

Şehnaz KAYA

DOKTORA TEZİ

2022-ANTALYA

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

**WATSON İNSAN BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLMİŞ
EĞİTİM VE TELE-DANIŞMANLIK MÜDAHALESİNİN
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN ÖZ-ETKİLİLİK VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Şehnaz KAYA

DOKTORA TEZİ

2022-ANTALYA

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

WATSON İNSAN BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLMİŞ
EĞİTİM VE TELE-DANIŞMANLIK MÜDAHALESİNİN
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN ÖZ-ETKİLİLİK VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Şehnaz KAYA

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

İKİNCİ DANIŞMAN

Prof. Dr. Ömer ÖZBUDAK

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2020-5131 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 21/06/2022

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM
Ege Üniversitesi

.....

Üye : Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Şehnaz KAYA

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin en başından en sonuna kadar bana inanan, beni destekleyen, fikir, bilgi ve tecrübeleriyle bugüne gelmemi sağlayan, akademik kariyerimi şekillendiren ve bakış açısı kazandıran, sevgi ve hoşgörüsü ile emeğini ve zamanını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e;

Doktora eğitimim sürecinde bilimsel ve manevi desteğini her zaman hissettiğim gelişimime katkı sağlayan, tez izlem jürimde de yer alan değerli hocam Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a; Hemşirelik mesleğine adım attığım lisans döneminde bana ilham olan, doktora sürecimde bilgi ve görüşleriyle gelişimime katkı sağlayan, tez izlem jürimde de yer alan değerli hocam Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na;

Doktora tez çalışmam süresince destek olan ikinci danışman hocam Prof. Dr. Ömer ÖZBUDAK ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı akademik ve idari personeline; doktora tez çalışmama katılmayı kabul eden bireylere; doktora eğitimim sürecinde bilgi ve profesyonel yaklaşımlarıyla rehberlik eden resmi işlemlerin yürütülmesini sağlayan, yardımlarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetici ve çalışanlarına;

Doktora eğitimim sürecinde yollarımızın kesiştiği, arkadaşlık, yardım ve desteklerini esirgemeyen Selma TURAN KAVRADIM, Şefika Tuğba YANGÖZ, Simge KALAV, Zeynep KARAKUŞ, Ferya ÇELİK'e;

Beni ben yapan, iyi günde kötü günde hep yanımda olan, var oluşları ile bana huzur, mutluluk, güç ve yaşama sevinci veren ailem ve dostlarım Nurşit KAYA, Nurten KAYA, Ufuk KAYA, Mehmet Nur KAYA, Nur Güneş PETEK, Rüzgar KAYA, Uğur ÖZALP, Sultan ÇELİK, Gökhan ÖZDEMİR, Belgin DİLMEN ve Hurşit KOÇER'e sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Şehnaz KAYA

Antalya, Haziran 2022

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışma olup, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde Ekim 2020-Nisan 2022 tarihleri arasında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı almış, 37 müdahale ve 37 kontrol olmak üzere 74 birey ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Watson İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Bilgi Formu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Öz-etkililik Ölçeği, St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği, Solunum Fonksiyon Testi Formu ile toplanmıştır. Müdahale grubuna ilk görüşmede ön testler uygulandıktan sonra Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Tele-danışmanlık müdahale grubundaki bireylere 2., 4., 6., 8. ve 10. haftalarda, 15 dakikalık süre ile yapılmıştır. Kontrol grubuna yüz yüze ilk görüşmede ön testler uygulandıktan sonra rutin poliklinik izlemine devam edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylere üçüncü ayın sonunda son testler uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere çalışmanın sonunda eğitim kitapçığı verilmiştir. Verilerin analiz işlemlerinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyi ($p<0.05$) ve yaşam kalitesini artırmaya etkisinin olduğu ($p<0.05$), öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim kitapçığının ve tele-danışmanlığın kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde uygulanması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Öz-etkililik, Watson İnsan Bakım Kuramı, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate the effect of education and tele-consultancy intervention based on Watson's Human Care Theory on self-efficacy and quality of life of individuals with chronic obstructive pulmonary disease.

Method: The research that a single-blinded randomized controlled trial, a total of 74 individuals, including 37 individual intervention and 37 individual control groups who applied to Akdeniz University Chest Diseases Polyclinic for consultation and follow-up, meeting the inclusion criteria, conducted between October 2020 – April 2022. In collecting data Information Form Based on Watson Human Care Theory, the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self-efficacy Scale, St. George Quality of Life Scale, and Pulmonary Function Test Form were used. Individuals in the intervention group were provided with training and consultancy based on Watson Human Care Theory, and an educational booklet prepared with current guides and expert opinions. Telephone counseling was provided in the 2nd, 4th, 6th, 8th, and 10th weeks after the first intervention in the intervention group. Routine follow-up of individuals in the control group was continued. The data of the scales in the intervention and control groups are collected in the 12th week. The individuals in the control group were given a training booklet at the end of the study. Statistical analysis of the data was done with SPSS 22.0 software package.

Results: It was found that training and tele-counseling based on Watson Human Care Theory had an effect on increasing the level of self-efficacy ($p<0.05$) and quality of life ($p<0.05$), in individuals with chronic obstructive pulmonary disease in the intervention group compared to the control group. A significant relationship was found between self-efficacy and quality of life ($p<0.05$).

Conclusion: It has been determined that education and tele-counseling intervention based on Watson Human Care Theory improves the self-efficacy and quality of life of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. It is recommended that the training booklet and tele-counseling based on Watson Human Care Theory should be applied in individuals with chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: Nursing, Chronic obstructive pulmonary disease, Self-efficacy, Watson Human Care Theory, Quality of life.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
EKLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KOAH'ın Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. KOAH Patofizyolojisi	4
2.3. KOAH Risk Faktörleri	5
2.3.1. Genetik Faktörler	5
2.3.2. Yaş ve Cinsiyet	5
2.3.3. Sigara, Tütün Kullanımı ve Tozlara Maruz Kalma	6
2.3.4. Astım ve Alerjiler	6
2.3.5. Kronik Bronşit ve Enfeksiyonlar	7
2.4. KOAH'ın Semptomları	8
2.4.1. Dispne	8
2.4.2. Öksürük	9
2.4.3. Balgam ve Akciğer Enfeksiyonları	9
2.4.4. Yorgunluk, Kilo Kaybı, Anoreksiya	10
2.5. KOAH Tanısı ve Sınıflandırması	11
2.6. KOAH'ta Tedavi ve Bakım	13
2.6.1. Farmakolojik Tedavi	13
2.6.2. Aşılar	13
2.6.3. Sigaranın Bırakılması	14
2.6.4. Oksijen Tedavisi	14
	iii

2.6.5. Pulmoner Rehabilitasyon	14
2.6.6. Beslenme	15
2.7. KOAH'ta Öz-etkililik	15
2.8. KOAH'ta Yaşam Kalitesi	17
2.9. KOAH'ta Eğitim ve Tele-danışmanlık	20
2.10. Watson İBK	22
2.10.1. Hemşirelik Metaparadigmaları	22
2.10.2. Watson İBK ve Hemşirelik Metaparadigmaları	23
2.10.3. Watson İBK İyileştirme Süreçleri	24
2.10.4. Watson İBK'nin Uygulamaya Aktarılması	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırma Örneklemine Özellikleri	29
3.4. Randomizasyon ve Körlük	31
3.5. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Özellikleri	33
3.6. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı-(CTE)	37
3.7. Veri Toplama Araçları	40
3.7.1. Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu	40
3.7.2. KOAH Öz-etkililik Ölçeği	41
3.7.3. St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği	42
3.7.4. Solunum Fonksiyon Testi Formu	43
3.7.5. Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi	44
3.7.6. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu	45
3.8. Eğitim Kitapçığının Oluşturulması	45
3.8.1. DISCERN Ölçüm Aracı	46
3.8.2. Türkçe Okunabilirlik İndeksi	48
3.9. Ön Uygulama	48
3.10. Verilerin Toplanması	52
3.11. Uygulama Protokolü İlkeleri	56
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	56

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları/Güçlükleri	57
3.14. Araştırmanın Değişkenleri	57
3.15. Verilerin Değerlendirilmesi	57
4. BULGULAR	60
4.1. Bireylerin Öz-etkililik Düzeyine İlişkin Bulgular	60
4.1.a. Öz-etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular	60
4.1.b. Solunum Fonksiyon Testine İlişkin Bulgular	64
4.1.c. Hastaneye Yatış Sayılarına Ait Bulgular	64
4.2. Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	64
4.3. Bireylerin Öz-etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	68
4.4. Bireylerin Telefon Görüşmelerine Ait Bulgular	72
5. TARTIŞMA	73
5.1. Bireylerin Öz-etkililik Düzeyi	73
5.1.a. KOAH Öz-etkililik Ölçeği	73
5.1.b. Solunum Fonksiyonları	77
5.1.c. Hastaneye Yatış Sayıları	77
5.2. Bireylerin Yaşam Kalitesi	78
5.3. Bireylerin Öz-etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
6.1. Sonuçlar	86
6.2. Öneriler	87
KAYNAKLAR	88
EKLER	102
ÖZGEÇMİŞ	145

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	KOAH Değerlendirmesinde GOLD Spirometri Kriterleri	12
Tablo 3.1.	Araştırma Örnekleminin Özellikleri	30
Tablo 3.2.	Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Özellikler	33
Tablo 3.3.	Bireylerin Ev Ortamları, Yardıma İhtiyaç Durumları ve Tütün Ürünleri Kullanımı/Maruz Kalma Bilgilerine İlişkin Özellikler	34
Tablo 3.4.	Bireylerin KOAH'a İlişkin Özellikleri	36
Tablo 3.5.	Veri Toplama Araçları	40
Tablo 3.6.	DISCERN Kılavuzuna Göre Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Sonuçları	47
Tablo 3.7.	Ateşman Okunabilirlik Sınıflandırması	48
Tablo 3.8.	Ön Uygulamaya Dahil Edilen Bireylerin KOAH Öz-etkililik Ölçeği Ölçüm Sonuçları	50
Tablo 3.9.	Ön Uygulamaya Dahil Edilen Bireylerin St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği Ölçüm Sonuçları	50
Tablo 3.10.	Ölçek Puanlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	58
Tablo 3.11.	Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	59
Tablo 4.1.	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi	61
Tablo 4.2.	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması	62
Tablo 4.3.	Bireylerin Üç Aylık Zaman İçindeki Hastane Yatış Sayıları	64
Tablo 4.4.	SGRQ Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi	65
Tablo 4.5.	SGRQ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması	66
Tablo 4.6.	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve SGRQ Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	68
Tablo 4.7.	Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	70
Tablo 4.8.	Müdahale Grubunda Yer Alan Bireylerin Telefon Görüşme Formu Cevapları	72

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Yaşam Kalitesini Belirleyen Durumlar	19
Şekil 3.1.	CONSORT Şeması	32
Şekil 3.2.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı (CTE)	39
Şekil 3.3.	Eğitim Kitapçığı Oluşturulma Aşamaları	46
Şekil 3.4.	Tez Projesi Ön Uygulama Şeması	51
Şekil 3.5.	Tez Projesi Uygulama Şeması	56
Şekil 4.1.	Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi	62
Şekil 4.2.	Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zaman Sonundaki Değişimi	63
Şekil 4.3.	SGRQ Toplam Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi	66
Şekil 4.4.	SGRQ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi	67
Şekil 4.5.	Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	71

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV₁	: Forced Expiratory Volume 1 second 1. Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Volümü
FEV₆	: Forced Expiratory Volume 1 second 6. Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Volümü
FVC	: Forced Vital Capacity - Zorlu Vital Kapasite
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
ITT	: Intention to threat – Kayıp Veri Analizi
İBK	: İnsan Bakım Kuramı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SGRQ	: St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği
SS	: Standart Sapma
$\bar{x}$	: Aritmetik Ortalama
VC	: Vital Capacity - Vital Kapasite

EKLER DİZİNİ

EK 1	Tez Projesi Zaman Akış Çizelgesi
EK 2	Standartize Mini Mental Test
EK 3	Standartize Mini Mental Test ve Uygulama Kılavuzu
EK 4	Standartize Mini Mental Test Kullanım İzin Belgesi
EK 5	Randomizasyon Tablosu
EK 6	Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu
EK 7	Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık Müdahale Planı ve Örnek Görüşme Metni
EK 8	Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık Müdahalesi Uygulama Basamakları
EK 9	KOAH Öz-etkililik Ölçeği
EK 10	St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği
EK 11	Solunum Fonksiyon Testi Formu
EK 12	Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi
EK 13	'Certificate of Completion Watson Caring Science, Mindful Practice The Four Week Massive Open Online Course (MOOC)' Kurs Katılım Belgesi
EK 14	Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu
EK 15	DISCERN Ölçüm Aracı
EK 16	DISCERN Ölçüm Aracı Kullanım İzin Belgesi
EK 17	Watson İBK'ye Temellendirilmiş KOAH Eğitim Kitapçığı
EK 18	Ön Uygulama Planı
EK 19	Bireyin Hastaneye Yönlendirilmesini Gerektiren Acil Durumlar
EK 20	Takip Formu
EK 21	Hastane İzin Yazısı
EK 22	Etik Kurul Onay Belgesi
EK 23	Bilgilendirilmiş Olur Formu
EK 24	KOAH Öz-etkililik Ölçeği Kullanım İzin Belgesi
EK 25	St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi
EK 26	Per-protokol Analizi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), geri dönüşsüz, ilerleyici ve ağır solunum yolu hastalıklarına neden olan alevlenmelerle seyreden kronik bir hastalıktır (GOLD, 2022). Dünya çapında 2019 yılı verilerine göre 391.9 milyon KOA vakası olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ; GOLD, 2022; Adeloye ve ark, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre solunum sistemi kaynaklı ölümler, ölüm sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır (2018).

KOA'ta dispne, öksürük, balgam ve akciğer enfeksiyonları gibi semptomlar gelişebilmektedir. Gelişen bu semptomlar hastalığın alevlenmelerini, hastaneye yatışları artırmakta, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Spruit ve ark, 2013, 2019; Flink ve ark, 2017, Jolly ve ark, 2018, GOLD, 2022). KOA yönetiminde öz-etkililik düzeyinin yüksek olması bireylerde semptom kontrolünü ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018).

KOA tanısı olan hastaların öz-etkililik ve yaşam kalitelerini artırmada hemşirelik müdahaleleri önem kazanmaktadır. Hemşirelik bakım anlayışı her geçen gün kuramlarla gelişmekte ve kuram temelli yaklaşımlar bireyin bakımını daha profesyonel ve bilimsel kılmaktadır (Fawcett, 2005). Watson İnsan Bakım Kuramı (İBK) bireyin biyo-psiko-sosyal ve ruhsal olarak denge ve uyum içinde olması için iyileştirici çevre, bakım anı ve durumu, kişilerarası etkileşim ve otantik ilişki kavramlarını kullanmaktadır (Watson, 2002; 2007).

Günümüz hemşireliğinde kuramların gelişmesinin yanında teknolojiye uyum da söz konusu olmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde hemşireler danışmanlık rollerini yerine getirirken teknolojik iletişim alt yapısını sıkça kullanmaktadırlar. Bu kapsamda hastanın hastane dışında da izlem ve kontrolünü sağlamak, öz-etkililiği artırmak için telefonla izlem yapılmaktadır. Tele-danışmanlığın Watson İBK'de var olan kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım anının birey merkezli olarak devam ettirilmesi için gerekli alt yapıyı sağlayacağı düşünülmektedir (Watson, 2007; Ghoullami-Shilsari ve Bandboni, 2019). Tele-danışmanlık birey ve hemşire arasındaki güven ilişkisi ve iletişimin devamı için fırsat vermektedir (Johnson, 2018; Ghoullami-Shilsari ve

Bandboni, 2019). KOAH yönetiminde kullanılan tele-danışmanlığın öz-etkililiği artırdığı bilinmektedir (Franek, 2012). KOAH yönetiminde bireylere Watson İBK temelinde yapılan eğitimin yanında verilen tele-danışmanlık hizmetinin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırması öngörülmektedir.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde Watson İBK, kronik hastalıklarda eğitim, tele-danışmanlık, öz-etkililik ve yaşam kalitesine dair farklı çalışmalar mevcuttur (Zhu ve ark, 2021; Göral Türkcü ve Özkan, 2021; Aldan ve ark, 2022). Ancak KOAH yönetiminde Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın öz-etkililik ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. KOAH'ta semptomları azaltmak ve hastalık evresinin ilerlemesini önlemek amacıyla Watson İBK temelinde bireylere verilen eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artıracığı öngörülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. H_1 : Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyini artırmaya etkisi vardır.

a. KOAH öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarını artırmaya etkisi vardır.

b. Öz-etkililik düzeyinin artmasının solunum fonksiyon testi değerlerini artırmaya etkisi vardır.

c. Öz-etkililik düzeyinin artmasının hastaneye tekrarlı yatış sayısını azaltmaya etkisi vardır.

2. H_1 : Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır.

3. H_1 : Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH ve Epidemiyolojisi

KOAH toplumda yaygın görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek olan, önlenabilir bir hastalıktır. KOAH, solunum yollarını kalıcı olarak işlev kaybına uğratarak hava akımını sınırlandırmakta, gaz değişiminin bozulmasına ve kronik inflamasyona neden olmaktadır (GOLD, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2016), KOAH'ın tek bir hastalık olmadığını, akciğerdeki hava akımını sınırlandıran hava yollarının tüm kronik hastalıklarını tanımladığını ifade etmekte, kronik bronşit ve amfizem KOAH tanısı ile ele alınmaktadır.

KOAH prevalansına yönelik veriler araştırma metodları, tanı kriterleri ve hastalığa yaklaşımlar sebebiyle farklılıklar göstermektedir (Lamprecht ve ark, 2011; Adeloye ve ark, 2022; GOLD, 2022). GOLD 2022 bilimsel çalışmalarına göre; dünya çapında 391.9 milyon KOAH'lı birey olduğu, KOAH küresel prevalansının %11.7 olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ (2016) 2060 yılına kadar KOAH'a bağlı ölüm prevalansının 5.4 milyonun üzerinde olacağını tahmin etmektedir. KOAH'lı bireylerin büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmakla birlikte, tütün kullanımının kadınlar arasında da yaygınlaşmaya başlaması ve hava kirliliğine maruziyetin artması sebebiyle cinsiyetler arasındaki dağılım son yıllarda eşitlenmektedir (DSÖ, 2016; Adeloye ve ark, 2022; GOLD, 2022).

KOAH'ın farklı semptomlarının bulunmasından dolayı tanı konulmasında zorluklar yaşanmakta, sekonder hastalıkların varlığı ile birlikte net mortalite ve morbidite yükü bilinmemektedir (Kocabaş, 2010; DSÖ, 2016). KOAH dünya çapında her yıl üç milyondan fazla bireyin ölümüne sebep olmaktadır (Global Burden of Disease Study, 2015; Adeloye ve ark, 2022). DSÖ (2016)'nın tahminlerine göre 2030 yılında tek başına KOAH'ın dünya çapında ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada olması beklenmektedir.

Ülkemizde 2017 ve 2018 yıllarına ait ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında solunum sistemi kaynaklı ölümler 52 568 sayı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Dünya verileri ile benzerlik gösteren ülkemize ait verilere göre, ülkemizdeki solunum sistemi

kaynaklı ölümlerin %60'dan fazlasını KOAH'lı bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2019).

Morbiditenin göstergeleri arasında sağlık kontrolleri, acil servis başvuruları ve hastane yatışları yer almaktadır. KOAH'ta mortalite verilerine göre morbidite verilerinin elde edilmesi daha zor olmaktadır. KOAH'ta morbiditenin ciddiyeti yaş ile birlikte artış göstermekte; eşlik eden diğer kronik hastalıkların varlığından da etkilenmektedir (Adeloye ve ark, 2022; GOLD, 2022). KOAH'ın ekonomik yükü Avrupa ülkelerinde yıllık yaklaşık 38 milyar dolar, Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 milyar dolar civarındadır. KOAH'ın küresel mali yükünün 2030 yılında 4 trilyon doların üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Adeloye ve ark, 2022). KOAH, sosyal yaşama katılımı azaltmakta, maluliyeti arttırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Adeloye ve ark, 2022; GOLD, 2022).

2.2. KOAH'ın Patofizyolojisi

KOAH'taki genetik faktörler, yaş, cinsiyet, sigara, tütün kullanımı ve tozlara maruz kalma, astım, alerji, kronik bronşit ve enfeksiyonlar, hava yolları ile akciğer parankim dokusunda inflamasyon ve daralmaya neden olmaktadır. KOAH'ta oluşan bu inflamasyon ve hava yolu daralmasına bağlı solunum fonksiyonları yetersiz hale gelmektedir (GOLD, 2022) İnflamasyonda, TNF- α ve interlökin (IL) sitokinlerinin salınımı artmaktadır. İnflamatuvar sitokinler ile birlikte proteaz enzimleri aktifleşmekte, özellikle akciğerlerin kompliansını devam ettiren elastanın yapısını bozan elastaz enzimlerinin salınmasını artırmaktadır. Alveollerin elastan dokusunun harabiyeti ile kompliyans azalmaktadır (Rodriguez-Roisin ve ark, 2009; McDonough ve ark, 2011) Akciğer kompliyansının azalmasına ve parankim dokunun iyileşmesinden sonra oluşan fibröz yapıya bağlı olarak amfizem gelişmektedir. KOAH'ta oluşan kompliyans değişimi ve amfizem ile akciğerlerde zamanla hava hapsi oluşmakta, ekspirasyon sonu pozitif basınç artmaktadır. Bu durum zorlu bir ekspirasyonu getirerek solunum sıkıntısı oluşturmaktadır. Ekspirasyonun zorlaşması ile pulmoner vasküler yatakta gaz değişimi yetersiz hale gelerek hiperkapni oluşmaktadır. Hiperkapniye bağlı olarak solunum asidozu gelişmektedir. Bu durum ventilasyon perfüzyon oranının değişmesine neden olmaktadır (Rodriguez-Roisin ve ark, 2009; McDonough ve ark, 2011; GOLD, 2022).

Akciğerlerde kompliyansın azalması ve gaz değişimi ihtiyacına bağlı olarak hiperventilasyon gelişmektedir. KOAH'lı bireyin kronik olarak hiperventilasyon yaşaması, solunumsal kas aktivitesini ve enerji düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum KOAH'lı bireylerde öksürme ve solunum aktivitesinin zorlaşmasına, alveollerin keseleşmesine, mukosilyer aktivitenin azalmasına ve dolayısı ile akciğerlerde patojen mikroorganizmaların artmasına, kolonileşmesine ve sık enfeksiyonlara neden olmaktadır (Elbehairy ve ark, 2015; GOLD, 2022). KOAH'ta, akciğerlerde kronik inflamasyonun oluşturduğu konjesyon ve amfizeme bağlı olarak vasküler yataktaki değişimler; ileri evreler pulmoner hipertansiyon ve sonrasında sağ kalp yetmezliği gelişimine neden olabilmektedir (Sakao ve ark, 2014; GOLD, 2022).

2.3. KOAH Risk Faktörleri

2.3.1. Genetik Faktörler

KOAH'ın gelişmesinde en iyi bilinen genetik faktör olarak alfa-1 antitripsin proteininin eksikliği ya da fonksiyonunun bozukluğu yer almaktadır. Erken tanı komplikasyonların en aza indirilmesinde önemlidir. Global olarak yaklaşık 200 000 kişi etkilenmektedir (Blanco ve ark, 2017; Chorostowska-Wynimko ve ark, 2020). Alfa-1 antitripsin eksikliği, nötrofil elastaz enziminin fazla salınmasına neden olmakta ve dolayısıyla proteaz enzim aktivitesini, sekresyonları ve inflamatuvar sitokinlerin salınımını artırmaktadır. Diğer genetik risk faktörleri arasında matrix metaloproteinaz 12, glutatyon S-transferaz genleri ile alfa-nikotinik asetilkolin reseptörlerinin etkisi bulunmaktadır (Strnad ve ark, 2020; GOLD, 2022).

2.3.2. Yaş ve Cinsiyet

Anne karnında, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde akciğerlerin büyümesine etkide bulunan düşük doğum ağırlığı, beslenme bozuklukları, sigara, toz gibi çevresel maruziyetlerden dolayı KOAH riski artmaktadır (Mercado ve ark, 2015; GOLD, 2022). Yaşlanma ile birlikte reaktif oksijen radikallerinin moleküler düzeyde hasar oluşturması ve yaşlanma ilişkili salgı fenotipinin inflamasyon oluşturmaya bağlı akciğerlerin hava yollarında ve parankim dokusunda değişiklikler oluşmaktadır. Son yıllarda tütün kullanımına bağlı olarak, KOAH'ın her iki cinsiyette de görülme

sıklığında fark görülmemekte hatta kadınlardaki yıkıcı etkisinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Foreman ve ark, 2011; Mercado ve ark, 2015; GOLD, 2022).

2.3.3. Sigara, Tütün Kullanımı ve Tozlara Maruz Kalma

KOAH gelişiminde, sigara, tütün kullanımı ve maruziyeti dünya çapında bilinen en önemli etkidir. Gebelik sırasında sigara ve tütün dumanına maruz kalan fetüsün akciğer ve immün sistem gelişimi olumsuz yönde etkilenmektedir (Agusti, 2019; GOLD, 2022). Sigara dumanı, farklı büyüklükte yüzlerce toksik kimyasal madde içeren, çapı 0.45 µm olan milyonlarca damlacıktan oluşmaktadır. İnspirasyon ile burun, ağız, larinks, hava yolları ve alveol duvarına tutunan kimyasallar doğrudan doku hasarı, oksidatif stres ve inflamatuvar cevap oluşturmaktadır (Agusti, 2019; GOLD, 2022). Moleküler düzeydeki toksik birikim ve hasarlar, zamanla amfizem, kronik bronşit, korpulmonale, alveol anomalileri, virüs ve bakteri enfeksiyonları, fibrotik doku gelişimine ve sonunda solunum fonksiyonlarının kaybına neden olmaktadır (Agusti, 2019; Grzywa-Celińska ve ark, 2020).

Çapı 2.5-10µm büyüklüğündeki partiküller çoğunlukla üst hava yollarına; 2.5µm'den küçük olan partiküller ise alt hava yollarına yerleşerek tıkanıklık, alerji ve iritasyonlara sebep olmaktadır (Agusti, 2019; Grzywa-Celińska ve ark, 2020). Hava kirliliğine neden olan ağır metal, hidrokarbon içeren, düşük molekül ağırlıklı azot oksit, sülfür oksit ve ozon gazları kolaylıkla akciğer parankim dokusuna ulaşmakta ve mikro dolaşıma katılmaktadırlar. Bu durum TNF-α, IL-6 ve IL-8 inflamatuvar sitokinlerin, proteazın, akciğerlerin kompliansını sağlayan elastanın yapısını bozan elastazın salınımını artırarak, KOAH oluşmasında ve evresinin ilerlemesinde etkili olmaktadır (Agusti, 2019; Grzywa-Celińska ve ark, 2020; GOLD, 2022).

2.3.4. Astım ve Alerjiler

Sosyo-ekonomik durum, bireylerin yaşadığı ortamdan kaynaklı ev içinde ve dışında hava kirliliğine maruziyet, çalışma ortamında maruz kalınan gaz, toz ve alerjenlerin varlığı KOAH gelişme riskini artırmaktadır (Barnes, 2017; GOLD, 2022). Alerjenler, hava yolları ve akciğer parankim dokuda inflamasyon oluşturmaktadır. Astımdaki inflamasyonda alerjenler ön plandadır. Astım ve KOAH farklı evrelerde bir arada görülebilmektedir. Astımdaki inflamasyon düşük doz intravenöz ve inhale

kortikosteroidler ile yönetilebilmekte, KOAH'taki inflamasyonda ise kortikosteroid tedavisine dirençli olup alternatif anti-inflamatuar terapilere gerek duyulmaktadır (Barnes, 2017; Hikichi ve ark, 2018).

Astımda havayollarının farklı bölgelerindeki alerjik inflamasyon, CD4⁺ T yardımcı lenfosit-2 tarafından oluşturulmakta ve IL-4, IL-5 ve IL-13 salınımını artırmaktadır. Hava yolları, inflamasyon ile gelişen düz kas kontraksiyonu ve vasküler konjesyona bağlı olarak daralmaktadır (Wenzel, 2016; Barnes, 2017). Bu daralma ile mukusun hareketi zorlaşmakta, alerjene karşı aşırı cevap gelişmektedir. İnflamasyon atakları, akciğerin hava yolları ve parankim dokuda fibrotik alanlar oluşturmaktadır (Wenzel, 2016; Barnes, 2017). Fibrotik alanlar; epitel ve makrofajlardan salınan dönüştürücü büyüme hormonu β , bağ dokusu büyüme hormonu ve endotelin ile oluşmaktadır. Astımlı bireylerde gelişen küçük hava yollarındaki fibrozis, KOAH'ın erken evrelerinde ve devamında amfizem oluşumu ile birlikte görülebilmektedir (McDonough ve ark, 2011; Barnes, 2017; Hikicki ve ark, 2018).

2.3.5. Kronik Bronşit ve Enfeksiyonlar

Hava yolları ve alveoller, patojen ve patojen olmayan 2000'den fazla bakteri barındırmaktadır. Sağlıklı bireylerin akciğer mikrobiotası çoğunlukla prevotella; astımlı bireylerin akciğerleri proteobacteria, neisseria, moraxella, comamonadaceae, sphingomonadaceae, oxatobacteraceae bakteri çeşitlerini barındırmaktadır. KOAH'lı bireylerin akciğerlerinde streptococcus, haemophilus, moraxellaceae, pseudomonadaceae, enterobacteriaceae bakteri çeşitleri bulunmaktadır (Einarsson ve ark, 2016; Evsyutina ve ark, 2017; Kaya ve Özer, 2018). Bakteri çeşitlerinin üst ve alt hava yollarında bulundukları bölge, sayı ve kolonizasyonları farklılık göstermektedir. Mikroorganizmaların akciğerlerden uzaklaştırılması öksürme, alveoler ventilasyon, ısı, immünite, mukosiliyer aktivite, mukus üretimine bağlı olmaktadır (Charlson ve ark, 2012; Einarsson ve ark, 2016; Evsyutina ve ark, 2017; Kaya ve Özer, 2018).

Solunum ya da dolaşımdaki bakteri, virüs, mantarlar; akciğerlerin mikrobiyotasını bozarak immün mekanizmalarla inflamasyon başlatmaktadır. Sigara, hava kirliliği, tozlar, immün sistemin zayıflığı, akciğer fonksiyonlarını etkileyen durumlar süreci uzatmaktadır. Kronik enfeksiyona pro-inflamator cevap ile IL-6, IL-8, IL1 β , TNF-alfa

salınmakta, nötrofil aktivitesi artmaktadır. Tedavi edilmeyen, yaygın, tekrarlayan durumlarda fibröz dokular oluşmaktadır. Fibröz dokuların varlığı ve inflamasyon, KOAH'ı geliştirmektedir. KOAH'taki enfeksiyonlar ise, akut alevlenmeleri getirmektedir (Leung, 2017; GOLD, 2022). Bilinen virüslere ek olarak dünya çapında 2019'da pandemiye neden olan COVID-19 virüsü de KOAH alevlenmelerine neden olan başka bir etken olarak kabul edilmektedir (GOLD, 2022).

2.4. KOAH'ın Semptomları

KOAH'ta görülen semptomlar arasında dispne, öksürük, balgam, akciğer enfeksiyonları, yorgunluk, kilo kaybı, anoreksiya yer almaktadır (Anzueto ve Miravittles, 2017; GOLD, 2022).

2.4.1. Dispne

Kronik ve ilerleyici dispne KOAH'ın en belirgin semptomu olarak bilinmektedir. Dispne; hava açlığı, zorlu solunum, göğüs sıkışması ile karakterize olan nefessizlik hissini ifade etmektedir. Dispne prevalansı yaş ile birlikte artmakta 40 yaş üzerindeki bireylerde görülme sıklığı %40'a yaklaşmaktadır. Kadınlarda daha çok görüldüğü bildirilmektedir. Bireylerde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerle dispne gelişebilmektedir (Anzueto ve Miravittles, 2017; GOLD, 2022).

Dispnenin nörofizyolojisinde, alveollerde artan hava hapsinin solunumsal düz kas ve periferal lokomotor kaslardaki gerim reseptörlerinin uyararak afferent liflerle somatosensör kortekse ulaşması yer almaktadır. Akciğerlerdeki azalmış hava akımı ve gaz değişimine bağlı oluşan hemodinamik, vasküler değişimler, hiperkapni, asidoz, kimyasal ve iritan reseptörler tarafından algılanarak üst merkezlere iletilmektedir. Beyine gelen uyarıların kortekste işlenen diğer bilgiler ile bir araya gelmesiyle oluşturulan kompensasyon mekanizmalarının yetersiz kalması, bireyde hava açlığı, soluma çabasının artması, göğüste sıkışma hislerini oluşturmaktadır (Anzueto ve Miravittles, 2017; GOLD, 2022). Dispne yönetiminde, farmakolojik yöntemler ile birlikte pulmoner rehabilitasyon ve öz-etkililiği artırmaya yönelik terapi programlarının pozitif etkisinin olduğu bildirilmektedir. Hemşireler dispne deneyimleyen bireyleri farkındalık geliştirme, motivasyonel görüşme teknikleri, solunum egzersizleri, spirometre egzersizi, inhalasyon ilaçlarını etkin kullanma, şarkı

söyleme, ısıklık çalma, fiziksel aktivite düzeyine göre solunum kontrolü ve eğitim ile desteklemektedir (Yohannes ve ark, 2017; Watson, 2018).

2.4.2. Öksürük

Kronik öksürük; sigara dumanı, hava kirliliği, tozlara karşı oluşan KOAH'ta sıklıkla ilk görülen semptomdur. KOAH'ta öksürük, başlangıçta aralıklı daha sonraları her gün, günün her saatinde olmak üzere sıklaşmaktadır. Öksürük, kuru ya da balgamlı olabilmektedir (Chung, 2017; GOLD, 2022).

Öksürüğün, inhale edilen iritanların hava yolları ve akciğerlerin epitelini hasara uğratması sonucu nörojenik inflamasyon ile oluştuğu düşünülmektedir. Nazal akıntı ve enfeksiyon varlığında oluşan inflamatuvar mediatörlerin larinks, trakea ve üst hava yollarında iritasyona sebep olmasıyla afferent liflerin stimülasyonu da öksürük oluşturmaktadır. İn hale edilen alerjenlerin oluşturduğu inflamatuvar etki C lifleri ile üst merkezlere ulaştırılmaktadır (Chung, 2017; Booth ve Johnson, 2019). Hemşirelik bakımında KOAH'lı bireye toz, hava kirliliği, sigara dumanı ve alerjenlerin öksürüğe sebep olabileceği ve başetmede yaşadığı çevrenin düzenlenmesi, havanın nemlendirilmesi, mevsimsel hava değişikliklerine uyum sağlama, konuşma ve efor gerektiren aktivitelerin planlanması ile ilgili eğitim ve danışmanlık, hasta merkezli psikolojik destek yer almaktadır. Öksürüğün yönetiminde; farmakolojik tedavi ve hemşirelik bakımının yanında pulmoner rehabilitasyon, konuşma ve dil terapisi kullanılmaktadır (Chung, 2017; Booth ve Johnson, 2019; GOLD, 2022).

2.4.3. Balgam ve Akciğer Enfeksiyonları

Hava yollarındaki mukus üretimi mukozada yer alan goblet hücreleri tarafından yapılmaktadır. Goblet hücreleri, terminal bronşlara kadar azalarak devam etmektedir. Mukus, akciğerlere inhale edilen yabancı partikül, kimyasal ve patojenleri siliaların ritmik hareketiyle farinkse doğru ilerletmekte, tükürükte müsin ile karşılaşarak yutulmaktadır. Mukusun salgılanması mikroorganizmaların varlığı, oksidatif stres, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar sebebiyle uyarılmaktadır (Vestbo ve ark, 2013; Ramos ve ark, 2014).

KOAH'ta görülen; kompliyansın bozulmasına bağlı alveollerin keseleşmesi, yetersiz öksürme, ekspirasyon akışının azalması, solunum kaslarının zayıflığı ve hava yollarının darlığı mukus miktarını artırmakta, balgamın akciğerlerde birikmesine neden olmaktadır. Sigara ve tütün kullanan bireylerde mukus miktarı çok daha fazla olmakta, akut alevlenme sırasında balgam ve mukusun akciğerlerde birikmesinden dolayı hastane yatışları artmaktadır (Vestbo ve ark, 2013; Ramos ve ark, 2014).

Balgam ve enfeksiyonların farmakolojik tedavisinde; ekspektoranlar, mukolitikler, metilxantin, beta-adrenerjik reseptör agonistleri, antikolinerjikler, glukokortikoidler, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, antioksidanlar ve etkene yönelik antibiyotikler kullanılmaktadır. Balgamların atılmasına ve mukosiliyer aktivitenin desteklenmesine yönelik olarak hemşirelik bakımında yer alan solunum ve öksürük egzersizleri, postural drenaj, fiziksel egzersizler, sıcak ve nemli buhar uygulamalarının etkili olduğu bildirilmektedir (Ramos ve ark, 2014; Garvey ve ark, 2016; Kaya ve Özer, 2019; GOLD, 2022).

2.4.4. Yorgunluk, Kilo Kaybı, Anoreksiya

Yorgunluk; KOAH'lı bireylerde depresyon, korku ve konsantrasyon problemleriyle birlikte olabilen bitkinlik hissi, enerjilerinin düşmesi olarak tanımlanmaktadır. KOAH'lı bireylerin %50-70'inde yorgunluk oluşmakta ve bu bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadır (Maes ve ark, 2015; Spruit ve ark, 2017).

KOAH'ı olan bireylerde yorgunluk, kilo kaybı ve anoreksiya sebepleri arasında fiziksel, psikolojik ve davranışsal faktörler yer almaktadır (Spruit ve ark, 2017). Akut KOAH alevlenmelerinde yorgunluk nedeniyle hastane yatışları artmaktadır. Hipoksemi, enfeksiyonlar, alevlenmeler nedeniyle uygulanan tedaviler yorgunluk ve kilo kaybına sebep olmaktadır. Yorgunluk, kilo kaybı ve anoreksiya; KOAH'lı bireyin sağlık inançları, çoğunlukla bedensel hislerine odaklanması, egzersiz intoleransı, azalmış fiziksel aktivite, kötü uyku kalitesi ve geri dönüşsüz hava yolu darlığının derecesine bağlı olarak gelişmektedir. Anemi, hiperglisemi, miyokart infarktüsü, depresif semptomlar ve uyku apne sendromu; klinik olarak stabil olan KOAH'lı bireylerde yaygın olarak görülmektedir (Maes ve ark, 2015; Spruit ve ark, 2017).

Yorgunluk semptomunun sık görülmesine ve KOAH'lı bireylerin yaşamını olumsuz etkilemesine rağmen yeterince üzerinde durulmamaktadır. Yorgunluk semptomu KOAH'lı bireyin akciğerlerdeki mukosiliyer aktivitenin devamı için yapması gereken solunum ve öksürük egzersizlerini etkin şekilde yapmasını olumsuz yönde etkilemektedir (Spruit ve ark, 2017; Booth ve Johson, 2019). Yorgunluk, bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal yaşantısını azaltmakta, KOAH'ta yaşanan diğer semptomların şiddetinin de artmasına neden olmaktadır. Yorgunluk semptomunun yönetiminde hemşireler bilişsel davranış terapileri, uyku ve fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, dispnenin azaltılmasına yönelik uygulamaları gerçekleştirmektedirler (Maes ve ark, 2015; Spruit ve ark, 2017; Booth ve Johnson, 2019).

2.5. KOAH Tanısı ve Sınıflandırması

KOAH tanısında birey zamanla artan, egzersiz ile kötüleşen ve kalıcı dispne tariflemektedir. KOAH tanısında dispne ile birlikte kronik öksürük, balgam, tekrarlı akciğer enfeksiyonları, düşük doğum ağırlığı, sigara ve tütün kullanım öyküsü, iş yerinde ve yaşadığı çevrede toz, duman, kimyasal ve gazlara maruziyet öyküsü, genetik faktörler ele alınmaktadır. Fiziksel muayene bulguları KOAH tanısında çok fazla kullanılmamaktadır. KOAH tanısı, semptom ve risk faktörleri ele alındıktan sonra spirometri ile konulmaktadır. Spirometri, noninvaziv ve kolay uygulanabilen bir testtir (GOLD, 2022). Spirometride ölçülen 1. saniyedeki zorlu ekspirasyon volümünün (FEV_1) normal fizyolojik değeri 4 litre, zorlu vital kapasitenin (FVC) normal değeri 5 litredir. FEV_1/FVC oranı 0.8 olarak hesaplanmaktadır. Bu oran hava yollarındaki daralmanın oranını göstermektedir. Bronkodilatör sonrası $FEV_1/FVC < 0.70$ olması KOAH lehine değerlendirilmektedir. Bu oran 45 yaşından büyük bireylerde daha belirgin hale gelmektedir (Pellegrino ve ark, 2005; Miller ve ark, 2005; GOLD, 2022). KOAH tanısında kullanılan diğer testler arasında akciğer grafisi, kan gazı ölçümü, pulsoksimetre, egzersiz testi, ventilasyon-difüzyon testleri yer almaktadır. (GOLD, 2022).

KOAH'taki hava yolu daralmasının ciddiyeti, bronkodilatör verildikten sonra gerçekleştirilen spirometri testi ile elde edilen FEV_1/FVC oranının <0.70 olduğu

bireylerde FEV₁ yüzdesi ile sınıflandırılmaktadır. KOAH değerlendirmesinde GOLD spirometri kriterleri Tablo 2.1’de görülmektedir.

Tablo 2.1. KOAH Değerlendirmesinde GOLD Spirometri Kriterleri.

GOLD I Hafif	• FEV₁ ≥ 80%	Bu safhada birey anormal akciğer fonksiyonlarının farkında değildir.
GOLD II Orta	• 50% ≤ FEV₁ < 80%	Semptomların ilerlemeye başladığı evredir, alevlenme sırasında kısa kısa nefes alma ve dispne mevcuttur.
GOLD III Ağır	• 30% ≤ FEV₁ < 50%	Bu evrede dispne artmıştır, günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Alevlenmeler bu evrenin başlangıcında daha çok görülmektedir.
GOLD IV Çok Ağır	• FEV₁ < 30% ya da • FEV₁ < 50%	Yaşam kalitesi bozulmuş, alevlenmeler hayatı tehdit edebilmektedir.

GOLD, 2022.

2.6. KOAH’ta Tedavi ve Bakım

KOAH’taki tedavi ve bakımın amacı; bireyin yaşadığı semptomları azaltmak, alevlenme sıklık ve ciddiyetini azaltmak, egzersiz toleransını artırmak, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmek, bireyin öz-etkililiğini artırarak yaşam kalitesini yükseltmektir (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018; GOLD, 2022). Bu amaçla KOAH’ın tedavisi ve bakımında; farmakolojik tedavi, aşı, sigaranın bırakılması, oksijen tedavisi, pulmoner rehabilitasyon ve beslenme yer almaktadır (Riley ve Sciurba, 2019; GOLD, 2022). Son yıllarda COVID-19 pandemisi sırasında KOAH alevlenmelerinden korunma stratejileri arasında maske takılması, fiziksel temasın azaltılması ve sık el yıkama önerilmektedir (GOLD, 2022).

2.6.1. Farmakolojik Tedavi

- KOAH'ın farmakolojik tedavisinde beta-2 agonist ya da antikolinergik bronkodilatör ajanlar kullanılmaktadır.
- Bronkodilatörler, düz kas tonusu üzerindeki etkileri ile hava yollarını genişletmekte, KOAH'lı bireylerin FEV₁ düzeylerini artırmaktadır. Bronkodilatörler alveol kompliyansını etkilememektedir. KOAH'ın akut evresinde beta-2 agonist ya da antikolinergik nebuler bireylerde rahatlatma sağlamaktadır. En sık görülen yan etkileri sinüs taşikardisi ve tremordur (Anzueto ve Miravittles, 2018; Riley ve Sciurba, 2019; GOLD, 2022).
- Antimuskarinik ilaçlar, muskarinik reseptörlerdeki asetilkolinin daraltıcı etkisini inhibe etmeye yönelik olmaktadır. En çok rastlanan yan etkileri arasında ağız kuruluğu ve ağızda metalik tat yer almaktadır (Riley ve Sciurba, 2019; GOLD, 2022).
- Teofilin, en çok kullanılan metilksantin grubu ilaçtır. Uzun süreli kullanıldığında hava yollarında orta düzeyde bir bronkodilatasyon oluşturmaktadır. Atrial ve ventriküler yan etkilere neden olabilmektedir (GOLD, 2022).
- Alevlenme dönemlerinde ve ağır seyreden KOAH'lı bireylerde antiinflamatuvar ve kortikosteroid içeren ilaçlar kullanılmaktadır. KOAH'lı bireylerde kortikosteroid ilaçların yan etkileri bireyi olumsuz yönde etkilemektedir (GOLD, 2022).
- Antibiyotikler, KOAH alevlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Antibiyotik kullanımının rutin olarak kullanımı değil, kişinin durumuna göre düzenlenmesi önerilmektedir. Uygunsuz antibiyotik kullanımı dirençli mikroorganizma gelişmesine neden olabilmektedir (Wang ve ark, 2018). Erdostin, karbosistein ve N-asetilsistein KOAH alevlenmelerinin azaltmak amacıyla kullanılan mukolitikler arasında yer almaktadır (GOLD, 2022).

2.6.2. Aşılar

KOAH'lı bireylere yapılan influenza, pnömokokal polisakkarit ve konjuge pnömokok aşıları morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. KOAH'ta alevlenme ve pnömonilerin

önüne geçmek üzere; 65 yaş altındaki bireylere pnömokokal polisakkarit, 65 yaş ve üzerindeki bireylere konjuge pnömokok aşısı uygulanmaktadır (Riley ve Scirba, 2019; GOLD, 2022). Alevlenmelere neden olduğu düşünülen COVID-19 virüsüne yönelik olarak, KOAH'lı bireylerin aşı önerilerine 2022 yılından itibaren COVID-19 aşısı da eklenmiştir (GOLD, 2022).

2.6.3. Sigaranın Bırakılması

Sigara, KOAH'ın oluşması ve ilerlemesindeki en önemli faktör olarak bilinmektedir. KOAH'lı bireyin bakımında hemşirelerin, bireye sigaranın zararlarını anlatma, sigarayı bırakmalarını destekleme konusunda destek olmayı sürdürmeleri önem arz etmektedir. Sigaranın bırakılmasında psikolojik destek ve davranış terapilerinin yanında fiziksel bağımlılığı zamanla azaltmaya yönelik olarak nikotin içeren terapiler uygulanmaktadır (Agusti, 2019; Grzywa-Celińska ve ark, 2020; TÜSEB, 2020; GOLD, 2022).

2.6.4. Oksijen Tedavisi

KOAH'ta uzun süreli oksijen tedavisine; arteriyel hipoksemi varlığında bireyin oksijen satürasyonunu %90'ın üzerinde tutmak için başlanmaktadır. Oksijen desteğine başlandıktan 60-90 sonra oksijen desteğinin gerekliliği ve yeterli olup olmadığı değerlendirilmektedir (Riley ve Scirba, 2019; TÜSEB, 2020; GOLD, 2022). Oksijen destek tedavisi bireyin günlük aktivitelerinde destek sağlama amaçlı aralıklı olarak ya da sürekli olarak sağlanmaktadır. Oksijen tedavisi bireyin durumuna göre; nazal kanül, oksijen maskesi, yüksek akışlı oksijen sistemleri, maske ile noninavziv mekanik ventilasyon ile uygulanabilmektedir. Trakeostomi eşliğinde mekanik ventilatör ile oksijen tedavisi ileri evre KOAH'ı olan bireylere verilmektedir. Oksijen destek tedavisi mortaliteyi azaltmaktadır (Murphy ve Hart, 2018; Riley ve Scirba, 2019; TÜSEB, 2020; GOLD, 2022).

2.6.5. Pulmoner Rehabilitasyon

Pulmoner rehabilitasyon solunum, öksürük ve fiziksel egzersizleri kapsamaktadır. Uluslararası rehberlerde farklı solunum, öksürük ve fiziksel egzersiz teknikleri uygulanmaktadır. Pulmoner rehabilitasyon; KOAH'lı bireyin egzersiz kapasitesini

artırmakta, dispneyi azaltmakta ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Spruit ve ark, 2013; Garvey ve ark, 2016; Vogiatzis ve ark, 2016; GOLD, 2022).

KOAH'lı bireyin pulmoner rehabilitasyonundaki solunum, öksürük, spirometri ve fiziksel egzersizlerin sayısı, süresi ve içeriğinin farklılığı ile birlikte uygulayan bireyin uyum, tolerans ve öz-etkililiğine göre de değişim göstermektedir. Genellikle tek bir uygulamadaki süre 20-60 dakika olmaktadır. Egzersizin yoğunluğu KOAH'ın derecesine göre değişmektedir. KOAH'lı bireylerin fiziksel egzersizleri haftada en az 3-5 kez uygulanması önerilmektedir. Fiziksel egzersizler arasında esneme, ağırlık çalışmaları, bant egzersizleri, yürüyüş yer almaktadır (Spruit ve ark, 2013; Garvey ve ark, 2016). Solunum ve öksürük egzersizlerinin gün içerisinde bireyin yorulmadan, uygulayabildiği ölçüde tekrarlaması önerilmektedir. Pulmoner rehabilitasyonun olumlu etkilerinin oluşması için ideal süre 12 hafta olarak belirtilmektedir. KOAH'lı birey için planlanan pulmoner rehabilitasyonun uyum, uygulanabilirlik ve sürdürülebilirliğinin önemi üzerinde durulmaktadır (Spruit ve ark, 2013; Garvey ve ark, 2016; Vogiatzis ve ark, 2016).

2.6.6. Beslenme

Bireyin beslenme durumu KOAH'ın kontrol edilmesinde ve ilerlemesinde önemli bir yer tutmaktadır. KOAH'ın risk faktörleri arasında yer alan düşük sosyo-ekonomik durum ve doğrudan KOAH'ın oluşturduğu enerji gereksinimi bireylerin malnütriyona olan eğilimlerini artırmaktadır. KOAH'lı bireylerin beslenmesinde yeterli protein, yağ ve yeşil sebzelerin tüketilmesi, beden kitle indeksine göre normal kilonun sürdürülmesi ve diyetisyen kontrolü önerilmektedir (Schols ve ark, 2014; Raad ve ark, 2019).

2.7. KOAH'ta Öz-etkililik

Öz-etkililik, bireyin gerçekleştirmek istediği amaçlara ulaşmak için farkındalığını geliştirerek, içsel ya da dışsal motivasyonlar ile yeni davranış biçimleri geliştirme başarısı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin değişen algı ve deneyimleri zaman içerisinde davranış biçimini de değiştirebilmektedir. Birey, bilgi ve davranışlarından bir çıkarımda bulunarak öz-etkililik geliştirmektedir (Bandura, 1989, 1991; Scherer ve Schmieder, 1996).

Öz-etkililik, bireyin davranışlarını yönetmesi, hastalıkla başetmesinde uyum geliştirmesi ve bireysel iyi oluşluk için temel bilişsel faktördür. Bireyin davranışlarını yöneterek başetmelerini güçlendirmesi, hastalığına karşı bakış açısının değişmesi ile yaşam kalitesi etkilenmektedir. Bireyin öz-etkililik ile ilgili algı ve inanışlarını farklı bakış açıları, sözel cesaretlendirme, fiziksel ve emosyonel durumun iyi olması değiştirmektedir. Bunların yanında bilgi düzeyinin artırılması farkındalığı olumlu yönde geliştirmektedir. Farkındalığı artan bireyin karar vermesi kolaylaşmakta ve davranış değişikliği yapabilmektedir (Jiang ve ark, 2020; Tsiligianni ve ark, 2020; Guo ve ark, 2020). Birey seçimlerini bilgi, deneyim ve farkındalık düzeyine göre yapmaktadır (Yi ve ark, 2021). Bilgi düzeyi artmış, moral ve motivasyonu yüksek olan bireyin öz-etkililiği olumlu yönde etkilenmektedir (Jiang ve ark, 2020; Tsiligianni ve ark, 2020; Guo ve ark, 2020).

KOAH'ta bakımın sürekliliği ve semptom yönetiminde bireye özgü müdahalelerin planlanması amacıyla öz-etkililik düzeyinin ölçülmesi ve bilinmesi önemlidir. Bakım sürecinde değişen durumlara ve bireyin ihtiyaçlarına göre yeni bakım stratejileri oluşturmak amacıyla öz-etkililik düzeyinin takibi önerilmektedir (Jiang ve ark, 2020; Tsiligianni ve ark, 2020; Yi ve ark, 2021).

KOAH'lı bireylerin sıklıkla ve tekrarlı şekilde yaşamakta oldukları semptomlardan özellikle dispne, yorgunluk, anksiyete ve depresyon durumları, öz-etkililik düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz deneyimleri yaşayan bireyin öz-etkililiği azalmakta, yaşadığı semptomların etkileri derinleşmekte, yaşam kalitesi azalmaktadır. Öz-etkililik değerlendirmesi, KOAH'ta benimsenmesi gereken bir bakım anlayışı olarak ele alınmaktadır (Jiang ve ark, 2020; Tsiligianni ve ark, 2020; Yi ve ark, 2021).

KOAH'taki semptomları azaltmada öz-etkililik önemli bir yer tutmaktadır. KOAH'lı bireyin öz-etkililik algısında, bireyin KOAH hakkındaki bilgi ve deneyimleri etkili olmaktadır. Başkalarının yaşadığı başarılı deneyimlerin bireye broşür, kitapçık, kitap ve videolar kullanılarak aktarılması öz-etkililiği olumlu yönde geliştirmektedir. Sözel cesaretlendirme, stresle başetme teknikleri, anksiyete, nefes darlığı, yorgunluk semptomlarının nedeninin açıklanması bireyin farkındalığına katkı sağlamaktadır (Simpson ve Jones, 2013; Guo ve ark, 2020).

KOAH'lı bireyin bakımında solunum ve öksürük egzersizleri ile solunum fonksiyonu artmakta bu durum bireyin kendine güvenini artırmakta, solunum sıkıntısı ve alevlenmeleri azaltmaktadır. Kendine güveni artan birey günlük yaşam aktivitelerini daha iyi yerine getirmekte, stres ve anksiyete düzeyi düşmekte, öz-etkililik algısı artmaktadır. Öz-etkililik algısı artmış olan birey KOAH semptomlarına yönelik geliştirmiş olduğu olumlu davranışları devam ettirmektedir. Öz-etkililiği artmış olan bireyin KOAH semptomları ile başetmesi güçlenmekte ve yaşam kalitesi artmaktadır (Simpson ve Jones, 2013; Guo ve ark, 2020).

2.8. KOAH'ta Yaşam Kalitesi

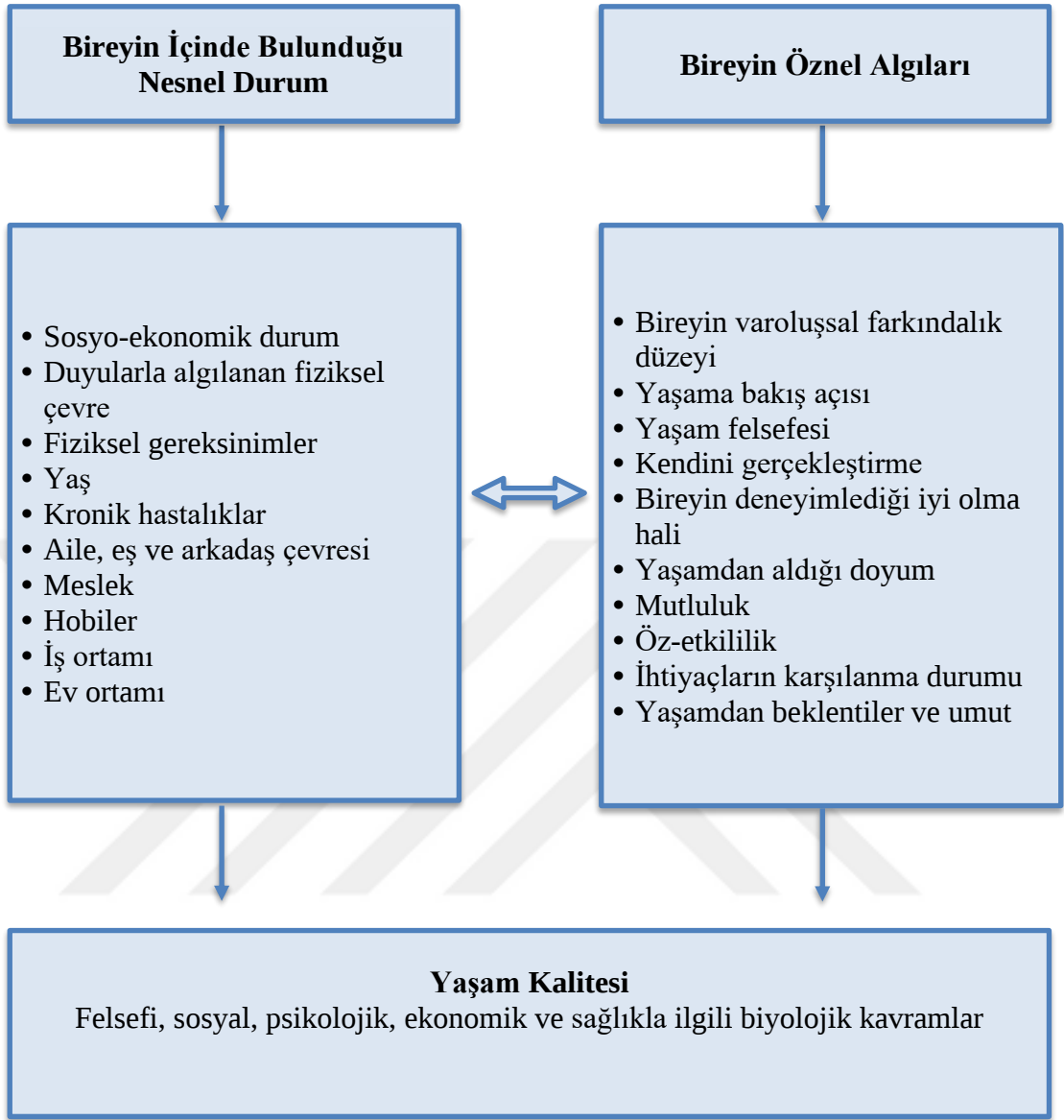
Yaşam kalitesi; felsefi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve biyolojik kavramları içinde barındırmaktadır. Bu sebeple disiplinler arası, durumlara özgü nesnel ve öznel yaşam kalitesi tanım ve değerlendirmeleri var olmaktadır. DSÖ yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri, hedefleri, beklentileri, yaşam standartları doğrultusunda geliştirdiği yaşam algısı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020). Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile ilişkisinden etkilenmektedir. Sağlık alanında yaşam kalitesi, hastalığın bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam beklentisini ne kadar etkilediği göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir (Mayo, 2015; Haraldstad ve ark, 2019).

Yaşam kalitesi, bireylerin içinde bulundukları nesnel durum ve öznel algıları arasındaki bağ ile ilişkilendirilmektedir. Yaşam kalitesi kavramı, bireylerin yaşadığı nesnel durum ve ortamlar ile bireyin yaşama bakış açısı, algıları ve yaşam felsefesi arasında oluşmaktadır (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Bireyin yaşadığı nesnel durum ve ortamlar içerisinde; bireyin nesnel kimlik ve kişiliğini oluşturan sosyo-ekonomik durum, duyularla algılanan fiziksel çevre, fiziksel gereksinimler, yaş, kronik hastalıklar, aile, eş ve arkadaş çevresi, mesleği, hobileri, iş ve ev ortamı bulunmaktadır. Yaşama bakış açısı, algılar ve yaşam felsefesi bireyin varoluşsal farkındalık düzeyi ile değişim göstermektedir (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018).

Yaşam kalitesinin varoluşsal felsefe ile olan ilişkisini belirlemede üç temel konu olan bireyin deneyimlediği iyi olma hali, yaşamdan aldığı doyum ve mutluluk olarak ele alınmaktadır. Mutluluk; ahenk içinde varolma, iyi olma, iyi bir yaşama sahip olma

olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım kişiye göre değişmekle birlikte, mutluluk ruhsal bir aktivitedir ve bireyin içsel ve dışsal olarak hissettiği öz-etkililik, yorulmazlık, tamlık, mükemmelliktir (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Özsel olarak sadece insan farkındalık ve öz-etkililik aracılığıyla mutluluk anlayışına sahip olmaktadır. Yaşam kalitesinin varoluşsal düzeydeki durumunu belirleyen diğer konuları arasında temel ihtiyaçların karşılanması, geçici olarak bulunulan iş, aile ve boş zamanların geçirildiği çevrelerdeki deneyimler, yaşamdan beklentilerin, umutların ifade edilmesi, kendini gerçekleştirme ve bireysel özellikler yer almaktadır. Konuya ilişkin olarak araştırmacı tarafından oluşturulan yaşam kalitesini belirleyen durumlar Şekil 2.1’de görölmektedir (Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018).





Şekil 2.1. Yaşam Kalitesini Belirleyen Durumlar (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018).

KOAH, bireyin yaşam kalitesini etkileyen nesnel durumlardan biridir. KOAH semptomları bireyin içinde bulunduğu nesnel durumlar olan sosyo-ekonomik durumu, fiziksel gereksinimlerini karşılamasını, aile, eş, arkadaş çevresi ile iletişimini, mesleğini ve hobilerini gerçekleştirmesini, ev ve iş ortamındaki günlük aktivitelerini ve bireyin öznel algı boyutundaki farkındalık düzeyini, hayata bakış açısını ve yaşam felsefesini, yaşamdan aldığı doyum, mutluluk ve öz-etkililiği olumsuz yönde etkilemektedir (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Dolayısı ile bireyin içinde bulunduğu nesnel ve öznel faktörlerin olumsuz yönde etkilenmesiyle

KOAH semptomları artmakta, bireyin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018; Haraldstad ve ark, 2019).

KOAH'lı bireylerin hemşirelik bakımında yaşam kalitesine önem verilmektedir. KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi sağlık ve hastalık ilişkili kavramlar olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Bireyler çoğunlukla sağlık ilişkili yaşam kalitesi açısından ele alınmaktadır. KOAH'lı bireye bakım verirken güven verici, profesyonel bakım davranışları yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte, KOAH'lı bireyin kişilik özellikleri ve hastalığın özellikleri olumsuz yönde etkilemektedir (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). KOAH'lı bireyin değerlendirilmesi ve ihtiyaçlarının belirlenmesi önemlidir. KOAH'lı bireyin ihtiyaçlarına yönelik verilen hemşirelik bakımı ile semptom kontrolü sağlanmaktadır. KOAH semptom kontrolü ile günlük yaşam aktivitelerinin devam etmesi, alevlenme ve hastaneye yatış sayısının az olması, öz-etkililik algısının artması bireyin yaşam kalitesini artıran faktörler arasında yer almaktadır. KOAH'lı bireyin solunum fonksiyonları günlük yaşam aktivite düzeyleri ile ilişkilidir. Bu sebeple KOAH'lı bireyin yaşam kalitesini değerlendirmede solunum fonksiyon testleri de kullanılmaktadır (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018).

2.9. KOAH'ta Eğitim ve Tele-danışmanlık

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte bireyler çok fonksiyonlu mobil telefon ve bilgisayarları yaygın olarak kullanmaktadır. Bu yaygın kullanım alanı ile birlikte bireylerin hastalık yönetiminde tele-danışmanlık gündeme gelmektedir. Tele-danışmanlık; hastalıkların tanı, tedavi, izlemi, eğitim ve semptom kontrolünü sağlama amacı ile yer bulmaktadır (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021).

Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıklar artmaktadır. Kronik hastalıklar hastane yatışları, bakım ihtiyacı ve sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Tele-danışmanlık, hemşireler tarafından farklı klinik ve hastalıklara sahip bireylerin bakımında kullanılmaktadır. Tele-danışmanlığın sağlık bakım giderlerini azaltabileceği düşünülmektedir. Tele-danışmanlığın bireyler üzerindeki etkinliği

konusunda tartişmalar devam etmektedir (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021).

Kronik hastalıkların kontrolündeki temel amaç, hasta bireyin karar verme mekanizmasını geliştirmek ve bireyin güçlenmesini sağlayarak öz-etkililiğini artırmaktır. Klinik alandaki başarılı hemşirelik bakım uygulamalarından sonraki dönemde birey zaman içerisinde yaşam tarzı değişikliğini sürdürmekte zorlanmakta, hastalık semptomlarıyla başetmesi azalmaktadır (Johnson, 2018; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019). Öz-etkililik ve motivasyonu azalan bireyin hastalık evresi ilerlemekte, semptomları artmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Kronik hastalıklardaki semptom yönetiminde hemşirelik bakımının periyodik tele-danışmanlık uygulamaları ile sürdürölmesi, bireyin farkındalığının devamı ve öz-etkililik düzeyinin azalmasının önüne geçilmesini sağlamaktadır. Hemşirelik bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesinde son yıllarda önemli bir yere sahip olan tele-danışmanlık; solunum hastalıkları, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve onkoloji alanında kronik hastalık semptom yönetimi ve öz-etkililiği geliştirme amacıyla gerçekleştirilmektedir (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019).

KOAH'lı bireylerin hemşirelik bakımında tele-danışmanlık uygulaması yeni bir model olarak görölmemektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 36 milyondan fazla bireye hemşireler tarafından tele-danışmanlık verilmektedir. Kanada, Avusturalya, İsveç ve Birleşik Krallık'ın sağlık sisteminde tele-danışmanlık 2000'li yıllardan itibaren kullanılmaktadır (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Donner ve ark, 2021).

KOAH'ta tele-danışmanlığın öz-etkililik ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünölmemektedir. Günümüz teknolojisinin hızla gelişmesi tele-danışmanlığın hemşirelik bakımında kullanımını yaygınlaştırmaktadır. Hemşireler tarafından yapılan tele-danışmanlık ile KOAH'lı bireylerin acil servis başvuruları ve sağlık giderlerinde azalma meydana geldiği bildirilmektedir (Berkhof ve ark, 2015; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021). KOAH'lı bireylerin semptom kontrolünde tele-danışmanlık hemşirelik bakımının devamını sağlamada fırsat vermektedir. Klinikteki hemşirelik bakımının devamı olarak belli aralıklarla yürütölun tele-

danışmanlık; hasta izleminde, semptomların ve alevlenmelerin azaltılmasında, bireyin öz-etkililiğini artırmada ve sürdürülmesinde, birey ve hemşire arasındaki iletişimin, terapötik ilişkinin devam etmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Berkhof ve ark, 2015; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021). Tele-danışmanlık istenen olumlu davranışların pekiştirilmesi ile öz-etkililik düzeyinin artmasını sağlamaktadır. Öz-etkililik düzeyi artan birey KOAH semptomları ile daha iyi başetmekte ve yaşam kalitesi artmaktadır. Aynı zamanda KOAH'lı bireyler ile yapılan tele-danışmanlık görüşmelerinin çok sık aralıklarla gerçekleştirilmesi, hastalık farkındalığının ihtiyaçtan fazla artmasına ve anksiyete gelişmesine de neden olabilmektedir. Anksiyete bireylerin başetmesini ve öz-etkililiğini azaltabilmektedir. Bu sebeple KOAH'lı bireyler ile yapılacak tele-danışmanlık görüşmelerinin iki haftadan daha kısa aralıklarla yapılmaması önerilmektedir (Bonsaksen ve ark, 2012; Berkhof ve ark, 2015; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021).

2.10. Watson İBK

2.10.1. Hemşirelik Metaparadigmaları

Metaparadigma, bir disiplinin ilgilendiği kavramları ve bu kavramlar arasındaki ilişkileri ifade etmektedir. Hemşirelikteki metaparadigmalar, hemşirelikteki kavram, araştırma ve uygulamaların birbirleri ile ilişkisini açıklamada ve küresel hemşirelik anlayışını oluşturmada önemli yer tutmaktadır. Hemşirelikte metaparadigmaların 1970'li yılların sonuna doğru geliştiği görülmektedir. Hemşirelik metaparadigmaları insan, çevre, sağlık ve hemşirelik olarak bilinmektedir. Buna göre hemşirelik disiplini; insanın doğumu, yaşamı ve ölümü, çevresel faktörlerin insanı yaşamına etkileri, hemşirelik uygulamalarının insan yaşamına faydaları ve hemşirelik bakımının bu kavramlarla olan ilişkisi ile ilgilenmekte, kuramlar geliştirmektedir (Fawcett, 2005; Okumuş ve Boz, 2020).

2.10.2. Watson İBK ve Hemşirelik Metaparadigmaları

Watson İBK, Jean Watson tarafından geliştirilmiştir. Watson, 1940 yılında West Virginia, Amerika Birleşik Devletleri'nde doğmuştur. Hemşirelik lisansını 1964'de, yüksek lisansını psikiyatri hemşireliği dalında 1966'da, eğitimsel psikolojik ve danışmanlık alanındaki doktora eğitimini 1973'te tamamlamış, kuramını ilk defa 1979'da geliştirmiştir (Watson Caring Science Institute, 2020; Okumuş ve Boz, 2020).

Watson İBK'ye göre insan, kendisine bakım verilen, saygı duyulan, anlamaya çalışılan, destek sağlanan değerli bir bireydir. İBK'de birey, tek bir organ, sistem ya da bakış açısı ile değil; biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ruhsal açıdan felsefi bir bütün olarak ele alınmaktadır. Watson İBK'de, kendinin ve diğer bireylerin farkında olma, kendini ve diğer bireyleri sevmek, sevgi ile yaklaşma, önem verme anlayışı ön plana çıkmaktadır. İBK'ye göre kendini ve diğer bireyleri anlama, sevmek farkındalığı kişisel egoların üzerinde derinden gelen, doğal ve ruhsal bir süreç olarak ele alınmaktadır (Watson, 2002, 2006; Vandemark, 2006).

Watson'a göre her türlü çevre ortamında bakım devam edebilmektedir. Bakım davranışı nesilden nesile aktarılmamakta, kalıplar şeklinde uygulanmamaktadır. İBK'ye göre bakım, bireyin bulunduğu çevresel şartlar içerisinde, hemşirelik disiplini anlayışında bireye özgü olarak gelişmektedir. Watson kuramında; her çağdaki farklı kültür, inanç sistemi, değer, umut, iyileşme, bakım, yaşam kalitesi ve bakış açısına sahip bireylerin bakımında İBK iyileştirme süreçlerinin kullanılabileceği zamansız, evrensel bir bakış açısına odaklanmaktadır (Reed, 2006; Wagner, 2010; Constantinides, 2019).

Watson sağlığı, bireyin fiziksel, sosyal ve mental fonksiyon seviyesinin bütünsel olarak artırılması olarak ele almaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin genel devamının sağlanması üzerinde durmaktadır. Watson'a göre sağlık, bireylerin derin inanç, değer ve yüklediği anlamlar ile algılanan bir kavram olarak yorumlanmaktadır. Hemşireler bireylerin sağlığının devamını sağlamak amacıyla dinamik, enerjik, iyileştirme güçlerine ve mucizelere inanarak otantik kişilerarası ilişkiler kurmaktadır (Watson, 2007; Constantinides, 2019).

Watson'a göre hemşirelik anlayışında; sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi ve bakımın devam etmesi yer almaktadır. Watson, hemşirelik bakımında holistik sağlık anlayışına önem vermektedir. İBK'ye göre hemşireler, geniş bir holistik anlayış ile iyi niyet ve insanlık çerçevesinde bakımı üstlenmektedir. Watson hemşirelerin insanın doğum, ölüm ve varoluş yolculuklarını kendi içsel perspektifinden yaşamakta olduklarını ifade etmektedir (Watson, 2002; 2006; 2007).

2.10.3. Watson İBK İyileştirme Süreçleri

Watson İBK'de hemşireler, bireylere bakım verirken on iyileştirme süreci kullanmaktadır. İyileştirme süreçleri insancılık, umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, mucizelerin gerçekleşmesi, öğretme ve öğrenme olarak tanımlanmaktadır (Wagner, 2010; Pajnkihar ve ark, 2017; Watson Caring Science Institute, 2020).

İnsancılık; hemşirelik bakımının temelinde evrensel insani değerler bulunmaktadır. İnsani değerler nezaket, empati, farkına varma, kendini ve başkalarını sevmeyi içermektedir. Bireylerin kendine ve başkalarına verme eylemi, diğer bireylerle ilişki ve bireyin inançları yoluyla yaşama anlam kazandırmaktadır. Bakımda insani duygu ve davranışlar profesyonel hemşirelik bakımının en iyi düzeyde ve etik bir şekilde meydana gelmesini sağlamaktadır (Watson, 2002; Wagner, 2010).

Umut; Watson İBK, sağlığın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde bireyin umut ve inançlarının çok önemli olduğunu ve saygı gösterilmesi gerektiğini belirtmektedir. Tıbbi tedavi ve bakım neyi gerektirirse gerektirsin, bireylerin inanç ve umutlarının hemşire tarafından desteklenmesi gerekmektedir. İBK'de, bireye hastalığı nedeniyle uygulanacak hiç bir tedavi ve bakımın kalmaması durumunda dahi hemşire umut vermeyi sürdürmektedir (Watson, 2006; Okumuş ve Boz, 2020).

Duyarlılık; Watson'a göre insan olmak hissetmek anlamına gelmektedir. İnsanlar genellikle düşüncelerine izin vermekte fakat duygu ve hislerini kontrol altına almak istemektedirler. Kendine ya da bir başka bireye duyarlı olmanın yolu kendinin ve başkalarının duygularını farketmek olarak tanımlanmaktadır. Duygular, hisler insanıyeti ve yaşamsal deneyimleri güçlendirmektedir. İBK'de duyarlılık, bireyin

sadece kendi psikolojik gelişimine değil aynı zamanda diğerlerini kabul etmekle de ilişkilendirilmektedir. Duyarlılık olmadan bireyler kendilerini ve başkalarının ihtiyaçlarını anlayamamaktadır. Watson İBK'ye göre başkalarını anlayamayan bir hemşirelik anlayışında bakımın devam edemeyeceği ifade edilmektedir (Watson, 2006; Watson Caring Science Institute, 2020).

Yardım ve güven ilişkisi; Watson İBK'de yardım ve güven ilişkisi bir insanı diğerine bağlayan çok özel bir ilişki olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin fiziksel ihtiyacını giderirken hemşire ile birey arasında gelişen ruhsal bir ilişki söz konusu olmaktadır. Hemşire ve birey arasında gelişen özel bir durum olarak belirtilmektedir (Watson, 2007; Okumuş ve Boz, 2020; Özer Özlü ve ark, 2022).

Duygu ve hislerin ifadesi; bireylerin düşünce, davranış ve deneyimlerinden sonra duygu ve hisler oluştuğu için insan bakımında ele alınması gerekmektedir. Başka bir kişiyi dinlemek, anlamaya çalışmak bireyin duygularını onurlandırmakta ve iyileştirme sürecinde anlam kazanmaktadır. Bir başkasını, hikayesini, yaşadıklarını dinlemek yapılabilecek en büyük iyileştirme süreci olarak görülmektedir (Watson, 2006; Wagner, 2010; Özer Özlü ve ark, 2022).

Problem çözme; profesyonel hemşirelik karar verme, yaratıcı problem çözme içerir. Yaratıcı problem çözme yaklaşımında hemşireler, teorik bilgilerini klinik bakım ile bir araya getirmektedirler. Watson İBK'de problem çözme tek düze bir işlem olmamakla birlikte; kişisel bilgi, beceri, estetik anlayışı, teknoloji, iç güdü, etik ve hatta ruhsal anlayışların bir arada kullanılmasıyla gerçekleşmektedir (Watson, 2007; Constantinides, 2019).

İyileşme çevresi; Watson İBK'de bakım çevresi; bireyin bir bütün olduğu gibi fiziksel, sosyal ve ruhsal çevre olarak ele alınmaktadır. Bakım sırasında mümkün olduğunca rahat, güvenli, temiz, özel ve estetik açıdan bütünlüklü bir ortam oluşturulmaya çalışılmaktadır. Görsel, işitsel ve dokunsal olarak bireyin iyileşmesine katkıda bulunulacak bütünlüğün sağlanması gerekmektedir (Watson, 2006; Brewer ve Watson, 2015).

Gereksinimlere yardım; temel gereksinimlere yardım sırasında hemşire bireyin özel alanına girmekte, bireyler ile yardım ve güven ilişkisi kurmak için fiziksel bir yol olarak ele alınmaktadır. İyileştirici bakım için hem fiziksel hem de ruhsal anlamda çok değerlidir ve önemli bir yer tutmaktadır (Watson, 2007; Wagner, 2010).

Mucizelerin gerçekleşmesi; Watson, bu kavramın batı tıbbi anlayışı ile açıklanamayacağını belirtmektedir. İnsanların fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerinin yanında insan deneyimlerinin metafiziksel ve felsefi yönlerinin de bulunduğunu savunmaktadır. Ruhsal anlamlar ifade eden mucizeler, sonsuz olasılıkları içerisinde barındırmaktadır. Watson'a göre mucizelerin gerçekleşmesi; hemşire, birey ve ailelerinin kültürel inanç, anlam, mit ve metaforlarının yer aldığı derin içsel beklenti ve durumları ifade etmektedir. Bireylere özgü olan bu derin, içsel dünyanın bakım ve iyileşme sürecine izin vermesinin mümkün olduğu belirtilmektedir (Watson, 2002; Brewer ve Watson, 2015; Özer Özlü ve ark, 2022).

Öğretme ve öğrenme; Watson İBK'de yer alan öğretme ve öğrenme iyileştirme sürecinde, bireye sadece bilgi ve veri aktarılmasından öte verilen bilginin birey tarafından nasıl, ne şekilde anlaşıldığı ve anlamlandırıldığı önem kazanmaktadır. Hemşire ve birey arasındaki otantik ilişki sırasında bireyin bilgiyi almak için hazır olması ve istemesi gerekmektedir. Watson İBK'nin bu iyileştirme süreci, hemşirenin koçluk rolünü üstlenerek bireyin kendi öğrenme sürecini oluşturmaya destek olmayı amaçlamaktadır (Watson, 2006; Brewer ve Watson, 2015; Pajnkihar ve ark, 2017).

2.10.4. Watson İBK'nin Uygulamaya Aktarılması

Watson İBK'nin hemşirelik bakımında iyileştirme süreçlerinin farkındalık ile ele alınması gerekmektedir. Farkındalık geliştirilmeden iyileştirme süreçlerinin gerçekleştirilmesi mümkün olmamaktadır. Bakım anı; geleneksel kalıplarla sınırlandırılmadan bireyin o andaki fiziksel, sosyal, psikolojik ihtiyaç ve ruhsal durumuna göre hemşirenin kendine has bilgi, beceri, deneyim, iç güdü ve hislerinin birlikteliğinde otantik kişilerarası iletişimin varlığında iyileştirme süreçlerinin uygulanması ile oluşmaktadır. Hemşirenin iyileştirme süreçlerinde belirtilmekte olan enerji, bilinç ve farkındalık ile bireye yaklaşarak iyi niyetli bir şekilde bakımı ele alması gerekmektedir. Watson İBK'de belirtilen iyileştirme çevresi sadece görsel,

işitsel materyallerin kullanımı ve fiziksel bir çevrenin ötesinde, göz teması, gülümseme, önemsediğini farketme, nefes egzersizleri, olumlu beden dili, iyi niyetin belli edilmesi, aktif dinleme, saygılı konuşma, ismi ile hitap etme, içtenlikle çözüm üretmeye çalışma, umut verme, kültürel özelliklerinin farkına varma ve dokunma davranışlarını içermektedir (Brewer ve Watson, 2015; Pajnkihar ve ark, 2017; Constantinides, 2019; Özer Özlü ve ark, 2022).

Sonuç olarak; KOAH'lı bireyin hemşirelik bakımında semptom, alevlenme ve hastane yatışlarının azaltılması, solunum fonksiyonlarının artırılması amacıyla bireye farkındalık kazandırılması esas olmaktadır. Hemşirelik bakımı eğitim ve danışmanlık ile bireyin bilgi düzeyinin artırılması, aralıklı izlem ile bakımın sürekliliğinin sağlanmasını içeren uygulamaları da kapsamaktadır. Watson İBK'de kişilerarası bakım ilişkisi, otantik ilişki ve bireyin varoluşsal farkındalığı temel alınmaktadır. Bu bağlamda KOAH'lı bireye verilen hemşirelik bakımı sırasında bakım anı, bakım durumu ve iyileştirici çevrede Watson İBK'de yer alan insancılık, umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, mucizelerin gerçekleşmesi, öğretme ve öğrenmeyi içeren iyileştirme süreçlerinin uygulanması ile bireyin öz-etkililik düzeyinin artacağı beklenmektedir.

Öz-etkililik düzeyi artan KOAH'lı bireyin solunum fonksiyonlarının artacağı düşünülmektedir. KOAH'lı bireyin günümüzdeki biyolojik, psikolojik, sosyal bakım ve uyum ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak verilecek olan holistik hemşirelik bakım anlayışı ile Watson İBK'nin hemşirelik bakım kavramlarının birbiriyle son derece örtüştüğü görülmektedir. Bu sebeple, Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik etkisinin olduğu aynı zamanda öz-etkililik düzeyinin artırılmasıyla solunum fonksiyon testi değerlerinin artacağı, hastaneye tekrarlı yatış sayısının azalacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir (Clinical Trials Protokol No: NCT04256070).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde Ekim 2020-Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi H Blok poliklinik binası zemin katta hizmet veren Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde yedi adet muayene odası mevcut olup, bunlardan birinde astım ve KOAH'lı hastalar muayene edilmektedir. Poliklinik odalarına ek olarak solunum fonksiyon ve alerji testi, inhaler ilaç eğitim odası, difüzyon ve bronkoprovokasyon testi, sigara bırakma, pulmoner rehabilitasyon ve seminerler için ayrılmış odalar yer almaktadır. Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde iki hemşire görev yapmaktadır. Polikliniğe günlük ortalama KOAH tanılı üç-dört hasta başvurmaktadır. İhtiyacı olduğu düşünülen hastalara solunum hemşiresi tarafından fiziksel ve solunum egzersizleri anlatılmakta, hastalara eğitim kitapçığı verilmemektedir.

Araştırmamızda müdahaleler poliklinikte bulunan uygun muayene odalarında yapılmıştır. Müdahalenin uygulandığı odada araştırmacı ve hastaların kullanacağı masa ve sandalyeler bulunmaktadır. Odada bulunan telefonlar görüşmeler sırasında kapatılmıştır. Araştırmanın yürütülmesinde Ek-1'de verilen Tez Projesi Zaman Çizelgesi takip edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran KOAH tanılı bireyler oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde KOAH nedeniyle tedavi gören ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan bireyler alınmıştır.

Örneklem büyüklüğünde yeterli güç ve uygun genişlikte örnekleme ulaşabilmek için örneklem büyüklüğü hesaplamasında kabul gören değer %80 güce sahip olmasıdır. Çalışmamızda güç %80 kabul edilmiştir. Literatürde çalışmalarda uygun örneklem

büyükliğünün belirlenmesinde tip 1 hata oranı %5 kabul edilmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Araştırmamızdaki tip 1 hata oranı %5 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde istatistik danışmanı desteği alınarak www.danielsoper.com programı kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında benzer çalışmalardan elde edilen müdahale ve kontrol gruplarının standart sapma düzeylerinin bilinmesi gerekmektedir. Çalışmamızın örneklem hesabı St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği (SGRQ) ortalama ve standart sapması kullanılarak yapılmıştır. Boxall ve arkadaşlarının (2005) SGRQ kullanarak yaptıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale ve kontrol gruplarının SGRQ genel puan ortalaması ve standart sapmaları sırasıyla 50.7 ± 11.8 ve 59.6 ± 13.3 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın ortalama ve standart sapmaları kullanılarak Cohen d etki büyüklüğü 0.708 olarak elde edilmiştir. Araştırmamızda kullanılan programda etki büyüklüğü değeri 0.708, %80 güç ve %5 hata payı kullanılarak yapılan örneklem büyüklüğü hesaplaması ile müdahale grubunda 33, kontrol grubunda 33 olmak üzere toplam 66 birey olarak belirlenmiştir. Ancak verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerin kullanılabilmesi ve çalışma sırasında kayıp verilerin olacağı ihtimaline karşı hesaplanan sayılara %10'u oranında ilave yapılarak 37 müdahale, 37 kontrol grubu olmak üzere toplam 74 birey randomizasyon sürecine dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırmanın örneklem özellikleri ve örneklemde çıkarılma kriterleri Tablo 3.1'de yer almaktadır. Araştırma örneğine bireyin kronik hastalığını kabul etme ve öz-etkililik geliştirme süreci göz önüne alınarak 6 aydan daha uzun süredir KOAH tanısı olan bireyler dahil edilmiştir (Fournier ve ark, 2002).

Bireylerin eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinde yer alan bilgileri anlama ve uygulayabilmeleri amacıyla bilinç durumları uluslararası alanda yaygın olarak kullanılan, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Standartize Mini Mental Test ile değerlendirilmiştir. Hemşireler tarafından da uygulanabilen ve birey için herhangi bir rahatsız edici yönü bulunmayan test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan beş ana başlığı altında 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan 30 üzerinden değerlendirilmektedir ve bireyin 23 puan üzerinde almış

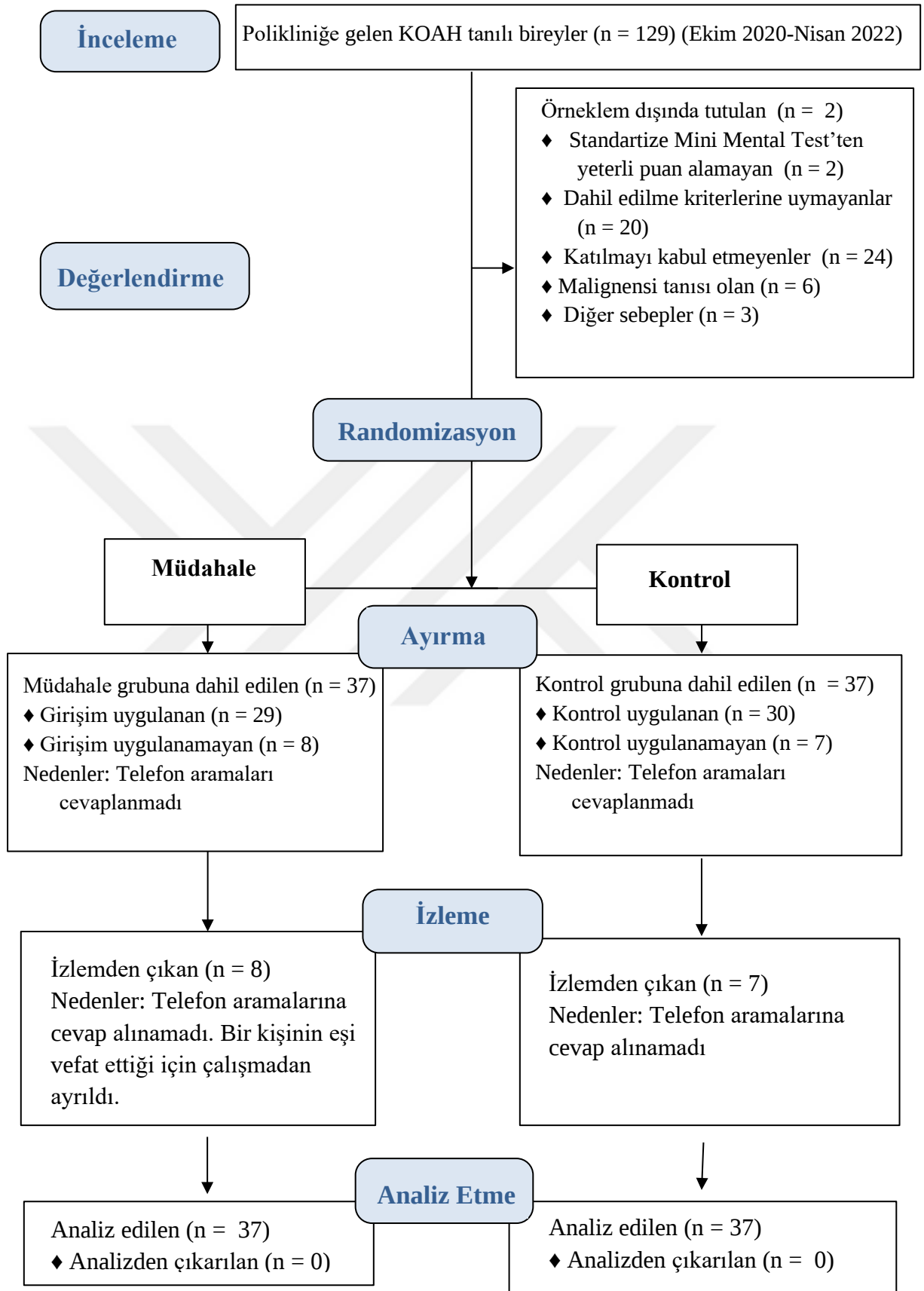
olması testi geçtiğini göstermektedir (Güngen ve ark, 2002). Çalışmamıza Standartize Mini Mental Test puanı 23 ve üzerinde olan bireyler dahil edilmiş, iki birey yeterli puan alamamıştır (Şekil 3.1). Standartize Mini Mental Test Ek-2’de, Standartize Mini Mental Test Uygulama Kılavuzu Ek-3’de ve Standartize Mini Mental Test kullanım izin belgesi Ek-4’de yer almaktadır. Araştırmada örnekleme dahil edilme ve örneklem dışında tutulma kriterleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri
• Altı aydan daha uzun süredir KOAH tanısı olan • Okur-yazar olan • Araştırmaya katılmayı kabul eden • Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde takip edilen • Bilinci açık olan (Standartize Mini Mental Test’ten 23 üzeri puan alan) • Yüzyüze ve telefonda sözel iletişim engeli, işitme ve iletişim sorunu olmayan • Bireysel telefon sahibi olan • 18 yaş ve üzerinde olan
Örneklem Dışında Tutulma Kriterleri
• Standartize Mini Mental Test puanı 23 ve altında olan • Malignensi tanısı olan (dosya bilgisine göre)
Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri
• Kendi isteğiyle çalışmadan ayrılmak isteyen • Genel durumu bozulan bireylerdir.

3.4. Randomizasyon ve K rleme

Müdahale ve kontrol gruplarında eşit sayıda örneklem sağlamak ve etkinliği incelenecek faktör dışında diğer tüm etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta da eşit sayıda örneklem olu turana ‘basit randomizasyon yöntemi’ seçilmiştir. Randomizasyon için randomizer.org internet sayfası kullanılmıştır (Erişim tarihi: 20.05.2019). Programda 2 farklı grup ve grup başına 37 sayısı ile işlem yapılmış, 1-74 arasında numaralandırma istenmiştir. Programdan elde edilen randomizasyon tablosu Ek-5’de verilmiştir. Randomizasyon sırasında örnekleme uyan ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin hangi grupta olduklarını bilmemesi ile tek k rleme sağlanmıştır.



Şekil 3.1. CONSORT Şeması

3.5. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Özellikleri

Tablo 3.2. Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Özellikler

Tanımlayıcı özellikler		Müdahale		Kontrol		Toplam		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	Yaş Ortalaması $\bar{X} \pm \pm SS$	66.62±7.29		62.92±9.69		64.77±8.76		t=1.84	0.069
Cinsiyet	Kadın	12	32.4	5	13.5	17	23.0	3.74	0.053
	Erkek	25	67.6	32	86.5	57	77.0		
Medeni durum	Evli	28	75.7	29	78.4	57	77.0	0.07	0.782
	Bekar	9	24.3	8	21.6	17	23.0		
Eğitim durumu	İlköğretim	19	51.4	22	59.5	41	55.4	0.55	0.757
	Lise	10	27.0	9	24.3	19	25.7		
	Yükseköğretim / Fakülte	8	21.6	6	16.2	14	18.9		
Gelir durumu	Gelir Giderden Az	19	51.4	19	51.4	38	51.4	0.23	0.890
	Gelir Gidere Eşit	16	43.2	15	40.5	31	41.9		
	Gelir Giderden Fazla	2	5.4	3	8.1	5	6.8		
Çalışma durumu	Çalışıyor	-	-	8	21.6	8	10.8	8.97	0.003
	Çalışmıyor	37	100.0	29	78.4	66	89.2		
Meslek	İşçi	14	37.8	21	56.8	35	47.3	3.82	0.281
	Memur	3	8.1	1	2.7	4	5.4		
	Ev Hanımı	5	13.5	2	5.4	7	9.5		
	Emekli / Çalışmıyor	15	40.5	13	35.1	28	37.8		
Yerleşim yeri	İl	28	75.7	33	89.2	61	82.4	2.34	0.310
	İlçe	7	18.9	3	8.1	10	13.5		
	Belde / Köy	2	5.4	1	2.7	3	4.1		

Tablo 3.2’de Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu’ndan elde edilen veriler incelenmektedir (Ek-6). Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre müdahale grubundaki bireylerin yaş ortalaması 66.62±7.29, kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 62.92±9.69’dur. Müdahale grubundaki bireylerin %67.6’sı erkek, %75.7’si evli, kontrol grubundaki bireylerin %86.5’i erkek ve %78.42’ü evli bireylerden oluşmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin %51.4’ü ilköğretim mezunu, kontrol grubundaki bireylerin %56.8’i ilköğretim mezunudur. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin %51.4’ünün geliri giderden azdır. Müdahale grubunda çalışan birey bulunmazken, kontrol grubundaki bireylerin %21.6’sı çalışmaktadır. Müdahale

ve kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun emekli olduğu görülmektedir (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Bireylerin Ev Ortamları, Yardıma İhtiyaç Durumları ve Tütün Ürünleri Kullanımı/Maruz Kalma Bilgilerine İlişkin Özellikler

Tanımlayıcı özellikler		Müdahale		Kontrol		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Yalnız	6	16.2	7	18.9	13	17.6	5.50	0.064
	Aile Bireyleri ile	30	81.1	23	62.2	53	71.6		
	Bakıcı / Bakımevi	1	2.7	7	18.9	8	10.8		
Evde Yapamadığı İşlerde Yardım Alma Durumu	Yalnız	13	35.1	16	43.2	29	39.2	0.51	0.475
	Aile Bireyleri	24	64.9	21	56.8	45	60.8		
En Fazla Yardıma İhtiyaç Duyduğu Alan	Fiziksel Yönden	14	37.8	9	24.3	23	31.1	5.56	0.351
	Psikolojik Yönden	2	5.4	3	8.1	5	6.8		
	Ekonomik Yönden	5	13.5	1	2.7	6	8.1		
	Fiziksel ve Ekonomik Yönden	-	-	1	2.7	1	1.4		
	Her Yönden	9	24.3	13	35.1	22	29.7		
	İhtiyaç Duymuyor	7	18.9	7	18.9	14	18.9		
Sigara ve Diğer Tütün Ürünlerini Kullanma Durumu	Hiç Kullanmamış	7	18.9	5	13.5	12	16.2	1.22	0.541
	Halen Kullanıyor	8	21.6	12	32.4	20	27.0		
	Kullanıp Bırakmış	22	59.5	20	54.1	42	56.8		
Ev Ortamında Sigara / Tütün Solunumu Etkileyen Unsurlara Maruz Kalma Durumu	Evet	15	40.5	16	43.2	31	41.9	0.30	0.580
	Hayır	22	59.5	18	48.6	40	54.1		

Tablo 3.3’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin ev ortamları, yardıma ihtiyaç durumları ve tütün ürünleri kullanımı/maruz kalma bilgilerine ilişkin özellikler verilmektedir. Müdahale grubundaki bireylerin %81.1’i, kontrol grubundaki bireylerin %62.2’si aile bireyleri ile birlikte yaşamaktadır. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğu ev işlerini kendileri yapmakta, en fazla fiziksel

açından yardıma ihtiyaç duymakta olup, %18.9'u yardıma ihtiyaç duymadığını belirtmektedir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin tütün ürünlerini %59.5'i, kontrol grubunda yer alan bireylerin %54.1'i kullanıp bırakmışlardır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin %40.5'i, kontrol grubunda yer alan bireylerin %43.2'si ev ortamında sigara/tütün gibi solunumu etkileyen unsurlara maruz kaldığını belirtmektedir (Tablo 3.3).



Tablo 3.4. Bireylerin KOAH'a İlişkin Özellikleri

Tanımlayıcı özellikler		Müdahale		Kontrol		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
KOAH Dışında Kronik Hastalık Varlığı	Evet	24	64.9	28	75.7	52	70.3	1.03	0.309
	Hayır	13	35.1	9	24.3	22	29.7		
KOAH Tanısı Alma Zamanı	6-12 ay	2	5.4	1	2.7	3	4.1	0.51	0.972
	13-48 ay	5	13.5	6	16.2	11	14.9		
	3-5 yıl	8	21.6	8	21.6	16	21.6		
	6-10 yıl	13	35.1	12	32.4	25	33.8		
	10 yıldan fazla	9	24.3	10	27.0	19	25.7		
KOAH ile İlgili Yaşanan Belirtiler	Öksürük	-	-	3	8.1	3	4.1	6.94	0.225
	Nefes darlığı	3	8.1	12	32.4	24	32.4		
	Balgam	12	32.4	1	2.7	3	4.1		
	Yorgunluk - halsizlik	-	-	2	5.4	2	2.7		
	Karma belirtiler	23	62.2	18	48.6	41	55.4		
	Hiçbir belirti yaşamıyorum	-	-	1	2.7	1	1.4		
KOAH İçin Kullanılan İlaçlar	Beta-agonist	20	54.1	28	75.7	48	64.9	11.50	0.021
	Antikolinerjik	-	-	1	2.7	1	1.4		
	Teofilin	1	2.7	-	-	1	1.4		
	Birden çok ilaç	15	40.5	4	10.8	19	25.7		
	Kullanmıyorum	1	2.7	4	10.8	5	6.8		
Oksijen Tedavisi Alma Durumu	Evet	6	16.2	5	13.5	11	14.9	0.10	0.744
	Hayır	31	83.8	32	86.5	63	85.1		
KOAH ile ilgili Sorunlarla Başetme Durumu	Evet	26	70.3	19	51.4	45	60.8	1.03	0.154
	Hayır	10	27.0	15	40.5	25	33.8		
KOAH Hastalığı Hakkında Hissedilenler	Olumlu başetme, kabullenme hisleri	11	29.7	6	16.2	17	23.0	3.40	0.182
	Nötr	4	10.8	9	24.3	13	17.6		
	Olumsuz hisler	20	54.1	21	56.8	41	55.4		
KOAH ile ilgili Yaşanan Sorunların Hayatını Etkileme Durumu	Etkilenmiyorum	3	8.1	3	8.1	6	8.1	0.06	0.938
	Hayatımı olumsuz yönde etkiliyor	31	83.8	29	78.4	60	81.1		
Daha Önce KOAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	1	2.7	-	-	1	1.4	0.96	0.327
	Hayır	36	97.3	35	94.6	71	95.9		

Tablo 3.4 bireylerin KOAH öyküsüne yönelik bilgilere ilişkin bulguları içermektedir. Verilere göre müdahale grubunda bulunan bireylerin %64.9'unda, kontrol grubunda yer alan bireylerin %75.7'sinde KOAH dışında kronik hastalık bulunmaktadır. Müdahale grubunda bulunan bireylerin KOAH tanısı konulma zamanı %35.1'inde 5-

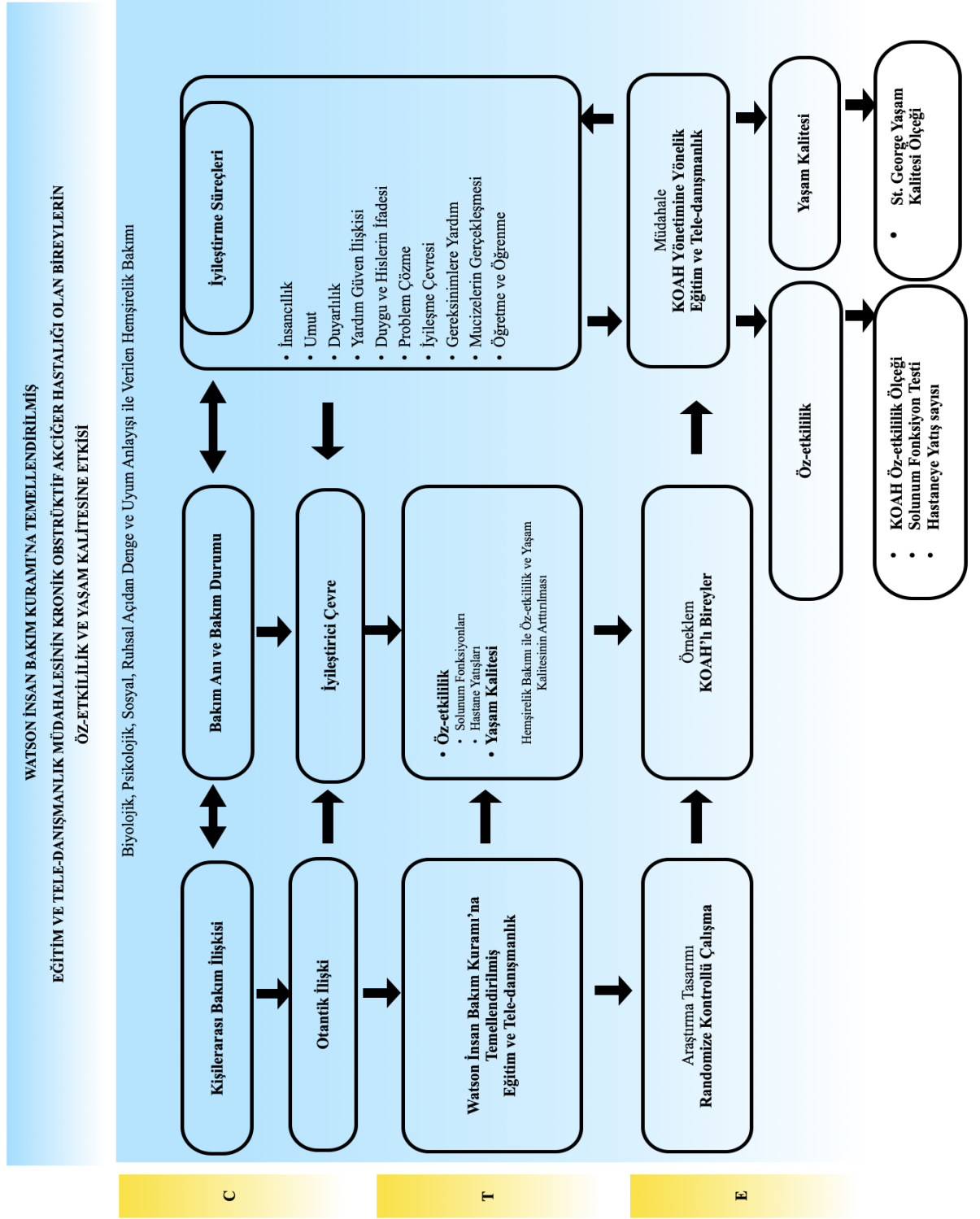
10 yıl önce, kontrol grubunda bulunan bireylerin %32.4'ünde 5-10 yıl öncedir. Hem müdahale hem de kontrol grubunda KOAH semptomlarını azaltmak için en fazla Beta-agonist ilaçlar kullanılmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin %16.2'si, kontrol grubundaki bireylerin %13.5'i oksijen tedavisi almaktadır. Müdahale grubunda bulunan bireylerin KOAH hakkında %54.1'inde, kontrol grubunda bulunan bireylerin %56.8'inde olumsuz hisleri bulunmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin KOAH semptomları arasında en fazla balgam bulunuyorken, kontrol grubundaki bireylerde en fazla nefes darlığı bulunmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin %70.3'ü, kontrol grubundaki bireylerin %51.4'ü KOAH ile ilgili yaşadığı sorunlarla baş edebildiğini ifade etmektedir. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin %8.1'i KOAH ile ilgili yaşadıkları sorunların hayatlarını etkilemediğini, %83.8'i hayatlarını olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Müdahale grubundaki bireylerin %2.7'si daha önceden KOAH ile ilgili eğitim almış olup, kontrol grubundaki bireylerde KOAH ile ilgili eğitim almış olan kişi bulunmamaktadır (Tablo 3.4).

3.6. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı-(CTE)

Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı Şekil 3.2'de yer almaktadır. Watson İBK'deki kavramsal çerçevede hemşirelik bakımı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal bir denge ve uyum anlayışı ile verilmektedir. İBK'nin kavramsal yapısını bakım anı ve bakım durumu, iyileştirici çevre, kişilerarası bakım ilişkisi ve otantik ilişki oluşturmaktadır. İBK'de kişilerarası bakım ilişkisi ile iyileştirme süreçleri ilişkilendirilmektedir (Constantinides, 2019; Okumuş ve Boz, 2020).

İyileştirme süreçleri insancılık, umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, mucizelerin gerçekleşmesi, öğretme ve öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Modelin uygulamaya aktarılmasında iyileştirme süreçlerindeki kavramlar bireye yaklaşımda göz teması kurma, dokunma, dikkatli dinleme, duyarlılık, pozitif ve negatif duyguları ifade etmesine izin verme, bireyin yaşadığı problemlere yönelik çözüm sürecini başlatma, saygılı olma, sözel olarak umut ve güven duygusunu destekleme, bireye ismi ile hitap etme, bilgi verme, bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma, dürüst olma olarak açıklanmaktadır (Brewer ve Watson, 2015; Pajnikhar ve ark, 2017; Okumuş ve Boz, 2020; Özer Özlü ve ark, 2022).

KOAH'ta yaşanan semptomlar bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesini bozmaktadır. Hemşirelik bakımının amacı, öz-etkililik düzeyini artırarak bireyin hastalığını daha iyi yönetmesini, denge ve uyum durumuna ulaşmasını sağlamaktır (Watson, 2002; Okumuş ve Boz, 2020). İBK'deki bakım davranışlarının eğitim ve danışmanlık sürecinde uygulanması ile öz-etkililik ve yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir. Watson İBK'nin tercih nedeni KOAH'lı bireylerin yaşadığı semptomların yönetiminde öz-etkililik düzeylerinin artırılabilmesi için gerekli olan kavramları içermesidir. İBK, KOAH'lı birey ile kurulacak kişilerarası etkileşim ve bakım anına odaklanmak için sistematik bir çerçeve sunmaktadır. İBK'nin verilerin toplanması, uygulamaların planlanması ve verilerin değerlendirilmesinde rehberlik edeceği düşünülmüştür. Bu amaca yönelik oluşturulan İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve danışmanlık müdahale planı ve örnek görüşme metni Ek-7'de; İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık Uygulama Basamakları Ek-8'de verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı (CTE)

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla kullanılacak araçlar Tablo 3.5’de gösterilmektedir.

Tablo 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamına alınacak müdahale grubundaki bireylere uygulanacak araçlar
1. Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu 2. KOAH Öz-etkililik Ölçeği 3. St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği 4. Solunum Fonksiyon Testi Formu 5. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu
Araştırma kapsamına alınacak kontrol grubundaki bireylere uygulanacak araçlar
1. Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu 2. KOAH Öz-etkililik Ölçeği 3. St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği 4. Solunum Fonksiyon Testi Formu
Uzman görüşleri
1. DISCERN Ölçüm Aracı

3.7.1. Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu

Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu KOAH’lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık öyküsünü almaya yönelik olarak literatür bilgisine dayanarak Watson İnsan Bakımı Kuramı’ndaki bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma, iyileştirici çevre, bakım durumu, duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine izin verme, problemlere çözüm üretme sürecinin başlatılması, öğretme ve öğrenme, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi kavramlarından yola çıkılarak geliştirilmiştir (Watson, 2002, 2006; Oancea ve ark, 2015; Uğur ve ark, 2017; Ng ve Smith, 2017). Watson İBK’ye Temellendirilmiş Bilgi Formu’nda kuramda yer alan bireyi tanıma ve bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma kavramları ile ilgili olarak 10 soruda bireyin adı soyadı, telefon numarası, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma

durumu, mesleği, yerleşim yeri ele alınmaktadır. Formda iyileştirici çevre ve bakım durumu ile ilgili olarak dokuz soruda bireyin birlikte yaşadığı kişiler, yardım alma durumu, destek alma ihtiyacı, KOAH'tan başka kronik hastalığı olup olmadığı, sigara, pipo, puro ve tütün ürünleri kullanma durumu, ev ortamında dumana maruz kalma ve solunumu etkileyen durumlar, KOAH tanısının yaklaşık olarak ne kadar süre önce konulduğu, KOAH için kullandığı ilaçlar ve oksijen tedavisi kullanma durumu yer almaktadır. Duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine izin verme kavramına yönelik olarak hastalığı hakkında ne hissettiği sorulmaktadır. Bireyin yaşadığı problemlere yönelik çözüm sürecini başlatmak için KOAH ile ilgili yaşanan semptomlar, semptomlarla başetme yolları, semptomların bireyin hayatını nasıl etkilediği sorulmaktadır. Öğretme ve öğrenme süreci ile ilgili olarak KOAH ile ilgili bilgi ya da eğitim alıp almadığı konusunda bir madde yer almaktadır. Duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi kavramlarını geliştirmek için bireyin eklemek istediği konular hakkında açık uçlu bir soru sorulmaktadır. Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu Ek-6'da verilmektedir.

3.7.2. KOAH Öz-etkililik Ölçeği

KOAH'ta öz-etkililiği ölçme amacıyla Wigal ve arkadaşları (1991) The COPD Self-Efficacy Scale/ KOAH Öz-etkililik Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Ölçekte 34 madde ve beş alt ölçek bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler "Şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz" şeklinde başlatılmaktadır. Beşli likert kullanılarak geliştirilen ölçekteki ifadeler 1= Güvenmiyorum (yetersizim), 2= Çok az güveniyorum (yeterliyim), 3= Biraz güveniyorum (yeterliyim), 4= Oldukça güveniyorum (yeterliyim), 5= Çok güveniyorum (yeterliyim) şeklinde derecelendirilmektedir (Wigal ve ark, 1991; Kara ve Mirici, 2002).

Alt ölçeklerde duygusal durum, fiziksel çaba, olumsuz etki, çevrenin etkisi ve davranışsal risk faktörleri yer almaktadır.

- Duygusal durum alt başlığı altında (1., 4., 8., 10., 14., 15., 18., 30. ifadeler) kızgınlık, korku ve yaşama ilişkin sıkıntı durumlarında solunum güçlüğünü yönetme ve sakınmaya ilişkin güven derecesi belirlenmektedir.

- Fiziksel çaba alt başlığında (5., 9., 13., 29., 34. ifadeler) çok hızlı ve acele ile merdiven çıkma, egzersiz yapma, ağır kaldırma, havasız odada hareket etme gibi solunum güçlüğüne neden olan durumlar ele alınmaktadır.
- Olumsuz etki alt başlığı (6., 11., 12., 16., 20., 21., 23., 24., 27., 31., 32., 33. ifadeler), çaresizlik, yetersizlik, hayal kırıklığı, endişe ve yoksunluk gibi stresli durumları yönetme ve sakınmayı ölçmektedir.
- Çevre alt başlığı (2., 3., 7., 17., 22., 25. ifadeler) ile nem ve soğuk, sigara dumanı, kirli hava gibi olumsuz şartlarda solunum güçlüğünü yönetme ve sakınmaya ilişkin durumlar değerlendirilmektedir.
- Davranışsal risk faktörlerinin değerlendirildiği alt ölçekte (19., 26., 28. ifadeler) ise diyete uymama, düzensiz solunum davranışları puanlanmaktadır (Wigal ve ark, 1991; Kara ve Mirici, 2002).

Verilen yanıtların her birinin puanı ile toplam puan hesaplanmaktadır. Alt başlıkların toplamında 34 madde bulunmakta, en az 34 puan en fazla 170 puan alınabilmektedir. Skorların yüksekliği öz-etkililik düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Alt ölçeklerin genel puanını bulmak için toplam puan alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmektedir. Karşılaştırma sırasında ise son testte ön teste göre puan artışı varsa solunum güçlüğünü yönetme ya da sakınmaya yönelik güven derecesinin artmış olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Wigal ve ark, 1991). Ölçeği Türkçeye çevirerek, geçerlik ve güvenilirliğini Kara ve Mirici (2002) test etmiştir. Ölçeğin orjinal versiyonundaki Cronbach alfa değeri 0.95; Türkçe versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Kara ve Mirici, 2002). Ölçeğin Türkçe versiyonu Ek-9'da verilmiştir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur.

3.7.3. St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği

St. George Yaşam Kalitesi Ölçeğinin solunum hastalıklarında en çok kullanılan ölçeklerle ilişkili olduğu bilinmektedir. St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği (SGRQ) 2001 yılında geliştirilen üç ana başlık altında semptomlar (8 madde), aktiviteler (16 madde), hastalığın etkileri (26 madde) olmak üzere 50 maddelik bir ölçektir (Ek-10). Özellikle KOAH'lı bireylerin dispne, balgam, öksürük, solunum durumu ile günlük

aktivite ilişkisini araştıran bir ölçektir. En yüksek skoru 100'dür ve en üst düzeydeki negatif durumu ifade etmektedir (Jones, 1991, 2001; Polatlı ve ark, 2013). SGRQ'nun Cronbach alfa değeri tüm ölçek için 0.88 olarak hesaplanmış, geçerlik analizlerinde benzer ölçeklerle anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği ($p<0.0001$) saptanmıştır. SGRQ ölçeği, Polatlı ve arkadaşları tarafından (2013) Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe versiyonunun korelasyonu Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur (Jones, 1991, 2001; Polatlı ve ark, 2013). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.72 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Solunum Fonksiyon Testi Formu

Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde muayene olan KOAH'lı her bireyin solunum fonksiyonu solunum fonksiyon laboratuvarında bronkodilatatör sonrası bilgisayarlı elektronik solunum fonksiyon testi ya da basit spirometri ile değerlendirilmektedir. Spirometrinin havayolu obstrüksiyonu ve KOAH'ın değerlendirilmesinde en iyi yöntem olduğu bilinmektedir. Spirometri sonrasında zorlu vital kapasite (FVC), 1. saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü (FEV_1), FEV_1/FVC oranı, 6. saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü (FEV_6), akış volümü ve vital kapasite (VC) değerleri elde edilmektedir. FEV_1/FVC oranının normal değeri 0.7-0.8 arasında ve 0.70'ten küçük olan değerler hava yolu obstrüksiyonunun göstergesidir (GOLD, 2022). KOAH derecesini gösteren GOLD spirometrik FEV_1 kriterleri Tablo 2.1'de gösterilmektedir. KOAH'lı bireylerin solunum fonksiyon testi değerlerini kaydetmek amacıyla form oluşturulmuş, bilgiler bireylere ait dosyadan ya da bilgisayarlı spirometri kayıtlarından bakılarak doldurulmuştur (Ek-11).

3.7.5. Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi

KOAH yönetiminde öz-etkililiğin desteklenmesi amacıyla bireyin gerekli konularda izleminin yapılması, bireyin yaşadığı sorunların belirlenmesi, sorunların çözümü için planlamalar yapılması ve kendine güvenin desteklenmesi amacıyla tele-danışmanlık verilerek bakımın devam etmesi hedeflenmiştir. Yapılan müdahalelerde Watson İBK'deki “insancılık, umut, duyarlılık, yardım güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, mucizelerin gerçekleşmesi, öğretme ve öğrenme” şeklindeki bakım davranışları benimsenmiştir.

Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi literatür bilgisine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Watson, 2002, 2006, 2007). Formda ilk olarak değerlendirme yapılarak, bireyin KOAH ile ilgili yaşadığı öncelikli semptomlar üzerinde durulmuştur. İkinci olarak yaşadığı bu semptomlara yönelik neler yaptığı ele alınmıştır. Üçüncü adımda amaca yönelik olarak planlanan KOAH yönetim stratejileri göz önünde bulundurularak alevlenme belirtileri, ilaç kullanım durumu, fiziksel egzersiz, solunum egzersizleri, gerekli ise diyet kontrolü, sigara, olumsuz hava koşulları ve hava kirliliği konularında danışmanlık verilmiştir. Dördüncü adımda uygulama olarak bireyin öz-etkililiğini artırmaya yönelik umut verme, destekleme, güçlendirmeler yapılmıştır. Beşinci ve son olarak müdahalenin değerlendirmesi yapılmış ve bir sonraki müdahale takvimi oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi Ek-12'de yer almaktadır. Araştırmacı kuramın uygulamaya aktarılmasını amaçlayan, buna yönelik olarak kişilerarası etkileşimli uygulama, kompozisyon ve ödevleri içeren Watson Caring Science Institute, Weber State University ve East Carolina University tarafından yürütülen, dört haftalık çevrimiçi sertifikalı kurs programına katılmıştır (Ek-13).

3.7.6. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu

Telefon görüşmelerinin birey tarafından değerlendirilmesi için literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Iseli ve ark, 2014; Johnson, 2018). Formda tele-danışmanlık veren kişinin tutumu, verilen bilgilerin yeterliliği, genel olarak telefonda verilen danışmanlıktan memnuniyet durumu ele alınmıştır. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu Ek-14’de verilmiştir.

3.8. Eğitim Kitapçığının Oluşturulması

Eğitim kitapçığı, KOAH yönetiminde kanıta dayalı, yaygın global kullanımı olan kılavuzlar eşliğinde Watson İBK’ye göre hazırlanmıştır. KOAH farkındalığını artırma ve semptomlarını azaltmaya yönelik KOAH hastalığının tanımı, solunum ve fiziksel egzersizler, diyet, aşı, hava kalitesi ve sigarayı bırakmanın önemi, inhaler ilaç kullanımı ve alevlenmeler hakkında bilgi ve görsellere eğitim kitapçığında yer verilmiştir. Eğitim kitapçığı hazırlanırken uzman görüşleri alınmış (Şekil 3.3) ve eğitim kitapçığı DISCERN kılavuzuna göre değerlendirilmiştir (Ek-15, Ek-16). Eğitim kitapçığının okunabilirliği Flesch tarafından geliştirilen ve Ateşman (1997) tarafından Türkçeye çevrilen indeks ile değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonrasında elde edilen veriler ve bireyin görüşleri de değerlendirmeye alınarak kitapçığa son hali verilmiştir (Ek-17).

- **Literatür Taraması**
- GOLD 2020 Kılavuzu
- Türk Toraks Derneği'nin KOAH ile İlgili Yayınları
- Sağlık Bakanlığı'nın KOAH ile İlgili Yayınları
- Watson İnsan Bakım Kuramı ile İlgili Yayınlar
- KOAH ile İlgili Yayınlanmış Makale ve Görseller



DISCERN Kılavuzuna Göre Uzman Değerlendirmesi

- Tez danışmanı
- Tez İzlem Jürisi (2)
- İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (3)
- Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi (1)
- Göğüs Hastalıkları Bilim Dalında Çalışan Solunum Hemşiresi (1)
- Eğitim Fakültesi Ölçme Değerlendirme Öğretim Üyesi (1)
- Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı Araştırma Görevlisi (1)



Ateşman Okunabilirlik Sayısının Hesaplanması



Ön Uygulama Sonrasında Bireylerin Değerlendirmesi



Eğitim Kitapçığının Basımı ve Çoğaltılması

Şekil 3.3. Eğitim Kitapçığı Oluşturulma Aşamaları

3.8.1. DISCERN Ölçüm Aracı

DISCERN ölçüm aracı, sağlık alanındaki yazılı bilgilerin kalitesini değerlendiren bir araçtır. Amacı yüksek kalitede, kanıta dayalı sağlık bilgilerinin oluşturulmasıdır. Ölçüm aracı 19'dan fazla ulusal organizasyon, 20'den fazla alanında uzman görüşü alınarak 1999'da tasarlanmıştır (Charnock ve ark, 1999). DISCERN ölçüm aracı 'Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi' ile 'Eğitim Materyalinin

Güvenirlilik ve Bilgi kalitesinin Değerlendirilmesi’ olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi bölümünde içerik durumu (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 madde), resim grafik durumu (5 madde), yazı ve plan durumu (8 madde), öğrenme ve motivasyon durumu (3 madde), kültürel uygunluk durumu (2 madde) olmak üzere altı bölüm ve toplam 27 soru yer almaktadır. Her maddede uygunsa evet cevabı için 1, hayır için 0 puan verilmektedir. 27 puan üzerinden değerlendirilen bölümde toplam puanın yüksek olması yazılı eğitim materyalinin okunabilirlik derecesinin iyi olduğunu göstermektedir (Charnock ve ark, 1999).

“Eğitim Materyalinin Güvenirlilik ve Bilgi Kalitesinin Değerlendirilmesi” olan ikinci bölümde; 5’li Likert tipinde 16 madde yer almaktadır. Bölüm 48 puan üzerinden değerlendirilmekte, eğitim materyalinin güvenilirlik ve bilgi kalitesini göstermektedir. DISCERN ölçüm aracı toplam puan hesaplandığında en yüksek puan 75 olarak görünmektedir. 15 puan ve altı eğitim materyalinin kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. DISCERN Ölçüm Aracı’nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökdoğan (2003) tarafından yapılmıştır (Charnock ve ark, 1999; Gökdoğan, 2003; DISCERN.org.uk, Erişim tarihi: 07.06.2019).

DISCERN kılavuzundaki bilgilere göre, uzmanlar tarafından eğitim kitapçığının genel değerlendirmesinde 5 puan üzerinden en düşük 4, en yüksek 5 puan verilmiş ve ortalama 4.6 puan olarak bulunmuştur. Uzman görüşleri arasında uyum olduğu, kitapçığın uygun ve yeterli bulunduğu görülmüştür. Değerlendirme sonuçları Tablo 3.6’da verilmiştir.

Tablo 3.6. DISCERN Kılavuzuna Göre Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Sonuçları

	n	DISCERN Puan Ort.	Min.	Max.	SS	Kendall’s W
Bölüm I	10	0.796	0	1	0.159	0.974
Bölüm II	10	4.54	1	5	0.310	0.602
Genel Değerlendirme	10	4,6	4	5	0.516	

3.8.2. Türkçe Okunabilirlik İndeksi

Okunabilirlik, okuyucunun metinleri ne kadar kolay okuduğunu ifade etmektedir. Okunabilirlik ile anlaşılabilirlik farklı olarak değerlendirilmektedir. Anlaşılabilirlik okuyan kişinin bilgi birikimi, bakış açısı, konuların hangi sıra ve nasıl aktarıldığına göre değişiklik göstermektedir. Okunabilirlik metnin dilbilgisi hakkında bilgi vermektedir. Türkçe için geliştirilen okunabilirlik indeksinde Flesch tarafından geliştirilen, ‘Reading Ease ’ diye adlandırılan, cümle uzunluğu ile sözcük uzunluğunun yer aldığı $O.S. = 198,825 - 40,175x_1 - 2,610x_2$ formülü kullanılmaktadır. Bu formüle göre Türkçe ortalama sözcük uzunluğu 2,6 hece, cümle uzunluğu 9-10 sözcük olarak belirtilmektedir (Ateşman, 1997; Flesch, 2001). İndeks 100 puan üzerinden değerlendirilmekte olup, puanların yüksek olması okunabilirliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Ateşman, 1997; Flesch, 2001). Elde edilen sayılara göre metnin okunabilirlik sınıflandırması Tablo 3.7’de gösterilmektedir.

Tablo 3.7. Ateşman Okunabilirlik Sınıflandırması

Okunabilirlik	Okunabilirlik Sayısı
Çok kolay	90-100
Kolay	70-89
Orta güçlükte	50-69
Zor	30-49
Çok zor	1-29

Türkçe okunabilirlik indeksi değerlendirmesine göre araştırmacı tarafından hazırlanan Watson İBK’ye temellendirilmiş KOAH eğitim kitapçığının Ateşman indeksi 65.67 olarak orta güçlükte bulunmuştur. Çalışmamızda kullanılmak üzere oluşturulan Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim kitapçığının okunabilirliği uygun ve yeterli görülmüştür.

3.9. Ön Uygulama

- Örneklemdaki bireylerin %5’i olan üç birey ön uygulamaya alınmak üzere planlanmıştır. COVID-19 pandemi sürecinde alınan önlemler sebebiyle iki birey ön uygulamaya alınabilmiştir.
- Ön uygulamaya alınan bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır.

- Araştırma ön uygulaması, ön uygulama planı doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Ek-18).
- Ön uygulama Mart 2020 içerisinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği’nde yapılmıştır. Poliklinik muayenesinden sonra örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan bireyler ile başvuru sırasına göre görüşülmüştür.
- Araştırmacı tarafından bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş olurları yazılı olarak alınmıştır. Ön uygulamaya alınan bireylere ön testler uygulanmıştır. Tez projesi ön uygulama şeması şekil 3.4’te görülmektedir.
- Müdahaleler ön uygulama planına göre yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan KOAH’lı bireylere ilk müdahalede (0. hafta) Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim, danışmanlık ve hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Görüşmeler 60-90 dakika süre içerisinde gerçekleştirilmiştir.
- Ön uygulamaya alınan bireylere verilen eğitim ve danışmanlık sonrası izleyen 2., 3. ve 4. haftalarda Watson İBK’ye temellendirilmiş tele-danışmanlık verilmiştir. Telefonda görüşmeleri 20-30 dakikalık süreler içerisinde yapılmıştır.
- 4. hafta sonrasında son testler uygulanmıştır.
- Solunum fonksiyon testleri, üç ayda bir poliklinik muayenesinde gerçekleştirildiği için son test verisi bulunmamaktadır. Bu sebeple değerlendirilmeye alınmamıştır.
- Ön uygulamada bireylerin ihtiyaçlarının farklı olması nedeniyle yönelttikleri soru içerikleri ve görüşme süreleri değişkenlik göstermiştir.
- Ön uygulamaya alınan bireyler, çalışmada yer alan ön test ve son test bilgi ve ölçek formlarının doldurulmasıyla ilgili herhangi bir sorun yaşamamıştır. Ölçeklerin hasta grubu ile uyumlu olduğu gözlemlenmiş olup herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.
- Ön uygulamaya katılan bireylerden eğitim kitapçığına yönelik herhangi bir öneri gelmemiştir, olumlu geri bildirimler gelmiştir. Bu sebeple eğitim kitapçığında değişiklik yapılmamıştır.

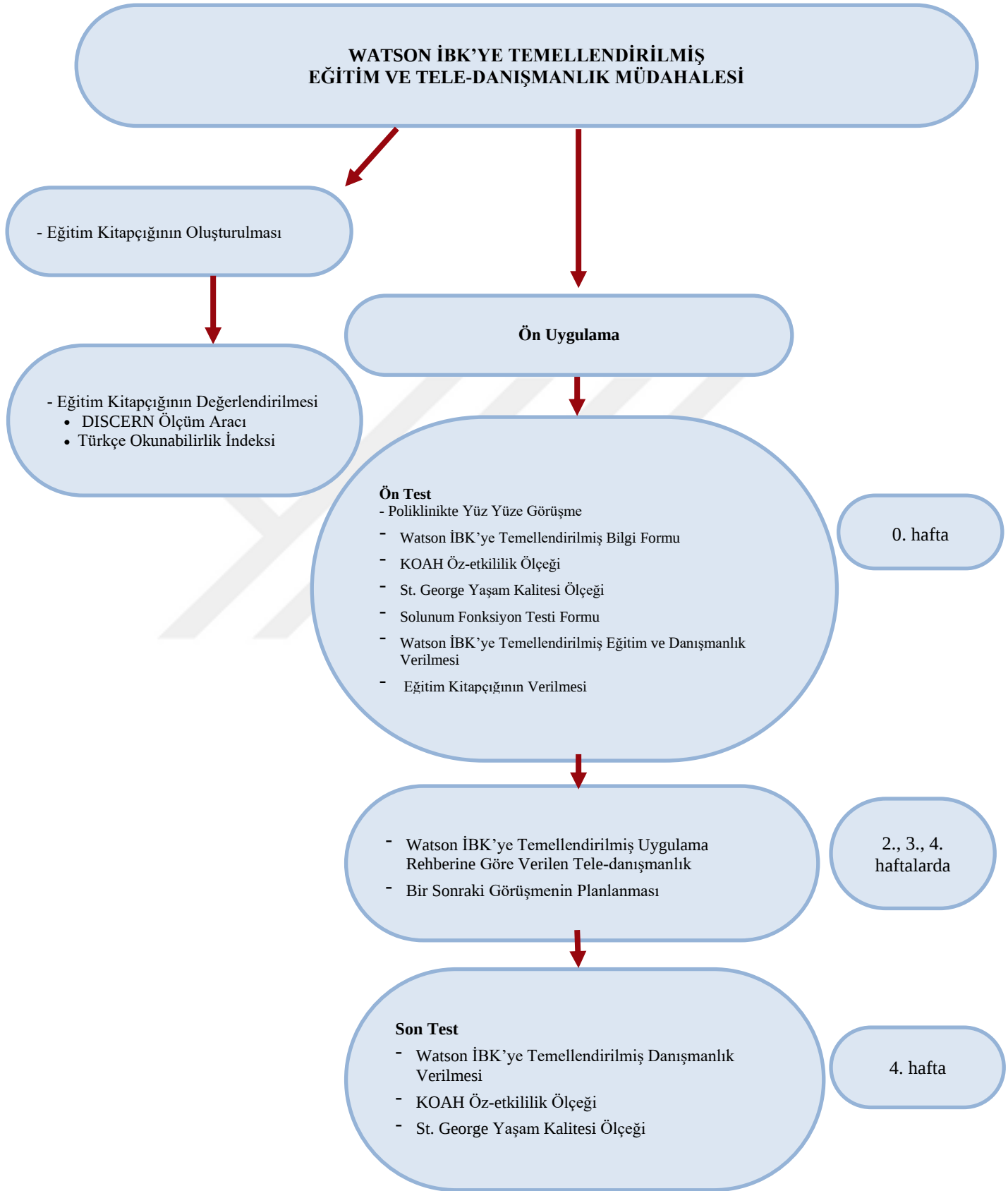
- Ön uygulama sonuçları karşılaştırıldığında, bireylerin ölçek puanlarında olumlu yönde bir değişim gözlenmiştir. Ön uygulamaya dahil edilen bireylerin KOAH Öz-etkililik Ölçeği ve SGRQ ölçüm sonuçları Tablo 3.8 ve Tablo 3.9’da görülmektedir. Tablo 3.9’da KOAH öz-etkililik düzeyi son test puanlarının ön test puanlarına göre artmış olması öz-etkililik düzeyinin olumlu yönde değişebileceğini ifade etmektedir. Tablo 3.10’da SGRQ aktivite puanında değişme görülmeksizin, semptom puanı artmış, hastalık etkileri puanı azalmıştır. SGRQ toplam puanı son testte ön teste göre azalmıştır. SGRQ değerinin azalması bu bireylerde yaşam kalitesinin artabileceğini göstermektedir.

Tablo 3.8. Ön Uygulamaya Dahil Edilen Bireylerin KOAH Öz-etkililik Ölçeği Ölçüm Sonuçları

	Ön test	Son test
Alt ölçeklerin genel puan ortalama ve standart sapmaları	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Duygusal durum	2.50 ± 1.06	3.10 ± 1.56
Fiziksel çaba	2.40 ± 0.28	2.40 ± 0.28
Olumsuz etki	2.70 ± 0.28	2.83 ± 0.24
Çevrenin etkisi	3.16 ± 0.94	2.99 ± 1.18
Davranışsal risk faktörleri	3.33 ± 0	3.49 ± 0.23
Toplam puan	95.50 ± 14.84	101 ± 19.79

Tablo 3.9. Ön Uygulamaya Dahil Edilen Bireylerin SGRQ Ölçüm Sonuçları

	Ön test	Son test
Alt ölçeklerin genel puan ortalama ve standart sapmaları	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Aktivite puanı	48.76 ± 34.18	48.76 ± 34.18
Semptom puanı	35.35 ± 41.08	36.6 ± 42.85
Hastalık etkileri puanı	38.76 ± 47.46	33.11 ± 44.52
Toplam puan	41.22 ± 42.37	34.43 ± 41.11



Şekil 3.4. Tez Projesi Ön Uygulama Şeması

3.10. Verilerin Toplanması

KOAH'lı bireylerin muayene edildiği poliklinikte odaya giriş ve muayene sırasına göre dahil edilme kriterlerine uyan bireylere muayene sonrasında müdahale yapılmıştır. Randomizasyon ve körleme amacıyla poliklinik giriş ve muayene sırasına göre bireyin çalışmada hangi gruba (müdahale ya da kontrol) dahil olduğu sadece araştırmacı tarafından randomizasyon tablosundan bakılmıştır (Ek 5). Veri toplamaya başlamadan önce bireye sözel olarak bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş olurları yazılı olarak alınmıştır (Ek 11). Bireylere müdahale ya da kontrol grubunda olup olmadıkları ile ilgili bilgi verilmemiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireyler için,

- Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu,
- KOAH Öz-etkililik Ölçeği,
- St George Yaşam Kalitesi Ölçeği,
- Solunum Fonksiyon Testi Formu doldurulmuştur (Şekil 3.5).

Çalışmamızda müdahale grubundaki bireylere Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık uygulanmış, eğitim kitapçığı verilmiştir (Ek-7, Ek-12, Ek-17). Kontrol grubundaki bireylerin bakım ve izlemleri poliklinik kurallarına göre devam etmiştir.

Hemşirelik bakım programımızın uygulaması için poliklinikte bulunan muayene odaları kullanılmıştır. Odalarda araştırmacı ve katılımcı bireyin kullandığı masa, sandalye, lavabo, muayene masası bulunmaktadır. Müdahaleler sırasında araştırmacının cep telefonu sessize alınmış, oda telefonu kapatılmış ve odanın kapısına uyarıcı not asılarak bölünmelerin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Birey isterse yakınları ya da bakım vericilerinin eğitime katılmasına müsaade edilmiştir. Müdahaleler sırasında araştırmacının kullanması için kağıt ve kalem mevcuttur. İlk ve son izlemde ölçekler kullanılmıştır. Müdahaleler yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

Tele-danışmanlık verebilmek için müdahale grubundaki bireylerin telefon bilgileri alınmış, bireylerin araştırmacıya ulaşabilmeleri için de araştırmacının telefon numarası bilgileri verilmiştir. Araştırma için özel bir hat alınmamıştır. Telefon görüşmeleri Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitimi izleyen 2., 4., 6., 8. ve 10.

haftalarda yapılmıştır. Tele-danışmanlık müdahalesi yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Tele-danışmanlık Müdahalesi Uygulama Rehberi Ek-12’de yer almaktadır. Bireye KOAH yönetimi ile ilgili bilgi almak istediğinde, semptom ve alevlenme belirtileri ortaya çıktığı zaman, beklenmedik ya da acil durumlarda araştırmacıya zaman sınırlaması yapılmadan 24 saat ulaşabileceği bilgisi verilmiştir. Bireyin hastaneye yönlendirilmesini gerektiren acil durumlar Ek-19’da verilmektedir.

Müdahale grubunda;

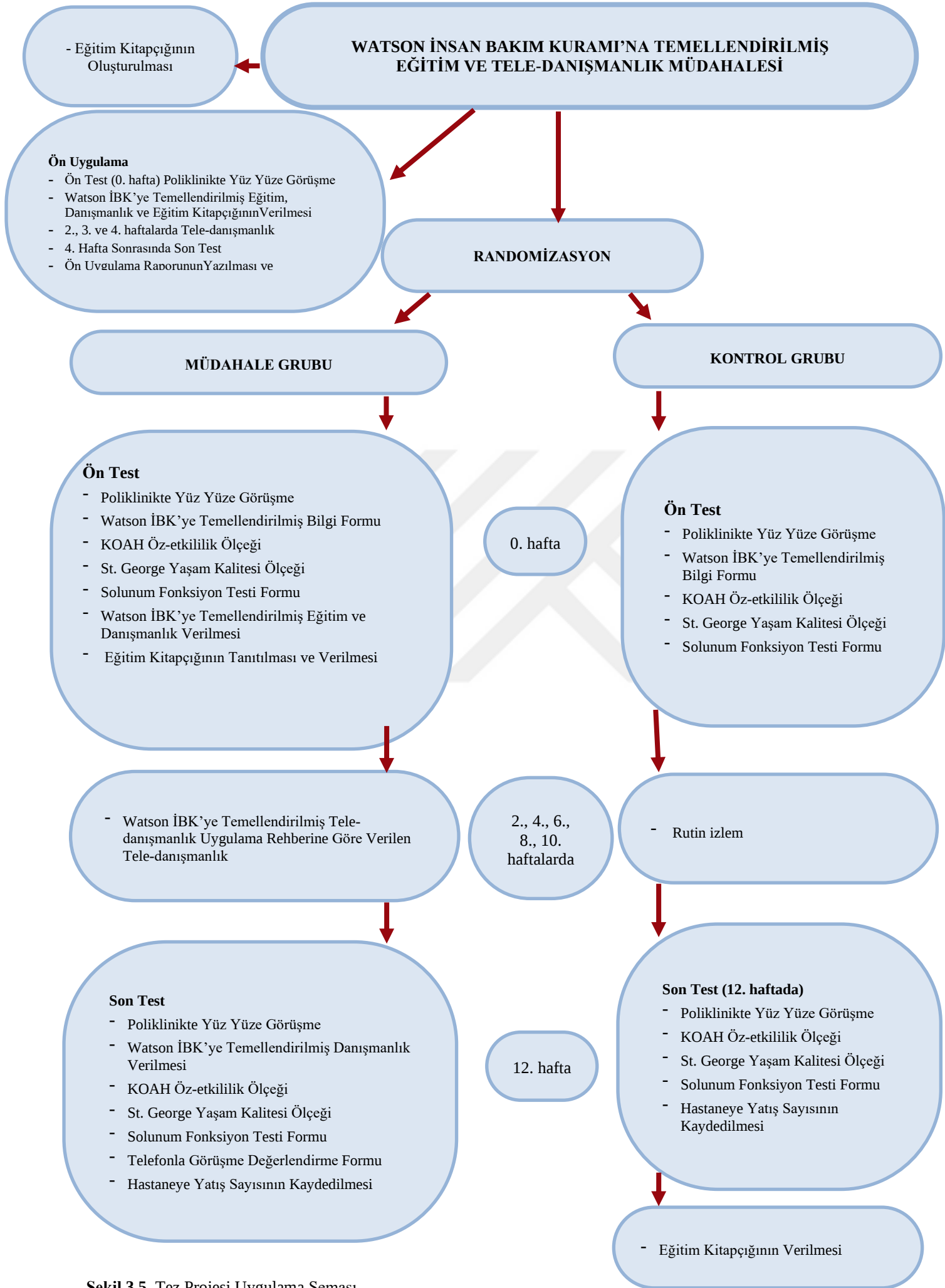
- Müdahale grubunda yer alan birey ile yüz yüze görüşme için uygun yer ve zaman kararlaştırılmıştır.
- Poliklinikte gerçekleştirilen ve yüz yüze olan ilk müdahalede, Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim ve danışmanlık hemşirelik bakımı ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitim kitapçığının tanıtımı ve açıklaması yapılmış, bireyin soruları cevaplanmıştır. İlk verilen yüz yüze eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesi yaklaşık olarak 45 dakika sürmüştür. Görüşmenin sonunda 2. haftada gerçekleştirilecek olan tele-danışmanlık müdahalesinin tarihine birey ile karar verilmiştir.
- İzlem süresince üç aylık dönemde bireyin, ihtiyaç duyduğunda KOAH yönetimine yönelik belirlenen konularda telefon ile araştırmacıya ulaşabileceği söylenmiş, araştırmacı tarafından bireye tele-danışmanlık verilmiştir.
- 2., 4., 6., 8. ve 10. haftalardaki müdahalelerde Watson İBK’ye temellendirilmiş tele-danışmanlık verilmiştir. Her görüşmeden sonra bir sonraki görüşmenin tarihi birey ile kararlaştırılmıştır. Görüşme tarihinde telefon ile ulaşılamayan bireylere izleyen günlerde tekrar ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılamayan bireylerin verileri kayıp veri olarak değerlendirilmiştir.
- 12. haftadaki son müdahalede birey ile yüz yüze poliklinik kontrol muayenesi sonrası görüşülerek; Watson İBK’ye temellendirilmiş danışmanlık verilmiş, KOAH Öz-etkililik Ölçeği, SGRQ, Solunum Fonksiyon Testi Formu, Telefonla Görüşme Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

- İzlem süresince üç aylık dönemde bireylerin hastaneye yatış durumları görüşmeler esnasında kaydedilmiş ve çalışmanın sonunda değerlendirmeye alınmıştır.

Kontrol grubunda;

- Bu gruptaki bireylere 12 hafta süresince müdahale uygulanmamış, bakım ve izlemleri poliklinik kurallarına göre devam etmiştir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı rutin poliklinik izlemleri alevlenmeler dışında üç ayda bir gerçekleştirilmektedir.
- 12. hafta sonunda bireyin poliklinik kontrol muayenesi sonrasındaki yüz yüze görüşmede KOAH Öz-etkililik Ölçeği, SGRQ, Solunum Fonksiyon Testi Formu ile son test verileri toplanmıştır. Son test verilerinin toplanmasından sonra KOAH yönetimine yönelik olarak bireye İBK'ye temellendirilmiş KOAH eğitim kitapçığı verilmiştir (Şekil 3.5).
- 12. haftanın sonunda gerçekleştirilen son testlerin yapıldığı görüşmede bireylerin çalışmaya dahil edildiği tarihten itibaren hastaneye yatış sayısı kaydedilmiştir.

Birey izleminin araştırmacı tarafından daha kolay olması için, sadece araştırmacının kullanacağı Takip Formu geliştirilmiştir (Ek-20).



Şekil 3.5. Tez Projesi Uygulama Şeması

3.11. Uygulama Protokolü İlkeleri

Çalışmanın uygulanmasında aşağıda yer alan ilkeler benimsenmiştir.

- Çalışma Watson İBK'ye temellendirilmiştir,
- Uygulama protokolü kanıta dayalı olarak ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırılmıştır,
- Bireylerin öznelliği, hazır oluşluğu ve klinik durumu göz önünde bulundurularak yaklaşmıştır,
- Uygulanabilir yaklaşım ve çözüm önerileri sunulmuştur,
- Cesaret ve umut verici şekilde desteklenmiştir,
- Kişilerarası iletişimde insancıl, dürüst bir yaklaşım sergilenmiştir,
- Yüz yüze görüşmelerde göz teması kurulmuştur,
- Birey dikkatli ve duyarlı bir şekilde dinlenmiştir,
- Telefonla görüşme planlamaları birey ile birlikte yapılmıştır,
- Yaşadığı sorun ve duyguları ifade etmesine izin verilmiştir,
- KOAH yönetimine yönelik uygulamaları hakkında geribildirim ve cesaret verilmiş, pozitif davranışlar geliştiğinde pekiştirilmesine yönelik destek verilmiştir,
- Tüm katılımcılara çalışma sonrasında verilen kitapçıktan azami şekilde yararlanabilmeleri için kitapçık tanıtılmıştır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Etik ilkelere uyulması, araştırmaya katılan bireylerin haklarının korunması ve zarar görmemeleri için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı'ndan 05.11.2019 tarih ve 25457457-010.99-143203 sayılı kurum izni; Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.07.2019 tarih ve 70904504/390 sayılı, 2012-KAEK-20 Etik Kurul Kodlu etik onay alınmıştır (Ek-21, Ek-22) Dahil edilme kriterlerine uyan KOAH'lı bireylere sözlü ve yazılı bilgi verilecek, yazılı Bilgilendirilmiş Olur Formu alınmıştır (Ek-23). Kullanılacak olan KOAH Öz-etkililik Ölçeği ve SGRQ için yazarlardan elektronik posta yoluyla alınan ölçek kullanım izin belgeleri ekte verilmiştir (Ek-24, Ek-25).

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları/Güçlükleri

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde muayene ve takipte olan KOAH'lı bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık her birey için üç ay sürmüştür. Elde edilen veriler üç aylık süredeki bulguları içermektedir. Bu süre içerisinde çalışmadan ayrılan ya da telefonla ulaşılamayan bireyler olmuştur. Örneklem kaybı yaşanmıştır. COVID-19 pandemisi döneminde sağlık kuruluşlarındaki önlemler kapsamında polikliniklerin hasta kabul etmemesi, hastalık bulaşma korkusu nedeni ile çok acil durumlar dışında KOAH hastaları poliklinik muayenesine gelmemiştir. Bu sebeple hedef örneklem sayısına ulaşılması, planlanan süreden daha uzun olmak üzere yaklaşık 18 aylık bir süreye yayılmıştır. COVID-19 pandemisine yönelik önlemler nedeni ile bireylere solunum fonksiyon testi uygulanamadığından, çalışmamızda yer alan 'Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin artmasının solunum fonksiyon testi değerlerini artırmaya etkisi vardır' hipotezi için değerlendirme yapılamamıştır.

3.14. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

KOAH Öz-etkililik Ölçeği, SGRQ, Solunum Fonksiyon Testi Formu ile elde edilecek puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler

Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.15. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamındaki verilerin analiz işlemlerinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Ölçek verilerinin normal dağılıma uygun olup olmadıkları çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiştir. Müdahale grubunun ve kontrol grubunun ön test ve son test ölçek verilerine ilişkin toplam 40 farklı değer bulunmakta olup, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında yer aldığı, verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir (Tablo 3.10). Veriler normal dağılıma uygun olduğundan dolayı parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının grupların kendi içinde

ön test ve son test arasında karşılaştırılmasında Paired T Test, gruplar arasında karşılaştırılmasında Independent Samples T Test, gruplar arasında grup*zaman değişime göre karşılaştırılmasında Repeated Measures ANOVA analizi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi kullanılırken, öz-etkililiğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesinde Basit Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan bilgilerin dağılımlarının gruplar arasında farklı olup olmadığının incelenmesinde ise Ki-Kare analizi kullanılmıştır. Araştırmada girişim ve kontrol grubunda kayıp veri olması nedeni ile intention to therat (ITT) analizi yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda araştırma verileri, hem kayıp verilerin dikkate alındığı ITT analizi ile hem de kayıp verilerin dikkate alınmadığı per-protokol analizi ile sunulmuştur (Ek 26). Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.11’de yer almaktadır.

Tablo 3.10. Ölçek Puanlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek boyutları	Test	Müdahale		Kontrol	
		Çarpıklık	Basıklık	Çarpıklık	Basıklık
Duygusal durum	Ön test	-0.15	0.19	0.27	-0.49
	Son test	0.53	0.00	0.83	0.54
Fiziksel çaba	Ön test	0.71	1.83	0.52	-0.39
	Son test	0.90	1.37	0.32	0.10
Olumsuz etki	Ön test	0.46	1.51	0.70	-0.02
	Son test	0.58	1.62	0.87	0.54
Çevre	Ön test	0.07	0.42	0.30	-0.55
	Son test	0.51	-0.29	0.71	0.48
Davranışsal risk faktörleri	Ön test	0.30	0.02	0.62	-0.61
	Son test	0.74	0.97	0.51	-0.05
Öz-etkililik toplam	Ön test	-0.16	-0.17	0.62	-0.32
	Son test	0.48	0.38	0.76	0.06
Semptomlar	Ön test	-0.31	-0.58	-0.03	-0.89
	Son test	-0.77	0.47	-0.87	0.38
Aktiviteler	Ön test	-0.08	-1.14	0.06	-0.86
	Son test	-0.36	-0.80	-0.16	-0.74
Hastalığın etkileri	Ön test	0.31	-1.14	-0.37	-0.75
	Son test	0.02	-0.57	-0.79	-0.09
Yaşam kalitesi toplam	Ön test	0.65	-0.51	0.11	-1.08
	Son test	0.36	-0.84	-0.18	-0.94

Tablo 3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Ölçeklerin güvenirliği	Cronbach alfa
DISCERN kılavuzuna göre eğitim kitapçığının değerlendirilmesinde	Puan Ortalamaları Standart Sapma Min-max. Değerleri Kendall's W
Eğitim kitapçığının okunabilirliğini belirleme	Ateşman Okunabilirlik İndeksi
Tanımlayıcı verilerin dağılımlarının gruplar arasında farkının incelenmesinde - Müdahale ve kontrol grubu kişisel ve hastalığa ilişkin veriler - Müdahale grubu Telefonla Görüşme Değerlendirme Formu bulguları	Sayı ve Yüzde Ortalama ve Standart Sapma Ki-Kare Analizi
Normal dağılıma uygunluk testleri	Shapiro- Wilk testi
Ölçek puan ortalamalarının grupların kendi içinde ön test ve son test ölçümleri arasında karşılaştırılmasında	Paired T Test
Müdahale ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada	Independent Samples T Test
Gruplar arasında grup*zaman değişime göre karşılaştırılmasında	Repeated Measures ANOVA Analizi
Ölçek puanlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde	Pearson Korelasyon Analizi
Öz-etkililiğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesinde	Basit Doğrusal Regresyon Analizi
Kayıp verilerin değerlendirilmesi	ITT

4. BULGULAR

Bu araştırmada Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisini gösteren bulgular değerlendirmeye alınmıştır. Bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

1. Bireylerin z-etkililik düzeyine ilişkin bulgular
 - a. KOAH z-etkililik lğine ilişkin bulgular
 - b. Solunum fonksiyon testine ilişkin bulgular
 - c. Hastaneye yatış sayılarına ait bulgular
2. Bireylerin yaşam kalitesine ilişkin bulgular
3. Bireylerin z-etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular
4. Bireylerin telefon görüşmelerine ait bulgular

4.1. Bireylerin z-etkililik Düzeyine İlişkin Bulgular

Bu blmde müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin KOAH z-etkililik lği, solunum fonksiyon testi ve hastaneye yatış sayılarına ilişkin bulgular verilmektedir.

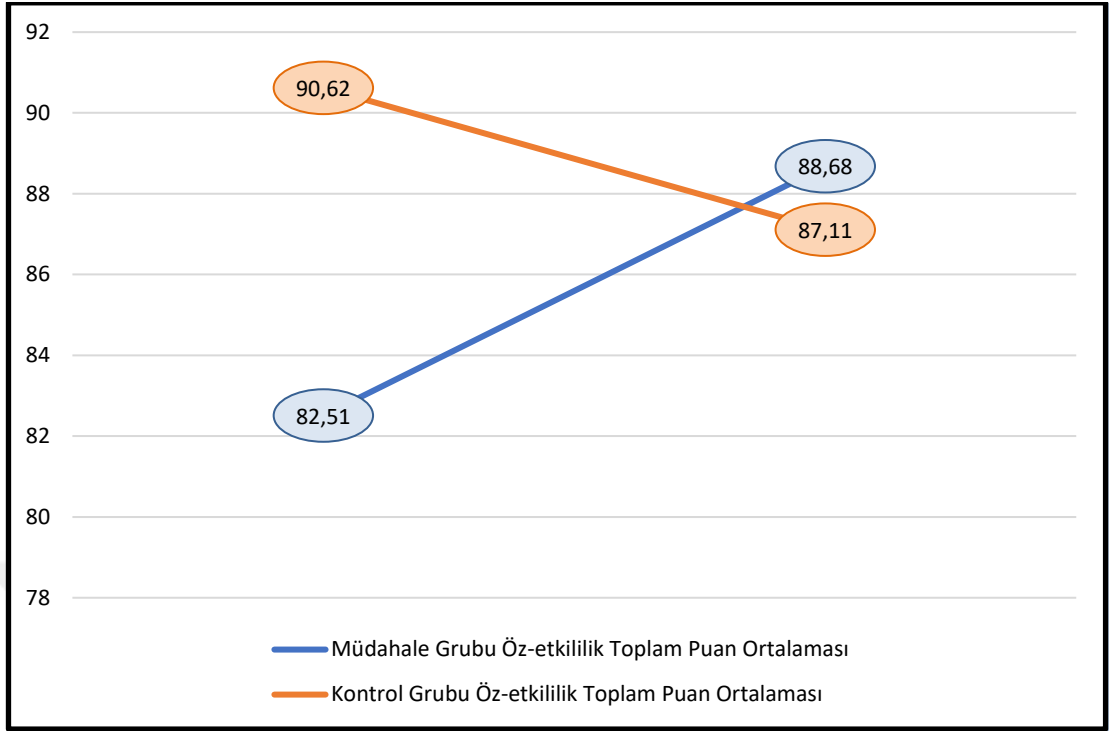
4.1.a. KOAH z-etkililik lğine İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin KOAH z-etkililik lği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının zaman ve gruplara gre değişimi (Tablo 4.1), KOAH z-etkililik lği puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi (şekil 4.1, şekil 4.2) ve KOAH z-etkililik lği puan ortalamalarının müdahale grubunda ve kontrol grubunda n test ve son test arasında karşılaştırılması (Tablo 4.2) verilmektedir.

Tablo 4.1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi

Grup	Ölçüm	Duygusal durum $\bar{X} \pm SS$		Fiziksel çaba $\bar{X} \pm SS$		Olumsuz etki $\bar{X} \pm SS$		Çevre $\bar{X} \pm SS$		Davranışsal risk faktörleri $\bar{X} \pm SS$		Öz-etkililik toplam $\bar{X} \pm SS$	
Müdahale	Ön Test	21.81 $\pm$ 5.67		10.51 $\pm$ 3.39		27.14 $\pm$ 8.28		14.14 $\pm$ 4.03		7.59 $\pm$ 2.35		82.51 $\pm$ 22.69	
	Son Test	23.24 $\pm$ 6.37		11.76 $\pm$ 4.09		28.65 $\pm$ 9.24		15.46 $\pm$ 4.32		7.95 $\pm$ 2.47		88.68 $\pm$ 25.85	
Kontrol	Ön Test	23.54 $\pm$ 7.12		11.62 $\pm$ 4.87		29.73 $\pm$ 10.22		16.14 $\pm$ 5.25		7.95 $\pm$ 3.02		90.62 $\pm$ 27.83	
	Son Test	22.76 $\pm$ 7.64		11.05 $\pm$ 4.7		28.43 $\pm$ 10.89		15.59 $\pm$ 5.36		7.65 $\pm$ 3.05		87.11 $\pm$ 29.82	
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		0.18	0.671	0.04	0.828	0.31	0.578	1.00	0.320	0.01	0.963	0.31	0.578
Zaman		0.31	0.577	0.83	0.365	0.02	0.886	1.63	0.205	0.01	0.913	0.41	0.520
Grup*Zaman		3.65	0.060	5.69	0.017	3.47	0.066	9.27	0.003	1.75	0.190	5.58	0.021

Tablo 4.1 incelendiğinde, duygusal durum alt boyutunda gruplar arasında, zamana göre ve grup*zaman etkileşime göre anlamlı düzeyde farklılık olmadığı (sırasıyla $F=0.18$, $p>0.671$; $F=0.31$, $p=0.577$; $F=3.65$, $p>0.060$), fiziksel çaba alt boyutunda gruplar arasında ve zamana göre değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=0.04$, $p=0.828$; $F=0.83$, $p=0.365$; $F=5.69$, $p=0.017$), olumsuz etki alt boyutunda gruplar arasında, zamana göre ve grup*zaman etkileşime göre anlamlı düzeyde farklılık olmadığı (sırasıyla $F=0.31$, $p=0.578$; $F=0.02$, $p=0.886$; $F=3.47$, $p=0.066$), çevre alt boyutunda gruplar arasında ve zamana göre değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=1.00$, $p=0.320$; $F=1.63$, $p=0.205$; $F=9.27$, $p=0.03$), davranışsal risk faktörleri alt boyutunda gruplar arasında, zamana göre ve grup*zaman etkileşime göre anlamlı düzeyde farklılık olmadığı (sırasıyla $F=0.01$, $p=0.963$; $F=0.01$, $p=0.913$; $F=1.75$, $p=0.190$), öz-etkililik toplam puan ortalamasında gruplar arasında ve zamana göre değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=0.31$, $p=0.578$; $F=0.41$, $p=0.520$; $F=5.58$, $p=0.021$) görülmektedir. Bulgular, kayıp verilerin dışlanması amacıyla yapılan per-protokol analiz sonuçları ile benzerlik göstermektedir.



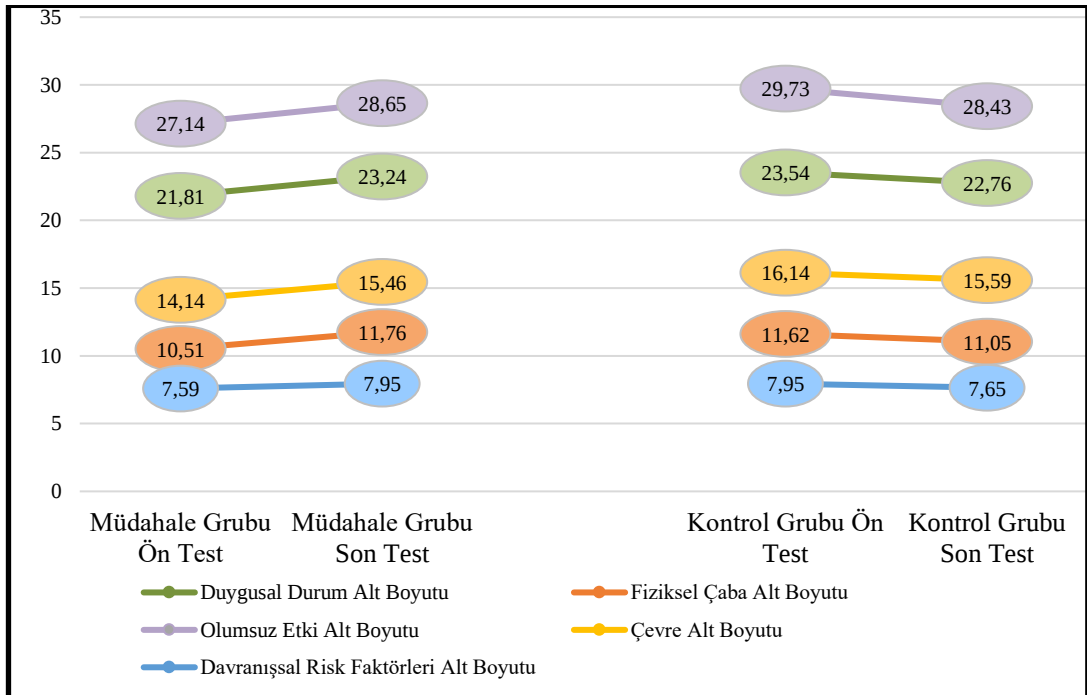
Şekil 4.1. Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi

Tablo 4.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması

Öz-etkililik boyutları	Test	Müdahale			Kontrol		
		$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Duygusal durum	Ön Test	21.81±5.67	-2.05	0.047	23.54±7.12	0.85	0.403
	Son Test	23.24±6.37			22.76±7.64		
Fiziksel çaba	Ön Test	10.51±3.39	-2.79	0.008	11.62±4.87	0.96	0.344
	Son Test	11.76±4.09			11.05±4.7		
Olumsuz etki	Ön Test	27.14±8.28	-2.07	0.046	29.73±10.22	0.99	0.331
	Son Test	28.65±9.24			28.43±10.89		
Çevre	Ön Test	14.14±4.03	-3.07	0.002	16.14±5.25	1.16	0.252
	Son Test	15.46±4.32			15.59±5.36		
Davranışsal risk faktörleri	Ön Test	7.59±2.35	-1.11	0.273	7.95±3.02	0.79	0.434
	Son Test	7.95±2.47			7.65±3.05		
Öz-etkililik toplam	Ön Test	82.51±22.69	-2.76	0.009	90.62±27.83	1.02	0.313
	Son Test	88.68±25.85			87.11±29.82		

Tablo 4.2’de müdahale ve kontrol grubu ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırması verilmektedir. Müdahale grubunda yer alan katılımcıların öz-etkililiğe ilişkin duygusal durum, fiziksel çaba, olumsuz etki, çevre ve toplam öz-etkililik puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu (sırasıyla $t=-2.05$, $p=0.047$; $t=-2.79$ $p=0.008$; $t=-2.07$ $p=0.046$; $t=-3.07$ $p=0.002$; $t=-2.76$ $p=0.009$), davranışsal risk faktörleri alt boyut puan ortalamalarında ise ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim olmadığı ($t=-1.11$, $p=0.273$) görülmektedir (Tablo 4.2).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların öz-etkililiğe ilişkin duygusal durum, fiziksel çaba, olumsuz etki, çevre, davranışsal risk faktörleri ve toplam öz-etkililik puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim olmadığı görülmektedir (sırasıyla $t=0.85$, $p=0.403$; $t=0.96$, $p=0.344$; $t=0.99$, $p=0.331$; $t=1.16$, $p=0.252$; $t=0.79$, $p=0.434$; $t=1.02$, $p=0.313$). (Tablo 4.2). Elde edilen bulgulara göre çalışmamızın ‘Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH’lı bireylerde kontrol grubuna göre KOAH öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarını artırmaya etkisi vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır.



Şekil 4.2. Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi

4.1.b. Solunum Fonksiyon Testine İlişkin Bulgular

Çalışma sürecinde COVID-19 pandemisi döneminde KOAH'lı bireylerin solunum fonksiyon testleri yapılamadığı için veriler elde edilememiştir. Çalışmamızda yer alan **‘Watson İnsan Bakım Kuramı’na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyinin artmasının solunum fonksiyon testi değerlerini artırmaya etkisi vardır’** hipotezi sınınamamıştır.

4.1.c. Hastaneye Yatış Sayılarına Ait Bulgular

Tablo 4.3. Bireylerin Üç Aylık Zaman İçindeki Hastane Yatış Sayıları

	n	Hastaneye Yatmayan Birey Sayısı	Hastaneye Yatan Birey Sayısı	Toplam Hastaneye Yatış Sayısı	χ^2	p
Müdahale Grubu	30	27	3	3	0.183	0.669
Kontrol Grubu	29	27	2	2		

Çalışmamızda müdahale grubundaki üç birey, kontrol grubundaki iki bireyin birer kez KOAH alevlenmesine bağlı hastane yatışı gerçekleşmiştir (Tablo 4.3). İstatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda yer alan **‘Watson İnsan Bakım Kuramı’na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyinin artmasının hastaneye tekrarlı yatış sayısını azaltmaya etkisi vardır’** hipotezi doğrulanamamıştır.

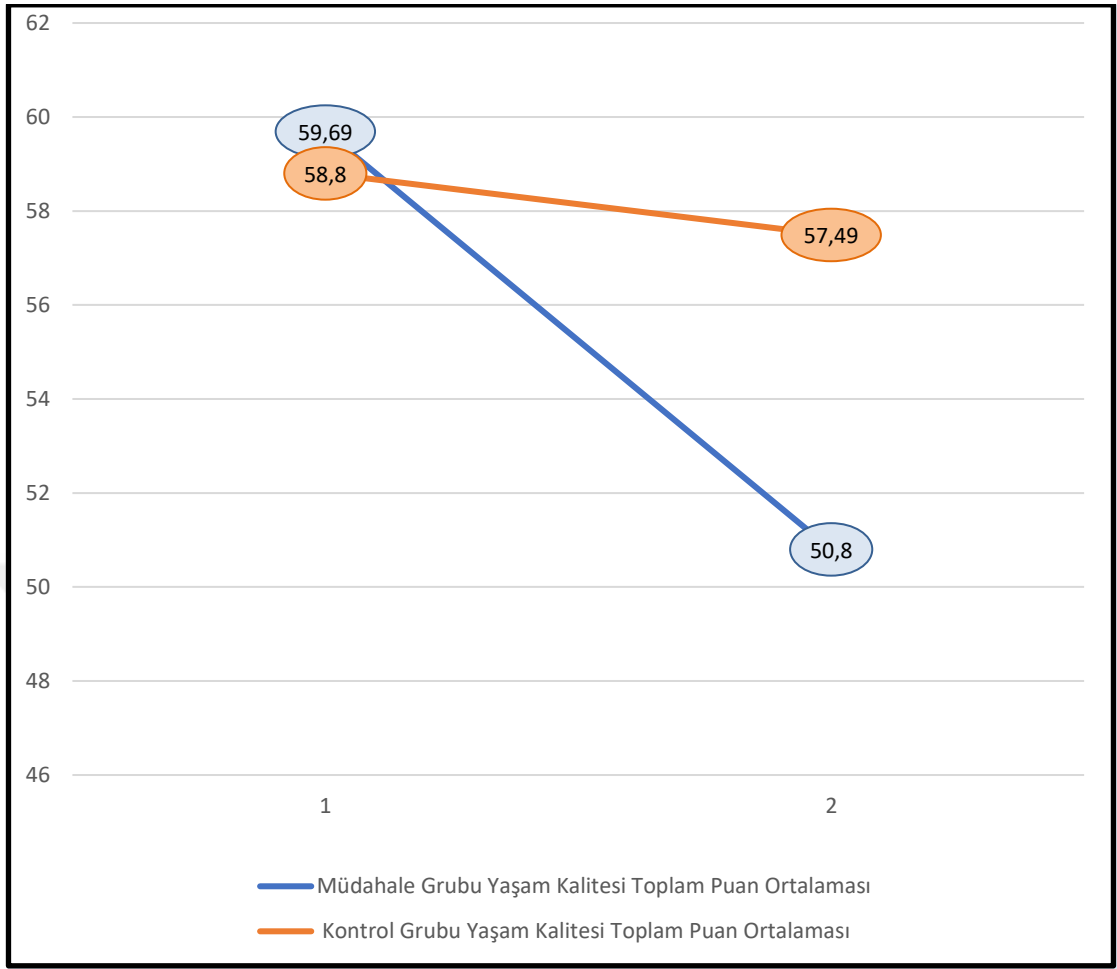
4.2. Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölüm müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin SGRQ ilişkin bulguları içermektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin SGRQ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi (Tablo 4.4), SGRQ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi (Şekil 4.3, Şekil 4.4) ve SGRQ puan ortalamalarının müdahale grubunda ve kontrol grubunda ön test ve son test arasında karşılaştırılması (Tablo 4.5) verilmektedir.

Tablo 4.4. SGRQ Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi

Grup	Ölçüm	Semptomlar $\bar{X} \pm SS$		Aktiviteler $\bar{X} \pm SS$		Hastalığın etkileri $\bar{X} \pm SS$		Yaşam kalitesi toplam $\bar{X} \pm SS$	
Müdahale	Ön Test	63.92±20.88		73.08±21.11		50.41±21.96		59.69±19.31	
	Son Test	59.13±19.25		64.73±19.83		39.95±24.63		50.8±20.22	
Kontrol	Ön Test	59.02±20.98		70.59±25.3		51.88±28.17		58.8±24.16	
	Son Test	58.76±21.24		69.07±25.82		50.35±29.86		57.49±25.16	
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		0.33	0.567	0.03	0.860	1.00	0.319	0.32	0.569
Zaman		3.24	0.076	13.87	0.000	14.32	0.000	18.50	0.000
Grup*Zaman		2.59	0.112	6.61	0.012	7.95	0.000	10.21	0.002

Tablo 4.4 incelendiğinde, semptomlar alt boyutunda gruplar arasında, zamana göre ve grup*zaman etkileşime göre anlamlı düzeyde farklılık olmadığı (sırasıyla $F=0.33$, $p=0.567$; $F=0.24$, $p=0.076$; $F=2.59$, $p=0.112$), aktiviteler alt boyutunda gruplar arasında değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, zaman ve grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=0.03$, $p=0.860$; $F=13.87$, $p=0.000$; $F=6.61$, $p=0.012$), hastalığın etkileri alt boyutunda gruplar arasında değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, zaman ve grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=1.00$, $p=0.319$; $F=14.32$, $p=0.000$; $F=7.95$, $p=0.000$), yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının gruplar arasında değişimlerin anlamlı düzeyde olmadığı, zaman ve grup*zaman etkileşime göre değişimlerin anlamlı düzeyde olduğu (sırasıyla $F=0.32$, $p=0.569$; $F=18.50$, $p=0.000$; $F=10.21$, $p=0.002$) görülmektedir. Araştırmamızdaki bulgular, kayıp verilerin dışlanması amacıyla yapılan per-protokol analiz sonuçları ile benzerlik göstermektedir.



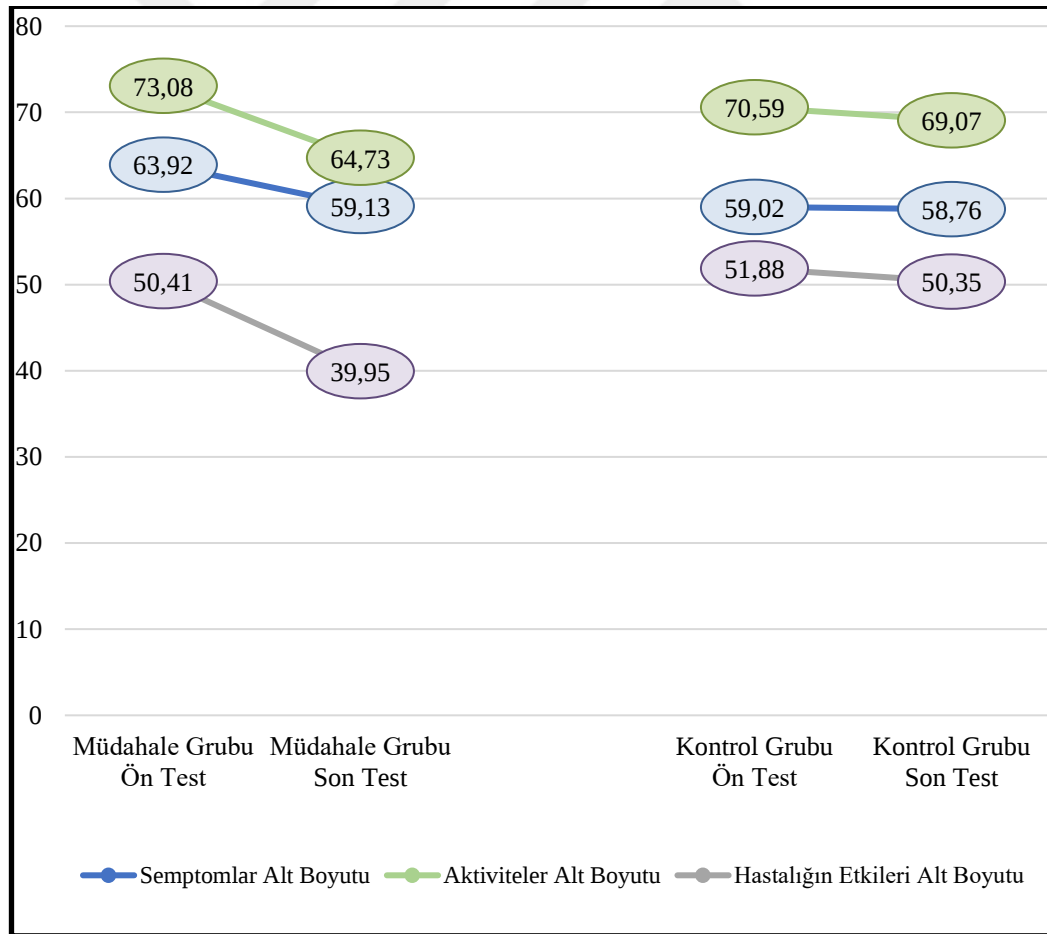
Şekil 4.3. SGRQ Toplam Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi

Tablo 4.5. SGRQ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi boyutları	Test	Müdahale			Kontrol		
		$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Semptomlar	Ön Test	63.92±20.88	2.27	0.029	59.02±20.98	0.14	0.886
	Son Test	59.13±19.25			58.76±21.24		
Aktiviteler	Ön Test	73.08±21.11	3.57	0.001	70.59±25.3	1.22	0.229
	Son Test	64.73±19.83			69.07±25.82		
Hastalığın etkileri	Ön Test	50.41±21.96	3.82	0.001	51.88±28.17	0.96	0.343
	Son Test	39.95±24.63			50.35±29.86		
Yaşam kalitesi toplam	Ön Test	59.69±19.31	4.06	0.000	58.8±24.16	1.45	0.157
	Son Test	50.8±20.22			57.49±25.16		

Tablo 4.5 incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan katılımcıların yaşam kalitesine ilişkin semptomlar, aktiviteler, hastalığın etkileri ve toplam ölçek puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmektedir (sırasıyla $t=2.27$, $p=0.029$; $t=3.57$, $p=0.001$; $t=3.82$, $p=0.001$; $t=4.06$, $p=0.000$).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşam kalitesine ilişkin semptomlar, aktiviteler, hastalığın etkileri ve toplam ölçek puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim olmadığı görülmektedir (sırasıyla $t=0.14$, $p=0.886$; $t=1.22$, $p=0.229$; $t=0.96$, $p=0.343$; $t=1.45$, $p=0.157$) (Tablo 4.5). Elde edilen bulgulara göre ‘Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH’lı bireylerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır.



Şekil 4.4. SGRQ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Üç Aylık Zaman Sonundaki Değişimi

4.3. Bireylerin Öz-etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Öz-etkililik ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olan ve olmayan boyutlar olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve SGRQ Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçüm		Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Olumsuz Etki	Çevre	Davranışsal Risk Faktörleri	Öz-etkililik Toplam
Ön Test	Semptomlar	-0.307	-0.293	-0.179	-0.186	0.007	-0.231
Son Test		-0.310	-0.448**	-0.368*	-0.266	-0.115	-0.360*
Genel		-0.317**	-0.384**	-0.381*	-0.339*	-0.061	-0.306**
Ön Test	Aktiviteler	-0.231	-0.197	-0.082	-0.048	0.042	-0.136
Son Test		-0.444**	-0.500**	-0.511**	-0.379*	-0.278	-0.497**
Genel		-0.354**	-0.377**	-0.311**	-0.239*	-0.129	-0.337**
Ön Test	Hastalığın Etkileri	-0.441**	-0.374*	-0.264	-0.313	-0.124	-0.359*
Son Test		-0.586**	-0.611**	-0.646**	-0.489**	-0.457**	-0.640**
Genel		-0.532**	-0.527**	-0.482**	-0.429**	-0.312**	-0.528**
Ön Test	Yaşam Kalitesi Toplam	-0.396*	-0.341*	-0.216	-0.235	-0.057	-0.300
Son Test		-0.557**	-0.614**	-0.626**	-0.470**	-0.392*	-0.616**
Genel		-0.494**	-0.510**	-0.444**	-0.381**	-0.243*	-0.485**

**p<0.01; *p<0.05

Tablo 4.6 incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile duygusal durum öz-etkililik düzeyi puan ortalamaları arasında ön test, son test ve genel puan ortalamalarında negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.396$, $r=-0.557$, $r=-0.494$) görülmektedir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile fiziksel çaba öz-etkililik düzeyi puan ortalamaları arasında ön test, son test ve genel puan ortalamalarında negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.341$, $r=-0.614$, $r=-0.510$) görülmektedir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile olumsuz etki öz-etkililik düzeyi puan ortalamaları arasında ön testte anlamlı düzeyde ilişki olmadığı ($r=-0.216$), son test ve genel puan ortalamalarında negatif ve orta düzeyde anlamlı düzeyde ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.626$, $r=-0.444$) görülmektedir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile çevre öz-etkililik düzeyi puan ortalamaları arasında ön testte ilişki olmadığı ($r=-0.235$), son test ve genel puan ortalamalarında

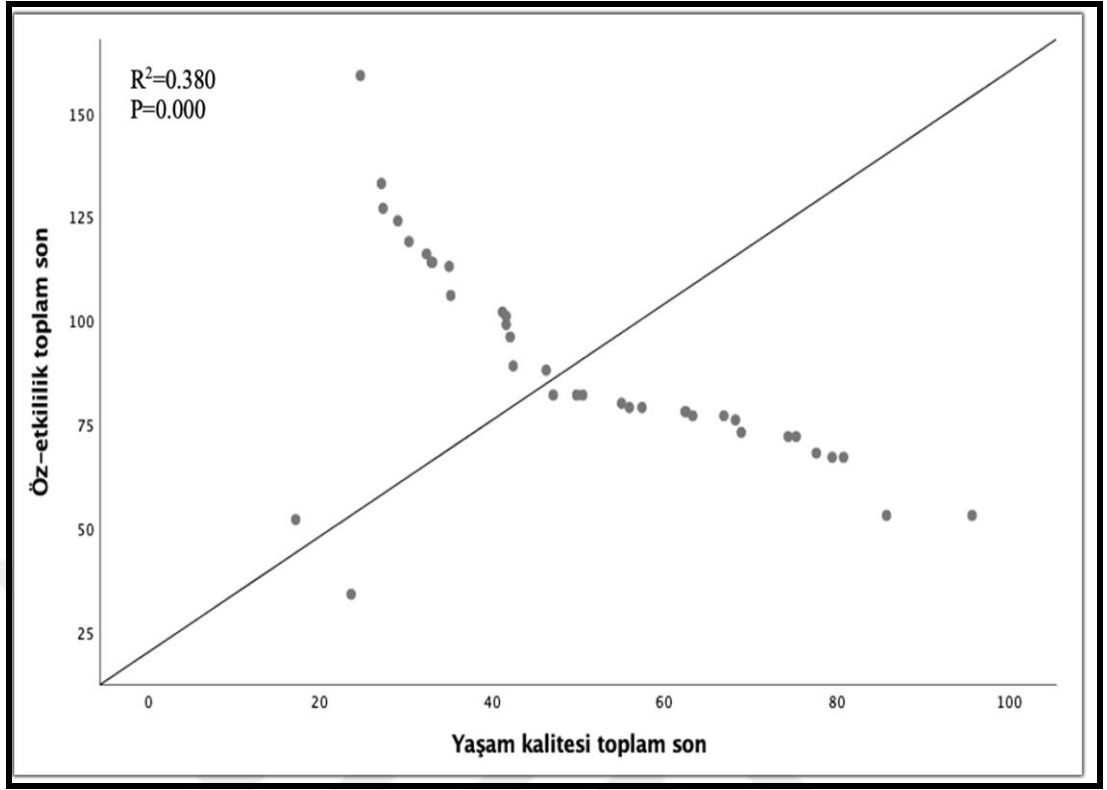
negatif ve orta düzeyde anlamlı düzeyde ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.470$, $r=-.381$) görülmektedir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile davranışsal risk faktörleri öz-etkililik düzeyi puan ortalamaları arasında ön testte anlamlı düzeyde ilişki olmadığı ($r=-0.057$), son testte negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=-0.392$), genel puan ortalamasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=-0.243$) görülmektedir.

Toplam öz-etkililik düzeyi ile semptomlar yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ön testlerde anlamlı düzeyde ilişki olmadığı, son test ve genel puan ortalamalarında ise negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.231$, $r=-0.360$, $r=-0.306$) görülmektedir. Toplam öz-etkililik düzeyi ile aktiviteler yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ön testlerde anlamlı düzeyde ilişki olmadığı, son test ve genel puan ortalamalarında ise negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.136$, $r=-0.497$, $r=-0.337$) görülmektedir. Toplam öz-etkililik düzeyi ile hastalığın etkileri yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ön test, son test ve genel puan ortalamaları ortalamalarında negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.359$, $r=-0.640$, $r=-0.528$) görülmektedir. Toplam öz-etkililik düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ön testlerde anlamlı düzeyde ilişki olmadığı, son test ve genel puan ortalamalarında ise negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $r=-0.300$, $r=-0.616$, $r=-0.485$) görülmektedir (Tablo 4.6). **Elde edilen bulgulara göre çalışmamızın ‘Watson İBK’ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH’lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır.**

Tablo 4.7. Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Bağımlı-bağımsız değişken		DF	β	Standart hata	t	P	R ²
MODEL 1	Yaşam kalitesi	Intercept	1	93.551	9.607	9.738	0.000	0.380
MODEL 1	Yaşam kalitesi	Öz-etkililik	1	-0.482	0.104	-4.631	0.000	
MODEL 2	Yaşam kalitesi	Intercept	1	91.951	10.735	8.566	0.000	0.311
MODEL 2	Yaşam kalitesi	Duygusa Durum	1	-1.771	0.446	-3.971	0.000	
MODEL 3	Yaşam kalitesi	Intercept	1	86.518	8.210	10.538	0.000	0.377
MODEL 3	Yaşam kalitesi	Fiziksel Çaba	1	-3.038	0.661	-4.599	0.000	
MODEL 4	Yaşam kalitesi	Intercept	1	90.030	8.679	10.374	0.000	0.391
MODEL 4	Yaşam kalitesi	Olumsuz Etki	1	-1.369	0.289	-4.744	0.000	
MODEL 5	Yaşam kalitesi	Intercept	1	84.793	11.189	7.579	0.000	0.221
MODEL 5	Yaşam kalitesi	Çevre	1	-2.199	0.698	-3.152	0.003	
MODEL 6	Yaşam kalitesi	Intercept	1	76.315	10.574	7.217	0.000	0.154
MODEL 6	Yaşam kalitesi	Davranışsal Risk Faktörleri	1	-3.211	1.272	-2.524	0.016	

Tablo 4.7 incelendiğinde, öz-etkililiğin toplam ortalamasının ve alt boyutlara ilişkin ortalamalarının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı düzeyde etkisi olduğu görülmektedir. Etki düzeylerine ilişkin R² değerleri incelendiğinde, değerlerin 0.154 ile 0.391 arasında değiştiği görülmektedir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

4.4. Bireylerin Telefon Görüşmelerine Ait Bulgular

Tablo 4.8. Müdahale Grubunda yer Alan Bireylerin Telefon Görüşme Formu Cevapları

	Evet Cevabı Verenlerin Sayısı (n)	Hayır Cevabı Verenlerin Sayısı (n)	Kararsızım Cevabı Verenlerin Sayısı (n)
Verilen Bilgilerin Yeterli Olup Olmadığı	29	0	0
Telefonla Görüşme Sırasında İşitme ya da Bağlantı Sorunu Yaşanıp Yaşanmadığı	29	0	0
Telefonla Görüşme Sırasında Danışmanın Tutumunun Yardım Edici ve Destekleyici Olup Olmadığı	29	0	0
Telefon Görüşmeleri Sonrasında Bireyin Kendine Güveninin Artıp Artmadığı	29	0	0
Telefonla Görüşmelerin Hastalıkla Başetmede Fayda Sağlayıp Sağlamadığı	29	0	0
Telefon Görüşmeleri Sırasında Geçen Sürenin Yeterli Olup Olmadığı	29	0	0
İki Telefon Görüşmesi Arasında Geçen İki Haftalık Sürenin Yeterli Olup Olmadığı	29	0	0

Müdahale grubundaki KOAH'lı bireyler ile üç ay sonra yapılan son görüşmede uygulanan Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formuna ait bulgular Tablo 4.8'de yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda yer alan alt başlıklarda tartışılmıştır.

1. Bireylerin öz-etkililik düzeyi
 - a. KOAH Öz-etkililik ölçeği
 - b. Solunum fonksiyonları
 - c. Hastaneye yatış sayıları
2. Bireylerin yaşam kalitesi
3. Bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki

5.1. Bireylerin Öz-etkililik Düzeyi

KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyleri kapsamında ölçek, solunum fonksiyonları ve hastane yatış sayıları incelenmiştir.

5.1.a. KOAH Öz-etkililik Ölçeği

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu bireyelerine ait KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırmalarına göre müdahale grubundaki bireylerin KOAH Öz-etkililik Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları ile duygusal durum, fiziksel çaba, olumsuz etki ve çevre ile ilgili alt boyutlarında anlamlı düzeyde artış olduğu, davranışsal risk faktörleri alt boyutunda anlamlı düzeyde artış olmadığı görülmektedir (Tablo 4.2).

Araştırmamızda müdahale grubu bireyelerine yönelik yüz yüze olan ilk görüşmede Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve devamında üç ay süresince iki haftada bir tele-danışmanlık verilmiş, müdahale öncesi ön test ve üç ay sonraki yüz yüze olan görüşmede son test olarak KOAH Öz-etkililik Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızın kontrol grubu bireyelerine yönelik yüz yüze gerçekleştirilen KOAH Öz-etkililik Ölçeği ön test uygulaması sonrasında poliklinik izlemleri devam etmiş ve üç ay sonrasında yüz yüze son test KOAH Öz-etkililik Ölçeği uygulanmıştır. Watson İBK'nin iyileştirme süreçlerinin eğitim ve tele-danışmanlık sürecinde kullanılmasının KOAH Öz-etkililik Ölçeği'nin semptom alt gruplarındaki puan ortalamaları artışında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda bireylere isimleri ile hitap edilmiş, yüz yüze görüşmelerde göz teması kurulmuş, görüşmeler bireylerin uygun olduğu zamanlara

göre düzenlenmiştir. Görüşmeler sırasında etkin dinleme ile hissettikleri ve yaşadıkları semptomlar hakkında konuşmaları dinlenmiş, son görüşmede yaşadıkları durumlar hakkındaki duygu ve düşünceleri konuşulmuştur. Bu durum bireylerin KOAH'a yönelik duygu ve hislerini daha rahat ifade etmesini sağlamıştır. Bireylere yaşadıkları semptomlara yönelik olarak bilimsel temellere dayanan bilgiler ışığında önerilerde bulunulmuş, yardım ve güven ilişkisi kurulmuştur. Görüşmeler umut, güç ve motivasyonlarını artırıcı şekilde sürdürülmüştür. Semptom alt gruplarında yer alan davranışsal risk faktörlerine yönelik puan ortalamalarında istatistiksel anlamlı düzeyde artış olmaması, KOAH'ın yıllarca süren kronik semptomları içermesinden kaynaklı olarak gelişen davranışların değişimini sağlamada daha uzun süreli takip ve tele-danışmanlık gerektirdiğini düşündürmektedir.

KOAH'lı bireylerin semptomlarının kontrol edilmesinde bireylere verilen eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerin yaşadığı olumsuz algı ve bakış açılarını değiştirdiği, başetmelerini güçlendirdiği, bilgi düzeyini artırdığı, emosyonel destek sağladığı ve öz-etkililiği artırdığı bulunmuştur (Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Jiang ve ark, 2020; Tsiligianni ve ark, 2020; Guo ve ark, 2020; Yi ve ark, 2021, Zhu ve ark, 2021). Hemşireler tarafından sunulan eğitim ve son 20 yılda teknolojinin gelişmesiyle yaygınlaşan tele-danışmanlık, hasta ve hemşirelerin iletişimini destekleyerek bakımın hastane dışında da devamını sağlamaktadır. Böylece KOAH'lı bireylerin yaşadığı semptomlar azalmakta, alevlenmelerin tanınması kolaylaşmakta dolayısıyla bireylerin öz-etkililiği artmaktadır. KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini artırmak amacıyla ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda hazırlanan eğitim ve tele-danışmanlığın yanısıra sunulan bakımın, bireyin emosyonel gereksinimleri göz önünde bulundurularak bireye özgü hazırlanması önemli kabul edilmektedir (Simpson ve Jones, 2013; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Guo ve ark, 2020; Yi ve ark, 2021).

Hemşirelik metaparadigmalarında yer alan insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları Watson İBK'de kişilerarası bakım ilişkisi, otantik ilişki, iyileştirici çevre, bakım anı ve bakım durumu başlıkları ile iyileştirme süreçlerinde bir araya getirilmektedir. KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini artırmada, hemşirelik bakımında Watson İBK kullanılarak bireyin ihtiyaçları doğrultusunda, emosyonel durumu da göz

önüne alınarak verilen eğitim ve tele-danışmanlığın etkili olduğu düşünülmektedir. Watson İBK'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının bireylerin kendilerine güvenini artırmaya yönelik insancıl yaklaşımlar içinde verilmesi sonucunda bireylerin önemsendiklerini hissettikleri ve öz-etkililik düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Çalışmamızın her aşamasında Watson İBK'nin iyileştirme süreçlerine odaklanılmış, KOAH'lı bireye özgü eğitim ve tele-danışmanlık Watson İBK'de yer alan 10 iyileştirme süreci (insancılık, umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, öğretme ve öğrenme, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, mucizelerin gerçekleşmesi) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini artırmaya yönelik olarak eğitimin kullanıldığı literatür çalışmaları incelendiğinde; Simpson ve Jones (2013) nitel ve nicel verileri içeren, aralarında KOAH Öz-etkililik Ölçeği'nin de bulunduğu birden fazla ölçeğin yer aldığı çalışmada artmış öz-etkililik düzeyinin bireylerin yaşadığı solunum sıkıntısını, anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı bildirilmektedir. KOAH Öz-etkililik Ölçeği kullanılarak Uğur ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan tanımlayıcı çalışma, KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin bilinmesinin bireye verilen hemşirelik bakımının planlanmasındaki önemini göstermektedir. Ng ve Smith (2017) tarafından KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeylerine ilişkin karma yöntem ile yapılan çalışmada, altı aylık öz-yönetim eğitim programının bireylerin öz-etkililik düzeylerini artırdığı saptanmıştır. Zhu ve arkadaşları (2021) tarafından KOAH'lı bireylere solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz eğitimi ve olumsuz hisleri yönetmek üzere emosyonel desteğin uygulandığı randomize kontrollü deneysel çalışmada, müdahale öncesi, birinci, üçüncü ve altıncı aylarda uyguladıkları KOAH Öz-etkililik Ölçek puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; birinci ay sonunda öz-etkililik düzeyleri değişim göstermezken üçüncü ve altıncı ayda öz-etkililik düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Aldan ve arkadaşları (2022) tarafından KOAH Öz-etkililik Ölçeğini kullanarak ele aldıkları KOAH'ta kullanılan ilaçlara uyum ve semptom yönetimini sağlamak amacıyla uyguladıkları eğitimin öz-etkililik düzeyini artırmada etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalardaki bu durum öz-etkililik düzeylerini artırmaya yönelik müdahalelerin etkili olduğunu göstermektedir.

KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini artırmaya yönelik tele-danışmanlığın kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde; Franek (2012) tarafından yapılan çalışma, KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini artırmada tele-danışmanlığın rutin bakıma göre daha etkili olduğunu; Vitacca ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışma tele-danışmanlığın bireye özgü ihtiyaçlara göre düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Rush ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen sistematik derlemede, telefon görüşmelerinin de bulunduğu tele-sağlık uygulamalarının kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetimini kolaylaştırdığı bildirilmektedir. Ghouami-Shilsari ve Bandboni (2019) tarafından gerçekleştirilen kronik hastalıklarda tele-hemşirelik ile ilgili sistematik derlemede, tele-hemşireliğin bireyin eğitiminde, kendi kendine karar verme mekanizması ve farkındalık düzeyini artırmada, anksiyetesini azaltmada etkili olduğunu bildirilmektedir. Ali ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada, KOAH ve kronik kalp hastalığı olan bireylere uygulanan hasta merkezli telefon görüşmelerinin bireylerin öz-etkililiğini artırdığı saptanmıştır. Çalışmalar araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermekte olup KOAH'lı bireylere yönelik tele-danışmanlık kapsamında gerçekleştirilen müdahalelerin öz-etkililiği artırmada etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda telefon görüşmeleri değerlendirilmiş olup (Tablo 4.8), katılan bireylerin tümü olumlu yanıt vermiştir. Bunun sebebinin bireylerin birçoğunun yalnız hissetmesi olduğu düşünülmektedir. Bireyler bu durumu araştırmacıya ifade etmişler ve araştırmacının onları aramasını beklediklerini söylemişlerdir. Aynı zamanda Türk kültürünün insancıl özellikleri sebebiyle de tüm yanıtların olumlu yönde olduğu düşünülmektedir.

Literatürde KOAH'lı bireylere yönelik öz-etkililiği artırma amaçlı Watson İBK'ye dayalı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Watson İBK'ye temellendirilmiş öz-etkililiğin hedeflendiği Arslan-Özkan ve Okumuş (2012) tarafından yapılan infertil kadınlarla ilgili randomize kontrollü çalışmada, Watson İBK'nin öz-etkililik düzeyini artırdığı bildirilmektedir. Çalışma kapsamında infertil kadınlarla öz-etkililik düzeylerini artırmak amacıyla yapılan görüşmelerde, Watson İBK'de yer alan yardım ve güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, öğretme ve öğrenme iyileştirme süreçleri kullanılmıştır (Arslan-Özkan ve Okumuş, 2012). Araştırmamızdaki bulgular, literatür ile uyumlu olarak Watson İBK'ye

temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyini artırmaya etkisinin olduğunu göstermektedir. Watson İBK'nin KOAH'lı bireyler üzerinde etkin olmasının sebepleri arasında bireyin duygusal açıdan desteklenmiş olması, hislerini ifade edebilmesi ve önemsendiğini hissetmiş olması düşünülmektedir. Watson İBK'ye temellendirilmiş görüşmeler esnasında bireyler ile KOAH dışında, bireyin ihtiyaç duyduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal konular hakkında da konuşulmuştur. Görüşmeler sırasında bireylerin özel durumları hakkında notlar alınmış ve bir sonraki görüşmede bu konular ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu sayede bireye özgü bir yaklaşım gerçekleştirilmiştir. Watson İBK'ye temellendirilmiş görüşmeler sırasında bireyler sıklıkla yalnızlıklarını dile getirmişler, bu uygulamanın sürekli devam etmesinin kendilerine çok fayda sağlayacağını, unutulmadıklarını ve kendilerini iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

5.1.b. Solunum Fonksiyonları

Çalışmamızda Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın öz-etkililiği artıracığı düşünülerek dahil edilen KOAH'lı bireylerin solunum fonksiyon testlerinin ön test sürecinde ve üç ay sonraki son testler sırasındaki kontrollerinde değerlendirilmesi planlanmaktaydı. Bu amaçla GOLD spirometri kriterlerine göre form oluşturuldu. Fakat COVID-19 pandemisinden dolayı KOAH'lı bireylere solunum fonksiyon testi yapılamadığı için Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyinin artmasının solunum fonksiyon testi değerlerini artırmaya etkisi değerlendirilememiştir.

5.1.c. Hastaneye Yatış Sayıları

Çalışmamızda Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık sonucunda öz-etkililiği artan müdahale grubunun, kontrol grubuna göre hastane yatış sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Çalışmamızın müdahale grubunda yer alan üç farklı KOAH'lı bireyde birer kez hastane yatışı, kontrol grubunda yer alan farklı KOAH'lı iki bireyde ise iki kez, birer kez hastane yatışı gerçekleşmiştir. Müdahale grubundaki KOAH'lı bireylerin hastaneye yatış sayısının toplamda bir kez fazla olmasında, çalışmamızda yer alan bireylerin hava yolu obstrüksiyon durumunun farklı düzeylerde olabileceğinden kaynaklandığı ve aynı zamanda bireylerin içinde

bulundukları çevresel faktörlerin farklı etkilerinin olmasından kaynaklanan bir etkinin olabileceği düşünülmektedir.

KOAH'lı bireylerin hastane yatışları nedeniyle morbidite ve mortalite oranlarının yükseldiği, yaşam kalitelerinin düştüğü, akciğerlerdeki obstrüksiyon derecesinin arttığı bilinmektedir (Guo ve ark, 2020; GOLD, 2022). KOAH'lı bireyin bakımında semptom kontrolünün sağlanamaması KOAH alevlenmelerine sebep olmakta, solunum fonksiyonlarının yerine getirilmesini zorlaştırmakta ve sonuç olarak hastaneye yatışların artmasına sebep olmaktadır. Bireyin KOAH semptomlarını kontrol altına alabilmesi amacıyla hemşirelik bakımında öz-etkililiğin artırılması amaçlanmakta, öz-etkililiği artan bireyin hastaneye yatış sayısının azalacağı düşünülmektedir (Bucknall ve ark, 2012; Clari ve ark, 2017; Guo ve ark, 2020; GOLD, 2022).

Literatürde Berkhof ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen KOAH'lı bireylerin izleminde altı ay boyunca iki haftada bir olmak üzere uzman hemşire tarafından telefon görüşmesini içeren randomize kontrollü çalışmada, altı ay sonunda müdahale grubundan bir birey hastaneye yatmış, kontrol grubundaki bireylerin hastaneye yatışı olmamıştır. Oancea ve arkadaşları (2015) tarafından KOAH'lı bireyleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen prospektif çalışmada, günde bir saat beş gün boyunca verilen eğitimin sadece ilaç kullanan, eğitim verilmeyen kontrol grubu bireylerine göre üç ve altıncı aylarda yapılan karşılaştırmalarında, müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre hastane yatışlarının daha az olduğu bildirilmektedir. Uğur ve arkadaşları (2017) tarafından KOAH Öz-etkililik Ölçeği kullanılarak yapılan tanımlayıcı çalışmada, KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin hastaneye yatış sayısını azaltabileceği belirtilmektedir. Literatürde öz-etkililik düzeyinin artırılmasının hastaneye yatış sayısını azaltacağı bildirilmektedir (Bucknall ve ark, 2012; Clari ve ark, 2017; Guo ve ark, 2020; GOLD, 2022).

5.2. Bireylerin Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisinin olduğu görülmektedir. Çalışmamızda

müdahale ve kontrol grubundaki bireylere uygulanan SGRQ'nun alt gruplarındaki yaşam kalitesine ilişkin semptomlar, aktiviteler, hastalığın etkileri ve toplam ölçek puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ölçek puan ortalamalarındaki bu azalma, yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Kontrol grubundaki bireylerin SGRQ'nun alt gruplarındaki yaşam kalitesine ilişkin semptomlar, aktiviteler, hastalığın etkileri ve toplam ölçek puan ortalamalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuş olup, bu durum kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesinde bir değişiklik olmadığını göstermektedir (Tablo 4.4, Tablo 4.5).

Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla verilen Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık süreçlerinde birey ile bireyin hissettiklerine, günlük yaşam aktivitelerine devam etmesi konusunda bireyi motive etmeye, bakım anları oluşturmaya odaklanılmış ve olumlu bakış açısı, güç verici, destekleyici ifadeler kullanılarak bireyin başarılı olacağına inanılarak bakım sunulmuştur. Ulusal ve uluslararası güncel kılavuzlardan elde edilen bilgilerin sunulduğu kitapçıkta, bireyin farkındalığı ve kendine güvenini artırmak amacıyla her bölümden sonra sorulara yer verilmiş, destekleyici görseller ve ifadeler kullanılmıştır. Günlük yaşamlarında karşılaştıkları semptomlarla başetme yöntemlerini içeren bir başlık altında bireyin motivasyonunu artırmaya yönelik ifadelere yer verilmiştir. Görüşmeler sırasında KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirdikleri esnada yaşadıkları sorunları ifade etmelerine izin verilmiş, yaşadıkları sorunlara yönelik önerilerde bulunulmuş, olumlu davranışları desteklenmiştir. Watson İBK'de bireyin farkındalığının yaşam kalitesine etkisinden bahsedilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda en sık yaşanan KOAH semptomlarından biri olan nefes darlığını yönetmede bilinen nefes tekniklerinin yanı sıra; farkındalığı artırmada ve bireyin gevşemesini sağlamada kullanılan Thich Nhat Hanh tarafından geliştirilen 4-7-8 solunum tekniğine yer verilmiştir (<https://thichnhatanhfoundation.org>). Bu tekniğin KOAH ve Watson İBK'de önemli yer tutan farkındalık kavramlarını solunum egzersizi ile bir araya getirdiği düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan bireyler 4-7-8 solunum tekniğini sıklıkla

uyguladıklarını, farklı bir egzersiz olduğunu ve fayda gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu uygulamalarla çalışmamızı temellendirdiğimiz Watson İBK'deki iyileştirme süreçlerinin KOAH'lı bireylere verilen eğitim ve tele-danışmanlık ile birleştirilmesinin KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırdığı düşünülmektedir.

Bireyin içinde bulunduğu sosyal, psikolojik ve fiziksel durum yaşam kalitesini etkilemektedir (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Yaşam kalitesi bireyin içinde bulunduğu kültür, yaşam hedefleri, beklentileri ve standartları çerçevesinde nesnel ve öznel algıları yönünde değişkenlik gösterebilmektedir (Jolly ve ark, 2018; Haralstad ve ark, 2019). KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerinin bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Mayo, 2015; Jolly ve ark, 2018; Haralstad ve ark, 2019). Bireyin KOAH'ta yaşadığı semptomlar aile ilişkilerini, mesleğini, ev ve iş ortamındaki fiziksel aktivitelerini, hobilerini dolayısıyla yaşam tarzını ve hayata bakış açısını değiştirmekte, hayattan aldığı doyum ve mutluluk algısını olumsuz yönde etkilemektedir (Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Bu sebeple KOAH'ta semptom kontrolünün sağlanması bireyin yaşam standartlarını ve günlük aktivitelerini sürdürmesinde dolaylı olarak yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynamaktadır (Boxall ve ark, 2005; Dignani ve ark, 2014; Ng ve Smith, 2017; Jolly ve ark, 2018). Bireylerin KOAH semptom kontrolünü sağlamaya yönelik hemşirelik bakımında yer alan eğitim ve zaman içerisinde bireyin hastalığa ilişkin farkındalığının sürdürülmesinde uygulanan tele-danışmanlığın yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Ghoulami-Shilsari ve Bandboni, 2019; Donner ve ark, 2021).

Watson İBK'de hemşirelik bakım anlayışının temelinde var olan biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ruhsal açıdan bir bütün olarak ele alınan insan kavramının önemine vurgu yapılmaktadır. Watson İBK'de hemşirelik bakım süreci diğer bireylerin ve kendinin farkında olma, onları sevmek, sevgi ile yaklaşma, önem verme anlayışı ile doğal, ruhsal bir süreç olarak ele alınmaktadır. Watson İBK'nin hemşirelik yaklaşımında her türlü çevrede bakım devam edebilmekte, bakım anı oluşabilmekte, günlük yaşam aktivitelerinin dinamik, enerjik, iyileştirme güçleri ve mucizelere inanarak devamının sağlanmasının gerektiğine değinilmektedir (Watson, 2002, 2006;

Vandemark, 2006; Constantinides, 2019). Bu temellere göre oluşturulan çalışmamız Watson İBK'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımı ile KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırabileceğini düşündürmektedir.

KOAH'lı bireylere verilen eğitimin yaşam kalitesini artırmaya yönelik etkisinin incelendiği literatür çalışmalarından Oancea ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini SGRQ kullanarak değerlendirdikleri prospektif çalışmalarında günde bir saat, beş gün boyunca verilen eğitimin sadece ilaç kullanan, eğitim verilmeyen kontrol grubu bireylerine göre üç ve altıncı aylarda yapılan SGRQ karşılaştırmalarında müdahale grubundaki bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı ifade edilmektedir. Howcroft ve arkadaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen üç randomize kontrollü çalışmayı ele alan sistematik derlemede, kısa süreli hasta eğitimi ve semptom yönetimi planlaması ile bir yılın sonundaki SGRQ karşılaştırmalarında KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinde artış olduğu bildirilmektedir. Cannon ve arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği meta-analizde, SGRQ kullanılarak ölçülen ve alt grup incelemelerinde KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artıran girişimlerden en güçlü etkiye sahip olan değişkenin eğitim olduğu belirtilmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde literatür çalışmaları da KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler arasında eğitimin önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

KOAH'lı bireylere verilen tele-danışmanlığın yaşam kalitesini artırmaya yönelik etkisinin incelendiği Berkhof ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada, KOAH'lı bireylerin izleminde altı ay boyunca iki haftada bir uzman hemşire tarafından başlatılan telefon görüşmesi yapılmıştır. Çalışmanın sonunda bireylerin yaşam kalitesi SGRQ ile ölçülmüş ve müdahale grubunda yer alan telefon ile izlenen KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Berkhof ve ark, 2015). Çalışmada yapılan telefon görüşmelerinin içeriğine bakıldığında, bireylere yalnızca fiziksel sağlık durumları ile ilgili soru cevaptan oluşan standart bir ölçek uygulandığı görülmektedir. McCabe ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen KOAH'lı bireylerde mobil teknoloji kullanımının rutin izlem ile karşılaştırıldığı sistematik derlemede, üç randomize kontrollü çalışmada dört-altı aylık SGRQ verileri incelenmiş olup, mobil teknoloji kullanılarak yapılan

izlemlerin yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu bildirilmektedir. Cox ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen sistematik derlemede, KOAH'lı bireylere uygulanan tele-danışmanlık uygulamalarının yaşam kalitesinin SGRQ ile değerlendirilmesiyle elde edilen verilerden tele-danışmanlığın yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Çalışmalar KOAH'lı bireylere yönelik olarak gerçekleştirilen tele-danışmanlığın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde çalışmamızda da tele-danışmanlık müdahalesinin yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu, aynı zamanda bireye özgü olarak bütüncül şekilde gerçekleştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik Watson İBK'ye temellendirilmiş bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak literatürde KOAH'tan farklı hastalıklarda, Watson İBK kullanılarak yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Delmas ve ark, 2018; Yangöz ve Özer, 2020; Göral Türkcü ve Özkan, 2021). Delmas ve arkadaşları (2018) tarafından Watson İBK'yi hemodiyaliz uygulanan bireyler ve hemodiyaliz hemşirelerine verilen eğitimde kullandıkları randomize kontrollü çalışmada, hemşirelik bakımının kalitesi, hasta güvenliği ve hemodiyaliz uygulanan bireylerin yaşam kalitesinin arttığı gösterilmektedir. Hemodiyaliz uygulanan bireylere yönelik randomize kontrollü bir çalışmada, dört ay süreyle ayda bir kez 15 dakika Watson İBK'ye temellendirilmiş motivasyonel görüşme ve eğitimin bireylerin tedaviye uyumunu, memnuniyetini ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Yangöz ve Özer, 2020). Diğer bir randomize kontrollü çalışmada, kemoterapi sürecinde jinekolojik kanserli bireylere haftada üç kez uygulanan Watson İBK'ye temellendirilmiş refleksolojinin dört hafta sonunda bireylerin anksiyete düzeyleri ile depresyonu azalttığı ve yaşam kalitelerini artırdığı saptanmıştır (Göral Türkcü ve Özkan, 2021). Çalışmamızda Watson İBK'nin temel kavramları ile KOAH'lı bireylerin ihtiyaçlarının örtüştüğü düşünülmektedir. KOAH'lı bireylerin bakımında Watson İBK'de yer alan iyileştirme süreçleri bakım anı ve iyileştirici çevre oluşturulmasında kullanılmış, eğitim ve tele-danışmanlık sırasında sürdürülmüş ve bu sayede yaşam kalitelerinin artırıldığı düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Öz-etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Çalışmamızda Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.6, Tablo 4.7). Bu durum Watson İBK'de yer alan bireyi bütüncül olarak ele alırken iyileştirme süreçlerinin uygulamada kullanılmasının KOAH'lı bireyin öz-etkililiği ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda artmış öz-etkililik ve yaşam kalitesi Watson İBK ile KOAH'lı bireyin bakım sürecinin uyumunu da göstermektedir. KOAH'lı bireye eğitim ve tele-danışmanlık verilirken kurulan otantik ilişkinin, kurulan bağın, oluşturulan bakım anı ve iyileştirici çevre sağlamanın hastane dışı bakımlarda da etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda Watson İBK'ye temellendirilmiş yüz yüze eğitim ve iki haftada bir gerçekleşen tele-danışmanlık müdahale grubundaki KOAH'lı bireylere verilmiş olup, kontrol grubundaki KOAH'lı bireyler rutin poliklinik izlemine devam etmiştir.

KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında ilişki olduğu bilinmektedir. KOAH ve yaşanan semptomlar hakkındaki bilgi düzeyinin artırılması bireyin farkındalığını artırmakta, farkındalığı artan birey yaşadığı semptomlarla başetmesini dolayısıyla öz-etkililiğini artırmaktadır. Öz-etkililiği artan KOAH'lı bireyin yaşadığı olumsuz semptom deneyimleri azalmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi kolaylaşmakta ve bireyin yaşam kalitesinin arttığı düşünülmektedir. Hemşirelik sürecinde KOAH'lı bireyin öz-etkililik düzeyinin ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin bilinmesinin hemşirelik bakımına yön vereceği düşünülmektedir. KOAH'lı bireyin semptom yönetimini iyileştirmesi, öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırması amacıyla hemşirelik bakımı kapsamında verilen eğitim ve tele-danışmanlık yaklaşımı teknolojinin gelişmesiyle son yıllarda daha da önem kazanmaktadır (Vitacca ve ark, 2018; Johnson, 2018; Donner ve ark, 2021). Watson İBK'de yer alan iyileştirme süreçlerinin KOAH'lı bireyin bakımına yeni bir bakış açısı getireceği, öz-etkililik ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olacağı, bakıma yön vereceği, KOAH'lı bireylerin ihtiyacı olan kişiye özgü ve bütüncül yaklaşımı oluşturacağı düşünülmektedir. Bu amaçla Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık kapsamında farkındalığı artırmaya yönelik verilen bilgilerin

iyileştirme süreçlerinin uygulamaya aktarılması göz teması, gülümseme, önemsendiği farketme, olumlu beden dili, iyi niyet gösterilmesi, aktif dinleme, saygılı konuşma, içtenlikle çözüm üretmeye çalışma, kültürel ve kişisel farklılıklarının göz önünde bulundurulmuş bir yaklaşım içinde verilmesini içermektedir (Brewer ve Watson, 2015; Pajnikhar ve ark, 2017; Contantinides, 2019; Özer Özlü ve ark, 2021).

KOAH'lı bireylerde ele alınan öz-etkililik ve yaşam kalitesi kavramlarının tek bir boyut olarak değil çok boyutlu olarak değerlendirildiği görülmektedir. Öz-etkililiği değerlendirmede kullanılan KOAH Öz-etkililik Ölçeği'nde yer alan duygusal durum, fiziksel çaba, hastalığın olumsuz etkileri, çevre, davranışsal risk faktörleri ile KOAH'ta yaşam kalitesini değerlendiren SGRQ'da yer alan semptom, aktivite ve his skoru alt boyutları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki KOAH'lı bireylere uygulanan KOAH Öz-etkililik Ölçeği ve SGRQ verilerinin literatür verileriyle benzer şekilde olduğu görülmektedir.

KOAH'ta eğitim ve tele-danışmanlığın öz-etkililik ve yaşam kalitesi ile ilişkisini gösteren literatür çalışmalarına bakıldığında; Dignani ve arkadaşları (2014) tarafından KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini belirleyen unsurları incelemek amacıyla gerçekleştirilen kavramsal analiz çalışmasında, yaşam kalitesinin verilen bakım, bakımı veren kişiler ve bireyin kendisi ile ilgili faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir. Yaşam kalitesinin tek boyutta incelenemeyeceği, fiziksel ve psikolojik yönlerinin bulunduğu, bireyin başatma mekanizmalarının, pozitif mental durum ve öz-etkililiğin yer aldığı alt boyutlarının olduğu belirtilmektedir (Dignani ve ark, 2014). Zwerink ve arkadaşları (2014) tarafından KOAH'lı bireylerin semptom yönetimi için gerçekleştirilen öz-yönetim yaklaşımlarının SGRQ ile değerlendirildiği 11 çalışmayı içeren sistematik derleme ve Cannon ve arkadaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen 15 çalışmanın ele alındığı meta-analizde, öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu görülmektedir. Jolly ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada, Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı çerçevesinde sigara bırakma, fiziksel aktiviteyi artırma, ilaç yönetimini sağlama konularını içeren hemşirelere verilen iki günlük eğitim sonrasında KOAH'lı bireyler 12 ay sürede dört kez telefonla aranmıştır. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'na dayalı tele-danışmanlık ile KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeylerinin arttığı çalışmada

SGRQ ile değerlendirilen yaşam kalitesinin ise değişmediği bildirilmektedir (Jolly ve ark, 2018). Zhu ve arkadaşları (2021) tarafından geręekleřtirilen çalışmada, rehabilitasyon programlarının bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi düzeylerine birinci ayda etkilerinin olmadığı, fakat üç ve altıncı aylarda öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu görülmektedir. Literatürde Watson İBK kullanılarak bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesinin ayrı ayrı değerlendirildiği çalışmalar mevcut olmakla birlikte, Watson İBK'nin yer aldığı hem öz-etkililik hem de yaşam kalitesinin ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmamızda Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesi düzeylerinin arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, KOAH'lı bireylerin kişiye özgü özellikleri, içinde bulundukları değişken durum, semptom ve yaşam tarzlarının göz önüne alınarak ihtiyaç duydukları bütüncül hemşirelik bakımının, Watson İBK'de yer alan iyileştirme süreçleri ile örtüştüğü görülmektedir. Çalışmamızda KOAH'ın kronik bir hastalık olması, ileri yaşlarda semptomların artması, çoğunlukla çalışmayan bireyleri etkilemesi bu bireylerin yalnızlık, çaresizlik gibi olumsuz duygular geliştirmesine sebep olduğu görülmektedir. Watson İBK'nin iyileştirme süreçlerinin yer aldığı hemşirelik bakımının KOAH'lı bireylerin yaşadığı bu olumsuz duygularla başetmelerine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda Watson İBK'nin farkındalık ve nefes kavramlarının KOAH'lı bireylerin dispne yönetiminde de etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda Watson İBK anlayışı ile örtüşen, KOAH'lı bireylerin farkındalık ve solunum fonksiyonlarını desteklemek, amacıyla KOAH'ta kullanılmak üzere yeni bir solunum tekniği olan Thich Nhat Hanh tarafından geliştirilen 4-7-8 solunum tekniğine de yer verilmiştir. Bu ervede Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırdığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmamızın sonuç ve önerileri bulunmaktadır.

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyini artırmaya etkisinin olduğu,
- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyinin artmasının hastaneye tekrarlı yatış sayısını azaltmaya etkisinin olmadığı,
- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisinin olduğu,
- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur.
- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın müdahale grubunda yer alan KOAH'lı bireylerde kontrol grubuna göre öz-etkililik düzeyinin artmasının solunum fonksiyon testi değerlerini artırmaya etkisi değerlendirilememiştir.

6.2. Öneriler

Uygulama ve araştırma süreci doğrultusundaki öneriler aşağıdaki şekildedir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim kitapçığının ve tele-danışmanlığın KOAH'lı bireylerde uygulanması,
- KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak hemşirelik bakım yaklaşımında Watson İBK'nin kullanılması ve uygulamaya aktarılması,

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlığın solunum fonksiyonlarına olan etkisi COVID-19 pandemisi sebebiyle değerlendirilemediği için öz-etkililik ve yaşam kalitesinin solunum fonksiyon testi ile ilişkisini değerlendiren yeni çalışmaların planlanması,
- Watson İBK'ye temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık uygulanan bireylerde davranış değişikliği sağlamaya yönelik olarak 12 haftadan daha uzun süreyi kapsayan randomize kontrollü çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adeloye D, Song P, Zhu Y, Campbell H, Sheikh A, Rudan I, & NIHR RESPIRE Global Respiratory Health Unit. Global, Regional, And National Prevalence Of, And Risk Factors For, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) In 2019: A Systematic Review And Modeling Analysis. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 2022; 10(5), 447–458.
- Akın B, Koçoğlu D. Randomize Kontrollü Deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1): 73-92.
- Aldan G, Helvacı A, Ozdemir L, Satar S, Ergun P. Multidimensional Factors Affecting Medication Adherence Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 2022; 31(9-10), 1202–1215.
- Ali L, Wallström S, Ekman I, Swedberg K, Fors A. Effects Of Person-Centred Care Via Telephone on Self-Efficacy In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Subgroup Analysis Of A Randomized Controlled Trial. *Nursing Open*, 2021; 8(2), 927–935.
- Anzueto A, Miravittles M. Considerations for the Correct Diagnosis Of COPD And Its Management With Bronchodilators. *Chest*, 2018; 154(2): 242-248.
- Anzueto A, Miravittles M. Pathophysiology Of Dyspnea In COPD, *Postgraduate Medicine*, 2017; 129(3): 366-374.
- Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım Ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012; 2: 61.
- Ateşman E. Türkçede Okunabilirliğin Ölçülmesi. *A.Ü. Tömer Dil Dergisi*, 1997; 58: 171-174.
- Bandura A. Social Cognitive Theory Of Self-Regulation. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 1991; 50: 248-287.

- Bandura A. Social Cognitive Theory. Six Theories of Child Development In R. Vasta (Ed.), *Annals Of Child Development*. Greenwich, CT: JAI Press, 1989; 6: 1-60.
- Barnes P. Cellular And Molecular Mechanisms Of Asthma And COPD. National Heart And Lung Institute, Imperial College, London, UK. *Clinical Science*, 2017.
- Barr JT, Schumacher GE, Freeman S, Lemoine M, Bakst AW, Jones PW. American Translation. Modification And Validation of The St. George's Respiratory Questionnaire. *Clinical Therapeutics*, 2000; 22: 1121-1145.
- Berkhof FF, Berg JWK, Uil SM, Kerstjens HAM. Telemedicine, The Effect Of Nurse-Initiated Telephone Follow Up, On Health Status And Health-Care Utilization In COPD Patients: A Randomized Trial. *Respirology*, 2015; 20: 279–285.
- Blanco I, Bueno P, Diego I, Pérez-Holanda S, Casas-Maldonado F, Esquinas C, Miravittles M. Alpha-1 Antitrypsin Pi*Z Gene Frequency And Pi*ZZ Genotype Numbers Worldwide: An Update. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2017; 13(12): 561-569.
- Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Factors Associated With Self-Efficacy In Persons With Chronic Illness. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 2012; 53: 333-339.
- Booth S, Johnson MJ. Improving The Quality Of Life Of People With Advanced Respiratory Disease And Severe Breathlessness. *Breathe*, 2019; 15: 198–215.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Et Al. Reduction Of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Disease Specific Self-Management Intervention. *Arch Internal Medicine*, 2003;163:585–91.
- Boxall AM, Sayers A. Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease in The Community. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2005; 25: 378-385.
- Brewer B, Watson J. Evaluation of Authentic Human Caring Professional Practices. *JONA*, 2015; 45(12): 622-627.

- Bucknall CE, Miller G, Lloyd SM, Cleland J, Mccluskey S, Cotton M, Stevenson RD, Cotton P, Mcconnachie A. Glasgow Supported Self-Management Trial (Gsust) For Patients With Moderate to Severe COPD: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 2012; 344.
- Cannon D, Buys N, Sriram KB, Sharma S, Morris N, Sun J. The Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self-Management Interventions On Improvement Of Quality Of Life In COPD Patients: A Meta-Analysis. *Respiratory Medicine*, 2016; 121, 81–90.
- Chan YH. Randomised Controlled Trials (Rcts)- Sample Size: The Magic Number. *Singapore Journal Of Medicine*, 2003; 44(4): 172-174.
- Charlson ES. Et Al. Assessing Bacterial Populations in The Lung By Replicate Analysis Of Samples From The Upper And Lower Respiratory Tracts. *Plos One* 7, 2012; 1–12.
- Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: An Instrument For Judging The Quality Of Written Consumer Health Information On Treatment Choices. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 1999; 53: 105-111.
- Chorostowska-Wynimko J, Barrecheguren M, Ferrarotti I, Greulich T, Sandhaus RA, Campos M. New Patient-Centric Approaches To The Management Of Alpha-1 Antitrypsin Deficiency. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2020; 12(15): 345-355.
- Chung KF. Advances In Mechanisms And Management Of Chronic Cough: Theninth London International Cough Symposium 2016. *Pulmonary Pharmacology& Therapeutics*, 2017; 2-8.
- Clari M, Matarese M, Ivziku D, De Marinis MG. Self-Care Of People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Synthesis. *Patient*, 2017; 10, 407–427.

- Constantinides SM. Compassionate Knowing: Building A Concept Grounded In Watson's Theory Of Caring Science. *Nursing Science Quarterly*, 2019; 32(3): 219–225.
- Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, Et Al. Telerehabilitation For Chronic Respiratory Disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1.
- Delmas P, O'Reilly L, Cara C, Brousseau S, Weidmann J, Roulet-Schwab D, Ledoux I, Pasquier J, Antonini M, Bellier-Teichmann T. Effects On Nurses' Quality Of Working Life And On Patients' Quality Of Life Of An Educational Intervention To Strengthen Humanistic Practice Among Hemodialysis Nurses In Switzerland: A Protocol For A Mixed-Methods Cluster Randomized Controlled Trial. *BMC Nursing*, 2018; 17, 47.
- Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. Quality Of Life In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Forum*, 2015; 50: 3.
- Einarsson GG. Et Al. Community Dynamics And The Lower Airway Microbiota In Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Smokers And Healthy Non-Smokers. *Thorax*, 2016; 71: 795–803.
- Elbehairy AF, Ciavaglia CE, Webb KA, Et Al. Pulmonary Gas Exchange Abnormalities In Mild Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Implications For Dyspnea And Exercise Intolerance. *American Journal Of Respiratory Critical Care Medicine*, 2015; 191(12): 1384-94.
- Evsyutina Y, Komkova I, Zolnikova O, Tkachenko P& Ivashkin V. Lung Microbiome In Healthy And Diseased Individuals. *World Journal Of Respiriology*, 2017; 7: 39–47.
- Fawcett J. Criteria For Evaluation Of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 2005; 18(2): 131–135.
- Flesch R. *How To Write English: Let's Start With The Formula*. 2001.

Flink M, Lindblad M, Frykholm O, Et Al. The Supporting Patient Activation In Transition To Home (Spath) Intervention: A Study Protocol Of A Randomised Controlled Trial Using Motivational Interviewing To Decrease Re-Hospitalisation For Patients With COPD Or Heart Failure. *British Medical Journal*, 2017; 7: 014178.

Foreman MG, Zhang L, Murphy J, Et Al. Early-Onset Chronic Obstructive Pulmonary Disease Is Associated With Female Sex, Maternal Factors, And African American Race In The Copdgene Study. *American Journal Of Respiratory Critical Care Medicine*, 2011; 184(4): 414-420.

Fournier M, De Ridder D, Bensing J. Optimism And Adaptation to Chronic Disease: The Role Of Optimism In Relation To Self-Care Options Of Type 1 Diabetes Mellitus, Rheumatoid Arthritis And Multiple Sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 2002; 7: 409-432.

Franek J. Home Telehealth for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 2012; 12(11): 1–58.

Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau M, Et Al. Self-Management Reduces Both Short- And Long Term Hospitalization in COPD. *European Journal Of Respiratory*, 2005;26:853–7.

Garvey C, Bayles MP, Hamm LF, Hill K, Holland A, Limberg TM, Spruit MA. Pulmonary Rehabilitation Exercise Prescription In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Review Of Selected Guidelines. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation And Prevention*, 2016; 36: 75-83.

Ghoulami-Shilsari F, Bandboni ME. Tele-Nursing In Chronic Disease Care: A Systematic Review. *Jundishapur Journal Of Chronic Diseases Care*, 2019; 8(2): 84379.

Global Burden Of Disease Study Collaborators. Global, Regional, And National Age-Sex Specific All-Cause And Cause-Specific Mortality For 240 Causes Of

Death, 1990-2013: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2013. Lancet, 2015; 385(9963): 117-171.

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Report, 2020.

Gökdoğan F. Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni, 2003; 16-17: 8-16.

Göral Türkcü S, Özkan S. The Effects of Reflexology On Anxiety, Depression And Quality Of Life In Patients With Gynecological Cancers With Reference To Watson's Theory Of Human Caring. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2021; 44.

Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P. CONSORT-SPI 2018 Explanation And Elaboration: Guidance For Reporting Social And Psychological Intervention Trials. Trials, 2018; 19: 406.

Grzywa-Celińska A, Krusiński A, Milanowski J. ‘Smoging Kills’ – Effects Of Air Pollution On Human Respiratory System. Annual Agriculture Environment Medicine, 2020; 27(1): 1–5.

Guo SE, Chi MC, Hwang SL, Lin CM, Lin YC. Effects Of Particulate Matter Education On Self-Care Knowledge Regarding Air Pollution, Symptom Changes, And Indoor Air Quality Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. International Environmental Research And Public Health, 2020; 17: 4103.

Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test’in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik Ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(4): 273-281.

- Haraldstad K, Et Al. A Systematic Review Of Quality Of Life Research In Medicine And Health Sciences. *Quality Of Life Research*, 2019; 28: 2641–2650.
- Hikichi M, Hashimoto S, Yasuhiro G. Asthma And COPD Overlap Pathophysiology Of ACO. *Allergology International*, 2018; 179-186 .
- Holland AE, Button BM. Is There A Role For Airway Clearance Techniques In Chronic Obstructive Pulmonary Disease? *Chronic Respiratory Diseases*, 2006; 3(2): 83-91.
- Howcroft M, Walters EH, Wood-Baker R, Walters JA. Action Plans with Brief Patient Education For Exacerbations In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016; 12(12).
- Iseli MA, Kunz R, Blozik E. Instruments to Assess Patient Satisfaction After Teleconsultation And Triage: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, 2014;8: 893–907.
- Jiang Y, Liu F, Guo J, Sun P, Chen Z, Li J, Cai L, Zhao H, Gao P, Ding Z, Wu X. Evaluating An Intervention Program Using We Chat For Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Randomized Controlled Trial. *International Journal Of Respiratory Medicine*, 2020; 22(4): 17089.
- Johnson C. Telephone Advice Nursing Communication, Patient Satisfaction and Tool Development. Department Of Medical and Health Science Linköping University, Thesis No. 132, 2018; Sweden; Linköping.
- Jolly K, Sidhu MS, Hewitt CA, Coventry PA, Daley A, Jordan R Et Al. Self Management Of Patients With Mild COPD In Primary Care: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 2018; 361: 2241.
- Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, Perez T, Soler-Cataluña JJ, Van Der Molen T, Adamek L, Banik N. Health-Related Quality Of Life In Patients By COPD Severity Within Primary Care In Europe. *Respiratory Medicine*, 2011; 105(1): 57-66.

- Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development And First Validation Of The COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, 2009; 34(3): 648-54.
- Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A Self-Complete Measure Of Health Status For Chronic Airflow Limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *American Review Of Respiratory Disease*, 1992; 145(6): 1321-1327.
- Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St. Georges's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*, 1991; 85: 25-31.
- Jones PW. Health Status Measurement In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Thorax*, 2001; 56: 880-887.
- Kara M, Mirici A. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik Ve Güvenirliği. *AÜTD*, 2002; 34: 61-66.
- Kaya Ş, Özer Z. The Effect Of Vapor/Humidification On The Rehabilitation Of Adult Patients Diagnosed With COPD: Systematic Review. *Turkish Journal Of Health Science And Life*, 2019; 2(2): 8-12.
- Kaya Ş, Özer Z. What Are The Nurses' Approaches To Probiotics And Respiratory Microbiota Relation? 25-27 Mayıs 2018 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi Bildiri No: S-94, 2018; Antalya.
- Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010; 1: 2.
- Kutlu SS. KOAH Ve >65 Yaş Aşılama. 4. Ulusal Erişkin Bağışıklaması Sempozyumu, 2-3 Haziran 2017, İstanbul.
- Lamprecht B, Mcburnie MA, Vollmer WM, et al. COPD In Never Smokers: Results From The Population-Based Burden Of Obstructive Lung Disease Study. *Chest*, 2011; 139(4): 752-763.

- McCoy CE. “Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials.” *The western journal of emergency medicine*, 2017; 18,6 1075-1078.
- Maes IH, Delespaul PA, Peters ML, Et Al. Measuring Health-Related Quality Of Life By Experiences: The Experience Sampling Method. *Value Health*, 2015; 18: 44–51.
- Mayo N. Dictionary Of Quality Of Life And Health Out- Comes Measurement.: International Society For Quality Of Life Research, 2015; Milwaukee, WI.
- McCabe C, Mccann M, Brady AM. Computer and Mobile Technology Interventions for Self-Management in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; 5(5).
- Mcdonough JE, Yuan R, Suzuki M, Seyednejad N, Elliot WM, Sanchez PG, Wright AC, Gefter WB, Litzky L, Coxson HO, Pare PD, Sin DD, Pierce RA, Woods JC, Mcwilliams AM, Mayo JR, Lam SC, Cooper JD and Hogg JC. Small-Airway Obstruction And Emphysema In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *New England Journal Of Medicine*, 2011; 365: 1567-1575.
- Mercado N, Ito K, Barnes PJ. Accelerated Ageing of The Lung In COPD: New Concepts. *Thorax*, 2015; 70(5): 482-489.
- Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Et Al. Standardization of Spirometry. *European Respiratory Journal*, 2005; 26(2): 319-338.
- Murphy PB, Hart N. Home Non-Invasive Ventilation For COPD: How, Who And When? *Archivos De Bronconeumologia*, 2018; 54(3): 149–154.
- Ng IW, Smith GD. Effects Of A Self-Management Education Program On Self-Efficacy In Patients With COPD: A Mixed Methods Sequential Explanatory Designed Study. *International Journal Of COPD*, 2017;12 2129–2139.
- Oancea C, Fira-Mladinescu O, Timar B, Tudorache V. Impact Of Medical Education Program On COPD Patients: A Cohort Prospective Study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2015; 127: 388–393.

Okumuş H, Boz İ. Postmodern Hemşirelik: İnsan Bakım Kuramı. Birinci Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.

Özer Özlü NG, Vural F, Yasak K. A Case Report Based On Watson's Theory Of Human Caring Model: Child With Corrosive Esophageal Injury And The Child's Parents. The Journal of Pediatric Research, 2022;9(1):92-6.

Pajnikhar M, Štiglic G, Vrtnjak D. The Concept of Watson's Carative Factors In Nursing And Their (Dis)Harmony With Patient Satisfaction. Peerj, 2017; 5.

Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Et Al. Interpretative Strategies For Lung Function Tests. European Respiratory Journal, 2005; 26(5): 948-968.

Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Demirci NY, Kırkıl G, Naycı SA, Köktürk N, Uysal A, Akdemir SE, Özgür ES, Günakan G. St. George Solunum Anketinin Geçerlik Ve Güvenirliği. Tüberküloz Toraks, 2013; 61(2): 81-87.

Raad A, Smith C, Allen K. Nutrition Status and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Can We Move Beyond The Body Mass Index? Nutrition In Clinical Practice, 2019; 34(3).

Reed PG. The Force Of Nursing Theory Guided- Practice. Nursing Science Quarterly, 2006; 19(3): 225.

Riley CM, Sciurba FC. Diagnosis And Outpatient Management Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Journal Of The American Medical Association, 2019; 26(321): 8.

Rodriguez-Roisin R, Drakulovic M, Rodriguez DA, Roca J, Barbera JA, Wagner PD. Ventilation-Perfusion Imbalance And Chronic Obstructive Pulmonary Disease Staging Severity. The Journal Of Applied Physiology, 2009; 106(6): 1902-1908.

Rush KL, Hatt L, Janke R, Burton L, Ferrier M, Tetrault M. The Efficacy Of Telehealth Delivered Educational Approaches For Patients With Chronic

- Diseases: A Systematic Review. *Patient Education And Counseling*, 2018; 101(8), 1310–1321.
- Sakao S, Voelkel NF, Tatsumi K. The Vascular Bed In COPD: Pulmonary Hypertension And Pulmonary Vascular Alterations. *European Respiratory Review*, 2014; 23(133): 350-355.
- Scherer YK, Schmieder LE. The Role Of Self-Efficacy In Assisting Patients With COPD To Manage Breathing Difficulty. *Clinical Nursing Research*, 1996; 5(3): 343-355.
- Schols A, Ferreira IM, Franssen FM, Gosker HR, Janssens W, Muscaritoli M, Pison C, Mølken MR, Slinde F, Steiner MC, Tkacova R, Singh SJ. Nutritional Assessment And Therapy In COPD: A European Respiratory Society Statement. *European Respiratory Journal*, 2014; 44: 1504–1520.
- Simpson E, Jones M. An Exploration Of Self-Efficacy And Self-Management In COPD Patients. *British Journal Of Nursing*, 2013; 22: 19.
- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Wallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, Man WD Et Al.; ATS/ERS Task Force On Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts And Advances In Pulmonary Rehabilitation. *American Journal Of Respiratory Critical Care Medicine*, 2013; 188: 13–64.
- Spruit MA, Vercoulen JH, Sprangers MAG, Wouters EFM. Fatigue In COPD: An Important Yet Ignored Symptom. *Lancet Respiratory Medicine*, 2017; 07-01, 5(7): 542-544.
- Spruit MA, Wouters EFM. Organizational Aspects Of Pulmonary Rehabilitation In Chronic Respiratory Diseases. *Respirology*, 2019.
- Strnad P, McElvaney N, Lomas D.A. Alpha1-Antitrypsin Deficiency. *New England Journal Of Medicine*, 2020; 382: 15.

- Tsiligianni I, Sifaki-Pistolla D, Gergianaki I, Kampouraki M, Papadokostakis P, Poulonirakis I, Gialamas I, Bempi V, Lerodiakonou D. Associations Of Sense Of Coherence And Self-Efficacy With Health Status And Disease Severity In COPD. *Primary Care Respiratory Medicine*, 2020; 27.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ölüm Nedeni İstatistikleri, Sayı: 30626, Nisan 2019.
- TÜSEB. Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Koruma, Tanı Ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Türkiye Halk Sağlığı Ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. İstanbul, 2020.
- Uğur Ö, Kızılcı S, Besen D, Arda H, Duran G. Self-Efficacy Levels Of Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Investigation Of Caregiver Burden. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(2): 921.
- Vandemark LM. Awareness Of Self Expanding Consciousness: Using Nursing Theories To Prepare Nurse Therapists. *Mental Health Nursing*, 2006; 27(6): 605-615.
- Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Et Al. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. *American Journal Of Respiratory Critical Care Medicine*, 2013; 187(4): 347–365.
- Vogiatzis I, Rochester CL, Spruit MA, Troosters T, Clini EM. Increasing Implementation And Delivery Of Pulmonary Rehabilitation: Key Messages From The New ATS/ERS Policy Statement. *European Respiratory Journal*, 2016; 47: 1336–1341.
- Wagner A. Core Concepts Of Jean Watson’s Theory Of Human Caring/Caring Science. 2010; Watson Caring Science Institute.
- Wang Y, Zijp TR, Bahar MA, Kocks JWH, Wilffert B, Hak E. Effects Of Prophylactic Antibiotics On Patients With Stable COPD: A Systematic Review And Meta-

Analysis Of Randomized Controlled Trials. *The Journal Of Antimicrobial Chemotherapy*, 2018; 73: 3231–3243.

Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework And Item Selection,”. *Medical Care*, 1992; 30: 473-483.

Watson J, Foster R. The Attending Nurse Caring Model: Integrating Theory, Evidence And Advanced Caring–Healing Therapeutics For Transforming Professional Practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 2003; 12: 360-365.

Watson J. Carative Factors, Caritas Processes Guide To Professional Nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, 2006; 20 (3): 21-27.

Watson J. Watson’s Theory Of Human Caring And Subjective Living Experiences: Carative Factors/Caritas Processes As A Disciplinary Guide To The Professional Nursing Practice. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007; 16(1): 129-135.

Watson S. Jane. Non-Pharmacological Management Of Chronic Breathlessness In Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *British Journal Of Community Nursing*, 2018; 23,8.

Watson J. Intentionality and Caring-Healing Consciousness. *Holistic Nursing Practice* 2002; 16(4): 12–19.

Wenzel SE. Emergence Of Biomolecular Pathways To Define Novel Asthma Phenotypes. Type-2 Immunity And Beyond. *American Journal Of Respiratory Cell Biology*, 2016; 55: 1-4.

Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest*, 1991; 99(5): 1193.

World Health Organization. Projections Of Mortality And Causes Of Death, 2016 And 2060. 2020.

Yangöz ŞT. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Motivasyonel Görüşmenin Ve Eğitimin Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tedaviye Uyumuna, Memnuniyetine Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Incelenmesi. Doktora Tezi, 2020. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zeynep Özer).

Yi, QF, Yang, GL, Yan, J. Self-Efficacy Intervention Programs In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Narrative Review. International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2021; 16, 3397–3403.

Yohannes AM, Junkes-Cunha M, Smith J, Vestbo J. Management Of Dyspnea And Anxiety In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review. The Journal Of The American Medical Directors Association, 2017; 1096-1117.

Zhu Y, Zhu Y, Zhu Y, Ren Q, Zhou T. An Analysis Of The Dynamic Changes in The Self-Efficacy And Quality Of Life Of Elderly Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Following Community-Based Rehabilitation. The American Journal of Translational Research 2021;13(4):2745-2751.

Zwerink, M, Brusse-Keizer, M, Van Der Valk, PD, Zielhuis, GA, Monninkhof, EM, Van Der Palen, J, Frith, PA, Effing, T. Self-Management for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014; 3.

TEZ PROJESİ ZAMAN ÇİZELGESİ

[illegible]

STANDARTİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
 Hangi mevsimdeyiz ()
 Hangi aydayız ()
 Bu gün ayın kaç. ()
 Hangi gündeysiz ()
 Hangi ülkede yaşıyoruz ()
 Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
 Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
 Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
 Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

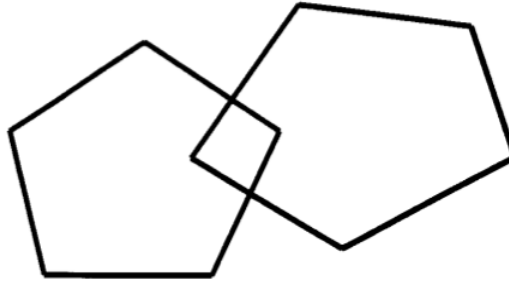
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
 (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
 Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
 (Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
 b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
 c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
 d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
 "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
 e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
 f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



STANDARTİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KILAVUZU

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanılır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirle nen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldı ğında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanılır.

DİKKAT ve HESAP

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

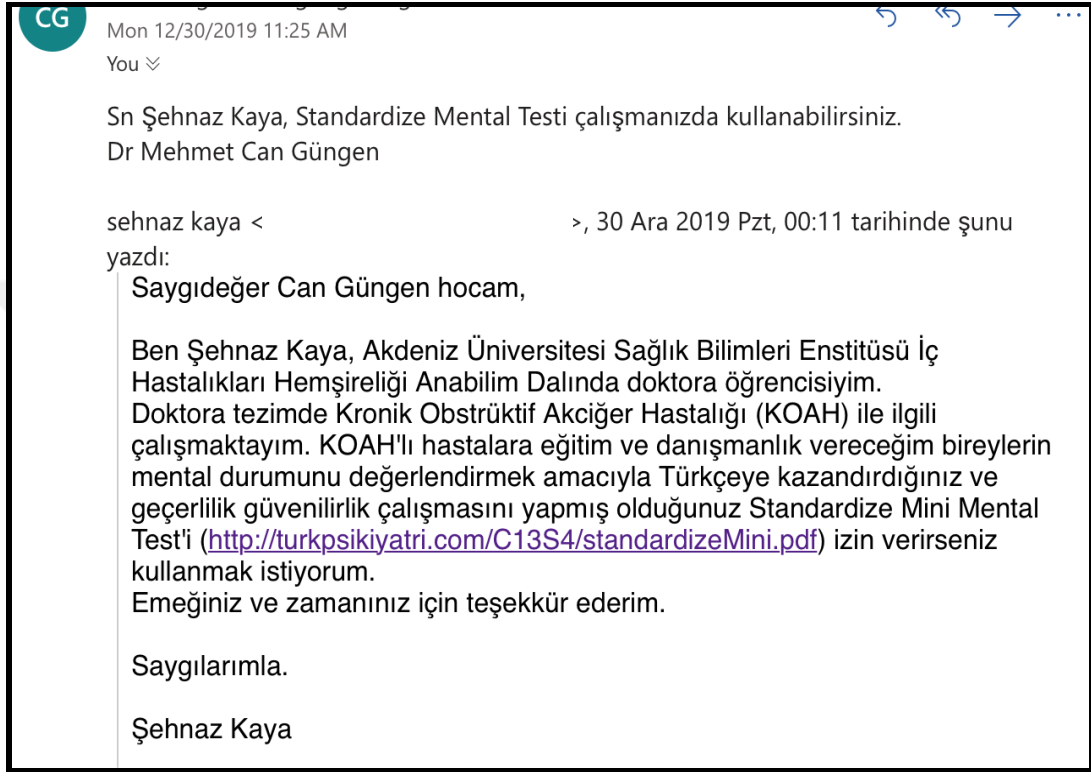
HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1)
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

STANDARTİZE MİNİ MENTAL TEST KULLANIM İZİN BELGESİ



RANDOMİZASYON TABLOSU**EK 5**

Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1	2
3	4
6	5
9	7
13	8
19	10
20	11
22	12
25	14
27	15
31	16
37	17
38	18
40	21
42	23
43	24
46	26
47	28
48	29
50	30
51	32
53	33
58	34
59	35
60	36
61	39
62	41
63	44
64	45
67	49
68	52
69	54
70	55
71	56
72	57
73	65
74	66

WATSON İBK'YE TEMELLENDİRİLMİŞ BİLGİ FORMU

EK 6

BİREYİ TANIMA VE BİREYİN KÜLTÜREL ÖZELLİKLERİNİN FARKINDA OLMA

1. Adınız Soyadınız	
2. Telefon numaranız	
3. Yaşınız	
4. Cinsiyetiniz	a) Kadın b) Erkek
5. Medeni durumunuz	a) Evli b) Bekar
6. Eğitim durumunuz	a) Okur yazar b) İlköğretim / Ortaokul c) Lise d) Yükseköğretim
7. Gelir düzeyiniz	a) Gelir giderden az b) Gelir gider eşit c) Gelir giderden fazla
8. Çalışma durumunuz	a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum. Nedeni:
9. Mesleğiniz	
10. Yerleşim yeriniz	a) İl b) İlçe c) Belde-köy

İYİLEŞTİRİCİ ÇEVRE VE BAKIM DURUMU

11. Birlikte yaşadığınız bireyler	a) Yalnız b) Aile bireyleri ile c) Diğer
12. Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size yardım eden var mı? Varsa kim/kimler yardım etti?	a) Hayır b) Evet (Kimler)
13. En fazla hangi yönden yardım ve destek almaya ihtiyaç duyuyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).	a) Fiziksel yönden b) Psikolojik yönden c) Parasal yönden d) Diğer (Açıklayınız)
14. KOAH'tan başka kronik hastalığınız var mı?	a) Hayır b) Evet (Açıklayınız)
15. Sigara ve diğer tütün ürünleri (pipo, puro, nargile) kullanma durumunuz	a) Hiç kullanmadım b) Kullanıp bıraktım. Ne kadar süre önce: c) Halen kullanıyorum. Günde kaç paket:
16. Ev ortamında sigara/tütün/soba dumanına ya da solunumunuzu etkileyen durumlara maruz kalıyor musunuz? Bu durumlar nelerdir?	
17. KOAH tanısı yaklaşık olarak ne kadar süre önce konuldu?	
18. KOAH için kullandığınız ilaçlar nelerdir?	
19. Oksijen tedavisi alıyorsanız	Hangi yolla: Süre:

DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİN İFADE EDİLMESİNE İZİN VERME

20. KOAH hastalığınız hakkında ne hissediyorsunuz?

BİREYİN YAŞADIĞI PROBLEMLERE YÖNELİK ÇÖZÜM SÜRECİNİ BAŞLATMA

21. KOAH ile ilgili yaşadığınız belirtiler nelerdir?

22. KOAH ile ilgili yaşadığınız sorunlar nelerdir?

23. KOAH ile ilgili yaşadığınız belirtiler/sorunlarla başedebildiğinizi düşünüyor musunuz?
Bu sorunlarla nasıl başediyorsunuz?

24. KOAH ile ilgili yaşadığınız belirtiler/sorunlar hayatınızı nasıl etkiliyor?

ÖĞRETME VE ÖĞRENME

25. Daha önce KOAH ile ilgili bilgi ya da eğitim aldınız mı? Eğitimi nereden / kimden aldınız?

DUYARLILIK, YARDIM VE GÜVEN İLİŞKİSİ

26. Eklemek istediğiniz diğer konular nelerdir?

Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık Müdahale Planı

	Yüz yüze Görüşme	Telefonla Görüşme
Amaç	Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık	Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık
Kapsam	Eğitim, kitapçıkla bilgilendirme, bireyin sorularının cevaplandırılması	Tele-danışmanlık, izlem, bireyin sorularının cevaplandırılması
Zaman	İlk müdahale ve 12. hafta son müdahale	2., 4., 6., 8., ve 10. haftalarda
Süre	Yaklaşık 45 dakika	Yaklaşık 20 dakika
Ortam	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği	Telefon görüşmesi

Watson İBK'ye Temellendirilmiş Eğitim ve Danışmanlık Müdahalesi Örnek Görüşme Metni

Birey ile görüşmek üzere poliklinik odasına gelinir.

- Merhaba, ismim Şehnaz Kaya, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. KOAH hakkında tez çalışması yapıyorum. Çalışmada KOAH nasıl bir hastalık, hangi sorunları yaşıyorsunuz, bu sorunları nasıl azaltabilirsiniz, neler yapmanız gerekli bu konularda size bilgi vereceğim, ayrıca üç ay boyunca iki haftada bir kez ve ihtiyacınız olduğunda telefon görüşmeleri yapacağız. Bu görüşmelerin size faydalı olup olmadığını değerlendirmek için soru formlarımız var, bu formları doldurmanızı rica edeceğim. Katılmak ister misiniz?
- Katıldığınız için teşekkür ederim. Katılmayı kabul ettiğinize dair Bilgilendirilmiş Olur Formu şu şekilde... (Saygılı olma, insancılık).
- ... Hanım/Bey öncelikle sizi ve hastalığınızı daha iyi tanımak ve anlamak için bilgilerinizi içeren bir formumuz var, bu formu dolduracağız. (Kişilerarası bakım ilişkisi, bireyi tanıma, bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma).
- Şimdi anket soru formlarını doldurur musunuz? Anlamadığınız kısımlar olursa sorabilirsiniz.

- ... Hanım/Bey KOAH ile ilgili hangi sorunları yaşıyorsunuz, hayatınızı nasıl etkiliyor bahseder misiniz? (Duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesine izin verme, dikkatli dinleme, göz teması kurma, bireyin yaşadığı problemlere yönelik çözüm sürecini başlatma, saygılı olma).
- Yaşadığınız bu sorunu çözmek için ne yapıyorsunuz?
- Yaşadığınız ... sorununa yönelik yaptığınız ... uygulama sizin için fayda sağlayacaktır. sorununuzla ilgili yaptığınız uygulama ... konusunda sıkıntı yaşatabilir. (Dürüst olma, güven ilişkisi, destekleme)
- Öncelikle size KOAH nasıl bir hastalık, akciğerleri nasıl etkiliyor bunun hakkında bilgi vereceğim. (Öğretme ve öğrenme)
- KOAH'ta karşılaşılabileceğiniz sorunlar ... olabilir. Siz bu sorunlardan ... 'yı yaşadığınızı söylemişsiniz, bununla ilgili olarak ... yapmak önemli. (Eğitim kitapçığında yer alan bilgiler doğrultusunda, birey ile diyalog içerisinde görüşme devam ettirilecek) (Yardım ve güven ilişkisi, öğretme ve öğrenme, dikkatli dinleme, göz teması kurma).
- Verdiğim bilgilerin içinde olduğu eğitim kitapçığımız şu şekilde. Anlamadığınız bir konu varsa tekrar özetleyeyim. Ya da eve gittiğinizde sormak istediğiniz birşey olursa her zaman bana bu numaradan telefon edebilirsiniz.
- Bir ay sonra telefon görüşmemiz olacak, telefonla görüşmemizde bugün konuştuklarımızı uygulayabildiniz mi, sorun yaşadınız mı ya da tekrar anlatmamı istediğiniz konular var ise üzerinde duracağız. Telefon görüşmemiz bir ay sonra ... tarihi olarak görünüyor. Sizin için de uygun olur mu? (Bireye uygun bir tarih ve saatte tele-danışmanlık için randevu kararlaştırılır).
- Bugün KOAH hakkında, yaşadığınız ya da yaşayabileceğiniz sorunlar, neler yapılabilir, neler yapılması gerektiği hakkında konuştuk. Sizin bunları uygulayabileceğinize inanıyorum. Bunları uygulayınca çok daha iyi hissedeceğinizi, yaşadığınız sıkıntıların azalacağını düşünüyorum... (Umut vermeye, desteklemeye yönelik cümleler kurulur. Birey ile güven ilişkisi pekiştirilir).
- Çalışmaya katıldığınız için tekrar teşekkür ederim. ... Hanım/Bey. Görüşmek üzere.

**WATSON İBK'YE TEMELLENDİRİLMİŞ
EĞİTİM VE DANIŞMANLIK MÜDAHALESİ
UYGULAMA BASAMAKLARI**

Görüşmeler	Kapsam	Watson İBK'de Yer Alan İyileştirme Süreçleri	Watson İBK İyileştirme Süreçleri Uygulama ve Bakım Davranışları
İlk Müdahale (Yüz yüze Görüşme)	- Tanışma - Yazılı Bilgilendirilmiş Olur Formu - Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu'nun doldurulması - Solunum Fonksiyon Testi Formunun doldurulması - KOAH Öz-etkililik ve St. George Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin uygulanması - Yaşanan semptom ve problemlerin tanımlanması - KOAH hakkında bilgi verme (KOAH nedir, KOAH neden gelişir, KOAH ile başetme yolları, sigara ve tütün kullanımının zararları ve bırakma, KOAH tedavisinde kullanılan ilaçlar, inhalasyon ilaçlarının kullanımı, oksijen tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler, hastane kontrolleri, solunum ve öksürük egzersizleri, sağlıklı beslenme, aşı takvimi, KOAH alevlenmesi) - Eğitim kitapçığının verilmesi - Tele-danışmanlık görüşmesinin planlanması - Görüşmenin sonlandırılması	• İnsancılık, • Umut, • Duyarlılık, • Yardım ve güven ilişkisi, • Duygu ve hislerin ifadesi, • Problem çözme, • İyileşme çevresi, • Gereksinimlere yardım, • Mucizelerin gerçekleşmesi, • Öğretme ve öğrenme	• Tanışma, kendini tanıtmak • Bireye özgü yaklaşım • Sessiz sakin bir ortam yaratılması • Sevgi, saygı, şefkatle insancıl yaklaşım • Ön test verilerini toplama • Bireyin sorunlarını dinleme, duygu ve düşüncelerini açıklamasına izin verme • Göz teması kurma • Bireye ismi ile hitap etme • Saygılı olma • Dikkatli dinleme • Pozitif ve negatif duyguları ifade etmesine izin verme • KOAH ile ilgili bilgi verme • Yaşadığı problem ve semptomların ne olduğunu belirleme • Semptom kontrolüne yönelik kanıta dayalı bilgi verme • Bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma • Dürüst davranma • Eğitim kitapçığının verilmesi

Görüşmeler	Kapsam	Watson İBK’de Yer Alan İyileştirme Süreçleri	Watson İBK İyileştirme Süreçleri Uygulama ve Bakım Davranışları
2., 4., 6., 8. ve 10. Haftalarındaki Görüşmeler (Telefon Görüşmesi)	- Değerlendirme - Problemlerin tanımlanması - Semptom kontrolüne yönelik yapılanların ortaya konulması - Semptom kontrolü için eğitim konuları ile bağlantılı danışmanlık verme - Umut verme, destek olma - Konuşmanın değerlendirilmesi, sonraki görüşmeyi planlama, görüşmeyi sonlandırma	• İnsancılık, • Umut, • Duyarlılık, • Yardım ve güven ilişkisi, • Duygu ve hislerin ifadesi, • Problem çözme, • İyileşme çevresi, • Gereksinimlere yardım, • Mucizelerin gerçekleşmesi, • Öğretme ve öğrenme	• Telefonda kendini tanıtmak • İsmi ile hitap etme • Son görüşmedeki konularla ilgili konuşma • Bireyin geçen zaman içinde hastalık yönetimine dair yaptıklarını, duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlama • Pozitif davranışları hakkında olumlu geribildirimde bulunma, umut ve cesaret verme • Problem yaşanan ve geliştirilmesi gereken konularda bilgi verme

Görüşmeler	Kapsam	Watson İBK’de Yer Alan İyileştirme Süreçleri	Watson İBK İyileştirme Süreçleri Uygulama ve Bakım Davranışları
12. Hafta Son Görüşme (Yüz yüze Görüşme)	- Yaşanan semptom ve problemlerin tanımlanması - Danışmanlık verilmesi - Solunum fonksiyon testi formunun doldurulması - KOAH Özetlilik ve St. George Yaşam kalitesi ölçeklerin uygulanması - Telefonla görüşme değerlendirme formunun doldurulması - Görüşmenin sonlandırılması	• İnsancılık, • Umut, • Duyarlılık, • Yardım ve güven ilişkisi, • Duygu ve hislerin ifadesi, • Problem çözme, • İyileşme çevresi, • Gereksinimlere yardım, • Mucizelerin gerçekleşmesi, • Öğretme ve öğrenme	• Bireye özgü yaklaşım • Sessiz sakin bir ortam yaratılması • Sevgi, saygı, şefkatle insancıl yaklaşım • Bireyin sorunlarını dinleme, duygu ve düşüncelerini açıklamasına izin verme • Göz teması kurma • Bireye ismi ile hitap etme • Saygılı olma • Dikkatli dinleme • Pozitif ve negatif duyguları ifade etmesine izin verme • KOAH ile ilgili bilgi verme • Semptom kontrolüne yönelik kanıta dayalı bilgi verme • Bireyin kültürel özelliklerinin farkında olma • Dürüst davranma • Son test verileri toplama, vedalaşma

KOAİ ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?						
		Güvenmiy orum	Çok Az Güveni yorum	Biraz Güveni yorum	Oldukça Güveni yorum	Çok Güveni yorum
1	Çok yorgun olduğumda	1	2	3	4	5
2	Hava nemli olduğunda	1	2	3	4	5
3	Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda	1	2	3	4	5
4	Üzülduğümde	1	2	3	4	5
5	Merdivenleri çok hızlı çıktığımda	1	2	3	4	5
6	Solunum güçlüğü çektiğimi inkar ettiğimde	1	2	3	4	5
7	Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda	1	2	3	4	5
8	Kızdığımda	1	2	3	4	5
9	Egzersiz yaptığımda ya da kendimi bedenen zorladığımda	1	2	3	4	5
10	Yaşantım konusunda endişelendiğimde	1	2	3	4	5
11	Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde	1	2	3	4	5
12	Hayal kırıklığına uğradığımda	1	2	3	4	5
13	Ağır bir şey kaldırdığımda	1	2	3	4	5
14	Biri benden uzaklaştığında	1	2	3	4	5
15	Bağırdığımda ya da çılgılık attığımda	1	2	3	4	5
16	Yatağa yattığımda	1	2	3	4	5
17	Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda	1	2	3	4	5
18	Çok fazla güldüğümde	1	2	3	4	5

		Güvenmiy orum	Çok Az Güveni yorum	Biraz Güveni yorum	Oldukça Güveni yorum	Çok Güven iyorum
19	Perhize uymadığımda	1	2	3	4	5
20	Çaresiz olduğumda	1	2	3	4	5
21	Alkol aldığımda	1	2	3	4	5
22	Enfeksiyon/ bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s)	1	2	3	4	5
23	Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda	1	2	3	4	5
24	Endişeli olduğumda	1	2	3	4	5
25	Kirli havalarda	1	2	3	4	5
26	Fazla yemek yediğimde	1	2	3	4	5
27	Bitkin düştüğümde ya da bunaldığımda	1	2	3	4	5
28	Normal soluk alıp veremediğimde	1	2	3	4	5
29	Havasız bir odada hareket yaptığımda	1	2	3	4	5
30	Korktuğumda	1	2	3	4	5
31	Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde	1	2	3	4	5
32	Evde bir sorun olduğunda	1	2	3	4	5
33	Yetersizlik hissettiğimde	1	2	3	4	5
34	Acele ettiğimde ya da telaşlandığımda	1	2	3	4	5

ST. GEORGE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket, göğüs hastalığınızın size verdiği sıkıntıyı ve yaşamınıza olan etkisini daha iyi anlamanızı sağlamak üzere hazırlanmıştır. Bu anket, doktorların tanıılarının yanı sıra, şikayetlerinize sebep olan göğüs hastalığınızı tüm yönleriyle değerlendirmek amacı ile kullanılacaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyunuz. Anlamadığınız her şeyi sorunuz. Cevap verirken sorular üzerinde çok düşünmeyiniz.

Adınız-Soyadınız:	
Tarih:	
Cinsiyetiniz:	
Yaşınız:	

BİRİNCİ KISIM (SEMPATOM SKORU)

Bu bölümde son bir sene içinde akciğer hastalığınızın ne durumda olduğunu tanımlayacak sorular yer almaktadır. Her soru için kutulardan birini işaretleyiniz.

1. Son bir sene içinde öksürme sıklığınız:	☐ Haftanın hemen her günü ☐ Haftanın çoğu günü ☐ Ayda birkaç gün ☐ Sadece üşüttüğüm zaman ☐ Hiç
2. Son bir sene içinde balgam çıkarma sıklığınız:	☐ Haftanın hemen her günü ☐ Haftanın çoğu günü ☐ Ayda birkaç gün ☐ Sadece üşüttüğüm zaman ☐ Hiç
3. Son 1 sene içinde nefes darlığı durumum:	☐ Haftanın hemen her günü ☐ Haftanın çoğu günü ☐ Ayda birkaç gün ☐ Sadece üşüttüğüm zaman ☐ Hiç

4.Son bir sene içinde göğsümde hissettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı:	☐ Haftanın hemen her günü ☐ Haftanın çoğu günü ☐ Ayda birkaç gün ☐ Sadece üşüttüğüm zaman ☐ Hiç
5. Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz?	☐ 3'den fazla ☐ 3 atak ☐ 2 atak ☐ 1 defa ☐ Hiç
6. En ağır atağınız ne kadar sürdü ? Eğer ağır bir atak geçirmediyseniz 7. Soruya geçiniz.	☐ 1 hafta veya daha uzun ☐ 3 gün veya daha uzun ☐ 1-2 gün ☐ 1 günden az
7. Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiçbir problem olmadan rahat gün geçirdiniz?	☐ 0 gün (Haftanın her günü rahatsızım) ☐ 1 veya 2 günü rahat geçirdim ☐ 3 veya 4 günü rahat geçirdim ☐ Hemen hemen her gün rahattım ☐ Her gün rahattım
8. Göğsünüzde hırıltı-hışıltı varsa bu sabahları kötüleşiyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır

İKİNCİ KISIM (HİS SKORU)

BÖLÜM-1

9. Akciğer hastalığınız ile ilgili durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? Lütfen uygun olan kutuyu işaretleyiniz.	☐ En önemli problemim ☐ Bana fazla problem yaratmıyor ☐ Bana az problem yaratıyor ☐ Hiç problem yaratmıyor
10. Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.	☐ Akciğer hastalığım nedeni ile iş hayatım tamamen sona erdi ☐ Akciğer hastalığım nedeni ile işimi yapmam zorlaştı veya işimi değiştirdim ☐ Akciğer hastalığım işimi etkilemiyor

BÖLÜM-2

11. Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır. Her madde için uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.		
Oturuken veya yatarken	() Doğru	() Yanlış
Yıkanırken veya giyinirken	() Doğru	() Yanlış
Ev içinde dolanırken	() Doğru	() Yanlış
Dışarıda düz yolda yürürken	() Doğru	() Yanlış
Merdiven çıkarken	() Doğru	() Yanlış
Yokuş yukarı çıkarken	() Doğru	() Yanlış
Spor yaparken	() Doğru	() Yanlış

BÖLÜM-3

12. Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.		
Öksürdüğümde canım acıyor	() Doğru	() Yanlış
Öksürmek beni yoruyor	() Doğru	() Yanlış
Konuşunca nefes nefese kalıyorum	() Doğru	() Yanlış
Öne eğilince nefes nefese kalıyorum	() Doğru	() Yanlış
Öksürük veya nefes darlığım nedeni ile uykum bölünüyor	() Doğru	() Yanlış
Çok çabuk yoruluyorum	() Doğru	() Yanlış

BÖLÜM-4

13. Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır		
1) Öksürüğüm veya solunum sıkıntım topluluk içinde utanmama neden oluyor.	() Doğru	() Yanlış
2) Akciğerimle ilgili şikayetlerim yakın çevremi, ailemi, arkadaşlarımı, komşularımı rahatsız ediyor.	() Doğru	() Yanlış

3) Nefes alamadığım zaman paniğe kapılıyorum veya çok korkuyorum.	() Doğru	() Yanlış
4) Akciğer hastalığımı kontrol altında tutamadığımı düşünüyorum.	() Doğru	() Yanlış
5) Akciğerlerimin daha iyi olacağımı ummuyorum.	() Doğru	() Yanlış
6) Akciğer hastalığım nedeni ile zayıf, halsiz ve güçsüz biri oldum.	() Doğru	() Yanlış
7) Egzersiz yapmaktan kaçınıyorum (Benim için tehlikeli olacağını düşünüyorum).	() Doğru	() Yanlış
8) Kolumu kaldırarak halim olmadığımı hissediyorum.	() Doğru	() Yanlış

BÖLÜM-5

14. Tedaviniz ile ilgili soruları içermektedir. Eğer herhangi bir tedavi almıyorsanız bu bölümü atlayınız ve 6. Bölüme geçiniz.		
1) Tedavimin faydasını görmüyorum.	() Doğru	() Yanlış
2) İlaçlarımı başkalarının yanında kullanmaktan çekiniyorum.	() Doğru	() Yanlış
3) Tedavimin bazı hoş olmayan yan etkilerini hissediyorum.	() Doğru	() Yanlış
4) Tedavim yaşantımı çok fazla etkiliyor.	() Doğru	() Yanlış

BÖLÜM-6 (AKTİVİTE SKORU)

15. Bu bölüm; nefes darlığınız nedeni ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığı konusundaki soruları içermektedir. Her bir soruda sizin için geçerli olan kutuyu işaretleyiniz.		
1) Yıkanmak veya giyinmek uzun zamanımı alıyor.	() Doğru	() Yanlış
2) Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum ya da bunlar uzun zamanımı alıyor.	() Doğru	() Yanlış

3) Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum	() Doğru () Yanlış
4) Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum	() Doğru () Yanlış
5) Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum.	() Doğru () Yanlış
6) Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum.	() Doğru () Yanlış
7) Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdivenden yukarı yük taşıırken, çiçek ekmek gibi kolay bahçe işleriyle uğraşırken zorlanıyorum.	() Doğru () Yanlış
8) Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşıırken, bahçe kazarken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, veya yüzerken zorlanıyorum.	() Doğru () Yanlış
9) Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken bisiklete binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum.	() Doğru () Yanlış

BÖLÜM-7

16. Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınız üzerinde nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtı verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.	
1) Spor yapamıyorum	() Doğru () Yanlış
2) Sosyal etkinliklere katılamıyorum	() Doğru () Yanlış
3) Alışveriş için dışarıya çıkamıyorum	() Doğru () Yanlış

4) Ev işi yapamıyorum	() Doğru () Yanlış
5) Yatağımdan, koltuğumdan daha uzak bir yere gidemiyorum	() Doğru () Yanlış

17. Şimdi, akciğer hastalığınızın sizi nasıl etkilediğini en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz. Sadece bir seçeneği işaretleyiniz.	
1) Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum.	
2) Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum.	
3) Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum.	
4) Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum.	

SOLUNUM FONKSİYON TESTİ FORMU

Değerler	Ön Test, Tarih:	Son Test, Tarih:
FEV ₁		
FVC		
FEV1/FVC		
VC		
GOLD Spirometri Kriterleri'ne göre KOAİ derecesi:		

TELE-DANIŞMANLIK MÜDAHALESİ UYGULAMA REHBERİ

Değerlendirme (İnsancılık, Duyarlılık, İyileşme Çevresi, Yardım Güven İlişkisi, Kişilerarası İletişimin Başlatılması, Saygılı Olma, Pozitif ve Negatif Duygu ve Düşüncelerin İfade Edilmesine Olanak Sağlama) Merhaba, ... bey/hanım görüşme yapmak için uygun musunuz? Cevap: Son görüşmemizden sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Cevap:	Problemleri Tanımlama (Duyarlılık, Dikkatli Dinleme, Yaşanan Problemlere Yönelik Çözüm Sürecini Başlatma) Solumun sıkıntısı veya herhangi bir rahatsızlık hissediyor musunuz? (öksürük ve balgamda artış, ateş, güçsüzlük, yorgunluk, uyku hali, nefes almada zorlanma, çarpıntı, umutsuzluk, başedememe, motivasyon bozukluğu,...) Cevap: Evde/ iş yerinde yaptığımız işleri yapmada zorlanıyor musunuz? Cevap:
Semptom Kontrolüne Yönelik Yapılanlar (Duygu ve Düşüncelerin İfadesine Olanak Sağlama, Dikkatli Dinleme, Saygı Duyma) Yaşadığınız bu problemlere yönelik neler yaptınız? Cevap:	Semptom Kontrolü İçin Eğitim Konuları ile Bağlantılı Danışmanlık Verme (Problem Çözme, Öğretme ve Öğrenme, Duygu ve Düşüncelerin İfade Edilmesine Olanak Sağlama, İyileşme Çevresi) Yaşadığınız bu problem için (solumun ve fiziksel egzersizler, diyet, aşı, hava kalitesi ve sigarayı bırakmanın önemi, inhaler ilaç kullanımı ve alevlenmeler için semptom kontrolünde eğitim kitapçığında yer alan bilgiler doğrultusunda bireyin gereksinimine göre) ... bu sorunlarınızın çözümünde fayda sağlayabilir.
Umut Verme, Destek Olma (Güçlere Olanak sağlama, Umut, İnsancılık, Güven İlişkisi) ... bey / hanım gayet iyi gidiyorsunuz, uygulamaların faydasını göreceğinize inanıyorum. Yaşadığınız bu sorunların azalacağını düşünüyorum. ...’ı gerçekleştirmekle büyük bir adım attınız.	Konuşmanın Değerlendirilmesi, Sonraki Görüşmeyi Planlama, Görüşmeyi Sonlandırma (Yardım ve Güven İlişkisinin Devam Ettirilmesi, İnsancılık, Duygu ve Düşüncelerin İfade Edilmesine Olanak Sağlama) Bugünkü görüşmemizde ... konuları hakkında konuştuk. Faydalı olduğunu düşünüyor musunuz? Cevap: Bir sonraki görüşme tarihimizi planlayabilir miyiz? Cevap: Teşekkür ederim, bir sonraki görüşmeye kadar yaşadığınız sorunlar hakkında tekrar arayabilirsiniz. Görüşmek üzere, iyi günler dilerim.

CERTIFICATE OF COMPLETION
WATSON CARING SCIENCE, MINDFUL PRACTICE
The Four Week Massive Open Online Course (MOOC)
Kurs Katılım Belgesi

Certificate Of Completion

This is to certify that

Şehnaz Kaya

has successfully completed the four-week MOOC

Caring Science, Mindful Practice

on 10/7/2019

*Kathleen Sitzman
Marie Clayton
Ileen Craven
Carolyn Shumway*

*Tristin Carpenter
Kim Cherry
Julia Riley*



TELEFON GÖRÜŞMESİ DEĞERLENDİRME FORMU**1. Telefonla görüşme sırasında verilen bilgiler yeterliydi**

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

2. Telefonla görüşme sırasında herhangi bir işitme ya da bağlantı sorunu yaşamadım

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

3. Telefonla görüşme sırasında danışmanın tutumu yardım edici ve destekleyiciydi

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

4. Telefon görüşmeleri sonrasında kendime güvenim arttı

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

5. Telefonla görüşmeler hastalığımla başetmemde fayda sağladı

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

6. Telefon görüşmeleri sırasında geçen süre yeterliydi

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

7. İki telefon görüşmesinin arasında geçen iki haftalık süre yeterliydi

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

DISCERN ÖLÇÜM ARACI

I. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		

21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modelle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

II. Protokolün Güvenirlik ve Kalitesinin Değerlendirilmesi – DISCERN

Maddeler	Hayır		Kısmen		Evet
1.Amaçlar açık, belirgin mi?	1	2	3	4	5
2.Kitapçıkta amaçlara ulaşılmış mı?	1	2	3	4	5
3.Kitapçık konuyla ilgili ve yararlı mı?	1	2	3	4	5
4.Kitapçık oluşturmak için hangi bilgi kaynaklarının kullanıldığı açık mı?	1	2	3	4	5
5.Kitapçıkta bilginin ne zaman kullanıldığı ya da rapor edildiği net mi?	1	2	3	4	5
6.Kitapçık yansız ve dengeli mi?	1	2	3	4	5
7.Kitapçıkta destek kaynakların ayrıntıları bulunuyor mu?	1	2	3	4	5
8.Kitapçıkta belirsiz alanlara değiniyor mu?	1	2	3	4	5
9.Kitapçık her bir tedavinin nasıl olduğunu (işlediğini) tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
10.Kitapçık her bir tedavinin faydalarını tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
11.Kitapçık her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
12.Kitapçıkta tedavi kullanılmazsa neler olabileceği tanımlanıyor mu?	1	2	3	4	5
13.Kitapçıkta tedavi seçeneğinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği tanımlanıyor mu?	1	2	3	4	5
14.Kitapçıkta olası tek tedaviden daha fazla tedavinin olabileceği açık mı?	1	2	3	4	5
15.Kitapçı ortaklaşa karar almaya ya da bilgileri paylaşmaya destek sağlar mı?	1	2	3	4	5

Kitapçığın Genel Değerlendirmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak tedavi seçenekleri konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.

Düşük Aşırı/ciddi eksiklikler var		Orta Eksiklikler önemli ancak ciddi değil		Yüksek Çok az eksiklikler var
1	2	3	4	5

DISCERN ÖLÇÜM ARACI KULLANIM İZİN BELGESİ

Sun 1/5/2020 9:03 PM
To: You

 DISCERN ve Eğitim Kitapçığı ...
58 KB

 DISCERN Kullanım İzni.docx
13 KB

2 attachments (71 KB) Download all Save all to OneDrive

Öğr. Gör. Şehnaz KAYA
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'na yönelik yapacağınız tez çalışmanızda yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirmesinde geçerlilik güvenirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır.

Sonrasında verilen eğitimi ve citation ilişkin bilgiyi paylaşırsanız memnun olurum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
Lefkoşa/KKTC

Gökdoğan F."Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. No:16-17 : 8-16 (2003).

**WATSON İNSAN BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLMİŞ
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
(KOAİ)
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

Hazırlayan

Şehnaz KAYA

Danışmanlar

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ömer ÖZBUDAK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

- Merhaba. Ben Uzman Hemşire Şehnaz Kaya. Sizinle kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile başetmenizi desteklemek amacıyla çalışmamız kapsamında hemşirelik kuramı olan Watson İnsan Bakım Kuramı çerçevesinde görüşmeler yapılacaktır.
- Görüşmelerimizde hastalığınızla başedebilmeniz için sizinle sigaranın bırakılması, ilaç ve kontrollerinizin önemi, soluduğunuz havanın kalitesi, solunum ve fiziksel egzersizler, beslenme ve kilo kontrolü, aşı takvimi, inhaler ilaç kullanımı, ve hastalığın alevlenme dönemleri hakkında bilgilere yer verilecektir.
- İlk görüşmemiz yüzyüze gerçekleştirilecektir. Diğer görüşmelerimiz ilk görüşmemizden sonra telefon ile 2., 4., 6., 8., ve 10. haftalarda planlanacaktır. Bu dönemler dışında da telefon ile haberleşme sağlanabilecektir.
- İlk ve son görüşmemizin yaklaşık 45 dakika, telefon görüşmelerimizin 20 dakika olması planlanmaktadır.
- İlk ve son görüşmede doldurmanız için sizlere formlar verilecektir.
- Görüşmelerde konuşulanlar araştırmanın dışında bir amaçla kullanılmayacak, sadece sizinle araştırmacı arasında kalacaktır.
- Görüşmelerimiz hastalığınızın sizin için ne ifade ettiğini, hayatınızı nasıl etkilediğini anlamak ile başlayacaktır.
- Görüşmelerimizin devamında hastalığınızla başetmek için neler yapabileceğiniz hakkında olacaktır.
- Görüşmelerde günlük hayatınızda yaşadığınız güçlükler, sıkıntılar ve neler hissettiğinizi paylaşmak, hastalık öz-etkililiğinizi ve yaşam kalitenizi artırmak istiyorum.
- Çünkü bu hastalıkla başedebileceğinize inanıyorum!

ÖN UYGULAMA PLANI

Bireyi Değerlendirme	• Örneklemeye dahil edilme kriterleri
Ön Test Verilerinin Toplanması	• Watson İBK'ye Temellendirilmiş Bilgi Formu • KOAH Öz-etkililik Ölçeği • SGRQ • Solunum Fonksiyon Testi Formu
Eğitim ve Danışmanlık	• 0. haftada poliklinik muayene ya da pulmoner rehabilitasyon odasında tanışma, İBK'ye göre eğitim ve danışmanlık, eğitim kitapçığının verilmesi
Tele-danışmanlık ve İzlem	• İBK'ye göre verilen eğitim ve danışmanlığı izleyen 2., 3. ve 4. haftalarda verilen tele-danışmanlık
Son Test Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi	4. hafta sonrasında; • KOAH Öz-etkililik Ölçeği • SGRQ • Solunum Fonksiyon Testi Formu • Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu • Verilerin değerlendirilmesi

**BİREYİN HASTANEYE YÖNLENDİRİLMESİNİ GEREKTİREN
ACİL DURUMLAR**

1. Bireyin günlük ilaçlarını almasına rağmen solunum sıkıntısı yaşaması
2. Bireyin çarpıntı ve morarma yaşaması
3. Bireyin bacaklarında şişlik olması
4. Yukarıdaki semptomların yanında bireyin evinde oksijen cihazı bulunmaması
5. Yukarıdaki semptomların yanında bireyin kalp yetersizliği, şeker hastalığı gibi ek hastalıklarının bulunması
6. Yukarıdaki semptomların yaşanması durumunda bireyin evinde destek verecek yakınının olmaması
7. Yukarıdaki semptomların yanında bireyin evinin hastaneye uzak olması

TAKİP FORMU

[illegible]

HASTANE İZİN YAZISI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.145545
Konu : Şehnaz KAYA Tez Çalışması Hk.

08/11/2019

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 07/11/2019 tarihli ve 26708535-900-E.144885 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız İç Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Şehnaz KAYA'nın "**Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Eğitim ve Tele-Danışmanlık Müdahalesinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi**" konulu tezi ile ilgili araştırmasını 2019 Ekim ayından itibaren örnekleme ulaşıncaya kadar Üniversitemiz Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: 2 Sayfa ilgi yazı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-143203



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı



Sayı : 25457457-010.99-143203
Konu : Şehnaz KAYA tez çalışması hk.

05/11/2019

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE BAŞMÜDÜRLÜĞÜ)

İlgi : 27.09.2019 tarihli ve -E.124743 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınızda Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Şehnaz KAYA'nın "Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Eğitim ve Tele-Danışmanlık Müdahalesinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu doktora tez çalışması verilerinin toplanmasını 2019 Ekim ayından itibaren örnekleme ulaşıncaya kadar Anabilim Dalımız bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ömer ÖZBUDAK
Anabilim Dalı Başkanı

ETİK KURUL ONAY BELGESİ



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 70904504/ *390*
Konu :

31.10.2019

Sayın
Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
“Watson insan bakım kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin
kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-yeterlilik ve yaşam kalitesine etkisi” adlı
çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Zeynep ÖZER
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Watson insan bakım kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve tele-danışmanlık müdahalesinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-yeterlilik ve yaşam kalitesine etkisi
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 718	Tarih: 24.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylere uygulanan Watson İnsan Bakım Kuramı temelinde uygulanan eğitim ve danışmanlığın bireylerin öz-etkililik ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Bu amaca yönelik olarak sizlere kişisel ve hastalıkla ilgili bilgilerinizi içeren bir soru formu, öz-etkililik ve yaşam kalitesi düzeyinizi değerlendirmek için ölçekler uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı size aittir. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma devam ederken ayrılma hakkına sahipsiniz. Sorulara verdiğiniz cevapların gizliliği korunacak ve kişisel bilgiler kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışma sonuçları isim ya da tanıtıcı bilgiler olmadan, sayısal ifadelerle bilimsel dergi ya da kongrelerde sunulabilir. Çalışma ve sonuçları hakkında bizden bilgi alabilirsiniz. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Öğrencisi
Öğr. Gör. Şehnaz KAYA

Telefon Numarası :

Bilgilendirilmiş Olur Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı : **Tarih** :
İmza :

KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN BELGESİ

Mon 6/17/2019 10:37 AM

You; Dr.Arzu Mirici ✉

Sevgili Şehnaz,
Çalışmada KOAH Öz-Etkilik Ölçeğini kullanmandan çok memnun olurum.
Kolay gelsin!

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

Professor Mağfiret KAŞIKÇI
Atatürk University, Dean of Nursing Faculty
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

ST. GEORGE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN BELGESİ

 **SGRQ CALCULATOR Ver1.xlsx**
223 KB

 **SGRQ Türkçe anket izni.docx**
29 KB

2 attachments (253 KB) Download all Save all to OneDrive

Sayın Şehnaz Kaya,

Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini yapmış olduğumuz St George Solunum Anketini "Tuberk Toraks 2013; 61(2): 81-87" referans göstererek tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte yararlanabileceğiniz dosyaları iletiyorum. Excel dosyası üzerinden verilerinizi girerseniz puanlamaları daha kolay yapabilirsiniz. Araştırmanızda başarılar diler, en içten sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Mehmet Polatlı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

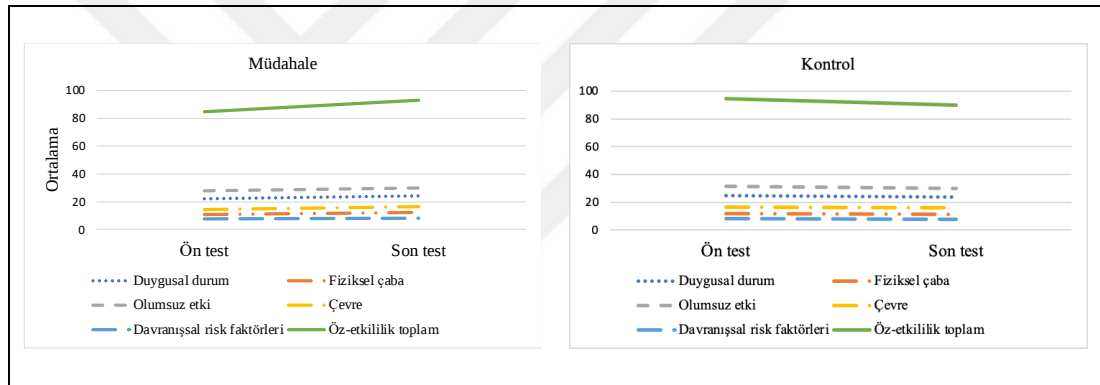
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Efeler-Aydın
Mehmet Polatlı, MD, Prof.
Adnan Menderes University Hospital
Department of Pulmonology
Aydın, Turkey

PER-PROTOKOL ANALİZİ

Tablo. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi

Grup	Ölçüm	Duygusal durum $\bar{X} \pm SS$		Fiziksel çaba $\bar{X} \pm SS$		Olumsuz etki $\bar{X} \pm SS$		Çevre $\bar{X} \pm SS$		Davranışsal risk faktörleri $\bar{X} \pm SS$		Öz-etkililik toplam $\bar{X} \pm SS$	
Müdahale	1. Ölçüm	22.29	±5.76	10.89	±3.55	27.96	±8.52	14.61	±4.28	7.57	±2.36	84.79	±23.69
	2. Ölçüm	24.18	±6.45	12.54	±4.19	29.96	±9.52	16.36	±4.37	8.04	±2.52	92.93	±26.67
Kontrol	1. Ölçüm	24.57	±7.07	11.93	±5.11	31.40	±9.86	16.50	±4.95	8.23	±2.98	94.37	±27.42
	2. Ölçüm	23.60	±7.83	11.23	±4.94	29.80	±10.94	15.83	±5.13	7.87	±3.05	90.03	±30.39
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		0.26	0.606	0.10	0.905	0.47	0.495	0.33	0.563	0.14	0.707	0.25	0.618
Zaman		0.39	0.532	1.04	0.318	0.04	0.836	2.00	0.163	0.02	0.877	0.54	0.465
Grup * zaman		3.76	0.057	6.26	0.015	3.51	0.066	9.27	0.003	1.76	0.190	5.80	0.019



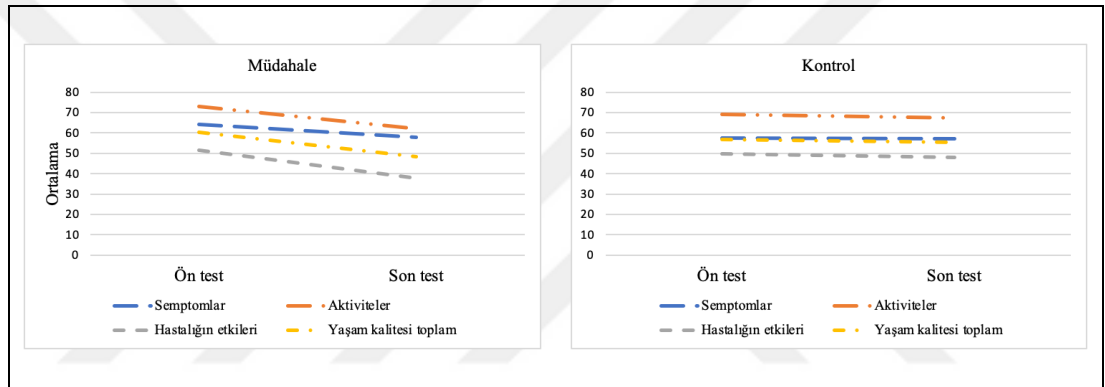
Şekil. Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Tablo. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması

Öz-etkililik boyutları	Test	Müdahale			Kontrol		
		$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Duygusal durum	1. Ölçüm	22.29±5.76	-2.08	0.047	24.57±7.07	0.85	0.404
	2. Ölçüm	24.18±6.45			23.60±7.83		
Fiziksel çaba	1. Ölçüm	10.89±3.55	-2.88	0.008	11.93±5.11	0.96	0.346
	2. Ölçüm	12.54±4.19			11.23±4.94		
Olumsuz etki	1. Ölçüm	27.96±8.52	-2.10	0.046	31.40±9.86	0.99	0.333
	2. Ölçüm	29.96±9.52			29.80±10.94		
Çevre	1. Ölçüm	14.61±4.28	-3.48	0.002	16.50±4.95	1.17	0.253
	2. Ölçüm	16.36±4.37			15.83±5.13		
Davranışsal risk faktörleri	1. Ölçüm	7.57±2.36	-1.12	0.274	8.23±2.98	0.79	0.435
	2. Ölçüm	8.04±2.52			7.87±3.05		
Öz-etkililik toplam	1. Ölçüm	84.79±23.69	-2.85	0.008	94.37±27.42	1.02	0.314
	2. Ölçüm	92.93±26.67			90.03±30.39		

Tablo. SGRQ Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Değişimi

Grup	Ölçüm	Semptomlar $\bar{X} \pm SS$		Aktiviteler $\bar{X} \pm SS$		Hastalığın etkileri $\bar{X} \pm SS$		Yaşam kalitesi toplam $\bar{X} \pm SS$	
Müdahale	1.Ölçüm	64.07±21.84		72.97±21.96		51.53±20.96		60.27±19.23	
	2. Ölçüm	57.75±19.54		61.93±19.46		37.71±24.27		48.51±19.93	
Kontrol	1.Ölçüm	57.40±21.03		69.13±26.23		49.78±27.71		56.95±24.10	
	2. Ölçüm	57.08±21.32		67.25±26.73		47.90±29.67		55.33±25.2	
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		0.49	0.484	0.01	0.903	0.41	0.522	0.09	0.760
Zaman		3.51	0.066	15.88	0.000	16.61	0.000	22.16	0.000
Grup * zaman		2.85	0.097	7.97	0.007	9.60	0.003	12.73	0.001



Şekil . St. George Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Tablo. SGRQ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Arasında Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi boyutları	Test	Müdahale			Kontrol		
		$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Semptomlar	1.Ölçüm	64.07±21.84	2.31	0.029	57.40±21.03	0.14	0.887
	2. Ölçüm	57.75±19.54			57.08±21.32		
Aktiviteler	1.Ölçüm	72.97±21.96	3.77	0.001	69.13±26.23	1.23	0.230
	2. Ölçüm	61.93±19.46			67.25±26.73		
Hastalığın etkileri	1.Ölçüm	51.53±20.96	4.08	0.000	49.78±27.71	0.96	0.345
	2. Ölçüm	37.71±24.27			47.90±29.67		
Yaşam kalitesi toplam	1.Ölçüm	60.27±19.23	4.37	0.000	56.95±24.10	1.45	0.157
	2. Ölçüm	48.51±19.93			55.33±25.2		

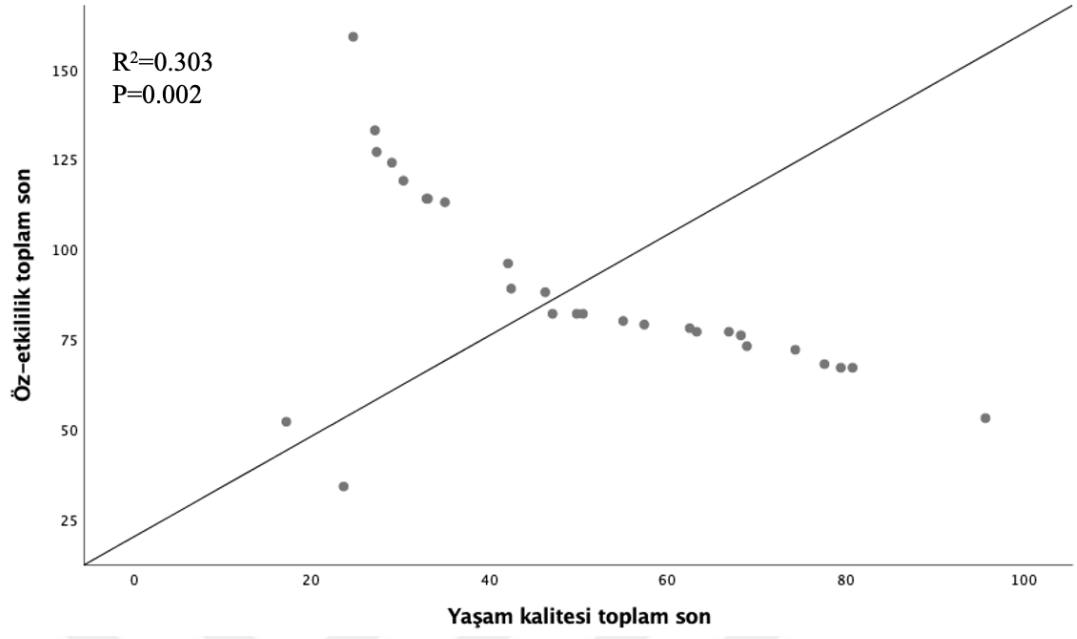
Tablo. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve SGRQ Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçüm		Duygusal durum	Fiziksel çaba	Olumsuz etki	Çevre	Davranışsal risk faktörleri	Öz-etkililik toplam
1.ölçüm	Semptomlar	-0.164	-0.109	0.027	0.014	0.201	-0.028
2.ölçüm		-0.247	-0.350	-0.274	-0.174	-0.021	-0.269
Genel		-0.226	-0.263	-0.152	-0.114	0.069	-0.180
1.ölçüm	Aktiviteler	-0.254	-0.255	-0.106	-0.126	0.028	-0.166
2.ölçüm		-0.405*	-0.490**	-0.490**	-0.366	-0.218	-0.469*
Genel		-0.351**	-0.400**	-0.322*	-0.278*	-0.113	-0.346**
1.ölçüm	Hastalığın etkileri	-0.378*	-0.291	-0.235	-0.322	-0.095	-0.307
2.ölçüm		-0.551**	-0.591**	-0.587**	-0.440*	-0.424*	-0.593**
Genel		-0.491**	-0.484**	-0.446**	-0.414**	-0.286*	-0.487**
1.ölçüm	Yaşam kalitesi toplam	-0.332	-0.273	-0.168	-0.228	-0.013	-0.239
2.ölçüm		-0.501**	-0.571**	-0.554**	-0.412*	-0.328	-0.551**
Genel		-0.441**	-0.460**	-0.393**	-0.356**	-0.195	-0.430**

**p<0.01; *p<0.05

Tablo. Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Bağımlı-bağımsız değişken		DF	β	Standart hata	t	P	R ²
MODEL 1	Yaşam kalitesi	Intercept	1	87.081	11.440	7.612	0.000	0.303
MODEL 1	Yaşam kalitesi	Öz-etkililik	1	-0.416	0.124	-3.365	0.002	
MODEL 2	Yaşam kalitesi	Intercept	1	85.538	12.445	6.873	0.000	0.251
MODEL 2	Yaşam kalitesi	Duygusal durum	1	-1.513	0.513	-2.951	0.007	
MODEL 3	Yaşam kalitesi	Intercept	1	82.146	9.582	8.573	0.000	0.326
MODEL 3	Yaşam kalitesi	Fiziksel çaba	1	-2.753	0.777	-3.543	0.002	
MODEL 4	Yaşam kalitesi	Intercept	1	84.059	10.495	8.009	0.000	0.307
MODEL 4	Yaşam kalitesi	Olumsuz etki	1	-1.179	0.347	-3.396	0.002	
MODEL 5	Yaşam kalitesi	Intercept	1	78.852	12.926	6.100	0.000	0.170
MODEL 5	Yaşam kalitesi	Çevre	1	-1.868	0.811	-2.305	0.029	
MODEL 6	Yaşam kalitesi	Intercept	1	71.039	12.307	5.772	0.000	0.108
MODEL 6	Yaşam kalitesi	Davranışsal risk faktörleri	1	-2.605	1.469	-1.773	0.038	



Şekil. Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şehnaz	Uyruğu	T.C.
Soyadı	KAYA	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Tefenni Lisesi	1996
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2001
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Göğüs Cerrahisi B.D. Pulmoner Fizyoterapi	2005
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.D. İç Hastalıkları Hemşireliği	2022

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2001-2017
Öğretim Görevlisi	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	2017-Halen

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yabancı Dil Sınavı (YDS)	80

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Watson İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Eğitim ve Tele-Danışmanlık Müdahalesinin KOAH'lı Bireylerin Öz-Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (BAP)	2020-2022

Burslar-Ödüller

Yayınlar

Kaya Ş, Karakuş Z, Özer Z. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı Teraplere İlişkin Yasal Düzenlemelerde Hemşirelerin Yeri. JAREN 2020;6(3):584-91.

Rosenthal VD et al. Six-year multicenter study on short-term peripheral venous catheters-related bloodstream infection rates in 246 intensive units of 83 hospitals in 52 cities of 14 countries of Middle East: Bahrain, Egypt, Iran, Jordan, Kingdom of Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, Morocco, Pakistan, Palestine, Sudan, Tunisia, Turkey, and United Arab Emirates—International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) finding. Journal of Infection and Public Health Volume 13, Issue 8, August 2020, Pages 1134-1141.

Rosenthal VD et al. Six-year multicenter study on short-term peripheral venous catheters-related bloodstream infection rates in 727 intensive care units of 268 hospitals in 141 cities of 42 countries of Africa, the Americas, Eastern Mediterranean, Europe, South East Asia, and Western Pacific Regions: International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) findings. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020 May;41(5):553-563.

Kaya Ş, Özer Z. The Effect of Vapor/Humidification on the Rehabilitation of Adult Patients Diagnosed with COPD: Systematic Review. Turkish Journal of Health Science and Life, Vol.2 Issue 2, 2019.

Rosenthal VD et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module. Am J Infect Control, 2019; Oct. 1-10.

Leblebicioğlu H et al. Surgical Site Infection Rates in 16 Cities in Turkey: Findings of The International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). Am J Infect Control. 2015 Jan;43(1)48-52.

Rosenthal VD et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Report, Data Summary Of 43 Countries For 2007-2012. Device Associated Module. Am J Infect Control. 2014 Sep;42(2)942-956.

Kitap Bölümü

Tüm Yönleriyle ve Vakalarla Anestezi Eğitimi: Reanimasyon. ‘Oksijen ve Karbondioksit’ Kitap Bölümü. Hedef CS Yayıncılık ve Matbaacılık, Şubat 2022.

Bildiriler

Kaya Ş, Özer Z. ‘Akciğer Hastalıklarında Dispne Yönetiminde Akupunkturun Etkisi: Sistemik Derleme’ 4-6 Haziran 2020 Burdur, 3. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. Sözel Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘KOAHA Tanısı Almış Yetişkin Spontan Solunumdaki Hastaların Rehabilitasyonunda Buhar Uygulaması/ Nemlendirmenin Etkisi: Sistemik Derleme’ 24-27 Nisan 2019 Burdur, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. Sözel Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne Yönetimi’ 24-27 Nisan 2019 Burdur, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. Sözel Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘What Are The Nurses' Approaches To Probiotics And Respiratory Microbiota Relation?’ 25-27 Kasım 2018 Antalya, 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi Sözel Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘As A Nurse What To Know About Herbal Remedies Of Hypertension?’ 25-27 Kasım 2018 Antalya, 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘Hemşirelik Liderliğinde Hipertansiyon Yönetimi’ 02-05 Mayıs 2018 Burdur, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. Sözel Bildiri

Kaya Ş, Özer Z. ‘Pulmoner Rehabilitasyon ve Hemşirelik ’02-05 Mayıs 2018 Burdur, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. Poster Bildiri

Kaya Ş. Mekanik Ventilasyon Kursu Pratik Kısımında Konuşmacı. 3-6 Ekim 2013 Antalya, 5. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi

Yılmaz M, **Kaya Ş**, Cengiz M, Sanlı S, Kaplan S, Coşkunfırat N, Ramazanoğlu A. ‘Perkütan Yöntemle Trakeostomi Tekrarlanabilir mi? 5-8 Mayıs 2010 Çeşme/İzmir, 15. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi Poster Bildiri

Sarper A, **Kaya Ş.** ‘Akciğer Rezeksiyonu Sonrası Post Operatif Solunum Fonksiyonu Tahmininde Rezeke Edilecek Segmentlerin Lokalizasyonunun Etkisinin Araştırılması` Eylül 2005 Gaziantep, III. Ulusal Göğüs Cerrahisi Kongresi Y. Lisans Tezi. Sözel Bildiri

Katılımda Bulunduğu Klinik Çalışmalar

INICC, International Nosocomial Infections Control Consortium Veri Çalışması (2014)

IC-43 Pseudomonas Aeruginosa Faz 2 Klinik Çalışması (2010)

Lung Injury Prediction Score (Lips) With Redcap Data Management Veri Çalışması (2009-2010)

Sosyal İlgi Alanları

Müzik (Gitar çalmak, elektronik müzik yapmak)

Dans (Tango yapmak)

Spor (Fitness, body building, basketbol, bisiklet)