Factors Affecting The Perception of Elderly Patients Towards Health Quality of Life and Health Related Quality of Life. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(3): 181

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Çavuşoğlu F, Altay B. ve ark. (2011). Samsun Sağlık Yüksekokulu Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Transkültürel Hemşirelik Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, 10. Ulusal-Uluslararası

arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildiri. Gaziantep
Altay B, Çavuşoğlu F. ve ark. (2011). Öğrenci Gözüyle Yaşlı ve Yaşlılığa Bakış. 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildiri Gaziantep
Çavuşoğlu F , Altay B, Gümüş K. (2011). Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Transkültürel Hemşirelik Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi Poster Bildiri. İzmir
Çavuşoğlu F , Altay B. (2011). Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Poster Bildiri. Trabzon
Altay B, Çavuşoğlu F. (2011). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Poster Bildiri. Trabzon
Altay B, Çavuşoğlu F , Güneştaş İ. (2011). Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığı Algılama Durumları ve Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Poster Bildiri. Şanlıurfa
Çavuşoğlu F , Altay B, Nuriyeva G. (2015). İlköğretim Öğrencilerinin Çevresel Tutum ve Çevre Bilgisinin İncelenmesi . 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri-İzmir
Avcı İA, Çavuşoğlu F , Karaoğlanoğlu Ö. (2015). Kolorektal Kanseri Hastalarda Evde Bakım. 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri-İzmir
Çaloğlu A, Çavuşoğlu F , Avcı İA. (2015). Kemoterapi Alan Kolorektal Kanseri Hastaya Bakım Veren Eşlerin Bakım Deneyimleri ve Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri. 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. Sözel Bildiri-İzmir
Çavuşoğlu F , Avcı İA, Karaoğlanoğlu Ö. (2015). Effect on Colorectal Cancer Patients' Anxiety Levels of Planned Following at Home. The ESMO 17th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Poster Bildiri-Barcelona

ALANA İLİŞKİN KİTAP YA DA KİTAP BÖLÜMÜ YAZARLIĞI

[Çavuşoğlu F](#), Beşer A, Kılınç O. (2017). Sigara Kullanan Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında Model Temelli Evde Bakım Uygulamaları. Evde Bakım. Akademi Basın, 1. Baskı, İstanbul.

Çavuşoğlu F, Beşer A, Kılınç O. (2017). KOAH ve Sigara. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yayınları, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Matbaası, I. Baskı, Samsun

GÖREV ALDIĞI PROJELER

Kemoterapi alan kolorektal kanserli hastalarda üç bileşenli hasta bakım yönetim programı HEWET'in etkinliğinin değerlendirilmesi, Proje No:114S001, 13001-Tübitak-Başlangıç AR-GE projesi, Proje Görevi: Bursiyer, 15/05/2014-25/05/2016 .
Hayatımız Roman Projesi, TRH4.1.ISEDP/P-03/1117, Dezavantajlı Kişilerin Sosyal Entegrasyonu ile İstihdam Edilebilirliklerinin Gelişmesi Hibe Programı, Proje Görevi: Eğitici, 01/11/2016-31/10/2017 .
People First-Interventions Supporting Life Quality Of Persons With Dementia (5ECTS). Avrupa Birliği Yaşam boyu öğrenme programı, Proje Görevi: Kursiyer, 31/03/2014-11/04/2014 , Nyiregyhaza, Macaristan



EK-8 Tezden Yapılan Yayınlar



Konuşmalar ve Bildiriler Kitabı

(Genişletilmiş İkinci Baskı)

Sağlık İletişimi Sempozyumu (SiS-2015),
Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesinde
5-6 Kasım 2015 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

<http://saglikiletisimi.wix.com/saglik>

e- mail:
sisempozyum@gmail.com

Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi
Yunus Emre Kampüsü
ESKİŞEHİR

e-Kitap

ISBN

978-605-83703-0-2

Copyright © 2016

Bu kitaptan alıntı yaparken aşağıdaki referans örneğini kullanabilirsiniz:

Orhon, E. N. (2016). İletişim Teknolojileri ve Sağlık: Güvenli Bir Birliktelik mi?, Sağlık İletişimi Sempozyumu (5-6 Kasım 2015) Bildiri e-Kitabı, ss.251–254. Pdf dosyası, CD.

*Bu e-kitabın bütün hakları Sağlık İletişimi Sempozyumu Organizasyon Komitesine
(Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi'ne) aittir.
Yayıncının yazılı izni olmadan kitabın tamamı veya bir kısmı kopyalanamaz.*

*Yayıncıların bu e-kitaptaki bildirilerin içeriğiyle ilgili bir sorumlulukları bulunmamaktadır.
Bildiri metinleri ilgili bildirinin yazar/yazarları tarafından kaleme alınmıştır
ve yayıncıya teslim edilmiştir. Bildirilerin yazarları bildirilerindeki içerikten ve
varsa telif hakları sorunu taşıyan materyallerden hukuken sorumludur.*

Öğr. Gör. Figen Çavuşoğlu, Prof. Dr. Ayşe Beşer, Prof. Dr. Oğuz Kılınç Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun , Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Tütün Bağımlılıklarına Dokunabilmek	153-163
Yard. Doç. Dr. Gülten Uçan, Öğr. Gör. Dr. Selda İldan Çalım Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Manisa Sağlık İletişimi Alanında Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Rol Ve Fonksiyonları	164

SİS 2015, OTURUM 6 / BİLDİRİ SUNUMU

Doç. Dr. Elif Dikmetaş Yardan, Uzm. Nurcan Coşkun Us, Doç. Dr. Türker Yardan Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun Göçmen Hastalar İle Aile Hekimliği Personeli Arasındaki İletişim	165-171
Araş. Gör. Hakan Altınpulluk, Prof. Dr. Gülsün Eby Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir Bipolar Bireylere Yönelik Farkındalık Oluşturmak İçin Etkileşimli 3 Boyutlu Artırılmış Gerçeklik Kitabı Tasarımı	172-178
Aliye Özenoğlu, Kamıl Alakuş, Aynur Arslan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Y.O. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü, Samsun Üniversite Öğrencilerinin Engellilere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler Ve Yaşam Doyumu İle İlişkisi	179-180
Adile Acar Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, Ankara Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporlarının Sağlık İletişimine Etkisi	181-187
Prof. Dr. Sema Becerikli Ankara Üniversitesi, Ankara İletişim Süreçlerinde Damgalama: Medya ve Kişilerarası İletişim Düzlemleri Üzerine Bir Özdüşünüm Çalışması	188

SİS 2015, OTURUM 7 / BİLDİRİ SUNUMU

Prof. Dr. Süleyman Karaçor Selçuk Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Konya Sağlığı Geliştirme Amaçlı Sağlık İletişimi Kampanyalarına Bakış	189-201
Yard. Doç. Dr. Zübeyde Süllü, Araş. Gör. Meryem Salar Kastamonu Üniversitesi İletişim Fakültesi, Kastamonu Sağlık Kurumlarının İletişim Sürecinde Risk Yönetimi ve Risk İletişimi	202-209
Prof. Dr. Ayla Okay İstanbul Üniversitesi, İletişim Fakültesi, İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Kampanyaları	210-216
Uzm. Rabia Onur Cansız, Sühan Yıldız Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler, Basın ve İletişim Birimi, Ankara Hastane Basın İletişim Birimlerinin Sağlık İletişiminde Halkla İlişkileri Gerçekleştirmedeki Rolü: Ankara Örneği	217-224
Nilüfer Çeken İslam, Fulya Güngör, Zeynep Özge Kalyoncu Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Kırklareli, Plato MYO, İstanbul Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Türkiye'deki Kısıtlamaların İncelenmesi	225-240

TÜTÜN BAĞIMLILIKLARINA DOKUNABİLMEK

Öğr. Gör. Figen ÇAVUŞOĞLU
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
figen.cavusoglu@omu.edu.tr

Prof. Dr. Ayşe BEŞER
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
aysebeser@ku.edu.tr

Prof. Dr. Oğuz KILINÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
oguz.kilinc@deu.edu.tr

Figen ÇAVUŞOĞLU, 1979 Terme doğumludur. 2002 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik bölümünden mezun olmuş yüksek lisans eğitimine de aynı üniversitede Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında devam etmiştir (2009). Doktora eğitimine ise (2011) Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında başlamış, halen devam etmektedir. 1998 yılında başlayan hemşirelik hayatı 2010 yılına kadar devam etmiştir. 2010 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde Öğretim Görevlisi olarak akademik hayata adım atmış olup halen aynı yerde görev yapmaktadır.

Ayşe BEŞER, 1964 doğumludur. 1986 da Hacettepe Üniversitesi hemşirelik yüksekokulunu bitirmiş olup yüksek lisans eğitimini önce Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği alanında (1993) ardından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik alanında (1995) yapmıştır. Doktora eğitimini ise Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında tamamlamıştır. 1986 yılında başladığı hemşirelik mesleğini 6 yıl yaptıktan sonra araştırma görevlisi olarak akademik hayata atılmış, sonunda Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 2014 yılında profesörlük ünvanını almıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki görev süresince Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı başkanlığı ve dekan yardımcılığı görevlerini üstlenmiştir. Yurt içi ve yurt dışı çeşitli dergilerde hakemliği ve editörlüğü bulunmaktadır. Şu anda emekli olup akademik hayatına Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda devam etmektedir.

Oğuz KILINÇ, 1965 doğumludur. 1988 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olup İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Dalı'nda uzmanlığını yapmıştır (1992). Uzmanlığının ardından akademik hayatına Dokuz Eylül Üniversitesi'nde başlamış ve 2009 yılında profesör ünvanını almıştır. Çalışma hayatı boyunca Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekim Yardımcılığı ve Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Bilim Dalı Başkanlığı görevlerini üstlenmiştir. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki başkanlık görevi devam etmektedir. Yurt içi ve yurt dışı çeşitli dergilerde hakemliği bulunmaktadır.

Özet

Tütün bağımlılığı kronik bir süreçtir. Bu nedenle uzun süreli bir tedaviyi gerektirir. Sigara içenlerin çok az bir kısmı ilk denemede sigarayı bırakabilirken, birçoğunda birbirini izleyen tekrarlar ve iyileşmelerle izleyen bir süreç görülmektedir. Bağımlılık tedavisinde model kullanımı önemli bir yer tutmaktadır. Bu amaçla sıklıkla kullanılan modellerden birisi Transteoretik Model'dir (TTM). Transteoretik modelde girişimler ihtiyaçlar doğrultusunda bireysel olarak planlanmaktadır. Model evrelere temellidir ve davranış değişiminin kesintisiz bir süreç olmadığını fakat bir dizi niteliksel farklı aşamalar aracılığı ile meydana geldiğini belirtir. Düşünme, düşünme, niyet, hazırlık, hareket, devam ettirme evrelerinden oluşur.

Tütün bağımlılığının tedavisinde TTM kullanılırken hastayla yapılan görüşmelerde motivasyonu arttırmada motivasyonel görüşme tekniği kullanılmalıdır. Motivasyonel görüşme sağlıklı davranış yönünde değişimi sağlamak açısından etkili bir iletişim tekniği olup danışanların zıt duygu durumlarını keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak, davranış değişikliğini oluşturmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.

Bağımlı bireyle ilk görüşme sırasında transteoretik modelde yer alan değişim evresi belirlenmelidir. Ardından içinde bulunduğu değişim evresinin özelliğine göre motivasyonel görüşmenin esasları göz önüne alınarak görüşmeler planlanmalıdır. Birey düşünmeme evresindeyse 5R yaklaşımı uygulanırken, düşünme evresinde ise 5A yaklaşımı önerilmektedir. Hazırlık evresindeki ilk yapılacak şey “bırakma günü’nün” belirlenmesidir. Burada bireyin sigara kullanma şekli ve içmesini tetikleyen faktörlere yönelik farkındalığını arttırmak önemlidir. Hareket evresi, relapsların en sık yaşandığı evre olup yeniden başlamayı önlemek için motivasyonu sürdürme ve başarıyı ödüllendirmeye yönelik davranışlar önemlidir.

Transteoretik modelin değişim evreleri arasındaki geçiş dairesel bir döngü şeklindedir. Niükslerin yaşandığı anda istendik olan, içicilerin bu döngü içinde kalmaları ve bırakmayı yeniden denemeleridir. Tütün bağımlılığının tedavisinde istendik olan doğru yaklaşım ve doğru iletişim şekliyle bireye destek olabilmektir.

Anahtar Kelime: Sigara bırakma, transteoretik model, motivasyonel görüşme, sigara kullanımı

TÜTÜN BAĞIMLILIKLARINA DOKUNABİLMEK

GİRİŞ

Sigara içmek dünyada her yıl yaklaşık olarak beş milyon insanın ölümüne yol açan global bir sağlık sorunudur (WHO, 2002). Günümüzdeki sigara içme durumu göz önünde bulundurulduğunda 2020 yılında bu ölümlerin yaklaşık 10 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (WHO, 2002). Ülkemizdeki verilere bakıldığında sigara kullanım oranlarının %23.8 olduğu görülürken bunun %37.3’ünü erkekler, %10.7’sini kadınlar oluşturmaktadır. Geçmiş yıllara göre dağılımına bakıldığında sigara kullanma eğiliminin düşüş göstermekte olduğu görülmektedir. İlk kez tütün kullanma yaşına bakıldığında ise 15-19 yaş aralığında çoğunlukta olduğu dikkat çekmektedir (Sağlık istatistikleri yaylığı, 2013). Bu veriler durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır.

Sigara bağımlılığı kronik bir süreçtir. Buna bağlı olarak da uzun süreli ve sürekli bir tedaviyi gerektirir. Sigara içenlerin çok az bir kısmı ilk denemede sigarayı bırakırken, birçoğunda tekrarlayan yeniden başlamalar ve bırakmalarla izleyen bir süreç şeklinde görülmektedir. Ancak bireyin yeniden sigara içmeye başlaması hiçbir zaman başarısızlık olarak görülmemeli ve motivasyonu kırılmamalıdır. Sigara içenlerin %70’i sigarayı bırakmak isterken bunların sadece yaklaşık %46’sının sigarayı bırakmayı denediği bilinmektedir (Demir, 2008).

Sigara bağımlılığı güçlü bir bağımlılıktır. Bu bağımlılığın nasıl tedavi edileceğini ortaya koymadan önce bağımlılığın nasıl ortaya çıktığını vurgulamak gerekmektedir. Sigara kullanımında bireyin içme isteğini engelleyemediği, düzenli kullanım durumu kompulsif kullanım olarak adlandırılmaktadır. Kompulsif sigara kullanımı edimsel ve klasik şartlanma ile ilgili süreçlere temellenmektedir. Edimsel şartlanma, “ödül getiren davranışın tekrarlanması sıklığının artması” anlamına gelmektedir. Sigaranın içilmesiyle, nikotin ödül gibi gelen davranış değişikliğine yol açar, böylece birey içme davranışını sürekli olarak tekrarlama eğilimi gösterir. Ödül getiren bu davranışa eşlik eden uyarılar ve çeşitli olaylar da zamanla ödül habercisi uyarılar olarak işlev görür ve bu uyarıların görülmesiyle beraber ödül beklentisi ile sigara kullanma davranışının sıklığı artar. Klasik şartlanmada ise sigara içimi doğal uyarın, nikotine bağlı etkiler de doğal tepkilerdir. Doğal uyarana eşlik eden çay, kahve, alkol, stres,

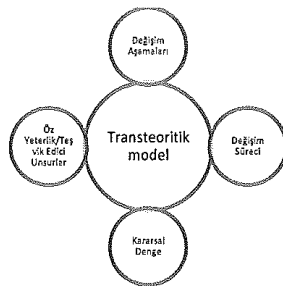
masa üzerinde paket görme gibi uyaranlar sigara içiminden bağımsız olarak tek başına oldukları durumlarda dahi doğal uyaranın kendisini hatırlatır. Bu şartlanma süreçleri sigara içme isteğini sürekli olarak hatırlatır. Bilinç dışı yaşanan bu süreç sigara bırakma davranışını daha zor bir süreç haline getirmektedir. Etkili bir bırakma tedavisi ancak bu şartlanmaların yok edilmesi ile mümkün olabilmektedir (Pazarlı, 2011).

Bağımlılık tedavisinde çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bunlardan biri model kullanımıdır. Tedavide model kullanımı bakımın amacı, sistematik, kontrollü ve etkili olmasını sağlamakla birlikte ortak dilde konuşmaya fırsat sağlamaktır (Velioğlu, 2012). Sigara içmek farklı davranışsal bileşenlerden oluşan kompleks bir süreç olduğu için sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılan teoriler de bu davranışsal bileşenleri göz önüne alır (Pazarlı, 2011). Sigara bırakma davranışını etkili bir şekilde yönetebilmek için davranış değişimine odaklı modellerden faydalanmak gerekmektedir. Günümüzde sağlığı iyileştirmeye yönelik birçok davranış değişikliği için geçerli olan ve sigara bırakma yaklaşımında da sıklıkla kullanılan modellerden biri Transteoretik Model'dir (TTM) (Pazarlı, 2011; Sarbandi ve ark., 2013).

Transteoretik model Psikolog James O. Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiş ve sigara bırakma gibi bağımlılık davranışının tedavisi ve psikoterapiden meydana çıkmış olup ilk olarak alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılmıştır (Prochaska, Diclemente, 1983). Model farklı aşamalarda bulunan bireyleri tanılamak ve bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılayacak girişimleri geliştirmek için tasarlanmıştır. Değişimi devam ettirme oranı diğer teorilere göre daha yüksek olup, bireylerin davranışa tekrar dönme olasılığı daha düşüktür (Velicer, 1998). Model davranış değişim evrelerine temelli teorilerden biri olup değişimin kesintisiz bir süreç olmadığını, niteliksel farklı aşamalar aracılığı ile meydana geldiğini belirtir. Buna bağlı olarak model, müdahalelerin bireyin mevcut evresine göre tasarlandığında çok daha etkili olacağını önerir (WHO, 2008). Transteoretik model insanların pozitif davranışları nasıl kazanacağı veya problemli davranışları nasıl düzeltebileceğini tanımlar (Cancer Prevention Research Center, 2014).

Transteoretik model; değişim aşamaları, değişim süreci, kararsal denge ve davranış değişimindeki öz yeterlik/teşvik edici unsurlar arasındaki ilişkileri tarif eder (Cancer Prevention Research Center, 2014; Redding ve ark., 2000).

Şekil 1. Transteoretik Modelin Değişkenleri



1. Değişim Aşamaları

Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Beş aşaması vardır.

a) **Düşünmeme (Precontemplation):** Birey sigara ile ilgili herhangi bir davranış değişikliği sürecinde olmayıp gelecek 6 ay için de sigara bırakmaya niyetli değildir. Bu aşamada birey sigara kullanımının yol açtığı olumsuzluklar hakkında yeterli bilgiye sahip değildir ve bu

konuyla ilgili bilgiyi almaktan çoğunlukla kaçınır ya da direnç gösterirler. Sigaranın hayatında yarattığı riskler yerine nikotinden kazanımlarını düşünme eğilimindedir. Bu evredeki içicilerin daha önce sigara bırakma ile ilgili çeşitli bırakma denemeleri olmuş olabilir. Önceki yaşamış olduğu bu deneyimlerini başarısızlık, yetersizlik, iradesizlik olarak yorumlar ve bu konuda kendine güveni yoktur. Davranış değişikliğinin olumlu yönleri hakkında düşünmeye teşvik edilmeli ve davranışlarının diğerleri üzerindeki negatif etkilerini hissetmeleri sağlanmalıdır (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014; Erol ve Erdoğan, 2007; Pazarlı, 2011).

b) Düşünme / Niyet (Contemplation): Bireyler gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi yani sigara bırakmayı ciddi olarak düşünürler. Bu dönemde sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri neredeyse eşittir. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçemezler. Sigara bırakmayı erteleten engeller hep ön plandadır. Bireyleri davranış değişikliğinin negatif yönlerini azaltmaya çalışmaları konusunda teşvik etmek gerekmektedir (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014; Pazarlı, 2011).

c) Hazırlık (Preparation): Bu aşamada bireyler gelecek 30 gün içinde eyleme geçme, sigarayı bırakmak niyetindedir. Davranışlarını değiştirme şeklini düşünürler ve bu yolda minör adımlar atabilirler (Jordan, 2005). Sigara ile ilgili olumsuz düşünceleri ağırlıktadır ve risklerin fazlasıyla farkındadır. Bireyler güvendikleri arkadaşlarından destek aramaya teşvik edilmelidir. Değişim planlarını insanlara söylerler ve sigarayı bıraktıkları zaman kendilerini nasıl hissedeceklerini düşünürler (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014).

d) Hareket (Action): Bireyler bir gün-altı ay arasında sigarayı bırakmış ise hareket aşamasında kabul edilir. Bireyler problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler. Ama bırakma süresi henüz altı aya ulaşmamıştır. Hareket aşaması TTM'in sadece beş aşamadan biridir. Bu nedenle tek başına davranış değişimini tanımlamaz. Örneğin, sigara sayısını azaltmak ya da düşük katranlı ve nikotinli sigara içmek, hareket olarak kabul edilir. Hareket aşaması aynı zamanda eski davranışa yeniden geri dönüşü önlemek, kazanılan davranışı pekiştirmek çabalarını gerektiren kritik bir aşama olarak kabul edilir (Prochaska ve Velicer, 1997).

e) Devam Ettirme (Maintenance): Bu aşama birey altı aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Birey sigara içme davranışını teşvik eden uyaranlardan daha az etkilenir ve değişimi devam ettirebileceklerine olan güvenleri artmıştır (Velicer ve ark., 1998; Pazarlı, 2011).

2. Değişim Süreci/Davranış Değiştirme Yöntemleri

Değişim süreci bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemli davranışlarını değiştirdiklerini anlamaya yardım eder (Prochaska ve ark., 1992; Prochaska ve Velicer 1997; Velicer ve ark., 2000). Davranış değiştirme yöntemlerinin her birisi değişimin aşamalarıyla ilişkilidir. Yöntem kullanımı düşünmeme aşamasında en azken, orta aşamalara (düşünme ve hazırlık) doğru artma eğiliminde olup hareket aşamasında ise en fazladır. Son aşama olan devam ettirme aşamasına gelindiğinde giderek azalmaktadır (Lenio, 2006).

Değişimi kolaylaştıran beş bilişsel, beş davranışsal 10 değişken bulunmuştur. Bilişsel olanlar bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkili faktörlerdir. Davranışsal süreçler ise bireyin değişim yolunda ilerlerken hangi davranışları seçtiklerini gösterir. Süreçler girişim programlarına önemli ölçüde rehberlik eder (Velicer ve ark., 2000).

3. Karar Alma (Decisional Balance)

TTM içerisindeki karar alma değişkeni 1977’de Janis ve Mann tarafından geliştirilmiştir ve davranış değişiminin yararlarına (pros) ve zararlarına (cons) verilen önemi ifade eder (Miller, Gillespie, Billion ve Davel, 2001).

Yararlar, davranış değişiminin pozitif yüzü veya değişimin faydaları (değişme sebepleri) iken zararlar davranış değişiminin negatif yüzünü yani değişim engellerini kapsamaktadır (değişmeme sebepleri) (Cancer Prevention Research Center, 2014; Prochaska, 1994). Hareket ve devam ettirme aşamasındaki kişiler bir davranışın, olumlu özelliklerini göz önüne alma eğilimindeyken, düşünmeme ve düşünme aşamasındakiler ise davranışın yararlarından çok zararlarını göz önünde bulundurma eğilimindedirler. Hazırlık aşamasındaki bireyler ise, davranışın yararlarının ve zararlarının dengede olduğu davranış eğilimi göstermektedir (Cancer Prevention Research Center, 2014; Spencer, 2006).

4. Öz Yeterlilik (Self-Efficacy)

Öz etkililik kavramı Bandura’nın sosyal öğrenme teorisinin bir bileşenidir ve kişinin özel bir davranışı uygulamadaki yeterliliğinde algıladığı güven olarak tanımlanır (Sharifirad, 2012). Transteoretik modelde yer alan öz etkililik bileşeni de Bandura’dan uyarlanmıştır ve bir davranışa direnç gösterme veya değişimi sağlamada başarılı olabileceğine inanan bireylerin derecesini ölçer (Jordan, 2005). DiClemente, Prochaska, and Gilbertini öz-etkililiğin bireylerin sigara bırakma başarısını artırdığını göstermiştir (DiClemente, Prochaska, ve Gilbertini, 1983).

Değişim evreleri ile Öz-yeterlilik arasındaki ilişkiye bakıldığında niyet öncesi dönemde en düşükken, niyet ve hazırlık evrelerinde yükselmeye başladığı, eylem evresinde de en yüksek seviyede olduğu görülmektedir (Jordan, 2005).

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarla transteoretik modelin sigara bırakmadaki etkinliği gösterilmiştir. Erol ve Erdoğan’ın adölesanlarla yaptıkları sigara bırakma çalışmasında Transteoretik model temelli motivasyonel görüşme yaklaşımı kullanılmış ve 3. Ay izlemde sigara bırakma oranı %18.3 iken, 6. Ayda bu oranın %33.3’e yükseldiği görülmüştür. Araştırmanın başında niyet evresinde olan adölesanların 6. ay izlemin sonunda %13.3’ünün eylem evresine geçtiği, başlangıçta hazırlık evresinde olanların ise %20’sinin eylem evresinde olduğu bulunmuştur (Erol, Erdoğan, 2008).

Transteoretik model kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada Sharifirad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Çalışmanın sonuçlarına göre 6 aylık takibin sonunda kontrol grubunda sigara bırakma oranı %3.3 iken tedavi grubunda %46 olduğu ve transteoretik modelin tüm bileşenlerinin anlamlı sonuçlar verdiği görülmektedir (Sharifirad, 2012). Aynı şekilde Koyun’un çalışmasında da yapılan müdahalenin ardından ilk görüşme ve son görüşme sonrasında transteoretik modelin değişim evrelerine göre hareket yönünde olumlu bir ilerlemenin olduğu, davranış değişiminin gerçekleştiği ve kontrol grubuna göre aradaki farkın da anlamlı olduğu görülmektedir. Sonuçlara bakıldığında müdahale grubunda ilk görüşmede transteoretik modelin değişim evrelerine göre kadınların %34.2’si düşünmeme, %34.2’si düşünme, %31.6’sı hazırlık evresinde iken; müdahale uygulanmasının ardından evreler arası olumlu yönde değişimin gerçekleştiği görülür. Son görüşmeden sonra yapılan ölçümlere göre kadınların %15.8’i düşünmeme, %39.5’i düşünme, %31.6’sı hazırlık, %13.2’si de hareket aşamasında olduğu bulunmuş, kontrol grubundaki kadınların ise ilk görüşmede %35.9’u düşünmeme, %35.9’u düşünme, %28.2’si hazırlık evresinde iken; son görüşmede kadınların %43.8’i düşünmeme, %33.3’ü düşünme, %23.1’i hazırlık evresinde olduğu, değişim yönünde bir gelişmenin olmadığı bulunmuştur (Koyun, 2013).

Transteoretik modelin değişim evrelerinden geçmeyi düşünmek, planlamak ve uygulamak çaba ve enerji gerektirir. Bu süreçte enerji ve çaba için gerekli olan şey motivasyondur. Burada motivasyonel görüşme niyet öncesi evreden sürdürme evresine kadar geçiş için gerekli olan çeşitli görevleri bireylerin başarmasına yardımcı olmak için kullanılır (Diclemente, Velasquez, 2002). Motivasyonel görüşme danışanların zıt duygu durumlarını keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak, davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Ögel, 2009). Bu teknik her bireyin potansiyel bir değişme gücüne sahip olduğu düşüncesiyle bireyin kendi kaynaklarını kullanarak davranış değiştirmesini amaçlar. Bu nedenle motivasyonel görüşme daha çok "birey odaklı" dır ve danışmanın otorite olduğu bir görüşmeden çok karşılıklı işbirliğine dayalı bir yaklaşımı ifade eder (Miller, Rollnick, 2002).

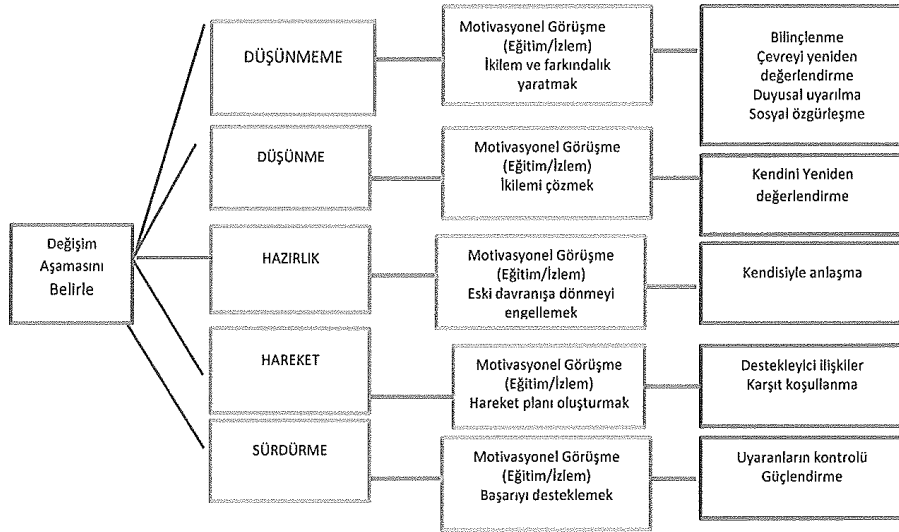
Motivasyonel görüşme dört temel prensibin uygulamasını kapsar. Bunlar; empati ifade etme, çelişki geliştirme, dirençle yuvarlanma ve öz yeterliliği desteklemedir. Motivasyonel görüşme süreci boyunca açık uçlu sorular, yansıtma dinleme, onaylayıcı ifadeler, özetleme ve değişim konuşmasını ortaya çıkarma gibi becerilerden faydalanılır (Miller, Rollnick, 2002). Motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada kısa tavsiyeler ya da genel uygulama standartlarına göre çok daha etkili olduğu Cochranerewievde de gösterilmektedir (Lai, Cahill, Tang, 2010). Başka bir Cochranerewiev çalışmasına göre de etkili sigara bırakma, doktorların tavsiyesini, hemşirelerin yapılandırılmış müdahalesini ve bireysel/grup danışmanlıklarını içermektedir denilmiştir (Lancaster, Stead, 2005).

Jalali ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada motivasyonel görüşmenin sigara bırakmadaki etkinliğini göstermektedir. Jalali ve arkadaşları cezaevinde kalan, sigara içen tutukluların sigara bırakmalarına yönelik bir girişim planlamışlar, buna göre de tutuklu bireylere motivasyonel görüşme temelli yaklaşım, MG ile beraber nikotin replasman tedavisi (NRT) ve kontrol grubu şeklinde üç ayrı modelde 120 günlük izlemi içeren bir müdahalede bulunmuşlardır. Sonuç olarak izlemlerin sonunda yalnız MG ve NRT ile beraber MG uygulanan iki grubun pre-test ve post-test ölçümlerinde soluk verme CO seviyelerinde, kontrol grubuna göre anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Sigara bırakmadaki etkinlik açısından bakıldığında NRT ile beraber MG yaklaşımının tek başına MG ve control grubuna göre çok daha etkili olduğu bulunmuştur (Jalali, Afshari, Babaei ve ark., 2008). Aynı şekilde Toljamo ve arkadaşlarının sigara kullanan kronik obstrüktif akciğer hastaları ile motivasyonel görüşmeler yaparak 2 yıl boyunca takip ettikleri hastaların da %23,3'ünün sigarayı bıraktığı görülmüştür (Toljamo, Kaukonen, Nieminen ve ark., 2010). Mujika ve arkadaşlarının toplamda 30 hemşire ile yaptığı çalışmada da bir gruba sigara bırakma ile kısa tavsiyelerde bulunulmuş diğer gruba da değişim evrelerine göre motivasyonel görüşmeler yapılmış. Sonuçta 15 kişilik müdahale grubundaki hemşirelerin 3. Ayın sonunda 6 tanesinin sigarayı bıraktığı buna karşın kontrol grubunda ise sadece 1 hemşirenin bıraktığı bulunmuştur (Mujika ve ark., 2014).

Transteoretik modelin değişim evrelerinin her birinde motivasyonel görüşmenin çeşitli becerileri kullanılarak bireyin değişim yönünde ilerlemesi sağlanmalıdır. Transteoretik modele temellendirilmiş sigara bırakma girişiminde bireyle ilk görüşmede yapılacak şey değişim evresini belirlemektir. Ardından, yapılacak müdahale evreye göre belirlenmelidir.

Değişim Evrelerine Göre Bireye Yaklaşım

Şekil 2. Transteoretik Modele Göre Motivasyonel Görüşme Planı



Birey sigara bırakma konusunda isteksiz ise 5R yaklaşımı esas alınarak görüşmeler sürdürülmelidir.

- Relevance-İlgilen: Kişiye özel durumlar (hastalık durumu, sosyal ve ailesel durumu gibi) göz önüne serilerek birey bırakma konusunda cesaretlendirilir
- Risks-Riskleri anlat. Sigara kullanmaya bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar açıklanır
- Roadblocks-Engelleri belirle: Sigarayı bırakmayı engelleyen durumlar konuşulmalı, bireyden “sigarayı bırakamam Çünkü” diye başlayıp engelleri sayması istenmelidir
- Rewards-Ödüller: Sigarayı bırakırsa erken ve geç dönemde neler kazanacakları konuşulur.
- Repetition-Tekrarla: Sigara bıraktırma tedavisinde tekrarlı görüşmeler planlanmalıdır. Burada başarılarından dolayı tebrik etme, içmemeyi sürdürmesi için motivasyon, kazançların vurgulanması ve olası tehlikeler ve problemler konusunda çözüm önerileri paylaşılmalıdır (Demir, 2008; Özge, 2011; Koyun, Eroğlu, 2013; Karadağ, 2013).

Sigara bırakmanın düşünüldüğü niyet evresinde bireylere motivasyonu artırıcı 5A yaklaşımı önerilmektedir. Bu yaklaşıma göre;

- Ask-Sorgulama: Her hastadan mutlaka sigara anamnezi alınmalıdır.

•Advice-Öneri: Sigara içen tüm hastalara sigara bırakması önerilmelidir. Genel olarak sigara içen tüm hastalara her görüşmede yaklaşık 3 dakikalık sigara eğitimi verilmesinin oldukça etkili olduğu belirtilmektedir.

•Asses-Değerlendir: Hastanın ilk görüşmede (takip eden 30 gün içinde) sigarayı bırakmak isteyip istemediği belirlenmeli ve buna göre müdahalede bulunulmalıdır.

•Asist-Destek olma: Sigarayı bırakmak isteyen vakalara bir tedavi planı düzenlenmelidir. Hasta için bir bırakma günü planlanmalıdır ve buna göre tedavi ayarlanmalıdır. Bırakma günü çok uzağa atılmamalı istendik olan 15 gün içinde bir planlama yapılmasıdır.

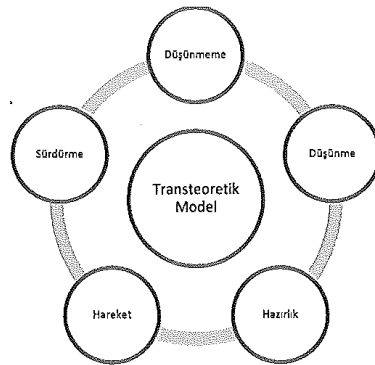
•Arrange-İzle: Yeniden sigara içmeye başlamasını önlemek için bireyin izlenmesidir. İlk 15 gün uzun dönem sigara bırakmada önemli olduğu için ilk izlemin 15 gün sonraya planlanması, ardından ilk ay en az 2 kez, daha sonra ayda bir ve 3. Aydan sonra ise birinci yıl sonuna kadar 3 ayda bir hasta görülmelidir. Görüşmeler sırasında motivasyonun sürdürülmesi sağlanmalı, başarısız olmuşsa neden olan sorunlar görüşülmeli ve hem tıbbi açıdan hem de sorunlar açısından tedavi yeniden gözden geçirilmelidir (Demir, 2008; Özge, 2011; Koyun, Eroğlu, 2013; Karadağ, 2013).

Hazırlık evresindeki birey için ilk yapılacak şey “bırakma günü’nün” belirlenmesidir. Bu günün büyük stresler ya da büyük değişiklikler öncesine ve sonrasına gelmemesine özen gösterilmelidir. Bu evredeki bireyin sigara kullanma şekli ve içmesini tetikleyen faktörlere yönelik farkındalığını arttırmak önemlidir. Çünkü bunlar, eylem aşamasına geçildiğinde bireyin sigara içme isteği ile baş edebilmesi için baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olabilir. Ayrıca hazırlık evresindeki hastalara farmakolojik ajanlar da başlanabilir (Pazarlı, 2011).

Eylem/Hareket evresi, relapların en sık yaşandığı evredir. Bu evrede yeniden başlamayı önlemeye yönelik motivasyon başarıyı ödüllendirmeye yönelik davranışlar önemlidir. Görüşmelerin sık sık tekrar edilmesi sürecin başarısını arttırmada etkilidir (Pazarlı, 2011).

Transteoretik modelin değişim evreleri arasındaki geçiş doğrusal değil, dairesel bir döngü şeklindedir. Nükslerin yaşandığı anda istendik davranış şekli, içicilerin bu dairesel döngü içinde kalmaları ve bırakmayı yeniden denemeleridir. Bu bireyler için değişim süreci devam edecektir.

Şekil 3. Transteoretik Modelin Değişim Evrelerinin Dairesel Döngüsü



Transtheoretik model ve motivasyonel görüşme tekniği sigara bırakma tedavilerinde oldukça etkin, birey merkezli bir yöntemdir. Literatürde bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalardan da anlaşılacağı gibi sigara bırakma tedavilerinde tek başına farmakolojik tedavi uygulamaktansa farmakolojik tedavi ile beraber hasta ile bire bir motivasyonel görüşmelerin yapılmasının daha etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca model kullanılarak bireyin davranış değişimin hangi evresinde olduğunu belirlenmesi ve ona göre yapılandırılmış müdahalelerin uygulanmasının da daha etkili olduğu ortaya konmuştur. Tüm bunlara göre yapılması gereken şey bireyin içinde var olan bırakma isteğini ortaya çıkarabilmek, bunu devam ettirebilmesini sağlamaktır. Bu da ancak doğru yaklaşım ve doğru iletişim şekliyle bireye dokunarak gerçekleşecektir.

Yapılan çalışmaların sonuçlarına dayanarak sigara bırakma uygulamaları için daha fazla girişimsel çalışmaların yapılması, bu çalışmalara Sağlık Bakanlığı, medya ve bu konuyla ilgili dernekler ve sivil toplum örgütlerinin de katılımıyla multidisipliner bir uygulamanın gerçekleştirilmesi ve daha büyük kitlelere ulaşılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- CANCER PREVENTION RESEARCH CENTER. (2012). Transtheoretical Model. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. Son erişim tarihi: 15 Mayıs 2015.
- DEMİR, T. (2008). Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sigaranın bırakılması. (Ed.S. Umut ve E. Erdinç). Toraks kitapları, Galenos yayıncılık san. Tic. Ltd. Şti, Bursa. (s.123-127).
- DICLEMENTE, C.C. & VELASQUEZ, M.M. (2009). Motivasyonel görüşme insanları değişime hazırlama. Bölüm 15, Motivasyonel görüşme ve değişimin evreleri. Edit. Karadağ F., Ögel K., Tezcan A.E., HYB Basım yayın, Ankara
- DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O., GIBERTINI, J. (1983). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy Research*, 9(2):181-200.
- EROL, S. & ERDOĞAN, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counselling*, 72: 42-48.
- EROL, S. & ERDOĞAN, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek Ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):86-94.
- JALALI, F., AFSHARI, R., BABAEI, A., ABASSPOUR, H. & VAHEDIAN-SHAHROODI, M. (2008). Comparing Motivational Interviewing-based treatment and its combination with nicotine replacement therapy on smoking cessation in prisoners: a randomized controlled clinical trial. *Electronic Physician*, 7(6): 1318-1324.
- JORDAN, M. (2005). Decisional balance scale: restructuring a measurement of Change for adolescent offenders. Master of science. University of North Texas.
- KARADAĞ, M. (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1):98-104.
- KOYUN, A. VE EROĞLU K. (2013). Değişim Aşamaları modeli sigarayı bırakma rehberi. Sigara bağımlılığı. Palme yayınları, Ankara. (s.29-45).
- KOYUN, A. (2013). Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transtheoretik Model) İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- LAI, DTC., CAHILL, K., QIN, Y. & TANG, J.L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, Issue 3.

- LANCASTER, T.& STEAD, L.F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
- LENIO, J.A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *J Student Research*, 5:73-86.
- MILLER, M.P., GILLESPIE, J., BILLIAN, A., DAVEL, S. (2001). Prevention of smoking behaviors in middle school students: student nurse interventions. *Public Health Nurs*, 18:77-81.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (2002). *Motivational Interviewing*. The Guilford Press, New York, London,
- MUJKA, A., FORBES, A., CANGA, N., IRALA, J., SERRANO, I., GASCO, P. & ark. (2014). Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 5, 1074-1082
- ÖGEL, K. (2009).Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-special Topic*, 2(2):41-44.
- ÖZGE, C. (2011). Tütün ve tütün kontrolü. Sigara bırakma tedavisinde 5A ve 5R kavramları. (Ed. Z.A. Aytemur, Ş. Akçay ve O. Elbek). Toraks kitapları, Aves yayıncılık, Anıl matbaacılık ltd. şti., Bursa. (s.451-459).
- PAZARLI, P. (2011). Tütün ve tütün kontrolü. Sigara bırakma süreci ve bu süreçteki olguların tanımı. (Ed. Z.A. Aytemur, Ş. Akçay ve O. Elbek). Toraks kitapları, Aves yayıncılık, Anıl matbaacılık ltd. şti., Bursa. (s. 445-450).
- PROCHASKA OJ, VELİCER F.W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change, *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- PROCHASKA, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13:47-51.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., NORCROSS, J.C. (1992). In Search of how of people change; application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9):1102-1114.
- PROCHASKA, JO, DICLEMENTE, CC. (1983). Stages and processes of self chance of smoking: toward and integrative model of chance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.51, 390-395.
- REDDING, C.A., ROSSI, S.J., ROSSI, R.S., VELİCER, W.F., PROCHASKA, J.O. (2000). Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3 (Special Issue): 180-193.
- SARBANDI, F., NIKNAMI, S., HİDARNİA, A. ET AL. (2013). The transtheretical model (TTM) questionnaire for smoking cessation: psychometric properties of the Irain version. *BMC Public Health*, 13:1186.
- SHARIFIRAD, G.R., ESLAMI, A.A., CHARKAZI, A., MOSTAFAVI, F. & SHAHNAZI, H., (2012). The effect of individual counseling, line follow-up, and free nicotine replacement therapy on smoking cessation in the samples of Iranian smokers: Examination of transtheoretical model. *Journal of Research in Medical Sciences*. December, 1128-1136.
- SPENCER, L., ADAMS, T.B., MALONE, S., ROY, L., YOST, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promot Pract*, 7(4), 428-443
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ Sağlık İstatistikleri Yılı 2013 Köse R.M. (2014). Edit. Başara Bora B., Güler C., Yentür G.K., Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara.
- THE TRANSTHEORETICAL MODEL (TTM). <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>. Son erişim tarihi: 15 Haziran 2015.

- TOLJAMO, T., KAUKONEN, M., NIEMINEN, P. & KINNULA V.L. (2010). Early detection of COPD combined with individualized counselling for smoking cessation: A two-year prospective study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28: 41-46.
- VELICER, W.F., PROCHASKA, J.O., FAVA, J.L. ve ark.. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40:174-195.
- VELICER, W.F., PROCHASKA, J.O., FAVA, J.L., NORMAN, G.J., REDDING, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behaviorchange. *Homeostasis*, 38:216-233.
- VELİOĞLU, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, 21-62.
- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>. Son erişim tarihi: 10 Haziran 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reducing risks to health, promoting health life. The World Health Report 2002. Geneva: WHO, 2002. http://www.who.int/whr/2002/en/summary_riskfactors_chp4.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Why is tobacco a public health priority? 2015. <http://www.who.int/tobacco/en/>

GAZİ ERKEN ÇOCUKLUK GELİŞİMİ
DEĞERLENDİRME ARACI

GEÇDA



Z. Fulya TEMEL, Özlem ERSOY, Neslihan AVCI, Ayşe TURLA



GEÇDA, 0-72 ay çocuklarının gelişimlerini ayrıntılı olarak değerlendirebilecek, bir gelişim değerlendirme aracıdır.

GEÇDA'YI KULLANIM SERTİFİKASI OLMAYANLAR KULLANAMAMAKTADIR.

Kimler Katılabilir?

GEÇDA:
Çocuk Gelişimci,
Okulöncesi Eğitimsi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,
Çocuk Psikiyatristi,
Psikolog,
Psikiyatrik Danışman,
Özel Eğitimciler,
tarafından kullanım sertifikası alınarak uygulanabilir.

İyi Bir Eğitim Doğru Bilinen Gelişimden Geçer.



Organizasyon Sekreteryası:

HEDEF ÇS BASIN YAYIN MÜH. DAN. HİZ. TİC. A.Ş.
Sokulu Mehmet Paşa Mah. Çetin Emeç Bulvarı Vadi Apt. No:41/2 Çankaya-ANKARA
Tel: 0312 433 23 63 Fax: 0312 482 23 21 GSM: 0541 433 23 21
info@hedefcs.com.tr - gecda@hedefcs.com.tr
www.hedefcs.com.tr

Sağlıkla

Hemşirelik Dergisi

ARALIK 2016 SAYI:26 FİYAT: 12,5 TL



ONKOLOJİ

ÇOCUK ONKOLOJİ HASTALARI
VE BBAŞVURULARININ
YAŞAM KALİTESİ

YARDIMCI ÜREME
TEKNİKLERİNDE YENİLİKLER

HACAMATIN
İYİ VE BUGÜNÜ

ÇOCUKLARDA
İNTERNET BAĞIMLILIĞI
VE RUHSAL SORUNLAR



ISSN: 2147-6292

TRANSTEORETİK MODEL VE HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARINDA KULLANIMI



Öğr. Gör. Figen ÇAVUŞOĞLU
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Ayşe BEŞER
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Transtoretik model (TTM) sağlıklı geliştirme davranışlarında rehber olarak kapsamlı bir şekilde kullanılmakta olan bütüncül bir modeldir (Plummer vd., 2001). James Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiş bilimsel bir davranış değişim modelidir. Model, davranış değişiminin bir süreç olduğunu ve bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına göre yapılan girişimlerin değişimi kolaylaştırdığını, aksi halde davranış değişimine karşı direnç geliştirildiğini savunur (Prochaska ve Velicer, 1997; World Health Organisation [WHO], 2008). Değişim vardır ya da yoktur şeklinde bir sonuç paradigmasından ziyade süreç evreleri olarak terapötik değişimi değerlendirmede ve tanımlamada alternatif bir modeldir (Prochaska ve DiClemente, 1983). TTM insanların pozitif davranışları nasıl kazanacağını veya problemli davranışları nasıl düzeltebileceğini tanımlamaktadır (Cancer Prevention Research Center, 2014). Model amaçlı bir değişim modelidir. TTM, sağlık davranış değişimini teşvik etmek için etkili müdahaleler geliştirmeyi temel alan bir bakış açısını benimsemektedir. Model bireylerin karar almasına odaklanır. Davranış değişimi yönünde bireylerin kendilerinin karar vermelerini, öz-etkililiklerini geliştirmeyi benimsemektedir. Sağlığı geliştirmek için var olan diğer yaklaşımlar öncelikle bireylerin davranışları üzerindeki sosyal veya biyolojik etkilere odaklanmıştır.

Modelin yapısı üç aşamadan oluşmaktadır.

1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)
 3. Değişim Düzeyleri (Öz-etkililik, Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma) (Prochaska, 2008; Erol ve Erdoğan, 2007).
- Değişim Aşamaları**
Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını belirler. Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Davranış değişikliği aniden gelişen bir durum olmayıp aşama aşama gerçekleşmektedir. Aşamalar arasında olması istenen geçiş, ilerleme yönünde olsa da zaman zaman geriye dönüşler olabilmektedir. Ancak bu durum hiçbir zaman davranış değişimi yönünde bir başarısızlık olarak nitelendirilmemelidir ve sürecin başına tekrar dönülüp bireyin motivasyonunu artırmaya yönelik bir yaklaşım planlanmalıdır. Değişimin beş aşaması bulunmaktadır. Bunlar;
- a. Düşünme
 - b. Düşünme/niyet
 - c. Hazırlık
 - d. Hareket/eylem
 - e. Devam ettirme

a. Düşünme: Bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapma niyetinde değildiler ve problemlerinin ya farkında değildi ya da az farkındadırlar. Ancak aileleri, arkadaşları ve komşuları problem davranışın farkındadırlar (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014; Erol ve Erdoğan, 2007; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>).

b. Düşünme / niyet: Bireyler gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak harekete geçemezler (<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>, 2014; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>).

c. Hazırlık: Bu aşamada bireyler gelecek 30 gün içinde harekete geçmek niyetindedir. Davranışlarını değiştirme şeklini düşü-

nürler ve bu yolda küçük adımlar atabilirler (Jordan, 2005; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>; Erol ve Erdoğan, 2007).

d. Hareket /eylem: Bireyler problemli davranışlarını değişimini bir gün-altı ay arasında başarı ile gerçekleştirmiş ise bu aşamada kabul edilir. Bireyler problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler (Prochaska ve Velicer, 1997; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>; Erol ve Erdoğan, 2007).

e. Devam ettirme: Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzayabilmektedir. Bu aşamada amaç değişimin başarı ile sürdürülmesini sağlamak, geri dönüşümü önlemektir. Bireyin davranışlarının devamı konusunda güvenleri artırılmalıdır (Velicer ve ark., 1998; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>; Erol ve Erdoğan, 2007).

Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim süreci ise bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemli davranışlarını değiştirdiklerini anlamaya yardım eder. Burada değişimi kolaylaştıran beş davranışsal, beş bilişsel değişken bulunmaktadır. Bilişsel değişkenler bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkilidir, davranışsal değişkenler ise bireyin değişimi gerçekleştiren hangi davranışları seçtiklerini göstermektedirler (<http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>; Velicer vd., 2000; Erol ve Erdoğan, 2007; Bulduk vd., 2015).

Davranışsal yöntemler; destekleyici ilişkiler, karşıt koşullanma-yerine koyma, güçlendirme (ödüllendirme), uyarıların kontrolü ve sosyal özgülleşmedir. Bilişsel yöntemler ise, bilinçlenme, duyuşsal uyarılma, kendini yeniden değerlendirme, çevreyi yeniden değerlendirme ve kendisiyle anlaşmadır (<http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>).

Değişim Düzeyleri (Öz-etkililik, Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma)

Karar alma değişkeni 1977'de Janis ve Mann tarafından geliştirilmiş ve davranış

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

değişimin yararlarına (pros) ve zararlarına (cons) verilen önemi tanımlamaktadır (Miller, Gillespie, Billian ve Davel, 2001). Bireysel kararlar, değişim aşamaları arasındaki ilerleme sağlık davranışına uyumun yararlarına ve zararlarına bağlıdır. Yararlar, davranış değişiminin pozitif yönü veya değişimin faydalarıdır (değişim sebepleri). Buna karşılık zararlar davranış değişiminin negatif yönünü yani değişim engellerini kapsar (değişim sebepleri) (Cancer Prevention Research Center, 2014; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>; Erol ve Erdoğan, 2007; Bulduk ve ark., 2015).

Öz-yeterlilik, bir davranışa direnç gösterme veya değişimi sağlamada başarılı olabileceğine inanan bireylerin inanç derecesini ölçmektedir (Jordan, 2005). Öz-yeterlilik değişimin 5 aşaması boyunca monoton bir şekilde artan bir fonksiyonu temsil etmektedir. Bireyin zor durumlarla karşılaştığı zaman, değiştirmiş olduğu riskli davranışına yeniden dönmek için sahip olduğu güveni yansıtmaktadır (Savcı Bakan, 2013; <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>). Güven öz yeterliliğin bir parçasını oluştururken bir diğer parçası da teşvik unsurudur. Teşvik, bireyin riskli davranışına geri dönmelerini teşvik eden faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Eğer bu faktörlerin etkisi yoğun düzeyde ise eski davranışına yeniden başlama ihtimalinin yüksek olduğunu göstermektedir (Savcı Bakan, 2013; Prochaska ve Velicer, 1997).

TTM'nin Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı

Araştırmalarda model kullanımı araştırmalara rehberlik etme ve uygulamalara yönelik bilgi sağlama konusunda önemli bir role sahiptir. Model, davranışa etki ettiği düşünülen faktörleri bir bütün olarak görebilme ve amaca ulaşmak için gidilebilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır. Hemşirelik araştırmalarında, hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettikleri veriyi düzene

sokma, analiz etme ve yorumlama olanağı sağlarlar (Aydal ve Kızılcı, 2010; Ekim, Manav, Ocakç, 2012; Veliöğlu, 2012). Hemşirelik araştırmalarında sıklıkla kullanılan modellerden biri de TTM'dir. TTM başta bağımlılık olmak üzere birçok sağlıklı geliştirme davranışında rehber olarak kullanılmaktadır. Bu davranışlar sigara bırakma, egzersiz, güneşten korunma, yiyeceklerle alınan yağın azaltılması, stresle başa çıkma, mamografi çekme, ilaç ve diğer madde bağımlılığı, obezite, rutin pelvik muayene, prezervatif kullanımı, kalsiyumdan zengin yiyeceklerin tüketimini artırma ve sağlık ölçümlerinin değerlendirilmesi gibi konulardır (Shirazi vd., 2006; Cheung vd., 2006). Bu modele temellendirilerek yapılan çalışmaların hem yetişkinlerde hem de adolesan bireylerde olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan bazı çalışmaları inceleyelim.

Güngörmüş ve Karabulutlu'nun çalışmasında (2012), üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi yapılmıştır. Burada 779 öğrencinin ölçülerinde yağdan sakınma, lifli gıda tüketimi, ideal kilo-ya gelmek için gıda harcama durumları, egzersiz yapma, güneşten sakınma, stresi azaltma, kanserden korunmak için vücutlarını inceleme, emniyet kemeri kullanma ve sigara kullanımı gibi davranışlarda değişim aşamalarına göre hangi evrede oldukları belirlenmiştir.

Yang ve arkadaşları (2015), elastik bant egzersizi yaparak toplumda yetişkinler arasında fonksiyonel formda olmayı teşvik etmek için TTM'yi kullanarak yarı deneysel bir çalışma yapmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre altı ayın sonunda deney grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre elastik bant uygulama oranlarının çok daha iyi olduğu görülmüştür. Cheung ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da egzersiz davranışı için TTM kullanılmış ve sonuçlardan hareketle bir takım öneriler getirilmiştir.

Jonsdottir ve arkadaşları (2004) akciğer hastalığı olan bireylerin sigara bırakması ile ilgili olarak yarı deneysel bir araştırma yapmış, hemşireler tarafından uygulanan girişim sonrasında bırakma konusunda farkındalığın arttığı ve nikotin bağımlılığının azaldığı görülmüştür. Erol'un (2013) çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin sigara bırakmasına yönelik TTM kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Aynı şekilde Koyun'un yetişkin kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada (2016) da sigara bırakma ile ilgili olarak TTM kullanılmış, değişim aşamalarına göre kadınların olumlu yönde ilerleme gösterdiği görülmüştür.

Lee-Lin ve arkadaşları (2016) Çinli Amerikalı göçmen kadınların TTM'ye göre mamografi taramalarına uyumu yönünde randomize kontrollü bir çalışma yapmışlardır. Bir yıllık izlemin sonunda müdahale uygulanan bireylerde mamografinin tamamlanmasının yüksek düzeyde olduğu ve sonuçların değişim evrelerini desteklediği görülmüştür.

Livshiz-Riven ve arkadaşları (2014) hemşirelik öğrencilerinin standart ölçümlere uyumdaki niyetlerini belirlemek için yaptıkları kohort çalışmasında da TTM'yi kullanmışlardır. Shrestha ve arkadaşları (2013) Nepal'de yeni doğan bakımına yönelik hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını artırmak için TTM'ye temellendirilmiş bir eğitim uygulaması yapmışlar ve sonuçta olumlu sonuçlar elde etmişlerdir.

Yukarıda belirttiğimiz çalışmaların dışında birçok alanda bu model kullanılarak yapılan çalışmalar yer almaktadır. Çalışma sonuçları incelendiğinde sonuçların olumlu yönde olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, hemşirelik araştırmalarında TTM geliştirme yönündeki uygulamalarda TTM kullanımı uygun olarak görülmektedir. Bundan sonra da bu model kullanılarak yapılacak çalışmaların sayısının artırılması özellikle girişimsel çalışmaların yapılması ve bireylerin olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması hedeflenmelidir.

Kaynaklar

- Aydal, E. Ü. ve Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. ve Ardic, E. (2015). Sağlık davranış modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Cancer Prevention Research Center. (2012). *Transtheoretical Model*. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. Son erişim tarihi: 15 Mayıs 2015.
- Cancer Prevention Research Center. *Transtheoretical Model*. <http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/>. Erişim Tarihi: 24 Nisan 2016.
- Cheung ve ark. (2006). Exercise behavior in older adults: A test of the Transtheoretical Model. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15, 103-118.
- Ekim, A., Manav, G. ve Ocakç, A.F. (2015). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4), 157-161.
- Erol, S. ve Erdoğan S. (2007). Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:86-94.
- Güngörmüş, Z. ve Karabulutlu, Y.E. (2012). Üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 165-178.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirsdottir, T. et al. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 594-604.
- Jordan, M. (2005). Decisional balance scale: Restructuring a measurement of change for

- adolescent offenders. Master of Science Dissertation. Texas: University of North Texas.
- Koyun, A., Eroğlu, K. ve Bodur, S. (2015). Sigara İçen Yetişkinler İçin Geliştirilmiş Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Türkçeye uyarlama çalışması. *Türkçe Klinikleri Journal of Nursing*, 7(2), 69-78.
- Lee-Lin, F., Nguyen, T., Pedhiwala, N., Dieckmann, N.F., & Menon, U. A. (2016). Longitudinal examination of Stages of Change Model applied to mammography screening. *West J Nurs Res*, 38(4), 441-58.
- Livshiz-Riven, I., Nativ, R., Borer, A., Kanat-Maymon, Y., & Anson, O. (2014). Nursing students' intentions to comply with standard precautions: an exploratory prospective cohort study. *Am J Infect Control*, 42(7), 744-749.
- Miller, M.P., Gillespie, J., Billian, A., & Davel, S. (2001). Prevention of smoking behaviors in middle school students: student nurse interventions. *Public Health Nurs*, 18, 77-81.
- Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E. et al. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. *Addictive Behavior*, 26, 551-557.
- Prochaska, J.O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*, 28, 845-849.
- Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model. *J Consult Clin Psychol*, 51, 390-395.

- Savcı Bakan, A.B. (2013). *Sağlık inanç ve transteoretik modellere temelli verilen iki ayrı eğitimin hemşirelerde sigara bırakmaya etkisinin karşılaştırılması*. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Shirazi, K. K., Niknami, S., Wallace, L., Hidarina, A., Rahimi, E., & Faghilzadeh, S. (2006). Changes in self-efficacy and decisional balance following an intervention to increase consumption of calcium-rich foods. *Social Behavior and Personality*, 2006, 34(8), 1007-1016.
- Shrestha, S., Petrin, M., Turale, S. (2013). Newborn care in Nepal: the effects of an educational intervention on nurses' knowledge and practice. *Int Nurs Rev*, 60(2), 205-215.
- Transtheoretik Model. <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>. Erişim Tarihi: 24 Nisan 2016.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L. et al. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174-195.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J., Redding, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behaviorchange. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Veliöğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Akademik Basın ve Yayıncılık.
- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>. Son erişim tarihi: 10 Haziran 2015.
- Yang, H.J., Chen, K.M., Chen, M.D. et al. (2015). Applying the transtheoretical model to promote functional fitness of community older adults participating in elastic band exercises. *J Adv Nurs*, 71(10), 2338-2349.

The 2nd International Home Care Congress

June 22-25, 2016 ISTANBUL

www.HomeCareIstanbul.com



LETTER OF ABSTRACT ACCEPTANCE

Dear **Figen Cavusoglu, Ayse Beser and Oguz Kilinc,**

We are happy to inform you that your paper entitled "**The Obstacles Encountered By COPD Patients About Quitting Smoking**" has been accepted oral presentation for "The 2nd International Home Care Congress" to be held in June 22-25, 2016 in Istanbul, Turkey.

We are looking forward to meet you at the congress.

Only abstracts of participants who have paid their registration fees by June 6, 2016 will be included in the program and congress publications.

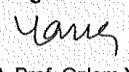
If you have any questions please contact the secretary of the congress at homecarecongress@ku.edu.tr

Best regards,

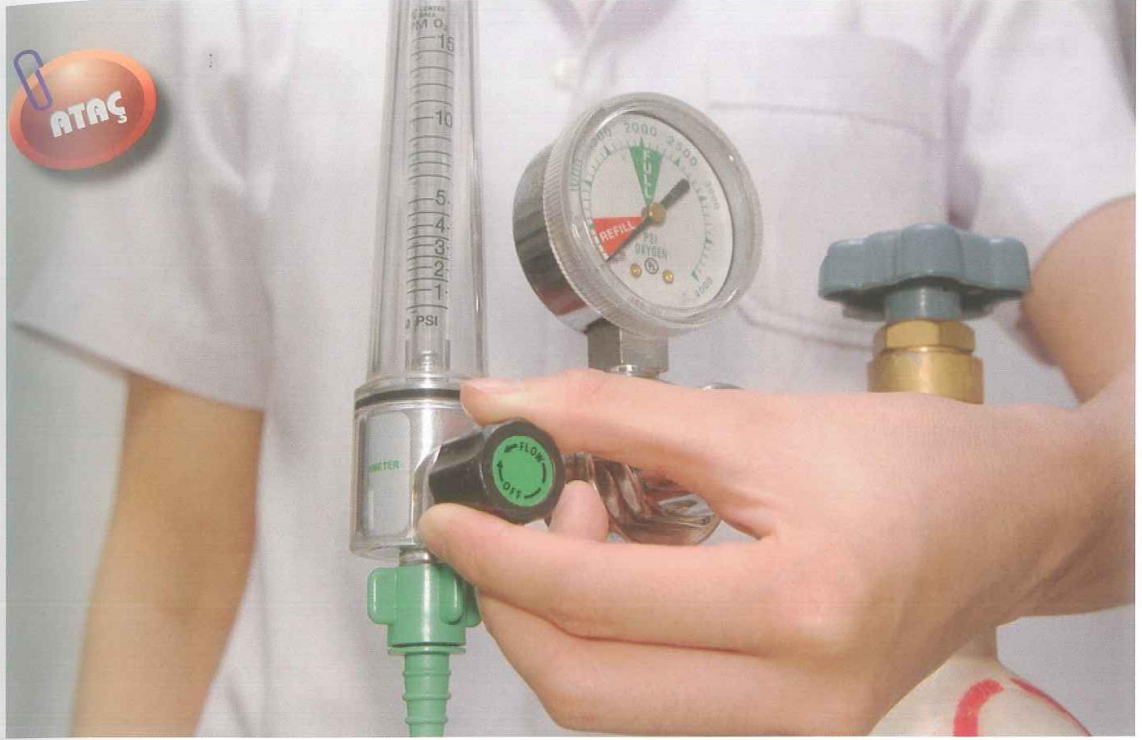
The Congress Secretary


Assist. Prof. Kader TEKKAS KERMAN

The Congress Secretary


Assist. Prof. Ozlem YAZICI





SİGARA KULLANAN KOAH HASTALARINDA EVDE BAKIM

Özet

KOAH dünyada dördüncü Türkiye'de üçüncü ölümnedenir. Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktörünü oluşturmaktadır. Hastalığın tedavisinde de sigara bırakma en önemli basamağı oluşturmaktadır. Bağımlılık tedavilerinde çoğunlukla kullanılan modellerden biri olan Transteoretik Model, sigara bırakma tedavilerinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Evde bakım sırasında hastanın Transteoretik modelin değişim evreleri değerlendirilir ve evresine göre motivasyonel görüşmeler tekniği kullanılarak görüşmeler planlanır. KOAH hastasının evde bakımında Transteoretik Model üzerine temellendirilmiş sigara bırakma girişimleri ile tekrarlayıcı görüşmelerin ve ziyaretlerin yapılması hastanın motivasyonunu ve öz-etkililiğini arttıracak, tedaviye olumlu katkılar sunacaktır.

Öğr. Gör. Figen ÇAVUŞOĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Samsun Sağlık Yüksekokulu

Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Prof. Dr. Oğuz KILINÇ

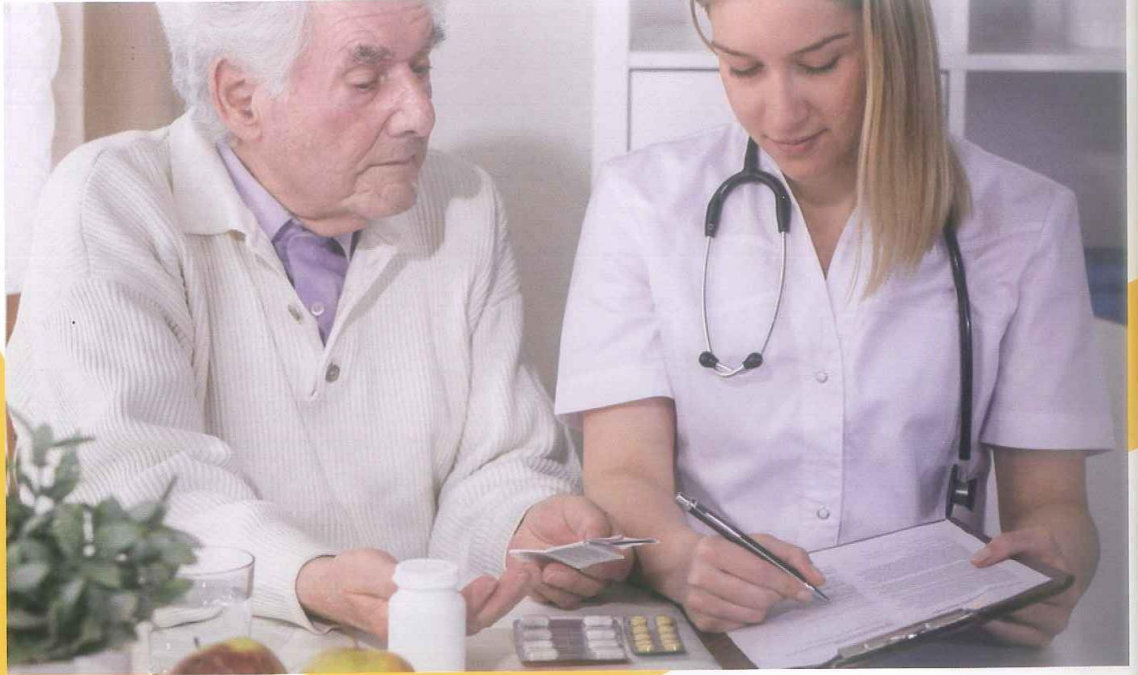
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde kronik iltihabi cevapla karakterize, ilerleyici ve sürekli hava yolu kısıtlılığı ile seyreden önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Abul ve Özlü, 2013). KOAH'ın en önemli semptomları; efor dispnesi, kronik öksürük, balgam ve genellikle alevlenmelerde ortaya çıkan hisiltılı solunumdur (Ulaşlı, Günay, 2013).

KOAH, dünyada dördüncü ölüm nedeni iken, 2020 yılında en çok ölüme neden olan hastalık sıralamasında üçüncü sırada yer alacağı öngörülmektedir (WHO, 2008). Türkiye'de ise en çok üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Toplum için önemli bir sağlık sorunu oluşturan KOAH, genellikle birden fazla risk faktörünün etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır. Risk faktörleri kişiye ait faktörleri ve çevresel faktörleri içermektedir. Kesin olarak kanıtlanmış risk faktörleri; a₁-antitripsin yetmezliği, sigara içimi ve mesleki ajanlara maruz kalma olarak sayılabilmektedir. Bunların dışında hava kirliliği, sosyoekonomik faktörler, beslenme, solunum yolu enfeksiyonları, cinsiyet ve ırk gibi faktörler de olası risk faktörleri arasında sayılabilir (Samurkaşoğlu, 2003).

Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktördür. Sigara içen kişilerde kronik bronşit, solunum fonksiyon testlerinde anormallik, solunum semptomları prevalansı daha fazla görülür ve birinci



saniyedeki zorlu soluk verme hacmi anlamına gelen FEV1 değerindeki yıllık azalma hızı daha yüksektir (Samurkaşoğlu, 2003). Sigaranın KOAH oluşmasındaki rolü %80-90'dır. Sigara kullananların %15-20'sinde KOAH gelişmektedir (Erdinç, 2013).

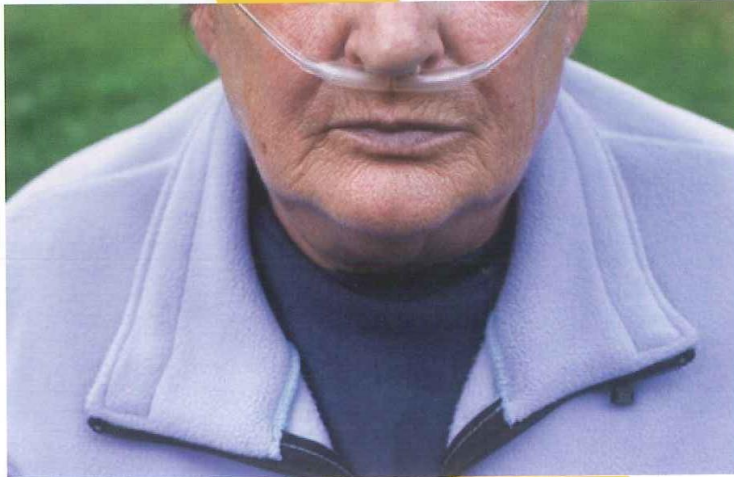
Sigara bırakma KOAH tedavisinde ön önemli basamağı oluşturmaktadır. Sigara bırakma tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra non-farmakolojik davranışçı ve bilişsel yöntemler ile bireysel/grup danışmanlıkları da kullanılmaktadır (Kılınç, 2011; Akyl, 2012). Bu noktada hemşirelerin önemi daha da artmaktadır. Sağlık grubu çalışanlarının büyük bir çoğunluğunu oluşturmaları nedeniyle hemşireler sigara içen hastalarla daha sık karşılaşabilirler, hasta ile diğer sağlık profesyonellerine göre daha yakın temas

hâlinde bulunurlar, hastaların ve toplumun gözünde saygın ve güvenilir bir konumda olmaları sebebiyle de hastalığın tüm evreleri boyunca hastayı takip edebilirler (Akyl, 2012). Ayrıca sigara bırakma tedavilerinde hemşirelerin yapılandırılmış müdahalelerinin ve danışmanlıklarının etkili sonuçlar doğurduğu kanıta dayalı çalışmalarda da gösterilmektedir (Fiore, 2008 [Guideline]; Dale, 2001 [High Quality Evidence]).

Hemşirelik girişimlerinde özellikle model kullanımına temellendirilmiş müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır. Sigara bırakma tedavilerinde en yaygın kullanılan model ise Transteoretik Model'dir (Pazarlı, 2011; Sarbandi vd., 2013). Bu Model değişim aşamalarına odaklanılarak geliştirilmiştir (Miller ve Rollnick, 2002).

Model'de beş değişim aşamasından söz edilmektedir. Bunlar; sigara bırakmayı düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket ve devam ettirme aşamalarıdır (Cancer Prevention Research Center, 2014).

KOAH hastalarında evde bakım oldukça önemlidir. KOAH yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın aile ve arkadaşlarını da etkileyen bir hastalıktır. Bundan dolayı bu hasta grubunda etkili evde bakım programları bireyin maksimum bağımsızlığını ve aktif katılımını sağlayarak bireyin kendi yaşamında sorumluluk almasını, bireysel bakım gücünü arttırmasını, daha üretken, doyumlu, mutlu ve kaliteli bir yaşama kavuşmasını sağlayabilir. Bu nedenle hasta ve ailesinin KOAH yönetimini, tedavinin komplikasyonlarını ve yan etkilerini anlama düzeyi belirlenerek eğitim yapılması önemlidir. Evde bakım ziyaretleri; klinik veya poliklinik bakım ve eğitimde öğrenilen bilgi ve aktiviteleri güçlendirme fırsatı sağlar. Ayrıca her hastanın eğitim programlarına ulaşmadığı ülkemiz koşullarında hemşirelerin hastanın fonksiyonel durumunu iyileştirmek için evde KOAH'lı hasta eğitimi gerçekleştirmesi son derece önemlidir (Kara ve Aşti, 2002). KOAH hastasının evde bakımı sırasında sigara bırakmaya yönelik ilk yapılacak şey, hastanın bu değişim aşamalarından hangi evrede olduğunu belirlemek ve ardından evresine göre müdahale etmektir. Ev ziyareti sırasında ilk olarak hastanın sigara bırakmayı isteyip istemediği sorulmalıdır. Hasta sigara bırakma konusunda isteksizse kişinin hastalık durumu, sosyal ve ailesel yapısı göz önüne alınarak birey bırakma konusunda cesaretlendirilmeli,



sigara kullanmaya bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar açıklanmalı, sigara bırakmayı engelleyen durumlar konuşulmalı, sigarayı bırakırsa erken ve geç dönemde elde edeceği kazanımlar konuşulmalıdır. Ayrıca hastaya düzenli olarak ev ziyaretleri planlanmalı ve görüşmeler hastanın motivasyonunu artırıcı, bırakma tedavisi ile ilgili başarılarını destekleyici nitelikte olmalıdır (Demir, 2008; Özge, 2011; Koyun ve Eroğlu, 2013; Karadağ, 2013).

Hasta sigara bırakmayı düşünüyor ise amaç onu hazırlık ve eylem aşamasına geçirebilmektir. Bu evrede hasta desteklenmeli, sigaranın hastalığı üzerindeki olumsuz etkileri, bıraktığı takdirde yaşanacak değişimin olumlu yanları üzerinde durulmalı ve bırakma tedavileri hakkında eğitim verilip bir bırakma günü planlanmalıdır. Hasta eylem aşamasına geçtiğinde bu davranışı sürdürbilmesini sağlamak önemlidir (Pazarlı, 2011). Bu evrede hasta sigarayı bırakmaya bağlı yoksunluk semptomları ile baş edemiyorsa farmakolojik tedaviye geçilir. Sigara bağımlılığı kronik bir süreçtir. Bu nedenle uzun süreli ve sürekli bir tedavi gerektirir. Sigara içenlerin çok az bir kısmı ilk denemede sigarayı bırakırken, birçoğunda birbirini izleyen relapslar ve remisyonlarla izleyen bir süreç hâlinde görülmektedir. Ancak relapslar hiçbir zaman başarısızlık olarak görülmemeli ve hastanın motivasyonu kırılmamalıdır. Sigara içenlerin %70'inin



sigarayı bırakmak istediği ve bunların yaklaşık %46'sının sigarayı bırakmayı denediği bilinmektedir (Demir, 2008). Davranış değişiminin her aşamasında hastanın motivasyonunun artırılması ve ona destek sağlanması oldukça önemlidir (Kara ve Aşti, 2002; Pazarlı, 2011).

Kullanılacak müdahaleler sırasında motivasyonel görüşme tekniğine başvurulmalıdır. Bu görüşme tekniği, danışanların zıt duygu durumlarını keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Ögel, 2009). Hemşirelerin sigara kullanan KOAH hastalarının

evde bakımında motivasyonel görüşme (MG) tekniğini kullanmaları sağlıklı davranışa doğru değişimi sağlamak açısından etkili bir iletişim tekniği olabilir (Walters, Courtney-Pratt vd., 2012). Hemşireler bu görüşme tekniği ile ilgili kurslara katılmalı ve evde bakımda etkin bir şekilde kullanmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

KOAH hastasının evde bakımı sırasında sigara bırakma yaklaşımına yönelik Transteoretik Model'i temel alarak tekrarlayıcı görüşmelerin ve izlemelerin yapılması hastanın motivasyonunu ve öz-etkililiğini arttıracak, dolayısıyla hastanın tedavisinde olumlu sonuçların ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Abul, Y. ve Özü, T. (2013). *Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi*. Göğüs Hastalıkları serisi, 1(1): 7-12.
- Cancer Prevention Research Center. (2012). Transtheoretical Model. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. Son erişim tarihi: 15 Mayıs 2015.
- Çevik, Akyıl, R. (2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve bakım. İçinde Z. Durma (Ed), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, (ss. 75-95), İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Dale, L.C., Glover, E.D., Sachs, D.P.L., Schroader, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T. et al. (2001). Bupropion for smoking cessation predictors of successful outcome. *Chest*, 199, 1357-1364.
- Demir, T. (2008). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sigaranın bırakılması. İçinde S. Umut ve E. Erdinç (Ed). *Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı*, (ss. 123-127), Bursa: Galenos Yay.
- Erdinç E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). http://168.144.121.167/TO-RAKSF23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-2-ppt-pdf/Erturk_Erdinc.pdf. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2015
- Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T.B., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 May update. Clinical Practice Guideline. Executive Summary*. Rockville MD: U.S. Depart-

- ment of Health and Human Services. Public Health Service. (Guideline)
- Kara, M. ve Aşti T. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34, 75-81.
- Karadağ, M. (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104.
- Kılınç, O. (2011). Sigara bırakma tedavisinde davranış ve bilişsel yöntemler. İçinde, Z.A. Aytemur, Ş. Akçay ve O. Elbek (Ed.). *Tütün ve tütün kontrolü*. (ss. 479-483). Bursa: Aves Yayıncılık.
- Koyun, A. ve Eroğlu K. (2013). *Değişim Aşamaları modeli sigarayı bırakma rehberi. Sigara bağımlılığı*. Ankara: Palme yayınları,
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York: The Guilford Press.
- Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-special Topic*, 2(2):41-44.
- Özdemir H., Taşçı S. (2013). Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1), 41-47.
- Özge, C. (2011). Sigara bırakma tedavisinde 5A ve 5R kavramları. İçinde, Z.A. Aytemur, Ş. Akçay ve O. Elbek (Ed.). *Tütün ve tütün kontrolü*. (ss. 451-459). Bursa: Aves Yayıncılık.
- Pazarlı, P. (2011). Sigara bırakma süreci ve bu süreçteki olguların tanımı. İçinde, Z.A. Aytemur, Ş. Akçay ve O. Elbek (Ed.). *Tütün ve tütün*

- kontrolü*. (ss. 445-450). Bursa: Aves Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık istatistikleri yıllık 2013*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>. Erişim Tarihi: 28 Ekim 2015.
- Samurkaşoğlu B. (2003). Epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde B. S. Saryal ve T. Acıcan (Ed) *Güncel bilgiler ışığında kronik obstrüktif akciğer hastalığı*, (ss. 9-20), Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
- Sarbandi, F., Niknami, S., Hidarnia, A. ve ark. (2013). The transtheoretical model (TTM) question naire for smoking cessation: psychometric properties of the Irsan version. *BMC Public Health*, 13, 1186.
- Ulaşlı S.S. ve Günay E., (2013). Yaşlılarda solunumsal sorunlar ve öneriler. İçinde M. Altındış (Ed), *Yaşlılarda güncel sağlık sorunları ve bakımı*, (ss. 123-130) İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Walters, J. A., Courtney-Pratt, H., Cameron-Tucker, H. et al. (2012). Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. *Aust J Prim Health*, 18(1), 74-79.
- WHO. *Report on the Global Tobacco Epidemic 2008* Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>. Son erişim tarihi: 10 Haziran 2015.

ı söz
ı dü-
et ve
Pre-

lduk-
değil
aşla-
ı do-
akım
nsız-
reyin
asını,
daha
li bir
ı ne-
mini,
etki-
ğitim
aret-
itim-
çlen-
tanın
ilke-
tanın
için
kleş-
Aşti,
sıra-
pıla-
arın-
ık ve
neki-
anın
orul-
ında
syal
birey
meli,



EVDE BAKIM

PROF. DR. ZUHAL BAHAR

PROF. DR. AYŞE BEŞER



EVDE BAKIM

Editörler:

Prof. Dr. Zühal BAHAR

Prof. Dr. Ayşe BEŞER



Bu kitap 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kısmen ya da tamamen basılamaz, teksir, fotokopi, dijital ya da başka bir teknikle çoğaltılamaz. Her hakkı saklıdır. Anlaşmalı olarak Akademi Basın ve Yayıncılık'a aittir.

Akademi Basın ve Yayıncılık

adına Yazı İşleri Müdürü : Yunus GÜZEL

Sayfa Düzeni : Süleyman BİCAN

Dizgi : Ahmet SONER

Baskı ve Cilt : Deren Matbaacılık

:

Basıldığı Yıl : 2017

ISBN : 978-605-82106-0-8

Kültür Bakanlığı
Yayıncı Sertifika No:

15512

1. Baskı, İstanbul,

YAYINEVİ ve İSTEME ADRESİ:

AKADEMİ BASIN VE YAYINCILIK

Perpa Ticaret Merkezi B-Blok Kat: 6 No: 626
34380 Şişli / İstanbul

Tel & Faks: (0.212) 210 88 88

www.akademibasın.com

akademibasın@gmail.com

	BÖLÜM 9	
	MEME KANSERLİ HASTALARIN	
	EVDE BAKIMI	123
	BÖLÜM 10	
	EVDE HASTA VE BAKIM VERENLERİN	
	PSİKOSOSYAL BAKIMI	151
...	11	
	BÖLÜM 11	
	SERVİKS KANSERLİ HASTALARIN EVDE BAKIMI	163
...	21	
	BÖLÜM 12	
	STOMALI BİREYLERİN KARŞILAŞTIKLARI STOMA	
	KOMPLİKASYONLARI.....	183
N		
...	39	
	BÖLÜM 13	
	İNME Lİ HASTALARDA ÜRİNER İNKONTİNANS VE	
↓	EVDE BAKIMI	193
...	51	
	BÖLÜM 14	
	SİĞARA KULLANAN KRONİK OBSTRÜKTİF	
	AKCİĞER HASTALARINDA MODEL TEMELLİ EVDE	
E	BAKIM UYGULAMASI	221
..	65	
	BÖLÜM 15	
	YAŞLILIK DÖNEMİ VE EVDE BAKIM SORUNLARI ...	239
;		
·	83	
	BÖLÜM 16	
	AMELİYAT OLAN HASTALARDA EVDE BAKIMIN	
	ÖNEMİ	263
91		
	BÖLÜM 17	
	ÇOCUĞUN EVDE BAKIMINDA TEKNOLOJİNİN	
·	KULLANIMI	287
109		

BÖLÜM 14

SİGARA KULLANAN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA MODEL TEMELLİ EVDE BAKIM UYGULAMASI

Figen ÇAVUŞOĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ayşe BEŞER

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Oğuz KILINÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi