

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ HASTALIĞA
UYUMUNA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN ETKİSİ**

Rahşan ÇEVİK AKYIL

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY**

**Doktora Tezi
Erzurum 2010**

TC
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ HASTALIĞA
UYUMUNA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN ETKİSİ**

Rahşan ÇEVİK AKYIL

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 11.03.2010

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 07.04.2010

Tez Danışmanı

: Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. Behice ERCİ

Jüri Üyesi

: Doç. Dr. Mehtap TAN

Jüri Üyesi

: Doç. Dr. Hasan KAYNAR

Enstitü Müdürü

: Prof Dr. İsmail CEYLAN

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY

Doktora Tezi

ERZURUM-2010

**Bu alışma Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP)
Yönetim Birimi'nce desteklenmiştir (BAP-2009/155)**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	III
TABLolar DİZİNİ	IV
ÖZET	V
SUMMARY	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. KOAH'ın Tanımı.....	6
2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi.....	7
2.3. KOAH İçin Risk Faktörleri.....	8
2.4. KOAH'ın Fizyopatolojisi.....	10
2.5. KOAH'da Sık Rastlanan Belirti ve Bulgular.....	10
2.6. KOAH'da Komplikasyonlar.....	12
2.7. KOAH'da Tanı.....	12
2.8. KOAH'da Tedavi.....	12
2.8.1. Farmokolojik Tedavi.....	12
2.8.2. Cerrahi Tedavi.....	14
2.8.3. Non-farmokolojik Tedavi.....	14
2.8.3.1. KOAH'da Rehabilitasyon.....	14
2.8.3.2. KOAH'da Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
2.9. Hemşirelikte Model Kullanma.....	19
2.10. Roy Adaptasyon Modeli (RAM).....	20
2.11. KOAH ve Roy'un Adaptasyon Modeli.....	30

3. MATERYAL VE METOD	33
3.1. Araştırmanın Türü.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.2. Verilerin Toplanması.....	36
3.4.3. Uyumu Değerlendirme Formunun Ön Uygulaması.....	36
3.5. Hemşirelik Girişimi.....	37
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	40
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7. KAYNAKLAR	56

EKLER:	EK 1- Hasta Tanıtım Formu
	EK 2- Uyum Değerlendirme Formu
	EK 3- Aile ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri
	EK 4- Araştırma Uygulama Planı
	EK 5- Girişimin Uygulanması
	EK 6- İzin Belgeleri
	EK 7- KOAH İle Uyumlu Yaşamın Yolları

TEŞEKKÜR

Akademik hayatımın yeniden şekillenmesini sağlayarak mesleğime ve akademisyenliğe olan sevgimin bir kat daha artmasını sağlayan ve her türlü desteğini benden esirgemeyen sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney'e, tez izleme komitemde yer alarak bilimsel destekleri ile bulunduğu katkılardan dolayı sayın hocam Doç. Dr. Mehtep Tan'a, her zaman öğretici ve yönlendirici yaklaşımlarıyla bana yardımcı olan sayın hocam Prof. Dr. Behice Erci'ye, araştırmamın yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim üyelerine, meslektaşlarıma, klinik doktorlarına ve personeline, KOAH sahip bir hasta yakını olarak, çalışmamın sürdürülmesinde emeği geçen tüm KOAH'lılara, bana daima destek olan kıymetli aileme, hep yanımda olduğu için hayat arkadaşım, canım eşime, yorucu çalışma gecelerime katlanan ve varlığının huzur verdiği biricik kızıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Rahşan ÇEVİK AKYIL

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Deney ve Kontrol Gurubunun Kontrol Değişkenleri Açısından Eşleştirilmesi.....	39
Tablo 2.	Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 3.	Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	43
Tablo 4.	Deney ve kontrol gurubundaki hastaların uyumlarının ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 5.	Deney ve kontrol gurubundaki hastaların uyumlarının son test puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 6.	Deney ve kontrol gurubuna ait uyumu değerlendirme formunda yer alan alt başlıklarından elde edilen son test ortalamalarının dağılımı ve Student-t testi ile karşılaştırma sonuçları.....	46
Tablo 7.	Deney gurubundaki hastaların ön test-son test uyum değerlendirme puan ortalamaları ile aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının dağılımları ve karşılaştırılması	47
Tablo 8.	Kontrol gurubundaki hastaların ön test-son test uyum değerlendirme puan ortalamaları ile aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının dağılımları ve karşılaştırılması.....	48

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Uyumuna Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi

Bu çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa uyumuna Roy Adaptasyon Modeline (RAM) göre verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi amacı ile yarı deneme modeli olarak yapıldı.

Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi ve Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde Aralık 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan hastalardan 65'i (32 deney, 33 kontrol) çalışma kapsamına alındı.

Deney grubundaki hastalara Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan, bireysel görüşmeleri, telefonla iletişimi, bu süreçte kullanılmak üzere hazırlanan Hasta Eğitim Kitapçığı'nı içeren 3 aylık bir adaptasyon programı uygulandı, kontrol grubundaki hastalar ise rutin kontrollerine devam etti.

Çalışmada veriler; Hasta Tanıtım Formu, araştırmacı tarafından hazırlanan Roy'un Adaptasyon Modeline göre Fizyolojik Uyum, Benlik Kavramı (fiziksel benlik ve kişisel benlik) Uyumu, Rol Fonksiyon Uyumunu içeren uyum değerlendirme formu ve hastaların karşılıklı dayanışma biçimlerini saptamada Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde dağılımı Ki-kare ve Student-t testi kullanıldı.

Deney ve kontrol gurubuna ait ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması ön testlerden elde edilen ortalamalarının her iki gurup için benzer olduğunu, ancak son testlerden elde edilen ortalamaların ASD-AL ($p>0.05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı oranda farklı olduğunu ortaya koydu.

Araştırma kapsamında deney grubunun eğitim sonrası uyum puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı ($p<0.001$), algılanan sosyal desteğin ise yükseldiğı bulundu. Kontrol grubunda uyum puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.01$), aile ve arkadaştan algılanan sosyal desteğin ise benzer kaldığı tespit edildi ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan adaptasyon programının uygulanması ile KOAH hastaların hastalığa uyumunu artırdığı bulundu.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Roy Adaptasyon Modeli, hemşirelik

SUMMARY

The impact of the training given suitable with Roy Adaptation Model on the adaptation to the disease of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

This study was carried out as semi-experiment model with the aim of the impact of the training given suitable with Roy Adaptation Model on the adaptation to the disease of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

65 patients, 32 of them experiment group and 33 of them control group, having criteria for including in the study were included in the study in the polyclinics of Nihat Kitapçı Chest Diseases and Chest surgery Centre and Atatürk University Süleyman Demirel Medical Centre Aziziye Resarch Hospital between the dates December 2008-January 2010.

For the patients in Experiment group, 3 month–adaptation programme including patients training booklet prepared for using in this process, individual patient interviews prepared in the direction Roy Adaptation Model were applied to the patients in control group have continued to routine controls. The data in the study were collected by using patient introductory form, physiologic necessities according to Roy’s Adaptation model prepared by the research, and selfishness concept, adaptation evaluation form including role function and family and social support scale in determining of mutual solidarity types of the patients. Number, percentage distribution, Chi-square and student – t test were used in statistical analysis of the data.

With the comparison of the pre-test and post-test averages obtained from experiment and control groups, it was found out that averages obtained from pretest were similar for both groups, and that those obtained from post test were statistically

different except for averages obtained from post-test were statistically different except for averages obtained from ASD-AL scale .

In the study content, it was found out that the averages taken after the training of the patients in experiment group decreased statistically significantly ($p < 0.001$), and the averages taken from social score scales increased significantly. In control group, it was also found out that the averages obtained from the adaptation evaluation form increased statistically significantly ($p < 0.01$) but the averages taken from social score scales perceived from both the friends and family of the patients remained same ($p > 0.05$).

In conclusion, in the direction of Roy Adaptation Model, it was found out that adaptation programme prepared in the direction of Roy Adaptation Model increase the adaptation to the disease in the COPD.

Key words; Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Roy Adaptation Model, nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sık görülen hastalıklardan biri olan Kronik Obstürktif Akciğer Hastalığı (KOAH) son yıllarda giderek artan en temel global sağlık problemlerinden birisidir¹.

Günümüzde birçok kronik hastalığın prevalansı azalırken, KOAH'daki artış, bu hastalığın önemli bir sağlık sorunu haline gelmesine neden olmuştur. Dünya genelinde, 40 yaş üzeri erişkinlerde bu hastalığın görülme oranı yaklaşık %10'dur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, KOAH önde gelen ölüm nedenleri arasında 4. sırada yer almaktadır ve her yıl bu hastalığa bağlı olarak 3 milyon kişi yaşamını kaybetmektedir. Sigara içme oranının artmasına bağlı olarak hastalığın prevalansı ve mortalitesinde önümüzdeki yıllarda önemli artışlar olacağı öngörülmektedir. Hatta 2030 yılında üçüncü ölüm nedeni olması beklenmektedir^{2,3}.

Ülkemizde KOAH'ın sıklık ve yaygınlığına ilişkin kesin rakamlar bilinmemekle beraber yaklaşık 2,5-3 milyon KOAH hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre KOAH ülkemizde en yaygın ölüm nedenleri arasında 11. sırada yer almaktadır. Dünya genelinde her yıl KOAH'ın 1.5-2 milyar dolarlık bir ekonomik yük oluşturduğu tahmin edilmektedir⁴⁻⁷.

KOAH ilerleyici dispne, egzersiz kapasitesinde azalma, fiziksel inaktivite, kondisyon kaybı, solunum fonksiyonlarında azalma, hastalığın ilerlemesi ile yaşam kalitesinin bozulmasıyla sonuçlanan bir kısır döngüye neden olur⁸.

KOAH'lı hastalar, hastalığa ait güçlükler ile yüzleşmek zorundadır. Kişiler, hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeni ile zor ve karmaşık problemlerle iç içedirler. Bu hastalıkta sorun sadece solunum gücüyle sınırlı değildir. Öyle ki hasta birey her an solunumun duracağı korkusunu yaşamakta, ciddi bir hava açlığı çekmektedir. Bu

nedenle hasta oksijen gereksinimini en aza indirmek için temel gereksinimlerden bile kaçmaktadır. Solunum güçlüğüünün ilerlemesiyle kişinin beslenme ve uyku alışkanlığında değişiklikler yaşanır. Bunlara ek olarak, fiziksel ve sosyal sınırlılıklar hastayı psikolojik yönden de etkiler. Bu durum kişiyi sosyal izolasyonlara dahi itebilir. Dolayısıyla bu sorunlar hastanın özgürlüğünü kısıtlar ve hasta kendine olan güvenini yitirir⁹⁻¹³.

Farklı fenomolojik çalışmalarda KOAH'a sahip hastaların tümü solunum sıkıntısı nedeni ile yaşamlarının olumsuz etkilendiğini, rol ve sorumlulukların yerine getiremediklerini, hastalık ve semptomları ile baş edememeye bağlı olarak duygusal değişiklikler ile sosyal aktivitelerinde kayıplar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların büyük bir kısmı KOAH'la yaşamayı “çok zor, ölmekten beter bir durum” şeklinde açıklamıştır^{9,14,15}.

Kronik hastalığı olan bireylere yapılan tedavi ve bakımın amacı hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır^{13,16,17}. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerin uyumsuzlukların genellikle daha yüksek olduğu bildirilmektedir^{18,19}. Uyumsuzluk, sağlık bakım masraflarını da artırmaktadır. Hastaya önerilen ilaçlar hastanın tedavi planına uymaması nedeniyle etkisiz olmaktadır. Uyumsuzluk hastalığın ilerlemesine ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar yetersiz uyumun mortalite ve morbiditeyi artırdığını göstermektedir^{20,21}. Bununla birlikte araştırma sonuçları hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğunu ortaya koymaktadır²².

KOAH hasta eğitimi hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, hastalığının özelliklerinin kavranmasında ve tedaviye uyumunun sağlanmasında çok önemlidir. Hasta eğitimi belirli bir program çerçevesinde yapılmalıdır. Evde eğitimin devam etmesi için yazılı ve sözlü rehberler verilmelidir²³. Yapılan bir araştırma, KOAH'nın ilaçlarını doğru kullanma becerilerinin eğitim öncesi %30-50'lerden eğitim sonrası %100'e yakın bir orana yükselebildiğini göstermiştir²⁴. Bununla birlikte, KOAH'a sahip hastalara verilen eğitimle, bilgi düzeylerindeki artışa bağlı olarak, hastalara sağlıklı davranışlar kazandırmanın mümkün olduğunu bildirilmektedir²⁵.

Çağdaş hemşireliğin rollerinden biri olan eğitici rolünde hemşire sağlık, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hastaya bilgi sağlar²⁶.

Hemşirelik kuramları, mesleğin gerçeklerini yorumlar ve tanımlar, böylece bir profesyonel olarak eğitim, uygulama, araştırma aktivitelerinde hemşirelerde yardım eder²⁶. 1960'lı yıllardan günümüze kadar tüm teorisyenler hemşireliğin konu alanının kişi olduğunda birleşmiş ve hemşirelik modellerini bunun etrafında temellendirmeye onu tanımlamaya çalışmışlardır. Hastalık değil hasta insan kavramı vardır²⁷.

Hemşireliğin önemli kuramcılarında biri olan Sister Callista Roy'da insanı çevre ile etkileşim ve uyum içinde olan bio-psiko-sosyal bir varlık olarak görür. Roy'a göre hemşirelik bireylerin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyen, gelişime açık bir bilgi sistemidir. Hemşire, bireyin sağlık durumunu olumlu yönde etkilemek için bu bilgi birikimini kullanır. Hemşirenin uyguladığı girişimler bireyin uyumunu kolaylaştırır. Hemşirenin amacı, fizyolojik ihtiyaçlarla, üstlendiği rollerle ve sağlıkla ilgili değişikliklerle bireyin uyum yapmasına yardım etmektir²⁶.

Roy biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bütünlüğün insanın temel gereksinimi olduğunu belirtmiştir. İnsanın çevresindeki devamlı değişikliklerle biyososyal uyum

mekanizmaları ile baş etmeye çalışır. Gereksinim karşılanmadığında, bunların karşılanması için “baş etme mekanizmaları” harekete geçer. Bütün bireylerin dört gereksinmeye uyum sağlaması gerekir. Bunlar; temel fizyolojik gereksinimlerin karşılanması, olumlu benlik kavramının geliştirilmesi, sosyal rolün yerine getirilmesi ve birbirine bağımlılıktır²⁸.

Modelin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında dört adaptif biçim ile bireyin adaptasyonunun sağlanmasıdır. Model kişilerin adaptasyon düzeylerini değerlendirerek dört adaptif biçim ile bireyin fizyolojik ve psikolojik adaptasyonunu sağlar²⁷.

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) kullanılarak yapılan araştırmalarda romotoid artrit, multiple skloeroz gibi kronik hastalıklarda modelin etkili olduğu ve hastaların hastalığın yönetimine uyumlarının artırdığını göstermiştir^{29,30}.

Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak yapılan doktora tezlerinde de kalp yetmezliği, astım gibi kronik hastalıklarda modelin etkili olduğu bulunmuştur. Bu hastalıklarda hastaların ilaç tedavisine ve hastalığa uyumlarını artırdığını gösterilmiştir^{31,32}. İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi sürecince RAM çerçevesinde verilen hemşirelik bakımıyla kadınların başarısız tedavinin sonucuna adaptasyonda bir artma olduğu sonucu bulunmuştur³³.

KOAH’lı hastaların eğitimi hastalıkları ile başa çıkmalarında ve sağlıklarının düzelmesinde önemli bir faktördür^{34,35}. Eğitim programının amacı KOAH’ı etkin bir şekilde yönetmektir. KOAH’lı bireyler için hazırlanan eğitim kapsamında hastalık hakkında bilgi, tedavi programı, bronşiyal enfeksiyon, fizyoterapi, hastalığın kendi kendine yönetimi gibi başlıkları kapsmalıdır³⁶. Bu doğrultuda hemşireliğin de amacı hastayı elindeki olanaklarla en sağlıklı biçimde hayatını sürdürmesi için eğitmek ve hastalığa uyumunu sağlamaktır^{37,38}.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu alışma kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeline (RAM) göre verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim hastalığa uyumu artırmaz.

H₁: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim hastalığa uyumu artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOA) Tanımı

KOA terimi İngilizce literatürdeki adıyla “Chronic Obstructive Pulmonary Disease” (COPD) pek çok araştırmacı tarafından en belirgin özelliği ortaya çıkarılarak adlandırma yapılmaya çalışılmış bir hastalıktır. Bunlardan bazıları “Kronik Obstrüktif Hava Yolu Hastalığı”, “Kronik Obstrüktif Bronşit”, “Generalize Obstrüktif Akciğer Hastalığı” terimleridir. 1998 yılında KOA için yapılan son tanımda hastalığın hem patogenetik mekanizması hem de fonksiyonel sonuçları ve prognozuna ait ifadeler kullanılmaktadır. Bu tanıma göre KOA geri dönüşü olmayan hava akımı sınırlaması ile karakterize bir hastalık durumudur. Hava akımı sınırlaması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül ve gazlara karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıtla ilişkilidir. 2006’da yeniden yayınlanan rehberde iyimser bir yaklaşımla KOA’nın önlenabilir ve tedavi edilebilir olması vurgulanmakta ve sistemik etkilere dikkat çekilmektedir³⁹.

KOA’nın tipik özelliği olan yerleşik hava akımı kısıtlaması, genellikle ilerleyicidir ve zararlı partiküllere ve gazlara özellikle sigara dumanına karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir. KOA esas olarak akciğerleri etkilemekle birlikte, ciddi sistematik etkilere de yol açabilmektedir. KOA’lı hastalarda kronik bronşit ve amfizemden biri veya genellikle ikisi bir arada bulunur. Fakat KOA gelişiminde hangisinin başrol oynadığını belirlemek genellikle güçtür.

Kronik bronşit klinik bir tanılamadır ve bir başka nedene bağlanamayan birbirini izleyen en az iki yıl içinde üç ay öksürük ve balgam çıkarma durumudur. Amfizem ise patolojik bir tanılamadır ve terminal bronşiyol distalindeki hava yollarında belirgin

fibriozisin eşlik etmediği duvar harabiyetinin ve kalıcı genişlemenin varlığı durumudur⁴⁰.

2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünyada 2005 yılında 210 milyon KOAH hastası olduğu tahmin edilmektedir⁴¹. Tüm KOAH hastaları arasında 80 milyondan fazlasının orta, ağır evre KOAH olduğu hesaplanmıştır. 2005 yılında üç milyondan fazla insan KOAH nedeni ile kaybedilmiştir ve bu tüm ölümlerin %5'ni oluşturmaktadır. KOAH prevelansı mortalite ve morbitite ile ilgili veriler gelişmiş ülkeler tarafından bildirilmektedir. KOAH nedeni ile meydana gelen ölümlerin %90'ından fazlasını orta ve az gelişmiş ülkelerde olduğu bilinmektedir^{42,43}.

Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörlerin oldukça yaygın olduğu Türkiye'de KOAH'a yönelik yeterli veri bulunmamaktadır. Fakat son beş yılda yapılan iki çalışmada ülkemizde KOAH'a yönelik önemli verilerin elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki sağlık bakanlığınca yürütülen Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasıdır, ikincisi ise Adana ilinde yapılan BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease)–Türkiye çalışmasıdır.

Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Study) metodu kullanarak Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen çalışmada en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH'ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada KOAH'ın önde gelen hastalık yüğü (DALY) nedenleri içinde 8. sırada yer almaktadır. Gene aynı çalışmada tütün kullanımının KOAH'a ikincil ölümlerin %51.4'ünden sorumlu olduğu bildirilmiştir. BOLD metodolojisi kullanarak Adana ilinde 2004 Ocak ayı içinde yapılan prevelans çalışmasında bu ildeki 40 yaş üstü

yetişkinlerde sabit ölçütü kullanıldığında KOAH'ın prevalansının %19.1 olduğu saptanmıştır⁴⁴.

2.3. KOAH İçin Risk Faktörleri

Genetik: KOAH'da ailevi birikim olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, fakat aktif ve pasif sigara içiminin ve potansiyel karıştırıcıların bağımsız etkilerini ayırt etmede güçlük bulunmaktadır. Bu güne kadar KOAH ile ilişkili olduğu yaygın şekilde kabul edilen tek genetik bağlantı α 1-proteinaz inhibitörü eksikliğidir. α 1-proteinaz inhibitörü eksik olan insanlarda sigara içmeseler bile KOAH gelişimi riski yüksektir⁴⁴⁻⁴⁷.

Aktif ve Çevresel Tütün Dumanı: Sigara KOAH'ın en önde gelen nedenidir. Sigara içen her 5 kişiden biri yaşamı esnasında KOAH gelişme riski ile karşı karşıyadır. Sigara kullananların yaklaşık %50'sinde kronik bronşit gelişirken,%15-20'sinde KOAH gelişmektedir⁴⁸. KOAH oluşumunda sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, içilen sigara sayısı çok önemlidir. Tütün, KOAH gelişmesi için en önemli risk faktörüdür. KOAH'lıların %80'ni sigara içen hastalardır. Tütün ve KOAH arasında doza bağımlı ilişki vardır; fazla sigara içenlerde KOAH gelişme riski daha yüksektir. Hem sigara içme süresi hem de günlük içilen sigara miktarı önemli görülmüşse de, sigara içme süresinin KOAH gelişme riski açısından daha önemli olduğu saptanmıştır⁴⁹. Aynı şekilde sigara dumanına pasif olarak maruz kalmanın başta astım ve alerjik hastalıklar ile bronşit, pnömoni gibi solunum yolları enfeksiyonları olmak üzere pek çok akciğer hastalığı açısından risk yaratmaktadır. Sigarayı bırakan KOAH'lıların hem şikâyetlerinde düzelme hem de solunum fonksiyonlarındaki kötüleşme yavaşlamaktadır. Fakat sigarayı bırakmakla KOAH tamamen ortadan kalkmamaktadır³.

Kapalı ve Açık Alanlarda Hava Kirliliği, Mesleki Toz ve Kimyasallar:

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hava kirliliği KOAH gelişimine katkıda bulunan major faktörlerden bir tanesidir⁵⁰. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda karşılaşılan KOAH rahatsızlığının birincil nedeni ısınmak veya yemek pişirmek amacı ile havalanmamış evlerde odun, tezek, kömürün kullanılması çok düzeyde iç ortam kirliliğine neden olmaktadır. Bu durum çocuklarda ve kadınlarda görülen solunum hastalıklarının da başlıca sebeplerinden bir tanesidir⁴⁴.

Açık alanlardaki hava kirliliği mesleki koşullara bağlı tozlar ve iritan uçucu kimyasal maddelerde KOAH riskine katkıda bulunmaktadır. İn hale edilen her bir hava kirliletiçi madde ya da partikül KOAH riskine katkıda bulunmaktadır. Maruz kalınan ve inhale edilen bu partiküllerin toplam etkisi bireyin duyarlılık derecesiyle bir araya gelindiğinde KOAH geliştirme riski de belirlenmektedir^{50,51}.

Yaş: Yaşlanma bariz bir şekilde akciğer fonksiyonlarının kaybına katkıda bulunmaktadır⁵⁰.

Cinsiyet: Geçmişte KOAH prevelansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmesine karşın son çalışmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH mortalite verileri kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde kadınlar arasında sigara içenlerin oranının artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğine maruziyette daha büyük risk altında olmaları, hastalığın erkeği ve kadınları benzer oranlarda etkilemesinden sorumlu görülmektedir^{44,52}.

Akciğer büyüme ve gelişimi: Akciğer büyümesi gebelik, doğum ve çocukluk dönemi ile ilişkili bir süreçtir. Bu süreci etkileyen olaylar, akciğerlerin maksimal büyümesini olumsuz yönde etkiler ve ulaşılması gereken maksimal akciğer fonksiyonu düzeyine ulaşamayan bireyler KOAH için artmış riske sahiptir⁴⁴.

Sosyoekonomik durum: Hijyenik koşulların yeterince sağlanamadığı durumda KOAH gelişme riski artmaktadır. Aynı şekilde düşük gelir düzeyine sahip insanlarda akciğer fonksiyonları daha düşük bulunmakta, hastalıkların mortalite ve morbititesi artmaktadır⁴⁸.

Beslenme: Malnütrisyon ve kilo kaybının solunum kas kitlesinde ve gücünde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Tütsülenmiş ve kırmızı et, tatlılar ve patates kızartmasının fazla tüketiminin KOAH için risk oluşturduğu belirtilmiştir^{3,44,53}.

2.4. KOAH'ın Fiziopatolojisi

KOAH olgularında temel değişiklikler küçük, büyük solunum yolları ile akciğer parankimindedir. Hava yollarında kalınlığın artması, lümen içi mukus artışı, küçük hava yollarındaki değişiklikler lümen çapını azaltarak obstrüksiyona neden olur. Hava akımını azalmasına yol açan hava yolları obstrüksiyonu ile oluşur. Amfizem anatomik olarak terminal bronşiyollerin distalindeki havalanma alanlarının tahribatına bağlı kalıcı genişlemelere neden olur. Bronşiyollerin açık kalmasını sağlayan parankim destek dokusunun yitirilmesi, bronşlarda daralmaya ve obstrüksiyona neden olur. Kronik bronşit ise bronşlarda aşırı mukus salgısına (hipersekrezyona) yol açar. Pulmoner dolaşım, kalp, solunum kasları ve solunum merkezlerini etkilediğinde sistemik bir hastalık haline gelir⁵⁴.

2.5. KOAH'da Sık Rastlanan Belirti ve Bulgular

Nefes darlığı: Öksürük ve balgam çıkartma şikâyetlerinden farklı olarak klinik tam oluşmadan ortaya çıkmaz. Ayrıca KOAH'lı hastalar nefes darlığı başlamış bile olsa gerek hareketlerini yavaşlattıklarından gerekse de yaşam şekillerini bu yeni duruma farkına varmadan adapte ettiklerinden hastalığın ilerleyen dönemlerine kadar bundan şikâyetçi olmayabilirler. Nefes darlığı şikâyeti ile başvuran hastaların büyük çoğunluğu

artık hafif-orta evre KOAH derecelerini aşmış ve FEV1 beklenenin %50'sinden daha aşağıda olan ciddi-çok ciddi evre KOAH'lılardır. Önceleri eforla ortaya çıkarken, sonraları günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek boyutlara ulaşır^{37,55}.

Öksürük ve balgam çıkartma: Genellikle sabahları şiddeti artan ve çoğu zaman prodüktif, kronik bir öksürük vardır. Gece boyunca alt solunum yollarında biriken sekresyonlar sabah öksürükle atıldıktan sonra hasta kısmen rahatlar. Hastalığın ilerleyen yıllarında öksürük daha da şiddetlenir. Kan gazları bozularak hiperkapninin geliştiği solunum yetmezliğinde ise merkezi sinir sisteminin fonksiyonlarının bozulması ile öksürük de azalır.

Balgam çıkarma başlangıçta yalnız sabahları söz konusu iken zamanla günün diğer saatlerinde de görülmeye başlar. Balgam akut alevlenmeler dışında mukoid karakterli ve azdır. Beyaz veya kahverengimsi, orta derecede visiköz, köpüklüdür ve kolay çıkarılır. Hastalığın kronikleşmesi ile günlük miktar 50-60 ml'ye ulaşır ve visikotesi artar. Balgam miktarının artması, renginin sarı veya yeşile dönmesi solunum yolu enfeksiyonu bulgusudur^{3,55}.

Hışıltı (wheezing): Bronşial düz kas kontraksiyonu, yapısal hava yolu daralması ya da aşırı hava sekresyonların varlığı gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak daha geniş hava yollarından geçiş anındaki türbülans hava akımı nedeniyle oluşur^{45,50}.

Diğer semptomlar: Göğüs ağrısı, ileri aşamalarda hipoksemiye bağlı siyanoz, hipokseminin daha da şiddetlenmesine bağlı sabahları baş ağrısı gelişebilir. Hipoksemi ve hiperkapniye bağlı sağ kalp yetmezliği ve ödem, anoreksi, kilo kaybı görülür. Uyku apne sendromu, kas güçsüzlüğü, osteoporoz ve psikosomatik bozukluklar en sık görülen semptomlar arasında yer alır^{45,53,56,57}.

2.6. KOAH'da Komplikasyonlar

Kor pulmonale, gastrik ve özefagal reflü, pnömoni, hepatomegali, polisitemi, akciğer kanseri görülür⁵⁸.

2.7. KOAH'da Tanı

Hasta şikâyetleri ve muayene sonucu elde edilen bulgulara ilaveten objektif solunum fonksiyonları ölçümleri ile konulabilir. Bunların dışında akciğer görüntüleme teknikleri, reversibilite testi, difüzyon kapasitesi, pulse oksimetri ve arter kan gazları, elektrokardiografi-ekokardiografi, egzersiz testleri, kan tetkikleridir⁵⁵.

2.8. KOAH'da Tedavi

KOAH tedavisi aşağıdaki amaçlar doğrultusunda planlanır.

Eğer sigara kullanımı varsa hastalığın ilerlemesinde en önemli risk faktörü olan sigarayı bıraktırma. Hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak, egzersiz toleransını artırmak, akut atakları önlemek ve tedavi etmek, uzun süreli solunum fonksiyonlarını korumak ve fonksiyonları düşüşü engellemek, egzersiz toleransını artırmak, komplikasyonları azaltmak, solunum yolu enfeksiyonlarını önlemek, yaşam kalitesi ve yaşam süresini artırmak, bronşlardaki sekresyonun atılımını kolaylaştırmak, anksiyete ve depresyonun tedavisini sağlamak, mortaliteyi azaltmaktır^{37,59-61}.

KOAH'ın tedavisi farmakolojik, cerrahi ve non farmakolojik olarak üç grupta toplanabilir.

2.8.1. Farmakolojik tedavi: Bronkodilatörler, kortikosteroidler, mukolitikler, diüretikler, aşılar ve oksijen tedavisi kullanılır. Ayrıca diğer farmakolojik tedaviler arasında antibiyotikler, vazodilatörler de sayılabilir⁴⁵.

Bronkodilatörler: Sıklıkla KOAH'ın başlangıç tedavisinde kullanılmaktadır. Tek başına ya da başka ajanlarla kombine edilerek reçelendirilen bu ilaçlar, persistan ya

da kötüleşen semptomaların tedavisi için ihtiyaca göre ya da semptomları hafifletmek ve gelişmelerini önlemek amacıyla düzenli olarak kullanabilmektedir. Üç farklı sınıfa ayrılırlar; β -adrenejik agonistler, antikolinerjikler, metilksantinler^{45,50,62}.

Kortikosteroidler:

İnhale glikokortikoidler hava yolundaki ödemi azaltarak hava akımında düzelmelere ve alevlenme sıklığı ile şiddetinde azalmaya sebep olurlar⁵³.

Oral glikokortikoidler stabil KOAH tedavisinde kullanılmamalıdır. Glukokortikoidlere bağlı yan etkiler sıktır ve KOAH hastalarına zarar verici olabilir. Steroid miyopatisi egzersiz yapamayan kişileri daha da zor durumda bırakabilir. Steroide bağlı osteoporoz kırıklara neden olabilir. Bu durum sadece hastanın hareketini kısıtlamakla kalmaz kırık eğer vertebrada, kostalarda ortaya çıkarsa göğüs duvarında ayrılmalara ve pnömoni riskinde artmaya neden olabilir. Bununla birlikte sistemik glikokortikoidler KOAH alevlenmeleri esnasında faydalı olabilir. Tedaviye 7-14 günde son verilmelidir.

Mukolitik ajanlar: Balgam atılımını artıracığından semptomların ve solunum fonksiyonlarındaki bozulmanın azalacağı düşünülmektedir. Mukolitik ilaçlar özellikle KOAH'lı olguların semptomatik oldukları ve balgam çıkartmakta zorlandıkları dönemde kullanılmaları önerilmektedir^{63,64}.

Aşılar: Influenza aşısı influenzaya bağlı mortalite oranının %50 civarında azaltır. KOAH olan hastalarda özellikle tavsiye edilmektedir⁴⁵. Ancak, pnömokok aşıları ile yapılmış çalışmalarda, seçilmiş olgular dışında rutin olarak uygulanmasını destekleyen yeterli veri yoktur⁶⁵.

Oksijen tedavisi: KOAH'da ilerleyici hipoksemi hücre hasarına yol açar. Bu nedenle, hipokseminin düzeltilmesi veya önlenmesi önemlidir.

KOAH'da uzun süreli oksijen tedavisi hipoksemiye bağı olarak gelişen ikincil polistemiye düzeltir, pulmoner hipertansiyonu düşürür, korpulmonaleye bağı kalp yetmezliğini düzeltir, kalp fonksiyonlarını güçlendirir, nörofizyolojik fonksiyonları düzeltir, efor kapasitesini artırır, yaşam kalitesini yükseltir ve yaşam süresini uzatır^{3,60}.

Mekanik ventilasyon: Akut atak veya solunum yetmezliği gibi durumlarda mekanik ventilasyon gerekebilir. Mekanik ventilasyon solunum iş yükünün büyük bir kısmını üzerine alarak hastanın solunum kaslarını dinlendirirken pH dengesini devam ettirmeye olanak verir. Bu şekilde ilerleyici solunum yetersizliğinin sonuçları geriye döndürebilir⁶⁰.

2.8.2. Cerrahi tedavi (Bülektomi): Akciğer hacmi küçültme cerrahisi ve özenle seçilmiş hastalarda spirometri, akciğer volümleri, egzersiz kapasitesi, dispne, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ve muhtemelen sağkalımı artırabilir⁴⁰.

2.8.3. Non farmakolojik tedavi: Pulmoner rehabilitasyon ve hemşirenin KOAH hastasına vereceği düzenli bilgiler nonfarmakolojik yaklaşım içersine alınabilir.

2.8.3.1. KOAH'da rehabilitasyon

KOAH da klasik fizyoterapi yaklaşımları obstrüksiyonun şiddetini iyileştirmekten çok ortaya çıkan semptomlarını azaltmayı hedefler. Bundan dolayı da Pulmoner Rehabilitasyon (PR), "Kronik solunum güçlüğü olan hastaların bakımında, kişilerin fiziksel ve sosyal performanslarını artırmaya, bağımsızlıklarını korumaya yönelik, kişilere özel düzenlenen ve uygulanan multidisipliner programları" içerir⁶⁶⁻⁶⁸.

PR sayesinde hastalar birçok açıdan gelişme kaydederler; dispne, anksiyete ve depresyonda azalma gözlenirken, egzersiz kapasiteleri ve genel sağlık durumlarındaki iyileşme sonucu hayat kalitelerinde belirgin artış elde edilir. PR'un bu olumlu etkilerine' rağmen, solunum fonksiyon testleri üzerine etkisi minimaldir. Buradan da anlaşılacağı

üzere KOAH'ta morbiditenin önemli bir kısmı sekonder durumlara bağlı gelişmekte dolayısı ile fark edilmeleri durumunda tedavi edilebilmekte ve hasta memnuniyeti artırılabilir. Bu durumlara örnek olarak, kardiyak, periferel kaslarda güçsüzlük, anksiyete, tedaviye uyumsuzluk sayılabilir.

KOAH'ın Etkin Tedavisi İçin PR'nun Hedefleri Şunlardır;

1. Hastalığın ilerlemesini durdurmak.
2. Semptomları azaltmak.
3. Egzersiz toleransını artırmak.
4. Genel sağlık durumunu düzeltmek.
5. Komplikasyonları önlemek.
6. Hastalığın alevlenmesini önlemek.
7. Mortaliteyi azaltmak
8. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken hastanın ideal kapasitesini kullanmasını sağlamak.
9. Kendine güven ve bağımsızlığı sağlamak.
10. Mümkün olduğunca hastanın işine dönmesini sağlamak.

PR, medikal tedaviye destek olarak uygulandığında bu alanlarda başarılı sonuçlar elde edilebilir^{66,68,69}.

KOAH'da PR Ekibi

PR programı multidisipliner olarak düzenlenmeli ve bu takımda doktor, hemşire, eczacı, iş ve meşguliyet terapisti, solunum fizyoterapisti, psikolog, diyetisyen ve sosyal hizmetliler yer almalıdır^{60,66,68,70}. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşire holistik bir yaklaşım doğrultusunda hasta ve ailelerinin sosyal, emosyonel ve ruhsal iyilik hallerinin geliştirilmesinde sorumluluk üstlenir³⁶.

Pulmoner rehabilitasyon da ekip içindeki uyum ve iş bölümü çok önemlidir. Pulmoner rehabilitasyonun ilk koşulu hastanın mutlaka optimal tedavi alıyor olmasıdır. Bu nedenle PR ekibi hastanın tedaviye uyumunu da izlemeli ve ilaçların doğru kullanıp kullanmadığını denetlemelidir⁶⁰.

Ancak bütün hastalar bu rehabilitasyon programına ulaşamamakta ya da her hastanede bu tür programlar bulunmamaktadır. Bu nedenle hemşire bu teknikleri kapsayan yazılı eğitim dokümanı oluşturarak KOAH hastalarına eğitim vermelidir^{37,54}.

2.8.3.2. KOAH’da Hemşirelik Yaklaşımı

Hastalık süreci hastanın aktivitelerini kısıtlayarak bireyi fiziksel güçsüzlüğe itmektedir. Oysa bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan fizyolojik gereksinimlerin karşılanması gerekir. Bu gereksinimler karşılanmadığı sürece kişinin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi güçleşir. Hemşire, hasta bakımında, hastanın karşılayamadığı gereksinimleri karşılamada ve hastanın gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilir hale gelmesinde yardımcı olarak iyileşme sürecine katkıda bulunur²⁸.

KOAH’da Sigaranın Bırakılması: KOAH’a neden olan faktörlerin zararlı etkisini ortadan kaldırmadıkça veya azaltmadıkça hastalığın ilerlemesi durdurulamaz. KOAH’ın oluşumunda ve ilerlemesinde en büyük faktör sigaradır. Sigara içen KOAH’lıların sigarayı bırakmaları için çaba sarf edilmelidir ve tedavinin başarısı için mutlaka sigara bıraktırılmalıdır⁷¹⁻⁷³.

Hasta Eğitimi: Hasta eğitiminin faydaları hastanın tedaviye aktif katılımını sağlar. Hastanın tedaviye uyumunu artırır. Hastanın kronik hastalığa bağlı olarak gelişen fiziksel ve psikolojik değişiklikleri daha iyi anlamasını, kendi tedavisini yürütmede daha etkin olmasını ve böylece tedaviye daha sıkı bağlanmasını sağlar.

Standart eğitimin (hastalık hakkında bilgi, ilaçların kullanımı, kontrole gelme sıklığı acil durumlar gibi) yanı sıra nefes alma tekniklerini içeren egzersiz eğitimi, enerji koruma prensipleri ve işleri kolaylaştırmaya yönelik ipuçları içeren fonksiyonel eğitim verilmelidir. Ayrıca psikososyal eğitimin yanı sıra oksijen kullanımı, hastalıklar ve komplikasyonlardan korunmayı içeren konular hakkında eğitim verilmelidir⁶⁸. KOAH kronik bir hastalık olduğundan aile eğitiminin de birey eğitimi kadar önemli olduğu unutulmamalıdır. Hastalığın seyri prognozu ve hastaya nasıl yardımcı olunacağını hemşire aileye öğretmelidir⁴⁸.

a. Egzersiz eğitimi: Pulmoner hastaların programlarının bireysel olarak düzenlenmesi yönünde ve hastaların yararına olacak şekilde her türlü yaklaşımın kullanılabileceği şeklindedir⁶⁸.

Egzersiz eğitimi mevcut akciğer bozukluğuna herhangi bir değişiklik yapmaz fakat hastanın dispne hissini ve diğer semptomları azaltarak, fiziki gücünü artırır^{68,70}.

b. Oksijen sağlama ve oksijen tedavisinin eğitimi: Evde uzun süreli oksijen tedavisi uygulamasında en uygun konsantratörlerdir⁷⁴. Taşınabilir oksijen sistemleri çalışma ortamında, seyahatte, egzersiz ve uykuda kullanılabilir. Hemşire nasıl kullanılacağını, oksijen alımı sırasında dikkat edilmesi gereken şeyleri açıklamalıdır⁵⁴. Özellikle sigara içmeye devam edenler yangına ya da patlamalara sebep olabilir.

Uzun süreli oksijen tedavisinin başarılı olması için hastanın tedaviyi önerilen şekilde kullanıp kullanmadığı, takibi ve hastayı bu tedavinin yararı konusunda hemşirenin eğitmesi gerekir⁷⁵.

c. Beslenme programı eğitimi: KOAH'lı hastaların günlük metabolizmaları çok hızlı değildir. Ancak solunumun artması, günlük alması gereken kaloriyi almaması gibi

nedenlerle oluşan kilo kaybını ve bundan doğan komplikasyonları önlemek için alınan günlük kalori yükseltilmelidir.

Obez hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve dispne riski yüksek olduğundan bu grup hastalarda kilo vermeleri açısından destek verilmelidir. Hemşire hastasının ihtiyacına yönelik beslenme konusunda bilgi vermelidir^{48,68}.

d. Fonksiyonel eğitim: Öz bakım, evin bakımı, boş zaman uğraşları, çalışma aktif yaşam şekli, alış veriş, seksüel danışmanlığı kapsar. KOAH'lı hastanın aktif katılımını gerektiren kendi kendine yönetim ile hastalığa bağlı rahatsızlıklar azaltılır. Hemşire bu konuda kitap ve broşürlerle yararlı olabilir⁷⁰.

e. Psikososyal eğitim: Psikososyal destek sanıldığından çok daha önemlidir. KOAH kronik, ilerleyici ve iş görmezliğe yol açan bir hastalık olduğundan anksiyete, depresyon, sosyal ve cinsel yaşamın bozulması gibi sorunlar sık görülür. Diğer tedavi yaklaşımları ile birlikte hastanın bu sorunlarına da eğilmek ve yardımcı olmak gerekir⁷⁶.

KOAH hastalarında anksiyete, depresyon veya kendine saygı duymama problemlerine sık rastlanır. Bu bulgular fiziksel güçsüzlükle birlikte hastaların sosyal aktivasyonlarından soyutlanmalarına neden olur⁶⁶.

Hemşire diğer sağlık bakım profesyonellerine hastayı yönlendirebilir. Ayrıca hasta yakınlarının desteği de kullanılarak bu sorunlarla baş etmesi konusunda hastaya rehberlik edebilir⁵⁴.

f. Hastalıklardan korunma ve komplikasyonlar konusunda eğitim: Hasta ve ailesine üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunmada ağız hijyeninin önemi hakkında bilginin yanı sıra gripten korunma konusunda bilgi verilmelidir. Bunun içinde grip ve pnömoni aşısı yaptırılmasının önemi söylenmelidir. Soğuk havada ve hava kirliliği çok olduğu zamanlarda dışarı çıkmanın bronkospazma yol açabileceği

belirtilmelidir. Acil durumlarda yapılması gerekenler konusunda da bilgi verilmelidir^{58,77}.

2.9. Hemşirelikte Model Kullanma

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Model bir dizi amaca hizmet eden, ihtiyacın belirlenmesini sağlayan sistematik zihinsel bir süreçtir. Sistematik zihinsel süreç ifadesi modelin örgütlü, planlı olması gerektiğini vurgular. Böylece modeller aracılığı ile gördüğümüz, duyduğumuz, hissettiğimiz şeyleri zihinsel bir süreçten geçirerek açıklayabiliriz²⁷.

Modeller fiziksel ya da soyut olabilirler. Fiziksel modeller öğretilbilir, manipüle edilebilir, sökülüp takılamaz fakat üzerinde düşünülebilir. Hemşirelikte kullanılan “Hemşirelik Modelleri” soyuttur²⁷.

Modeller hemşireliğe bir bakış açısı getirmekte ve hemşirelik uygulamalarına yön vermektedir. Hemşirelik modelleri odak noktası olarak bireyi ele alması nedeniyle hemşirelik aktivitelerini “iş merkezli” olmaktan uzaklaştırır. Ayrıca hemşirelik bilgisini ve aktivitelerini sistematize ederek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar^{27,78}. Hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamasının gerçeklerini yansıtır. Modeller uygulama alanlarındaki faktörleri ve birbiri ile nasıl ilişkili olduklarını gösterirler Modellerin yararlı hemşirelik uygulamalarını etkileyen faktörleri açık hale getirmesi ve hemşirelik bakımının bizim önemsemediğimiz ya da unuttuğumuz farklı yönlerini hatırlatan bir araç rolü oynamalarıdır. Örneğin, modeller bize fiziksel ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkileri hatırlatırlar ve bu ilişki hemşirelik bakımını verirken dikkate alınır²⁷.

Hemşirelik modelleri hemşirelik aktivitelerin temellerini oluşturmaktadır. Model hemşireliğe ilişkin bir düşünme biçimini getirir ve hemşireliğin özüne ve hemşirelik uygulamasına rehberlik eder⁷⁹.

2.10. Roy Adaptasyon Modeli (RAM)

Sister Calista Roy çocuk hemşiresi olarak çalışırken çocukların çabuk iyileşme yeteneği olduğunu temel, fiziksel ve psikososyal değişikliklere karşı verdikleri cevaba kolay uyum sağladıklarını fark etmiştir. Uyum Roy'un kuramının temelini oluşturmuştur. Genel sistem teorisi (Bertalanffy 1968) ve adaptasyon düzeyi modelinden (Helson 1964) kendi “uyum” modelini geliştirmiştir^{26,28}. Kuramında hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiştir. Roy'a göre hümanizm kişinin yaratma gücüne sahip olduğu inancına dayanır. Roy savunma mekanizmalarının bireyin iyilik halini artıracığına inanır²⁶.

Roy tarafından tanımlanan hemşirelik uyum modeli 1970 yılında uygulamaya konulmuştur. Model son olarak 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır^{78,80}.

Modeldeki Temel Kavramlar ve Tanımlar

İNSAN: Değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyolojik – psikososyal bir varlıktır. Roy bireyi hemşirelik bakımına alan canlı karmaşık internal süreçlerle ve uyumu sürdürmeye çalışan bir sistem olarak tanımlamıştır²⁸. Uyum modelinde birey hem iç hem de dış uyaranlara cevap veren açık bir sistem olarak tanımlanır. Uyaranlara pozitif cevaplar uyum, negatif cevaplar ise uyumsuzluk olarak tanımlanır. Hemşirelik girişimlerinin amacı pozitif ve etkili uyumu geliştirmektir⁸¹.

Roy bireyin çevresiyle sürekli etkileşim halinde olduğuna inanır. Birey çevresinde olup biten her şeyden etkilenir ve çevresini etkiler. İçinde bulunduğu ortama

fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uyum yapmaya çalışır^{78,79}. Roy bireyin iç ve dış değişikliklere üst düzeyde uyum sağlama yeteneğine sahip olduğunu ancak bireyin bu uyum sağlama yeteneğinin sınırlı olduğunu belirtir. Bu sınırlılıklar nedenleri; bireyin önceki deneyimleri ve olayı nasıl algıladığı ile ilgilidir.

Bireyin iç ve dış uyaranlara uyum yapabilmesinde çevresel değişikliklerin derecesi ve bireyin baş edebilme durumu önemlidir. Modelde hem iç hem de dış faktörler uyaran olarak tanımlanır. Modelde uyaranlar üç grupta incelenir⁷⁸.

1. Fokal Uyaranlar: Bireyin hemen cevap verdiği uyum tepkisine doğrudan neden olan uyaranlardır⁷⁸. Örneğin, kişi yakınında yüksek bir ses işittiği zaman, çabuk bir şekilde o tarafa dönebilir ya da etrafındaki bir gürültüyü işiterek kızgınlık duyabilir. Kişinin dikkati uyaranın üzerinde odaklaşır ve onunla uğraşmak için enerji harcayarak, gürültünün kaynağını bulmaya ve onu nasıl idare edeceğine karar vermeye çalışır^{27,78,82,83}. Sürekli olarak değişen çevre ile birlikte pek çok uyaran fokal olabilir. Hemşire, Roy Adaptasyon Hemşirelik Modelini kullandığında, hastası için fokal olabilen birçok uyarana dikkat edecektir. Hemşire evde kriz geçirmiş yaşlı hastaya bakım verirken kişinin aslında başka bir krizden korktuğunu anlayabilir^{27,78,82}.

2. Kontekstüel Uyaranlar: Davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışa etki eden uyaranlarıdır. Bireyin iç ve dış çevresinden gelen olayı etkileyebilen ve ölçülebilen tüm uyaranlardır⁷⁸. Yani kontekstüel uyaranlar kişinin içinden gelen ya da gelmeyen fakat kişinin dikkat ve enerji merkezi olmayan tüm çevresel faktörlerdir Hava değişikliklerine karşı tepki vermemizi sağlayan tek başına ısı değildir. Yüksek nem yüksek ısı ile birlikte olduğu zaman ısı daha az tolere edilebilir ve rüzgâr esintisi soğuğa eklendiği zaman kişi soğuktan daha fazla etkilenir^{27,78,82,83}. Daha

fazla dikkat fokal uyarana gösterilirken, kontekstüel uyarılar aynı zamanda durumu etkileyenler olarak tanımlananlardır.

Hasta fokal olabilen birçok değişiklikle karşılaştığında bu durum birçok kontekstüel uyarıları içerebilir. Ağrılı bir kişi eğer ağrı nedenini bilmiyorsa daha fazla acı duyabilir. Benzer şekilde ağrı, kişinin beklediği ve geçici bir durum olduğunu bildiği zaman da daha iyi tolere edilebilir^{27,78,82}.

3. *Rezidüel Uyarılar*: Bireyi etkileyebilen fakat objektif olarak ölçülemeyen uyarılardır^{27,78,82}. Davranışı etkileyebilen fakat etkileri dikkate alınmayan faktörlerdir. Kişi bu faktörün farkında olmayabilir ya da faktörün gözlenebilir bir etkiye sahip olduğu belli olmayabilir. Rezidüel uyarılar şimdiki durumda kişi üzerinde anlaşılır etkileri olan ya da olmayan çevresel faktörlerdir. Bunlar inançlar, davranışlar ve kişisel deneyimlerdir. Geçmişten kaynaklanırlar ve tedaviye cevabı etkilerler.

Hemşire hastasına bakım verirken, kişiyi neyin etkilediğine bakarak, olası uyarıları göz önüne alması yararlıdır. Bu yolla durumu daha iyi açıklayabilir. Örneğin, hemşire evinden ayrılan bir çocuğun reaksiyonunu gözleyebilir ve çocuğun ailesinden ilk ayrılışı olduğunu düşünebilir. Çevre sürekli olarak değiştiğinden uyarının önemi de değişir²⁷. Kişi kendini etkileyen faktörlerin farkında değildir. Örneğin fırtınadan korkan bir kişinin geçmişte fırtına ile ilgili geçirdiği kötü deneyim olabilir. Fakat kişi bunu unutmuştur⁸³.

Tüm bu uyarılar birleşerek kişinin adaptasyon düzeyini oluştururlar⁸⁴. Yani kişi bu tür uyarıları aldıktan sonra tepki ve davranış göstermeden önce başa çıkma mekanizmalarını (kontrol) kullanır⁸³.

Adaptasyon Düzeyi: Adaptasyon düzeyi, kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır. Kişinin adaptasyon düzeyi

sürekli olarak değişir. Olumlu olarak cevap verme yeteneği, üç uyaran tipine ve onların o anda kişi üzerindeki etkisine bağlıdır.

Adaptasyon düzeyi bireyin alışılmış adaptif tepkilerini içeren ve değişen durumlara uyum sağlamadaki kendi standartlarını gösteren bir durumdur.

Kişi ve çevre birbirleriyle sürekli etkileşim içindedir. Eğer kişinin yeni bir deneyimle uğraşma yeteneği sınırlı ise kişi aktif olarak bu deneyim hakkında öğrenmeye çalışabilir. Bu yolla kişi kendi adaptasyon düzeyini değiştirebilir. Bu değişen düzeyler kişiyi etkileyen internal ve eksternal uyaranların birleşmiş etkisine göre belirlenir. Kişi, yüksek sesin oluşturduğu gürültüye doğru yürüyerek eksternal bir cevap oluşturur. Aynı zamanda kişinin kalp hızının artması internal bir cevaptır. Davranışlar gözlenebilir ve objektif olarak rapor edilebilir. Örneğin bir monitör kalp hızını ölçebilir ya da kişi korku hissettiği şeyleri söyleyebilir.

Kişi bu uyaranları aldıktan sonra başa çıkma mekanizmalarını kullanır. Roy doğuştan olan ve sonradan kazanılan başa çıkma mekanizmalarını regülatör ve kognatör alt sistem olmak üzere iki büyük sistemle açıklar.

1. Regülatör Alt-Sistem: Nöral, kimyasal ve endokrin başa çıkma cevapları vasıtasıyla otomatik olarak cevap üretir Bilgi uygun bir tarzda otomatik olarak yöneltilir ve otomatik, bilinçsiz cevap meydana gelir. Doğum yapan bir anne, regülatör alt-sistem aktivitesinin bir örneğini oluşturur. Doğum süreci boyunca hem kimyasal hem de nöral olan *internal uyaranlar*, bebeğin doğumuna izin veren serviksin açılması ve uterus kasılması gibi doğumun fizyolojik cevaplarını oluşturmak için endokrin ve merkezi sinir sistemi aktivitesini başlatırlar. Dışarıdan verilen ilaçlar *eksternal uyaranlara* örnektir^{27,83}.

2. Kognatör Alt-Sistem: Algısal/bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusal kanallar yolu ile cevap üreten savunma mekanizmasıdır. Algısal/bilgi süreci dikkat

çekici, kodlama aktiviteleri ve anıyı içerir. Öğrenme, taklit ve pekiştirmeyi, problem çözme ve karar verme sürecini kavramayı içerir. Kişinin heyecanları boyunca savunmalar, anksiyeteden kurtulma, duygusal yönden karar alma ve yeni bağılıklar kurmadaki çabalarda kullanılırlar. Psikolojik, sosyal, fiziksel ve fizyolojik faktörleri içeren internal ve eksternal uyaranlar kognatör alt-sistemde girdiler olarak etki yapar^{27,78,85}.

Regülatör ve kognatör alt-sistemlerden doğan özel süreçleri tanımlamak mümkün olmasına rağmen, bu sistemlerin işlevselliğini doğrudan gözlemek mümkün değildir²⁷.

Kişi açık bir sistemdir. Girdiler ve çıktılar görülür. Kişi için girdiler uyaran olarak tanımlanır ve bu uyaranlar interenal ya da eksternal olabilir. Kişinin cevabı ise giren uyarananın ve adaptasyon düzeyinin bir işlevidir. Bu cevaplar insan sisteminin amaçlarına katkıda bulunup bulunmamasına göre adaptif ve non adaptif (etkili-etkisiz) yanıtlar olarak adlandırılır. Bu cevaplar çevrenin bütünleşmesini ve kişi ya da grupların adaptasyon düzeyi hakkında geri bildirim sağlar⁸². Başa çıkma mekanizmalarının işlevini gözleyemeyiz, yalnızca ortaya çıkan cevaplar gözlenebilir Bu nedenle Roy, regülatör ve kognatör aktivitenin açıkça görüldüğü dört adaptif biçim tanımlamıştır^{27,86}.

Bunlar;

1. Fizyolojik Biçim
2. Ben/Benlik Kavramı Biçim
3. Rol Fonksiyonu Biçim
4. Karşılıklı Dayanışma Biçim

1. Fizyolojik Biçim: Çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği cevaplar ile ilişkilidir. Bu biçimdeki davranış hücrelerin, dokuların ve

insan bedenini kapsayan sistemlerin tümünün fizyolojik aktivitelerinin belirtisidir. Uyarılar adaptif ve etkisiz davranışı oluşturan başa çıkma mekanizmalarını aktive ederler. Bu durumda, başa çıkma mekanizmaları fizyolojik işlev görmeyle ilgili olanlardır ve meydana gelen cevaplar fizyolojik davranışlardır. Başa çıkma mekanizmalarının onları etkileyen uyarılara karşı adapte olup olmadığını gösteren kişinin bedensel davranışdır²⁷.

Fizyolojik biçim kişinin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkilidir ve 5 temel fizyolojik gereksinimi (oksijen, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma) ve 4 süreci (duyular, sıvı elektrolit, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon) içerir^{85,87}.

2. Ben/Benlik Kavram Biçim: Benlik Kavramı, belirli bir zaman süresinde bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duygularının bileşimidir. Üç psiko-sosyal biçimden biridir, özellikle kişinin fizyolojik ve akılsal görünüşleri üzerine odaklanır. Ben-kavramı biçiminin altta yatan temel gereksinimi psişik bütünlük olarak tanımlanmaktadır. Bu alandaki adaptasyon sorunları kişinin iyileşme yeteneği ya da sağlığı sürdürmek için neyin gerekli olduğunu yapma yeteneği ile karşılaştırılabilir²⁷.

Roy'un Modelinde ben kavramı biçimi iki alt alana ayrılmış olarak ifade edilir.

1.Fiziksel Ben: İkiye ayrılır;

- a. Beden duygusu: Kişinin sözlü ifadesini kapsar.
- b. Beden imajı: Kişinin nasıl görüldüğünü kapsar⁸³.

2.Kişisel Ben: Moral-ahlaksal değerler, idealler, davranışlar ve kişisel standartlarının uyumu ile ilişkilidir. Anksiyete, güçsüzlük ve suçluluk duyguları bu bölümdeki zorlukların habercisi olabilir²⁷. Üçe ayrılır;

- a. Ben tutarlılığı: kişinin sözel tepkisi ile gözlemlenir.
- b. İdeal ben: kişinin ne olacağı ve ne yapacağını gösterir.

c. Moral-Ahlaki-Ruhsal ben: kişinin inanç ve değerlerini gösterir⁸³.

3. Rol Fonksiyonu Biçimi: Roy, rolü "kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı, (anne, öğrenci, çocuk, vb.) pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi" olarak tanımlar. Ya da toplumun işlev gören bir ünitesi olarak rol, kişinin bir pozisyondan başka bir pozisyona geçtiğinde onun nasıl davranacağı hakkında umulanlar olarak tanımlanır. Bir rolü gerçekleştirmenin tek yolu bireyin diğer kişilerle olan karşılıklı etkileşimine dayanır. Rol-İşlevi biçiminin altında yatan temel gereksinim sosyal bütünlük olarak tanımlanmaktadır. Rol işlevi toplumda edinilen pozisyonlara dayanarak görevlerin gerçekleştirilmesidir^{27,88}.

Roya göre kişinin üstlendiği üç çeşit rol vardır⁸³. Bunlar: *Birincil Rol*: Kişinin yaşamında yer alan davranışların temelini oluşturur. Örnek: “26 yaşında genç erişkin kadın”. *İkincil Rol*: Birincil rol ve gelişimsel durum ile ilgili görevlerin bileşimidir. Örnek: “45 yaşında üretken erişkin kadın, anne, eş memur olarak çalışıyor.” *Üçüncül Rol*: İkincil rolle ilişkili rollerdir. Genellikle kişinin seçimine bağlıdır. Geçici rollerdir ve zevkler doğrultusunda gelişir. Örnek: “37 yaşında, üretken erkek, baba, eş, memur, spor kulübüne üye, sosyal derneklerde gönüllü çalışıyor”.

4. Karşılıklı Dayanışma Biçim: Bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsar. Bu süreç için de birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psikik bütünlüğünü devam ettirir. Karşılıklı bağlanma ikili özel ilişki üzerine odaklanır:

En yakın kişi: Kişinin en önem verdiği insandır. Bu iki kişi arasında sevgi, ilgi ve değer verme vardır. Bu kişiler hayatları boyunca birlikte dirler.

Destek sistemler: Bu kişilere karşıda sevgi ilgi ve değer verme gibi duygular vardır. Fakat ilişkinin anlamı ve derinliği farklıdır. Yakın çevredeki kişiler, çalışma arkadaşları hatta evde beslenen evcil hayvanlarda bu guruba girer.

İkili özel ilişkiler birbirine bağlanma biçiminin odağıdır. Bağlılık diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylamak olarak gösterilir. Özgürlük kendi kendine eylemleri başlatmak, kararlar vermek ve yetenek kazanmak olarak gösterilir. Karşılıklı bağlanma "alma ve verme" uçları arasında bir denge olarak görülür^{27,83}.

ÇEVRE: Roy'un hemşirelik modelinde ikinci önemli kavramdır. Roy'a göre çevre, kişinin ya da grupların gelişim ve davranışlarını kapsayan tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir. Çevre hem iç hem de dış faktörleri içerir ve sürekli değişim çevreye adaptif cevaplar vermesi için kişiyi uyarır. Kişi bu değişim durumlarına karşı yeni cevaplar verme yeteneğine sahiptir. Değişen çevrede kişi büyüme ve gelişmeyi devam ettirme, kendisi ve başkaları için yaşamın anlamını zenginleştirme fırsatına sahiptir.

Çevredeki değişikliklere adapte olmak için kişinin fazla enerjiye gereksinimi vardır. Kişi çevre ve şimdiki adaptasyon düzeyine dayanarak bir cevap oluşturur. Cevaplar etkisiz ya da etkili olabilir²⁷.

SAĞLIK: Modelin üçüncü büyük kavramı olan sağlık, kişi ve çevre kavramlarının anlaşılması sonucu açıklık kazanır. Kişi değişen bir çevrede, devamlı büyüyen ve gelişen adaptif bir sistemdir. Roy, her kişinin yaşamında kendine özgü bir amacı ve bu amacı yerine getirme potansiyeli olduğuna inanır. Tamamlanmış ve bütün bir kişi olma, kişinin yaşamdaki amacını gerçekleştirmesini yansıtır²⁷.

Sağlık ve hastalık bireyin tüm yaşamı boyunca kaçınılmaz bir durumdur ve bu durum hemşireliği ilgilendirmektedir. Başa çıkma mekanizmaları yetersiz olursa, sonuç

hastalıktır. Birey sürekli olarak uyum yapıyorsa sonuç sağlıklıdır. Birey bir uyarana uyum yaptıkça bir başka uyarana karşı daima cevap vermeye hazırdır³⁷.

HEMŞİRELİK: Roy'un hemşirelik modeli, hemşireliği bir bilim ve bu bilimsel bilginin hemşirelik uygulamasına uyarlanması olarak açıklamaktadır. Model, hemşirelik biliminin gelişmesine ve hemşirelik uygulamasına rehberlik eder. Hemşirelik bilimi, kişinin sağlık durumlarını olumlu biçimde etkileyen süreçleri devamlı gözleyen, bunları sınıflandıran ve aralarında bağlantı kuran, gelişmiş bir bilgi sistemidir. Uygulamalı bir bilim disiplini olarak hemşirelik, insan sağlığını olumlu olarak etkilemek üzere insana gerekli olan temel hizmetleri sağlamak amacı ile bilimsel bilgilerin bütünlük içinde kullanılmasıdır. Hemşireliği başka disiplinlerden ayıran özel aktiviteler hemşirelik süreci olarak ifade edilir. Roy bu süreçte sorun çözümü yaklaşımını önererek "1. davranışı ve uyarı tanımlama, 2. sorun saptama, 3. amaç belirleme, 4. planlama, 5. uygulama ve bakımın değerlendirilmesi" gibi beş aşama belirtmiştir²⁷.

Roy' un Uyum Modelinin Sekiz Temel İlkesi

1. Birey biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri ile bir bütündür ve bu bütünlüğü korumaya çalışır.
2. Birey açık sistemdir. Değişen çevre ile sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim iç ve dış uyaranların değişimlerine uyumu gerektirir.
3. Birey uyum için doğuştan ya da edinsel uyum mekanizmaları kullanır.
4. Sağlık ve hastalık, bireyin yaşamının kaçınılmaz bölümleridir.
5. Birey çevre değişimlerine, olumlu tepki verecek bir şekilde uyum sağlamalıdır.
6. Bireyin uyumunu etkileyen faktörler; bireyin baş edebilme durumu ve çevresel değişikliklerin (bir virüsün varlığı, ısı değişimleri vb.) derecesidir.
7. Bireyi olumlu cevaba götürecek bir uyarının, bireyin uyum alanı içine düşüp

düşmemesi, uyum davranışını etkiler.

8. Birey dört uyum türüne sahiptir; fizyolojik gereksinimler, benlik (kendilik) kavramı, rol işlevi, karşılıklı dayanışma. Bu dört alanda bütünlüğünün tehdit altında olması, bireyin uyum çabasını gerektirir. Bu dört özellik, birbirine bağlıdır. Hepsinin bütünleştirilmiş şekli, bireyin bağımlılık, bağımsızlık dengesini oluşturur.

Hemşirenin her bir uyum türünde değişiklikte baş etme, ortaya konulan davranışları anlaması için, doğru bilgilere sahip olması gerekir. Hemşire bilimsel bilgisine dayanarak hastanın uyum ya da uyumsuzluğu hakkında karar verir. Bu kararı hasta ile birlikte verir. Roy, hastanın olayla baş etmede başarısız olduğunu fark edecek ilk kişi olduğunu belirtir Uyumlu ve uyumsuz davranışların hemşire tarafından desteklenmesi gerekir. Fokal, kontekstüel ve rezidüel uyarıları tanımlamak ve bunlar birleştirilerek, bireyin uyum düzeyinde karar vermek için, bu alanlara hemşire tarafından ikinci düzeyde değerlendirme yapılır. Bu uyarıları anlamak hemşire için çok önemlidir. Çünkü hemşirelik aktiviteleri direk olarak bu uyarıları değiştirmeye yöneliktir. İkinci düzeydeki değerlendirme hemşirenin, uyum sorunlarının tanımlamasına yardım eder. Hemşirelik sürecinin bu aşamasına, sıklıkla hemşirelik tanısı denir³⁷.

Bundan sonraki aşamada hastanın davranışlarını değiştirmeye yönelik uygun hemşirelik girişimleri geliştirilir. Bunlar hemşirelik aktivitelerinin anahtarı niteliğindedir. Roy, çevredeki uyarıları uzaklaştırma, arttırma ya da değiştirme yoluyla çevrenin düzenlemesine yönelik hemşirelik aktiviteleri geliştirmiştir. Hemşirelik sürecinin sonunda, hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilir.

Özet olarak Roy'un hemşirelik modelinde, hemşirelik uygulamaları uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Hemşire hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi

değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır²⁷.

2.11. KOAH ve Roy'un Adaptasyon modeli

Kronik hastalıklar komisyonu kronik hastalıkları, geri dönüşümsüz, uzun süreli bakım, denetim, gözlem ve rehabilitasyon da özel eğitim gerektiren hastalıklar olarak tanımlamıştır⁸⁹.

Kronik hastalıklardan biri olan KOAH'da yaşamı tehdit edebilen, kişiye otonomisini kaybettirebilen hastanın en önemli aktivitelerinin veya ilişkilerinin değişmesine neden olabilen, dolayısıyla fiziksel ve ruhsal uyum gerektirebilen zorlu bir hastalıktır. Örneğin hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastanın ev dışı aktivitelere katılımı sınırlanır, ilişkiler ya telefona bağlı hale gelir ya da tamamen kesilir. Bu nedenle hastalarda tıbbi tedavinin yanı sıra sosyal yaşama uyum sağlayabilmeleri için verilecek eğitim tedavinin bir parçasını oluşturmalıdır⁹⁰.

Roy adaptasyon modeline göre birey dört uyum türüne sahiptir; fizyolojik gereksinimler, benlik (kendilik) kavramı, rol işlevi ve karşılıklı dayanışma. Bu dört alanda bütünlüğünün tehdit altında olması, bireyin uyum çabasını gerektirir. Bu dört özellik, birbirine bağlıdır. Hepsinin bütünleştirilmiş şekli, bireyin bağımlılık, bağımsızlık dengesini oluşturur. Hemşire hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik eğitimlerini ve girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır²⁷.

Yapılan birçok araştırma ile KOAH verilen eğitimle fizyolojik gereksinimler açısından aktivite sırasında dispne azalma ve yaşam kalitesinde gelişme tespit edilmiştir^{13,91-94}.

Kronik ya da geçici fiziksel hastalığı olan ergenlerde benlik saygısının araştırıldığı birçok çalışma bulguları, bazı fiziksel hastalıkların beden şeklinin bozulmasına, kendi bedenini kontrol edememe ve utanma duygularına neden olduğunu ve bunların benlik saygısını etkilediğini göstermiştir⁹⁵.

KOAH hastalarının benlik ve sosyal rol kavramlarında da değişiklikler oluşabilmektedir. Kara⁹⁶ çalışmasında rol performansında, beden imajında, benlik saygısında ve kendilik algısında bozulma riski tanıları deney gurubunun kabulünde %26.7 olarak bulunurken taburculukta %16.7 olarak bulunmuştur. KOAH olgularında görülen beden görünümünde aile içi ve sosyal rollerinde değişim, fiziksel ve psikolojik olarak başkalarına bağımlı olma duygusunun rol performansında değişme, beden imajı, benlik saygısı ve kendilik algısında azalmaya neden olabileceği literatürde de belirtilmektedir⁹⁷.

Algılanan sosyal destek bir anlamda kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini sayıldığını gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır⁹⁸.

Kara ve Mirici yaptıkları çalışma bulguları KOAH'lı Hastalarda ve eşlerinde yalnızlık ve depresyon düzeylerinin birbiri ile ilişkili olduğu fakat hem yalnızlık hem de depresyon düzeylerinin gerek hastalar gerekse de eşleri için sosyal destekten fazla bulunduğunu göstermiştir⁹⁹.

KOAH'lı hastalarca algılanan aile ve arkadaş desteğinde önemli değişimler olmakta, sosyal ağdaki birey sayısı azalmakta ve hastalara sosyal destek daha çok aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır¹⁰⁰.

KOAH'lı hastanın tedavi süresince ortaya çıkan, sorun gibi görünen davranışlarını hastanın bir uyum çabası olarak görmek ve bunların çözümlenmesine,

hastalığına uyum sağlamasına yardım etmek gerekir¹⁰¹. Hemşire tarafından hastanın uyumlu davranışların desteklenmesi ve uyumsuz davranışlarında ise adaptasyonu için teşvik edilmesi gerekir.

Planlı hasta eğitimlerinin KOAH'lı hastaların hastaneye tekrarlı yatış sayısını azaltılabildiği ve hastalık semptomlarını kontrol edebilme düzeylerini de arttığı sonucuna varılmıştır¹³.

3. MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kontrol guruplu yarı deneme modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi ve Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde, Aralık 2008 - Ocak 2010 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi ve Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde hizmet alan, tanı süresi an az 6 ay ve üzeri olan, il merkezinde oturan ve KOAH dışında tanılanmış başka bir hastalığı olmayan kronik obstrüktif akciğer hastaları oluşturdu.

Araştırmanın örneklemine, bu hastalar içersinden Aralık 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalar oluşturdu.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

*okuryazar olmak,

*iş birliğine açık olmak,

Araştırmaya Alınmama Kriterleri

*KOAH dışında tanılanmış başka bir hastalığa sahip olunması

*görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olması,

*psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamında yan tutmayı engellemek amacı ile göğüs polikliniğine başvuran ve araştırma kriterlerine uyan hastalar rastgele alındı.

Örneklem büyüklüğü güç analizi yapılarak belirlendi¹⁰². Analiz sonuçları örneklem büyüklüğünün 42 deney 42 kontrol olmak üzere toplam 84 hastadan oluşması gerektiğini gösterdi. Ancak KOAH'dan başka hastalığa sahip hasta sayısının az olmasına bağlı olarak araştırma; kriterlere uyan hastalardan 3'nün telefonuna ulaşamadığı ve 5'i son değerlendirmeye gelmediği için 32 deney 33 kontrol olmak üzere toplam 65 hasta ile tamamlandı.

Araştırma kapsamına alınan hastalar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tanı alma yılı, birlikte yaşadığı kişiler ve medeni duruma göre eşleştirildi.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

a. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür bilgilerinden faydalanarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve 18 sorudan oluşan bir hasta tanıtım formu kullanıldı^{37,47}(Ek 1).

b. Uyum Değerlendirme Formu

Roy'un Adaptasyon Modeline göre araştırmacı tarafından hazırlanan Uyum Değerlendirme Formu; Fizyolojik Uyum, Benlik Kavramı Uyumu ve Rol Fonksiyonunu Uyumunu içeren 35 sorudan oluştu. Uyum değerlendirme formu hazırlanmasında tez izleme komite üyelerinin rehberliğinden ve literatür bilgilerinden yararlanıldı^{27,28,54,103}(Ek 2). Üçlü likert tipten oluşan bu soru formunda fizyolojik uyum açısından hastalığın hangi fonksiyonları ve algıları etkilediğine dair sorulan 10 soruya verilen cevaplar “hiç”, “bazen”, “çok” etkilendi şeklinde seçenklendirildi. Hiç cevabına 0, bazen cevabına 1, çok cevabına 2 puan verildi. Toplamda minimum 0 maksimum 20 puandan oluştu. Benlik kavramı uyumuna ait sorular; 10 fiziksel benlik,

9 kişisel benlik olmak üzere toplam 19 sorudan oluştu. Buna ek olarak Uyum Değerlendirme Formunda Rol fonksiyonunu uyumunu içeren 6 soru mevcuttu. Benlik kavramı ve rol fonksiyonu uyumu sorularına verilen yanıtlar “katılmıyorum”, “biraz katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklinde seçeneklendirildi. Katılıyorum cevabına 0, biraz katılıyorum cevabına 1, tamamen katılıyorum cevabına ise 2 puan verildi. Toplam puan benlik kavramında minumum 0, maksimum 38 puan, rol fonksiyonu uyumuna ise minimum 0 maksimum 12 puandı. Tüm alt boyutlar için yüksek puan alınması uyum sağlanamaması olarak değerlendirildi.

Bu araştırma kapsamında kronbah alfa değerleri; Fizyolojik Uyum alt ölçeği için 0.91, Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0.86, Benlik Kavramı-Kişisel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0.88 ve Rol Fonksiyonu Uyumu alt ölçeği için 0.87 olarak bulundu.

c. Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AL ve ASD-AR)

Hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek puanını belirlemede Pracidona ve Heller¹⁰⁴ tarafından geliştirilmiş, Eskin¹⁰⁵ tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmış olan “Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanıldı. Eskin tarafından ölçeğin alfa tutarlılık katsayısı aileden algılanan sosyal destek için 0.76, arkadaşlardan algılanan sosyal destek için 0.76 olarak saptanmıştır. Bu ölçek birbirinden bağımsız olarak aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal desteği ölçen iki ölçekten oluşmaktadır. Her ölçekte “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” cevap seçeneklerinden birini işaretlenerek cevap verilecek 20’şer madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için ‘+1’ olarak puanlanmaktadır. Puanlar 0-20 arasında değişmektedir.

“Bilmiyorum” seçeneğine puan verilmemektedir. Aileden Algılanan Sosyal Destek (ASD-AL) ölçeğinde 3, 4, 6, 16, 19 ve 20. maddeler, Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (ASD-AR) ölçeğinde ise 2, 6, 7, 15, 18 ve 20. maddeler ters ifadelerdir. Bu sorularda hayır seçeneği 1 puan almaktadır (Ek 3).

Araştırma kapsamında ASD-AL ölçeği için kronbah alfa değeri 0.84 ve ASD-AR ölçeği için 0.93 olarak bulundu.

3.4.2. Verilerin Toplanması

Ön test verilerinin toplanmasında polikliniklere başvuran hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin “Hasta Tanıtım Formu” (Ek1) ve araştırmacı tarafından Roy’un Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan “Uyum Değerlendirme Formu” (Ek 2) ve “Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (Ek 3) uygulandı. Son test aşamasında deney gurubuna son eğitim verildikten bir ay sonra, kontrol gurubuna ön testten 3 ay sonra göğüs polikliniklerine çağırılarak “Uyum Değerlendirme Formu” (Ek 2) ve “Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (Ek 3) tekrar uygulandı.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Veriler göğüs polikliniğinde ayrı bir oda ve sessiz bir ortamda ortalama 20 dakikalık bir sürede toplandı (Ek 4, 5).

3.4.3. Uyum Değerlendirme Formunun Ön Uygulaması

Uyum değerlendirme formunun ön uygulaması, 5-9 Aralık 2008 tarihleri arasında, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Göğüs polikliniklerinde 15 hasta üzerinde uygulandı. Uygulama sonucunda, hastalar tarafından aynı anlamda algılanmayan, açık olmayan ve güç anlaşılan ifadeler değiştirilip, soru formu uygulamaya hazır hale getirildi. Ön uygulamada elde edilen veriler araştırma kapsamına alınmadı.

3.5. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde materyal olarak Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda, literatür bilgileri^{37,54,57,103,106} ve tez izleme komite üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan hasta eğitim el kitapçığı kullanıldı. El kitapçığında RAM'ne göre çeşitli bilgiler ve spot cümleler yer aldı. Fizyolojik uyuma dair hastalık hakkında bilgi, solunumun kontrol teknikleri, dinlenme ve aktivite bilgileri, düzenli uykunun ve beslenmenin önemi, hastalıklardan korunma bilgileri, yeterli sıvı alımının önemini anlatan bilgiler yer aldı. Benlik kavramı uyumuna dair ise stres kontrolü ve gevşeme teknikleri, fiziksel ve ruh sağlığı için kendine dikkat etme önerileri, bakımlı olma ve rahat kıyafetin önemi, suçluluk ve utanç duymamasının gerektiği, gücü yettiğinde işleri yapabileceği, şu an ve geleceğe odaklanmanın önemini içeren spot cümleler yer aldı. Rol fonksiyon uyumuna ait; ev hayatını kolaylaştırma teknikleri ve planlı yaşamın önemi hakkında bilgileri içerdi. Karşılıklı dayanışma için ise çevredekilerle duyguların paylaşımının önemi, hayatı ertelememe, kendi ile aynı hastalığa sahip bireylerle ilişki içinde olmanın önemine dair kısa cümleler yer aldı.

Hastalarla birebir görüşülüp araştırmanın amacı ve adaptasyon eğitim programı ile ilgili bilgiler verildi. KOAH hastalarına göğüs polikliniğinde ayrı bir oda ve sessiz bir ortamda, hazırlanan eğitim kitapçığı kendilerine verilerek içeriği açıklandıktan sonra eğitim verilip soruları cevaplandırıldı. İlk görüşmeden bir ay sonra hastalara bildirilen tarihlerde eğitim tekrarlanarak öğrenmek istedikleri konularda açıklamalarda bulunuldu. İlk görüşmeden iki ay sonra hastalarla telefonla iletişim kurularak soruları cevaplandırıldı. Son testlerin uygulanması için hastalarla tarih belirlendi.

Kontrol gurubundaki hastalardan son test için randevu alındı. Son testler uygulandıktan sonra etik açıdan tüm hastaların bilgilendirilme hakkı olduğu için hazırlanan eğitim kitapçığı hastalara verilerek açıklamalarda bulunuldu.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hastaların hastalığa uyumu, aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek

Bağımsız değişken: Hastaların eğitimi

Kontrol değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tanı alma yılı, birlikte yaşadığı kişiler, medeni durum deney ve kontrol gurubu kontrol değişkenleri açısından eşleştirildi ve sonuçlar Tablo 1’de sunuldu. Yapılan istatistiksel analizler, deney ve kontrol gurubundaki hastaların kontrol değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını gösterdi. Elde edilen sonuçlar deney ve kontrol guruplarının benzer özelliklere sahip olduğunu gösterdi.

Tablo 1. Deney ve kontrol gurubunun kontrol değişkenleri açısından eşleştirilmesi

		DENEY		KONTROL		TOPLAM	
		S	%	S	%	S	%
Cinsiyet	Erkek	19	45.2	22	57.8	41	100
	Kadın	13	54.1	11	45.9	24	100
TOPLAM		32	49.2	33	50.8	65	100
		$\chi^2 = 0.287$		SD = 1	p > 0.05		
Medeni Durum	Evli	26	50.9	25	49.1	51	100
	Bekâr	-	-	-	-	-	-
	Dul	6	42.8	8	57.2	14	100
TOPLAM		32	49.2	33	50.8	65	100
		$\chi^2 = 0.480$		SD = 2	p > 0.05		
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	6	50	6	50	12	100
	İlköğretim	11	44	14	56	25	100
	Lise	11	55	9	45	20	100
	Yüksek Öğretim	4	50	4	50	8	100
TOPLAM		32	49.2	33	50.8	65	100
		$\chi^2 = 1.667$		SD = 3	p > 0.05		
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Eşiyle	3	50	3	50	6	100
	Eş ve Aileyle	25	51	24	49	49	100
	Diğer	4	40	6	60	10	100
TOPLAM		32	49.2	33	50.8	65	100
		$\chi^2 = 0.622$		SD = 2	p > 0.05		
		S	X±SS	S	X±SS	Anlamlılık Derecesi	
Yaş		32	54.2 ± 6.2	33	54.2 ± 7.3	t= 0.038	p > 0.05
KOAİ Tanı Yılı		32	4.1 ± 1.8	33	4.7 ± 2	t=1.148	p > 0.05

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 11.5 (Statistical Package Programme for the Social Science) paket programında yapıldı.

Verilerin istatistiksel analizinde Ki-kare ve Student-t testi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastanelerden yazılı izin alındı. Ayrıca tez önerisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kuruluna sunulup onay alındı. Hastalara çalışmanın amacı anlatılarak sözlü onamları alındı. Böylelikle “*aydınlatılmış onam ilkesi*” etik ilke olarak yerine getirilmiş olundu. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” ilkesi yerine getirildi^{107,108}.

Kontrol grubu hastalarından veriler toplandıktan sonra, bilgilendirme kitapçığı verildi. Ayrıca hastalar sözlü olarak da bilgilendirildi. Böylelikle “*eşitlik ilkesi*” yerine getirilmeye çalışıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın en önemli sınırlılığı hastaların KOAH’dan başka hastalığa sahip olmaması istendiğinden bu şartlara uyan hasta sayısının az olması, hastaların görüşmeye ve son test için uygulamaya gelmede zorlanmaları idi. Olasılıksız örnekleme yönteminin kullanılmış olması araştırmanın sınırlılıklarındandı. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu araştırma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastalara ait tanıtıcı özellikler Tablo 2’de verildi. Deney gurubundaki hastaların yaş ortalamasının 54.2 ± 6.2 ve %59.3’nün erkek, %81.2’sinin evli, %34.3’nün ilköğretim ve lise düzeyinde eğitim aldığı, % 53.1’nin çalıştığı ve meslek olarak % 41.1’nin işçi olarak çalıştığı, ortalama 1005.6 ± 440.9 TL. aylık gelire ve tümünün bir sağlık güvencesine sahip oldukları, %78.1’nin eş ve ailesiyle oturdukları saptandı.

Kontrol gurubundaki hastaların yaş ortalamasının 54.2 ± 7.3 , %66.6’sının erkek, %75.7’sinin evli, %42.4’nün ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları, %57.7’sinin bir mesleği icra ettikleri ve bu mesleğinde %42.1’nin işçi olarak çalıştıkları saptandı. Aylık 1021 ± 712.9 TL kazandıkları ve tümünün bir sağlık güvencesine sahip olduğu, %72.7’sinin eşi ve ailesiyle birlikte oturdukları belirlendi.

Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikler Tablo 3’de gösterildi. Deney gurubunda hastaların %81.2’sinde kendisinden başka bir aile üyesinde KOAH bulunmadığı, hastaların %43.7’sinin sigara kullandıkları ve %35.7’sinin günde 5-10 ve üzeri miktarda sigara tükettikleri saptandı. Hastaların KOAH tanısı alma süreleri 4.1 ± 1.8 olduğu ve %75’nin doktorunun önerdiği şekilde kontrole gitmedikleri ve %68.7’sininde hastalığı hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi almadıkları bulundu.

Kontrol gurubu hastalarının ise %84.8’inin kendisinden başka bir aile üyesinde KOAH bulunmadığı, %39.4’nün sigara kullandığı, kullananların %46.3’nün günde on ve üzeri, sigara içenlerin %100’nün on yıldan fazla süredir içmekte oldukları bulundu. Hastaların KOAH tanısı alma süreleri 4.7 ± 2 yıl olduğu ve %78.8’nin düzenli doktor kontrolüne gitmediği, çoğunluğunun hastalığı hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

		DENEY		KONTROL	
		X ± SS		X ± SS	
Yaş		54.2 ± 6.2		54.2 ± 7.3	
		S	%	S	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	19	59.3	22	66.6
	<i>Kadın</i>	13	40.7	11	33.4
Medeni durum	<i>Evli</i>	26	81.2	25	75.7
	<i>Bekar</i>	-	-	-	-
	<i>Dul</i>	6	18.8	8	24.3
Eğitim Düzeyi	<i>Okur-Yazar</i>	6	18.7	6	18.1
	<i>İlköğretim</i>	11	34.3	14	42.4
	<i>Lise</i>	11	34.3	9	27.2
	<i>Yükseköğretim</i>	4	12.7	4	12.3
Çalışma Durumu	<i>Çalışıyor</i>	17	53.1	19	57.7
	<i>Çalışmıyor</i>	15	46.9	14	42.3
Meslek	<i>İşçi</i>	7	41.1	8	42.1
	<i>Serbest Meslek</i>	6	35.2	6	31.5
	<i>Memur</i>	4	23.7	5	26.4
Çalışmama Nedeni	<i>Hastalık nedeniyle</i>	3	20	2	14.2
	<i>Emekli</i>	4	26.6	3	21.1
	<i>Ev Hanımı</i>	3	20	4	28.8
	<i>Diğer nedenler</i>	5	33.4	5	35.9
Aylık Gelir		1005.6±440.9		1021±712.9	
Sağlık Güvencesi	<i>Var</i>	32	100	33	100
	<i>Yok</i>	-	-	-	-
Birlikte Yaşadığı Kişiler	<i>Eş</i>	3	9.4	2	9
	<i>Eş ve aile</i>	25	78.1	24	72.7
	<i>Diğer</i>	4	12.5	6	18.3

Tablo 3. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri

		<i>DENEY</i>		<i>KONTROL</i>	
		n	%	n	%
Ailede KOAH Hastası Varlığı	<i>Var</i>	6	18.8	5	15.2
	<i>Yok</i>	26	81.2	28	84.8
Sigara Alışkanlığı	<i>Var</i>	14	43.7	13	39.4
	<i>Yok</i>	10	31.2	10	30.3
	<i>Bırakmış</i>	8	25.1	10	30.3
Sigarayı Hala İçenlerin Günlük İçtikleri Sigara Adedi	<i>1-5</i>	4	28.6	3	23
	<i>5-10</i>	5	35.7	4	30.7
	<i>10 ve üzeri</i>	5	35.7	6	46.3
Sigarayı Hala İçenlerin Sigara İçme Süreleri	<i>1 Yıldan az</i>	-	-	-	-
	<i>1-5 Yıl</i>	-	-	-	-
	<i>10 Yıl ve üzeri</i>	14	100	13	100
KOAH Tanı Yılı		4.1±1.8		4.7 ± 2	
Doktorun Önerdiği Şekilde Kontrole Gitme Durumu	<i>Evet</i>	8	25	7	21.2
	<i>Hayır</i>	24	75	26	78.8
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu	<i>Evet</i>	10	21.3	12	36.4
	<i>Hayır</i>	22	68.7	21	63.6
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Kaynakları	<i>Doktor</i>	-	-	-	-
	<i>Hemşire</i>	-	-	-	-
	<i>Dergi, Broşür, Gazete</i>	5	50	5	41.7
	<i>Radyo, televizyon</i>	-	-	-	-
	<i>Diğerleri</i>	5	50	7	58.3

Deney ve kontrol gurubundan elde edilen ön test ortalamalarının birbirleri ile karşılaştırılmasına yönelik yapılan Student-t testi sonuçları Tablo 4’de verildi. Sonuçlar tüm alt boyutlarda ön testlerden elde edilen ortalamaların farklı olmadığını gösterdi ($p>0.05$).

Tablo 4. Deney ve kontrol gurubundaki hastaların uyumlarının ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	<i>Deney</i>		<i>Kontrol</i>		<i>Anlamlılık Derecesi</i>	
	X	SS	X	SS	t	p
<i>Uyum Değerlendirme Formu</i>						
<i>Alt Başlıkları</i>						
Fizyolojik Uyum	13.93	4.015	13.06	2.410	1.071	.288
Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyum	14.75	3.715	14.18	2.493	.726	.471
Benlik Kavramı-Kişisel Benlik Uyum	10.06	3.671	10.09	2.198	.038	.970
Rol Fonksiyon Uyum	8.90	2.506	8.78	2.117	.206	.838
<i>Karşılıklı Dayanışma Biçimi</i>						
ASD-AR	10.40	4.422	11.86	4.666	1.250	.216
ASD-AL	16.53	3.674	17.73	2.981	1.389	.170

Deney ve kontrol gurubundan elde edilen son test ortalamalarının karşılaştırılması deney grubunda uyum değerlendirme alt boyutlarının tümünde istatistiksel anlamlılık yaratacak şekilde ortalamaların azaldığını ortaya koydu. Bununla birlikte aile ve arkadaşan algılanan sosyal destekte bir artışın olduğu ancak bu artışın ASD-AL ortalaması için istatistiksel açıdan önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Deney ve kontrol gurubundaki hastaların uyumlarının son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	<i>Deney</i>		<i>Kontrol</i>		<i>Anlamlılık Derecesi</i>	
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Uyum Değerlendirme Formu</i>						
<i>Alt Başlıkları</i>						
Fizyolojik Uyum	6.25	1.917	15.51	1.804	20.065	.000
Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyum	5.56	1.740	15.75	2.385	19.635	.000
Benlik Kavramı-Kişisel Benlik Uyum	4.71	1.570	12.42	2.372	15.391	.000
Rol Fonksiyon Uyum	3.43	1.293	9.93	1.539	18.403	.000
<i>Karşılıklı Dayanışma Biçimi</i>						
ASD-AR	15.86	1.279	11.86	4.621	4.569	.000
ASD-AL	18.26	.868	17.36	3.274	1.455	.151

Deney ve kontrol guruplarından uyum değerlendirme formunda yer alan alt başlıklardan elde edilmiş son test ortalamalarının dağılımı ve Student- t testi sonuçları Tablo 6’da verildi. Sonuçlar tüm alt boyutlarda deney gurubundaki hastalara ait puan ortalamalarının kontrol gurubundaki hastalardan düşük olduğunu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterdi ($p<0.001$).

Tablo 6. Deney ve kontrol gurubuna ait uyumu değerlendirme formunda yer alan alt başlıklarından elde edilen son test ortalamalarının dağılımı ve Student- t testi ile karşılaştırma sonuçları

		<i>Deney</i>		<i>Kontrol</i>		<i>Anlamlılık Derecesi</i>	
		<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Fizyolojik Uyum</i>	Oturma ya da yatma	.68	.470	1.45	.505	6.324	.000
	Soyunma ya da giyinme	.56	.504	1.39	.555	6.313	.000
	Banyo yapma	.59	.498	1.45	.505	6.906	.000
	Ev içinde dolaşma	.53	.507	1.42	.560	6.728	.000
	Merdiven çıkma	.78	.420	1.72	.452	8.732	.000
	Yokuş çıkma	.81	.396	1.96	.174	15.313	.000
	Yemek yeme	.68	.470	1.39	.555	5.522	.000
	Kişisel bakım	.50	.508	1.39	.609	6.414	.000
	Tuvalet alışkanlığı	.53	.507	1.36	.488	6.741	.000
	Uyku alışkanlığı	.56	.504	1.93	.242	14.105	.000
<i>Fiziksel Benlik Uyum</i>	Nefes alamamaktan korkma	.50	.508	1.48	.507	7.818	.000
	Nefes darlığında kendini ifade etme sıkıntısı	.59	.498	1.75	.435	10.030	.000
	Nefes darlığının aile ve kendi için sıkıntı yaratması	.56	.504	1.66	.478	9.058	.000
	Hastalığı nedeni ile sosyal ilişkilerin bozulması	.50	.508	1.66	.478	9.532	.000
	Öksürmelerin yorması	.59	.498	1.39	.555	6.103	.000
	Eskiye nazaran çok kolay yorulma	.62	.491	1.72	.452	9.410	.000
	Öksürmelerden dolayı insanların uzaklaşma	.59	.498	1.63	.488	8.512	.000
	Hastalığından dolayı yaşlanmış ve çirkin hissetme	.50	.508	1.12	.739	3.934	.000
	Aile ya da çevreye yük olduğunu hissetme	.53	.507	1.54	.505	8.074	.000
	Kendini güçsüz, hiçbir şeyin üstesinden gelemeyecekmiş gibi hissetme	.56	.504	1.75	.435	10.242	.000
<i>Kişisel Benlik Uyum</i>	Hastalığından dolayı kendini işe yaramaz hissetme	.53	.507	1.24	.560	5.358	.000
	Kendini eskisi kadar yaşam karşısında güçlü hissetmeme	.65	.482	1.63	.488	8.135	.000
	Öksürük, nefes darlığı gibi sorunların toplum içinde zor durumda bırakması	.50	.508	1.48	.507	7.818	.000
	Sıklıkla hastalığın neden başına geldiğini sorgulama	.43	.504	1.21	.545	5.943	.000
	Geleceği belirsiz ve karanlık görme	.59	.498	1.54	.505	7.636	.000
	Kendini üzgün sıkıntılı ilgisiz hissetme	.62	.491	1.48	.507	6.933	.000
	İyileşeceğine dair umutlu olmama	.59	.498	1.69	.466	9.209	.000
	Bu hastalığı tanrının bir cezası olarak görme	.43	.504	1.21	.599	5.628	.000
	Dini ibadetlerini yerine getirmede zorlanma	.34	.482	.90	.458	4.843	.000
<i>Rol Fonksiyon Uyum</i>	Hastalığından dolayı önceden yaptığı işleri yapamama	.62	.491	1.87	.331	12.086	.000
	Eğlence ve sporda zorlanma	.56	.504	1.90	.291	13.231	.000
	Ev işlerini eskisi kadar rahat yapamama	.59	.498	1.48	.507	7.136	.000
	Dışarı işlerini eskisi kadar rahat yapamama	.56	.504	1.57	.501	8.120	.000
	Hastalığın geçimini sürdürecekt işlerin yapılmasını engellemesi	.56	.504	1.57	.501	8.120	.000
	Çocukların bakımını sürdürmede zorlanma	.53	.507	1.51	.507	7.818	.000

Tablo 7. Deney gurubundaki hastaların ön test-son test uyum değerlendirme puan ortalamaları ile aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının dağılımları ve karşılaştırılması

	<i>Ön Test</i>		<i>Son Test</i>		<i>Anlamlılık Derecesi</i>	
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Uyum Değerlendirme Formu</i>						
<i>Alt Başlıkları</i>						
Fizyolojik Uyum	13.93	4.015	6.25	1.917	9.772	p<0.001
Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyumu	14.75	3.715	5.56	1.740	12.667	p<0.001
Benlik Kavramı-Kişisel Benlik Uyumu	10.06	3.671	4.71	1.570	7.570	p<0.001
Rol Fonksiyon Uyumu	8.90	2.506	3.43	1.293	10.969	p<0.001
<i>Karşılıklı Dayanışma Biçimi</i>						
ASD-AR	10.40	4.422	15.86	1.279	6.504	p<0.001
ASD-AL	16.53	3.674	18.26	.868	2.515	p<0.05

Deney gurubundaki hastaların uyum değerlendirme formu ve ASD-AR ve ASD-AL ölçeği puan ortalamalarının dağılımları ve Student-t testi sonuçları Tablo 7’de gösterildi. Buna göre deney gurubu uyum değerlendirme formu alt boyutu olan fizyolojik uyum ön test puan ortalaması 13.93 ± 4.015 , son test puan ortalaması 6.25 ± 1.917 bulundu. Benlik kavramı olan fiziksel benlik uyumu ön test puan ortalamasının 14.75 ± 3.715 , son test puan ortalaması 5.56 ± 1.740 bulunurken iken kişisel benlik uyumu ön test puan ortalamasının 10.06 ± 3.671 , son test puan ortalamasının 4.71 ± 1.570 olduğu tespit edildi. Rol fonksiyon uyumu ön test puan ortalaması 8.90 ± 2.506 , son test puan ortalaması 3.43 ± 1.293 olarak belirlendi. ASD-AR ölçeğinden ön test puan ortalaması 10.40 ± 4.422 , son test puan ortalaması 15.86 ± 1.279 iken ASD-AR ölçeğinin ön test puan ortalaması 16.53 ± 3.674 , son test puan ortalaması $18.26 \pm .868$ olarak bulundu. Deney grubunun eğitim sonrası uyum puan ortalamalarının

istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı, algılanan sosyal desteğin ise yükseldiği yani hastalığa olan uyumun arttığı tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 8. Kontrol gurubundaki hastaların ön test-son test uyum değerlendirme puan ortalamaları ile aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının dağılımları ve karşılaştırılması

	<i>Ön Test</i>		<i>Son Test</i>		<i>Anlamlılık Derecesi</i>	
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Uyum Değerlendirme Formu</i>						
<i>Alt Başlıkları</i>						
Fizyolojik Uyum	13.06	2.410	15.51	1.804	4.683	p<0.001
Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyumu	14.18	2.493	15.75	2.385	2.623	p<0.01
Benlik Kavramı-Kişisel Benlik Uyumu	10.09	2.198	12.42	2.372	4.144	p<0.001
Rol Fonksiyonu Uyumu	8.78	2.117	9.93	1.539	2.526	p<0.01
<i>Karşılıklı Dayanışma Biçimi</i>						
ASD-AR	11.86	4.666	11.86	4.621	.000	p>0.05
ASD-AL	17.73	2.981	17.36	3.274	.453	p>0.05

Kontrol gurubundaki hastaların uyum değerlendirme formu ve ASD-AR ve ASD-AL ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde fizyolojik uyum ön test puan ortalaması 13.06 ± 2.410 , son test puan ortalaması 15.51 ± 1.804 bulundu. Kontrol gurubu uyum değerlendirme formunun alt boyutunda benlik kavramı olan fiziksel benlik uyumu ön test puan ortalaması 14.18 ± 2.493 , son test puan ortalaması 15.75 ± 2.385 iken kişisel benlik uyumu ön test puan ortalaması 10.09 ± 2.198 , son test puan ortalaması 12.42 ± 2.372 'dir. Rol fonksiyon uyumu ön test puan ortalaması 8.78 ± 2.117 , son test puan ortalaması 9.93 ± 1.539 'dur. ASD-AR ölçeği ön test puan

ortalaması 11.86 ± 4.666 , son test 11.86 ± 4.621 iken ASD-AR ölçeği ön test puan ortalaması 17.73 ± 2.981 , son test puan ortalaması 17.36 ± 3.274 'dür. Kontrol grubunda uyum puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, aile ve arkadaşan algılanan sosyal desteğin ise benzer kaldığı yani hastalığa uyum sağlanamadığı tespit edildi (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular konu ile ilgili literatür ışığında tartışıldı.

Elde edilen sonuçlar deney ve kontrol guruplarının KOAH uyumlarının ön test ve son test karşılaştırılması Tablo 4 ve 5’de; deney ve kontrol gurubundan son test ile elde edilen alt boyut puan ortalamalarının dağılımı ise Tablo 6’da görülmektedir. Araştırma sonuçları her iki grubun başlangıçta hastalığa uyum açısından benzer özellikler taşıdığını, verilen eğitimin tüm alt boyutlarda hastalığa uyumda önemli bir katkı sağladığını ortaya koydu.

KOAH’lı hastalar hastalıklarının şiddetine göre değişen düzeylerde yaşam kaliteleri bozulmuş ve aktiviteleri azalmış hasta gurubudur. Ev içinde hareketleri, hatta giyinip soyunmaları, tıraş olmaları ve banyo yapmaları bile zorlaşır³. Ünsal’ın¹⁰⁹ yapmış olduğu araştırma bulguları KOAH hastalarının %96.9’nun banyo, %18.7’sinin giyinme sırasında yardım aldıklarını, %50’sinin hareket, %56.8’inin boşaltım aktivitesinin etkilendiğini göstermiştir¹⁰⁹. Özkan’ın¹¹⁰ araştırmasında ise hastaların günlük gereksinimlerini sürdürmede vücut bakımını çok zorlanarak yapabildiği saptanmıştır.

Yapılan araştırmalar KOAH’lı bireylerin uyku kalitelerinin etkilendiğini bildirmektedir^{109,111,112}. Birçok KOAH’lı hastanın uyku etkinliği azalmıştır, uyanıklık dönemleri sık ve süreleri uzundur. Bunun gece öksürükleri, gece nefes darlığının artması, kullanılan ilaçlar ve yaşlanmanın uykuya etkileri gibi birçok sebebi olabilir. KOAH’lı olguların kronik yorgunluk ve yaşam kalitesinin bozulmasında bu tür uyku sorunlarının katkısı çoktur³. Akıncı’nın¹¹³ araştırmasında KOAH’lı olanlarda pulmoner rehabilitasyon sonrası egzersiz performansında bir artış söz konusu olduğu

bulunmuştur. Roy Adaptasyon modeli doğrultusunda eğitim verildikten sonra fizyolojik gereksinimler alt boyutunda hastaların kendi ihtiyaçlarını kendileri karşıladıkları ve kişisel bakımda yardım almadıkları bulunmuştur. Bu durum hastalara RAM'ne göre verilen planlı eğitimin ve takibin hastalığa uyumunda etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kontrol gurubundaki hastalarda fizyolojik uyumdaki zorlanma, hastalık hakkında yeterince bilgilendirilmeme ve hastalığın gün geçtikçe ilerlemesinin beraberinde getirdiği olumsuz sonuçlardan kaynaklanmış olabilir.

Roy'un Modelinde ben kavramı biçimi iki alt alana ayrılmış olarak ifade edilir. Fiziksel ben, benlik duygusu ve beden imajını, kişisel ben ise anksiyete, güçsüzlük ve suçluluk duyguları bu bölümdeki zorlukların habercisi olabilir²⁷. Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur¹¹⁴. KOAH'lı hastaların sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşamakta oldukları birçok araştırmada tespit edilmiştir^{115,116}. Kronik solunumsal hastalıklarda negatif duygular ve kızgınlıkta beraberinde görülebilmektedir¹¹⁷. Kara'nın⁹⁶ çalışmasında kontrol gurubu olgularında hastaneye kabul sırasında umutsuzluk tanısı %13.3 iken taburculuk aşamasında %20'ye çıkmıştır. Yine Kara ve Mirici'nin⁹⁹ araştırmasında KOAH hasta ve eşlerinde orta düzeyde yalnızlık yaşadıkları tespit edilmiştir. Akbal¹¹⁸ ve Çiçek'in¹¹⁹ araştırmasında da KOAH hastalarında yorgunluğun sık yaşandığı saptanmıştır.

Tehdit edici bir olay karşısında bireyler olayı objektif olarak yorumlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler. Bireylerin belirsizlikle baş etmeleri için bilgi gereksiniminin karşılanması gerekir. Belirsizlik oluşturan hastalıklar ve stresli yaşam olayları bireylerin yeni kimlik ve benlik imajı oluşturmalarını engellemektedir. Bu durumda birey ancak yeni bir kimlik ve imaj

değiştirmesiyle sorununun üstesinden gelebilmekte ve yeni durumuna uyumu kolaylaşabilmektedir¹²⁰. Alkan ve arkadaşları¹²¹ araştırmasında KOAH olgularına düşük yoğunluklu ve minimal gözetimli ev egzersiz programları ile fiziksel aktivite şikâyetlerin de azalma kadar hastaların duygu durumlarında da düzelme sağladığını ortaya koymuştur. Akıncı'nın¹¹³ yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylere uygulanan pulmoner rehabilitasyon sonrası hastaların fiziksel ve psikolojik değişkenlerde olumlu gelişmeler sağlanmıştır. Bu doğrultuda mevcut araştırma bulguları literatür bilgileri ile uyum göstermektedir.

Hastaların rol fonksiyon uyumu açısından sonuçlar değerlendirildiğinde deney gurubunda kontrol gurubuna oranla ortalamaların istatistiksel olarak çok önemli oranda azaldığı saptandı. Elde edilen bu bulgu kişilerin Roy adaptasyon modeli doğrultusunda eğitim verildikten sonra hastalığını tanıması ve semptom yönetimini sağlaması ile fiziksel-ruhsal kendini iyi hissetmesinin rol fonksiyon uyumu alt boyutunu da olumlu yönde etkilemesiyle açıklanabilir. Benzer şekilde Ünsal¹⁰⁹ ve Kara'nın⁹⁶ araştırma sonuçları KOAH'na sahip hastaların çalışma ve uğraş aktivitelerinin etkilendiğini göstermiştir.

Araştırma sonuçları verilen eğitimin arkadaştan algılanan sosyal desteği önemli oranda geliştirdiğini, ancak aile desteğinde sağladığı artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi (Tablo 4 ve 5). Aile desteğinde anlamlı bir gelişmenin olmaması araştırma kapsamında değerlendirilen her iki grup hastanın çoğunluğunun Türk toplum kültürü ve yapısına uygun olarak eş ve aileleri ile birlikte yaşıyor olması ve aile üyelerinin bir birine bağlı olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamında deney gurubunda son test puan ortalamaları ile fizyolojik uyum, benlik kavramı (fiziksel ve kişisel) uyumu ve rol fonksiyon

uyumundan elde edilen puan ortalama değerlerinin ön test ile elde edilen değerlerden anlamlı oranda azaldığı yani verilen eğitim sonucu hastalığa olan uyumun arttığı bulundu (Tablo 7). Buna karşın kontrol gurubu hastalarından elde edilmiş olan uyum değerlendirme ortalamalarının istatistiksel olarak önemli oranda yükseldiği yani birey üzerinde hastalık etkilerinin giderek şiddetini arttırdığı tespit edildi (Tablo 8). KOAH'lı hastalarda zamanla yaşam kalitesinin, özellikle fiziksel rol komponentinin, önemli derecede etkilendiği görülmüştür. Hastalık ağırlaştıkça hastaların genel sağlığı, fiziksel ve sosyal fonksiyonları ile enerji komponentleri daha da bozulmaktadır. KOAH'lı hastalarda tedavinin amaçlarından biri de yaşam kalitesinin artırılmasıdır¹²². KOAH hastalarına uygulanan planlı hasta öğretimi sonunda; hastaların evde düzenli ilaç kullanma oranlarının arttığı, düzenli ve doğru ilaç kullanma²⁴ ve göğüs fizyoterapisi uygulama yapma durumunun semptom kontrolünü başarma, pulmoner fonksiyonlardaki kayıpları kontrol etmede etkili olduğu ve hastaların tekrarlı yatış sayısının azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır¹³. KOAH'da uygulanan eğitimler ve pulmoner rehabilitasyon programları ile hastalıkla baş etmede olumlu gelişmeler kaydedilmiştir^{3,36,60,66,113,123}. Elde edilen sonuçlar yukarıdaki çalışma ve literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

Deney gurubu hastalarının aile ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının önemli oranda yükseldiği, kontrol gurubunda ise değişmediği bulundu. Benzer şekilde Aras ve Tel'in¹⁰⁰ çalışmasında KOAH'lı hastalar tarafından algılanan aile ve arkadaş desteğinde önemli değişimler olduğu, sosyal ağdaki birey sayısının azaldığı ve hastalara sosyal desteğin daha çok aile bireyleri tarafından sağlandığı tespit edilmiştir. Yine Korkmaz'ın¹¹⁵ çalışmasında da KOAH'lı olguların sosyal destek kaynaklarından aile desteğini daha çok kullandıkları saptanmıştır. KOAH'lı hastaların

fiziksel aktiviteleri kısıtlı olduğundan, yaşamlarının tüm yönleri etkilenmektedir. Hastaların çalışmaları etkilenir, spor ve eğlence aktiviteleri katılımı kısıtlanır, aile içi ilişkiler azalır⁹⁰. Hastalığın ilerlemesi kişiye otonomisini kaybettiren hastanın en önemli aktivitelerinin veya ilişkilerinin değişmesine neden olabilir. Ayrıca fiziksel ve ruhsal uyumu zorlaştırabilir. Zamanla ev dışı aktivitelere katılım sınırlanır, ilişkiler ya telefona bağlı hale gelir ya da tamamen kesilir. Tüm bu sorunlar utanç, kaygı veya depresyonun gelişmesine katkıda bulunabilir¹⁰¹. Bu sonuçlar eğitim sonrası deney gurubu hastalarının duygularını paylaşıp hale geldiğinin, yardım istemekten çekinmediğinin ve sosyal izolasyon yaşamadığının bir göstergesi şeklinde açıklanabilir.

Roy'un uyum modeli bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele almayı sağlamaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular deney gurubu olgularında fiziksel uyum, benlik kavramları (fiziksel ve kişisel benlik uyumu), rol fonksiyon uyumu, aile ve arkadaş desteğinde bir artışın olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar ışığında KOAH'da hastalığa uyumu artırmak için verilen planlı eğitimde Roy Adaptasyon Modelinin kullanılmasının etkili olduğu sonucuna varılabilir. KOAH'da Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak yapılan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Fakat bu model kullanılarak farklı hastalıklar üzerinde yapılan çeşitli araştırma sonuçları modelin hastalığa olan uyumu arttırdığı göstermiştir^{31-33,124}.

Bu sonuçlar doğrultusunda "Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim hastalığa uyumu artırır" hipotezi (H_1) kabul edildi, H_0 hipotezi reddedildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada KAOH'lı hastalara RAM doğrultusunda eğitim vermenin fizyolojik uyum, fiziksel ve kişisel benlik uyumu ve Rol fonksiyon uyumunda istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığı bulundu. Arkadaştan algılanan sosyal destekte önemli oranda bir artış sağlanırken aileden algılanan destekte artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Hastalara yakınları ile birlikte hastalıkla ve stresle baş etme yöntemleri öğretilmesi ayrıca KOAH hastalarının hastalığa fizyolojik psikososyal uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesi düzeyinin yükselmesi için multidisipliner ekip yaklaşımının sağlanması ve bu konuda kurum politikasının oluşturulması,
2. Hastaların en çok kullandığı kitle iletişim araçları olarak televizyon, gazete ve dergi vasıtasıyla bilgilerin kısa ve akılda kalıcı anekdotlar şeklinde verilmesi,
3. KOAH hastaların düzenli olarak izlenmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, hastalığa uyumu arttırdığı için, poliklinikte bu izlemi yapacak nitelikte bir hemşirenin yetiştirilerek görevlendirilmesi,
4. Hastalar için Roy Adaptasyon Modeli temelinde standart bir eğitim programının oluşturulması ve hastalar için bir kayıt sistemi hazırlanarak belli aralıklarla takip edilmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Öz B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında patoloji. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 23-36.
2. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/01.12.09>.
3. Küçükusta AR. KOAH ile mutlu ve sağlıklı yaşama rehberi. İstanbul, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic AŞ, 2009: 22.
4. <http://www.toraks.org.tr/guide.php?rid=2>.
5. http://www_who.int/respiratory/publications/en/01.12.09.
6. Kıyan E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Son gelişmeler. 9.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 5-9 Eylül, 2007.
7. www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosyagoster.aspx.
8. Gürgün M, Erdinç F. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 375-82.
9. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. J Clin Nurs 2005; 14: 805-12.
10. Fraser D, Kee C, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. J Adv Nurs 2006; 55: 550-58.
11. Gökmen G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda eğitimin anksiyete düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1992.
12. İnci D, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında günlük aktivitelerinin değerlendirilmesi. Tur Toraks Derg 2005; 6: 31-36.

13. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı öğretimin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 1998; 2: 41-51.
14. Oksel E, Gündüzoğlu NÇ, Fadiloğlu Ç. KOAH'lı hastaların yaşam deneyimleri: fenomolojik yaklaşım. 10.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 15 -19 Ekim, 2008.
15. Tel H, Yıldız FT,Karaözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomolojik yaklaşım. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 30 Eylül-4 Ekim, 2009.
16. Atagöz K. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
17. Barnes JP, Holgate TS, Wouters EFM. Göğüs Hastalıkları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000: 12-13.
18. Erdoğan Ö. Myokart infarktüsü tanısıyla hastaneye yatan hastalara verilen planlı sağlık eğitimin hastaların bilgi düzeylerine ve tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1994.
19. White RB. Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. Nephrol Nurs J 2004; 31: 432-35.
20. Couriel J. Asthma in adolescence. Pediatric Respiratory Reviews 2003; 4: 47-54.
21. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Derg 2007; 49: 132-36.

22. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2009; 12: 67-73.
23. Çiçek SH. KOAH'lı hastanın eğitimi. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 30 Eylül-4 Ekim, 2009.
24. Çam O, Göçemen N. KOAH ve astım hastalarının inhalasyon cihazlarını kullanım becerilerinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi HYO Derg 2006; 22: 27-40.
25. Güner A, Atak N. Evaluation of effects of health education of patients with COPD. Tuberk Toraks 2002; 50: 451-61.
26. Ay Akça F. Hemşireliğin Kuramsal Yapısı. In Ay Akça F, eds. Temel Hemşirelik. İstanbul, 2007: 5,15-17.
27. Velioğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuram. İstanbul, Alaş Ofset, 1994: 24-116, 372-398.
28. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir, Etki Matbaacılık, 2004: 85-89,78-82, 92-147.
29. Samarel N, Tulman N, Fawsett J. Effects of two types of social support and education on adaptataion to early stage breast cancer. Res Nurs Health 2002; 25: 459-70.
30. Tsai PF, Tak S, Moore C, Palencia I. Testing a theory of chronic pain. J Adv Nurs 2003; 43: 158-69.
31. Bakan G. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modelinin etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
32. Cihangir N. Astımlı adölsanlarda uyum ve öz-bakım modellerine göre geliştiren hemşirelik yakaşımalarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2007.
33. Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2001.
 34. Hull A, Gosellink R, Postmus P, Kwakkel G. Trainnig with inspratory pressure support in patients with severe COPD. Eur Respir J 2006; 27: 62-72.
 35. Koçyiğit E. KOAH ve tedavisi. Nobel Med 2007; 3: 4-11.
 36. Çil A, Olgun N. KOAH'ın pulmoner rehabilitasyonla yönetimi. Ege Üniversitesi HYO Derg 2005; 21: 103-13.
 37. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara, Sistem Ofset, 2005: 71-80, 368-372.
 38. Tokem Y. Myokard infaktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999.
 39. Mirici A. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığının epidemiyolojisi ve risk faktörleri. In Umut S, Erdiñç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 1-11.
 40. Kocabaş A. Yeni bir küresel salgın: kronik obstrüktif akciğer hastalığı. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 13-17 Eylül, 2006.
 41. <http://www.who.int/features/qa/48/en/index.html>.
 42. <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>.

43. Günen H, Yetkin H. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığının epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Sendrom KOAH Özel Sayı 2008; 4-7.
44. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 10-22.
45. Mac Nee W, Rennard S. Chronic Obstruktive Pulmonary Disease. In Dursun NA, eds. Fast facts: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd Şti, 2007: 9-44.
46. Sürederem M. Çocuktan erişkine KOAH. Tur Toraks Derg 2004; 5: 31-36.
47. Kara M. Preparing nurses for the global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. J Nurs Scholarsh 2005; 37: 127-33.
48. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağ Hiz Derg 2008; 3: 3-16.
49. Hacıevliyagil SS. Alt solunum sistemi ve tütün. In Karadağ M, Bilgiç H, eds. Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul, AVES Yayıncılık, 2010: 173-89.
50. Mac Nee W, Zuwallack R, Keenan J. Clinical manaegment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In Ersoy B, Yıldırım N, eds. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına klinik yaklaşım. İstanbul, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd Şti, 2008: 2-143.
51. Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL et al. KOAH'ın tanımı, epidemiyolojisi ve doğal seyri. Eur Respir J 2007; 30: 993-1013.
52. Tatlıcıoglu T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve geleceği. Tuberk Toraks 2007; 55: 303-18.

53. Mac Nee W. Update in chronic obstructive pulmonary disease Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 820-29.
54. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Newyork, Lippincott, 2004: 569-587.
55. Günen H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında klinik bulgular ve tanısal yaklaşım. In Umut S, Erdiñç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 83-93.
56. Gencer M, Ceylan E. KOAH'ın tanımı, fizyopatolojisi, semptomları ve bulguları. Klin Akt Tıp Derg KOAH Özel Sayısı 2006; 11: 5-9.
57. Karadakovan A. KOAH. In Akbayrak N, eds. Hemşirelik bakım planları. Ankara, 2007: 202-05.
58. Canobbio MM. Mosby's handbook of patient teaching. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2006: 259-61.
59. Erdiñç M. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tedavi. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 30 Eylül- 4 Ekim, 2009.
60. Karadakovan A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve hemşirelik bakımı: kronik hastalıklarda bakım. İzmir, İntertıp Yayıncılık, 2002: 88-101.
61. Yıldırım N. KOAH. Türk Torax Derneği Okulu. VI. Kış Okulu 2007; 74-84.
62. Kartaloğlu Z. KOAH'ta ilaç tedavisi. Klin Akt Tıp Derg KOAH Özel Sayısı 2006; 11: 37-45.
63. Uzaslan EK. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığında genel tedavi ilkeleri. Akciğer Arşivi 2000; 1: 105-17.
64. Downs CA, Appel SJ. Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. J Am Acad Nurse Pract 2007; 19: 126-32.

65. Polatlı M. KOAH ve p nomoni. J Int Med Sci 2005; 1: 47-52.
66. Erk M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Rehabilitasyon. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul,  zg n Ofset Tic Ltd  ti, 2008: 177-82.
67. Savcı S. Fizyoterapi ve rahabilitasyon uygulamaları. In   pl  L, eds. KOAH tedavisi. Ankara, Poyraz Tıbbi Yayıncılık San. ve Tic. Ltd.  ti., 2007: 75-94.
68. Sönmez B, Aydilek R. Pulmoner rehabilitasyon. Klin Akt Tıp Derg KOAH  zel Sayısı 2006; 11: 57-62.
69. Olgun N, Aslan FE,  il A. Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. In Karadakovan A, Aslan FE, eds. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana, NOBEL Kitabevi, 2010: 411-56.
70. Olgun  . KOAH'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. Ege Üniversitesi HYO Derg 2005; 21: 103-13.
71. Christensen LB, Kockrow OE. Adult health nursing. USA, Mosby, 2006: 450-5.
72. Demir T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında sigaranın bırakılması. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul,  zg n Ofset Tic Ltd  ti, 2008: 177-82.
73. Melander SD. Case studies in critical care nursing a guide for applacation and review. USA, Saunders, 2004: 150-63.
74. <http://www.toraks.org.tr/sub/koah45.php>.
75. Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığında oksijen tedavisi. In Umut S, Erdinç E, eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul,  zg n Ofset Tic Ltd  ti, 2008: 177-82.
76. <http://www.toraks.org.tr/sub/koah46.php>.

77. Fadilloğlu Ç. İç hastalıkları hemşireliği el kitabı. In Akdemir N, eds. Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara, Koç Yayınları, 1998: 92-116.
78. Alligood T. Nursing theory utilization and application. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2002: 290-314.
79. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. Nursing models for practice. Philadelphia, Butterworth-Heinemann Elsevier, 2005: 123-142.
80. Fawset J. Contemporary Nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and their theories. USA, F. A. Davis Company, 2005: 364-385.
81. Tolson D, Mc Intosh J. The Roy Adaptation Model: a consideration of its properties as a conceptual framework for an intervention study. J Adv Nurs 1996; 24: 981-7.
82. Dixon EL. Community health nursing practice and the Roy Adaptation Model. Public Health Nurs 1999; 16: 90-98.
83. Erkal S. Sister Callista Roy'un hemşirelikte adaptasyon modeline göre bir vak'a çalışması. Hemşirelik Bülteni 1991; 5: 39-50.
84. Denise A, Cunningham RN. Application of Roy's Adaptation Model when caring for a group of women coping with menopause. J Community Health Nurs 2002; 19: 49-60.
85. Alligood T. Nursing theorists and their work. Philadelphia, Mosby/Elsevier, 2006: 354-359.
86. Erci B. Nursing theories applied to vulnerable populations: examples from Turkey. In Chesnay M, eds. Caring for the vulnerable perspectives in nursing theory, practice, and research. Canada, Jones and Bartlett, 2005: 47-51.
87. www.nipissingu.ca/faculty/arohap/aphome/.../SisterCallistaRoy_2.pdf.

88. <http://nursingtheories.blogspot.com/2008/07/sister-callista-roy-adaptation-theory.html>.
89. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2004; 39-47.
90. Türker H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında sosyal yaşam ve yolculuk. In Umut S, Erdiñç E eds. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 352-60
91. Gezen A, Erk M, Müsellim B, Demir T, Mutlu B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında üst ekstremitte egzersizlerinin yaşam kalitesine ve solunum fonksiyonlarına etkisi. Solunum 2001; 3: 60-65.
92. Kyung KA, Chin PA. The effect of a pulmonary rehabilitation programme on older patients with chronic pulmonary disease. J Clin Nurs 2008; 17: 118-25.
93. Levent Ö, Gürsel YK. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında pulmoner rehabilitasyonun etkisinin değerlendirilmesi. Romatizma 2003; 18: 1-7.
94. von Leupoldt A, Hahn E, Taube K, Schubert-Heukeshoven S, Magnussen H et al. Effects of 3-week outpatient pulmonary rehabilitation on exercise capacity, dyspnea, and quality of life in COPD. Lung 2008; 186: 387-91.
95. Karaaslan A. Benlik-saygısı: genel bir gözden geçirme. Ege Üniversitesi HYO Derg 1993; 9: 71-74.
96. Kara M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında bakım ve eğitimin öz-etkililik algısına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2002.
97. Ninot G, Moullec G, Desplan J, Prefaut C, Varray A Daily functioning of dyspnea, self-esteem and physical self in patients with moderate COPD before,

- during and after a first inpatient rehabilitation program. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1671-78.
98. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi HYO Derg* 2006 9: 68-75.
99. Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36: 331-6.
100. Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Tur Toraks Der* 2009; 10: 63-8.
101. Özmen M, Önen B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında psikiyatrik sorunlar. In Umut S, Erdiñç E eds. *Toraks kitapları*. İstanbul, Özgün Ofset Tic Ltd Şti, 2008: 333-52.
102. <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>.
103. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic AŞ, 2004: 83-113.
104. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1984; 11: 1-23.
105. Eskin M. Reliability, of the Turkish version of the percived social support from friends and family scales. *J Clin Psychol* 1993; 49: 515-22.
106. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları hemşireliği. Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2000: 229-232.
107. Bayık A. Hemşirelik araştırmalarında etik. In Erefe T, eds. *Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri*. İstanbul, Ofset Baskı, 2002: 27-48.
108. Ulusoy MF, Uçar H. Araştırma etiği. Ankara, Tasarım Ltd Şti, 2002: 27-40.

109. Ünsal A. Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2001.
110. Özkan S. KOAH ve astımlı hastalarda fonksiyonel performans ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006.
111. Esen H. KOAH hastalarında uyku kalitesinin ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Afyonkarahisar Koactepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008.
112. Ramar K. Sleep problems in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Tur Toraks Der 2008; 117-23.
113. Akıncı ÇA. KOAH'lı hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyonun fiziksel ve psikolojik parametrelere etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2008.
114. Özkan S. Psikiyatrik tıp: konsültasyon liyezoon psikiyatrisi. İstanbul, Roche, 1994: 109-113.
115. Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (KOAH) ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.

116. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7: 7.
117. Michaels CPM, Dedkhard S. Breathing intensity and word use in individuals with COPD. *Chron Respir Dis* 2008; 5: 197-204.
118. Akbal S. KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini etkileyen yorgunluğun değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2003.
119. Çiçek S, H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde yüksek protein içerikli beslenmenin arteriyal kan gazları, solunum fonksiyon testleri ve yorgunluk üzerine etkileri. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2007.
120. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psik Derg* 2001; 12: 61-68.
121. Alkan H, Sarsan A, Topuz O, Özkurt S, Moral A ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında ev rehabilitasyon programının etkinliği. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52: 51-54.
122. Soyuyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberk Toraks* 2006; 54: 259-66.
123. Çiçek SH. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde solunum egzersizlerinin kan gazları ve solunum fonksiyon testlerine etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2002.

124. Bucner EB, Simmons S, Brakefield JA, Hawkins AK, Feeley C et al. Maturing responsibility in young teens participating in an asthma camp: adaptive mechanisms and outcomes. *J Spec Pediatr Nurs* 2007; 12: 24-36.

EK - 1

HASTA TANITIM FORMU

- 1) Kaç yaşındasınız?.....
- 2) Cinsiyetiniz nedir?
 1. Erkek 2. Kadın
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 - 1.Evli 2.Bekar 3.Dul
- 4) Eğitim düzeyiniz nedir?
 - 1.Okur yazar 2.İlköğretim 3.Orta öğretim 4.Yüksek öğretim
- 5) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1.Evet çalışıyorum 2.Hayır çalışmıyorum
- 6) Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?
 1. İşçi
 2. Serbest
 3. Memur
- 7) Cevabınız çalışmıyorum ise nedeni nedir?
 - 1.hastalığım nedeni ile çalışmıyorum
 - 2.başka nedenlerden dolayı çalışmıyorum
 - 3.emekliyim
 - 4.ev hanımıyım
- 8) Aylık Geliriniz nedir? (Aynen yazınız).....
- 9) Sağlık güvenceniz var mı?
 1. Evet 2. Hayır
- 10) Kiminle Yaşıyorsunuz?
 1. Eşimle 2. Eşim ve ailemle 3. Yalnız 4. Diğer
- 11) Ailenizde sizden başka KOAH hastası var mı?
 1. Evet 2. Hayır
- 12) Sigara alışkanlığınız var mı?
 1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım
- 13) Cevabınız evet ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 1. 1-5
 2. 5-10
 3. 10 ve üzeri

14) Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

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

15) KOAH tanı süreniz ne kadar?.....

16) Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

17) Hastalığınız hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

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

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

EK - 2**UYUM DEĞERLENDİRME FORMU**

Hastalığınız aşağıdaki fonksiyonlarınızı ve algılarınızı değiştirdi mi?

	<i>Fizyolojik Uyum</i>	Hiç	Bazen	Çok
1	Oturmak ya da yatma durumunuzu.			
2	Soyunmayı ya da giyinmenizi.			
3	Banyo yapma durumunuzu.			
4	Ev içinde dolaşmanızı.			
5	Merdiven çıkmanızı.			
6	Yokuş çıkmanızı.			
7	Yemek yemenizi.			
8	Kişisel bakım (tıraş olmak makyaj yapmak, diş fırçalamak gibi) durumunuzu.			
9	Normal dışkılama alışkanlığınızı.			
10	Uyku alışkanlığınızı.			

	<i>Benlik Kavramı Uyumu</i>	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	<i>Fiziksel Benlik Uyumu</i>			
1	Nefes alamamak beni korkutuyor.			
2	Nefes darlığım kendimi ifade etmemde sıkıntı yaratıyor.			
3	Nefes darlığım ailem ve benim için sıkıntı yaratıyor.			
4	Hastalığımın dolayı sosyal ilişkilerim bozuluyor.			
5	Öksürmelerim beni yoruyor.			
6	Eskiye nazaran çok kolay yoruluyorum.			
7	Öksürmelerimden dolayı insanlar benden kaçıyor.			
8	Hastalığımın dolayı kendimi yaşlanmış ve çirkin hissediyorum.			
9	Aileme ya da çevreme yük olduğumu hissediyorum.			
10	Kendimi güçsüz, hiçbir şeyin üstesinden gelemeyecekmiş gibi hissediyorum.			

	<i>Kişisel Benlik Uyumu</i>	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastalığım dolayısı ile kendimi işe yaramaz hissediyorum.			
2	Kendimi eskisi kadar yaşam karşısında güçlü hissetmiyorum.			
3	Öksürük nefes darlığı gibi sorunlarım beni toplum içinde zor durumda bırakıyor.			
4	Sıklıkla hastalığın neden benim başıma geldiğini sorguluyorum.			
5	Gelecek benim için belirsiz ve karanlık görünüyor.			
6	Kendimi üzgün sıkıntılı ilgisiz hissediyorum.			
7	İyileşeceğime dair umutlu değilim.			
8	Bu hastalığı tanrının bana bir cezası olarak görüyorum.			
9	Dini ibadetlerimi yerine getirmede zorlanıyorum.			

	<i>Rol Fonksiyonu Uyumu</i>	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastalığımın dolayısı ile önceden yaptığım işleri yapamıyorum.			
2	Eğlence ve sporda zorlanıyorum.			
3	Ev işleri; yemek yapma, tamir yapma temizlik gibi faaliyetleri eskisi kadar rahat yapamıyorum.			
4	Fatura ödeme, alış veriş gibi işleri eskisi kadar kolay yapamıyorum.			
5	Hastalık geçimimi sürdürecekt işleri yapmayı engelliyor.			
6	Çocuklarımla bakımını sürdürmede zorlanıyorum.			

ASD-AL

YÖNERGE: Aşağıda çoğu insanın **ailesiyle ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: **EVET, HAYIR** ve **BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (X) koyarak belirtiniz.

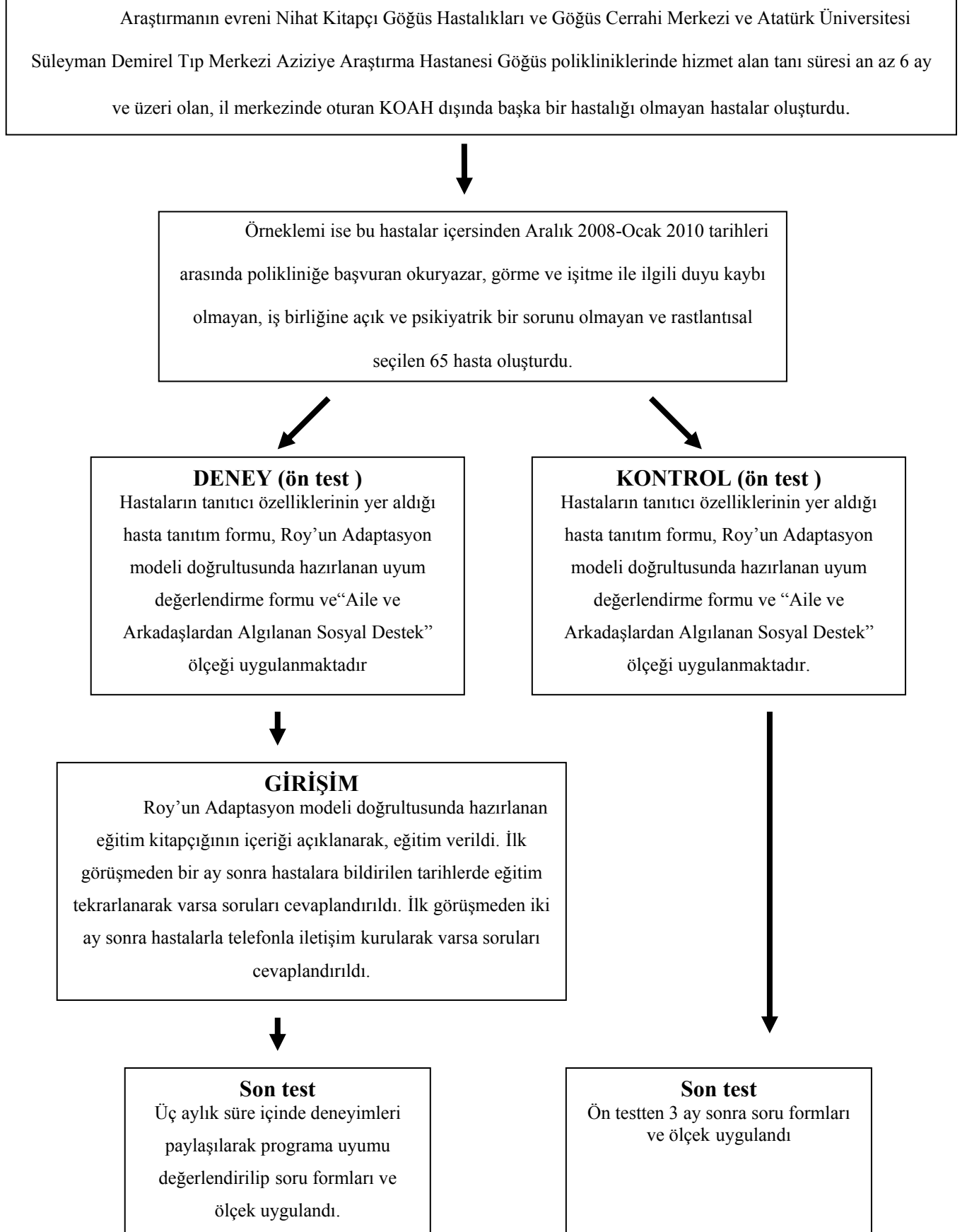
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Ailem bana gereğince manevi destek olur.			
2. Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.			
3. Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.			
4. Ailemde kendime yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum.			
5. Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
6. Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.			
7. Ailemdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmanlık amacıyla bana başvururlar.			
8. Ailemin duygusal desteğine güvenirim.			
9. Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağımı düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.			
10. Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
11. Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
12. Ailemde kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar			
13. Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.			
14. Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
15. Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.			
16. Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
17. Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.			
18. Ailemin problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
19. Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar yakın bir ilişkim yok.			
20. Ailemin çok farklı olmasını isterdim.			

ASD-AR

YÖNERGE: Aşağıda çoğu insanın **arkadaşlarıyla ilişkilerinde** yaşadıkları **duygu ve deneyimleri** yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: **EVET,HAYIR** ve **BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır.Lütfen her ifadeyi okuyarak duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (X) koyarak belirtiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1.Arkadaşlarım bana gereğince manevi destek olur.			
2. Pek çok insan arkadaşlarına benim arkadaşlarıma olduğumdan daha yakındır.			
3.Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
4.Bazı arkadaşlarım sorunları olduğunda veya danışmanlık amacıyla bana başvururlar.			
5.Arkadaşlarımın duygusal desteğine güvenirim			
6.Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduğunu sezsem bunu kimseye söylemem			
7.Kendimi arkadaş çevrem dışında hissediyorum			
8. Bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden konuşabileceğim bir arkadaşım var.			
9.Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
10.Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
11. Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar			
12.Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.			
13.Arkadaşlarımla bazısıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
14.Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.			
15.Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
16.Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.			
17.Arkadaşlarım problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
18.Arkadaşlarımla aramda, diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar yakın bir ilişkim yok.			
19.Geçenlerde neyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımla birisinden iyi bir fikir aldım.			
20.Arkadaşlarımla çok farklı olmasını isterdim.			

ARAŞTIRMA UYGULAMA PLANI



GİRİŞİMİN UYGULAMASI

- Hastaların tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı hasta tanıtım formu
- Roy'un Adaptasyon modeli doğrultusunda uyum değerlendirme formu,
- Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin uygulanması,
- Eğitim verilmesi



İkinci görüşme (Dördüncü Hafta);

Hastalara bildirilen tarihlerde eğitim tekrarlanarak öğrenmek istedikleri konularda açıklamalarda bulunuldu.



Üçüncü görüşme(Sekizinci Hafta);

Hastalarla telefonla iletişim kurularak programa uyumları tartışıldı. Genel durumları hakkında bilgi alınarak soruları cevaplandırıldı. Son bireysel görüşme için hastalarla tarih belirlendi.



Dördüncü görüşme (Üçüncü Ayda);

Üç aylık süre içinde deneyimleri paylaşılarak hastalıklarına olan uyumları değerlendirilerek, uyum değerlendirme formu ve Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı.



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B-10-4-İSM-4-25-00-09 /773-02
Konu : Anket Çalışması

5293/34

19 Şubat 2009

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi:05.01.2009 tarih ve 128 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Rahşan AKYIL' ın "Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının Hastalığı Uyumunda Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi" konulu anket çalışmasını ilgili Başhekimliğin ve servis sorumlu hekimliğinin sorumluluğunda ve uygun gördüğü saatlerde Müdürlüğümüze bağlı Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Nazife AKTAŞ
Vali Yardımcısı

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ATA.0.IH.01.18 / 128
Konu: Tez çalışması Hk.

Erzurum : 24.06.2009

ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 05.01.2009 Tarih ve 60 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Rahşan AKYIL'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığı Uyumunda Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi" ile ilgili tez çalışmasını Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde yapması Ana Bilim Dalımızda uygun görülmüştür..

Bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr.A.Metin GÖRGÜNER
Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Başkanı

“2008. 4.i “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 30.06.2008

1 i – Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi, Rağşan AKYIL'ın “ Kronik Obstrüktif Akciyer Hastalığı Olan Hastaların Hastalığa “Uyumunda Roy Adaptasyon Modelinin Etkisinin İncelenmesi ” tez konusu görüşüldü; İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

Başkan 
Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU

Başkan Yardımcısı
Doç.Dr.Halil YAZGI

Üye
Prof.Dr.Recep ORBAK
(Katılmadı)

Üye
Prof.Dr.İsmail CEYLAN

Üye
Prof.Dr.Adnan TEZEL

Üye
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM
(Katılmadı)

Üye
Doç.Dr.Mustafa ATASEVER

Üye
Doç.Dr.H.İnci GÜL

Üye(Raportör)
Yrd.Doç.Dr. Recep GÜRSOY