



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRE TARAFINDAN YAPILAN EV
ZİYARETLERİNİN VE TELEFON
DANIŞMANLIĞININ KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİNE VE ACİL SERVİS
KULLANIMINA ETKİSİ**

Sevda ÖZTÜRK

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05/07/2022

Sevda ÖZTÜRK

İthaf

Bu Doktora tezimi, tezimin her aşamasında büyük bir sabırla ve sevgiyle, benden desteğini esirgemeyen aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde desteğini esirgemeyen, bilimsel katkıları ve tecrübesiyle bana rehberlik eden değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Tez çalışmamın her aşamasında değerli görüşleri ile katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Kemal TURHAN'a,

Bana hep destek olan, en stresli olduğum zamanlarda sadece varlığı bile bana güç veren nişanlım Uğur Yavaş'a,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren, varlıkları ile bana güç veren ve bana güvenen canım aileme teşekkürlerimi sunarım.

Sevda ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

xi

RESİMLER DİZİNİ

xii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xiii

ÖZET

xiv

ABSTRACT

xv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Önemi

4

2.2. Kronik Hastalıklardan Korunma Yolları

6

2.3. Kronik Hastalıklarda Değiştirilebilir Davranışsal Risk Faktörleri

7

2.3.1. Tütün Kullanımı

7

2.3.2. Fiziksel Hareketsizlik

8

2.3.3. Sağlıksız Beslenme

9

2.3.4. Alkolün Zararlı Kullanımı

10

2.4. Kronik Hastalıklarda Metabolik Risk Faktörleri

11

2.4.1. Hipertansiyon

11

2.4.2. Hiperglisemi

13

2.4.3. Hiperlipidemi

14

2.4.4. Obezite

14

2.5. Kronik Hastalık Yönetimi

15

2.5.1. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi

16

2.5.2. Kronik Hastalıklarda İlaç Yönetimi

19

2.6. Kronik Hastalıklarda Acil Servis Kullanımı

20

2.7. Kronik Hastalıklarda Hemşire Tarafından Yapılan Ev Ziyaretlerinin ve Telefon Danışmanlığının Önemi	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmanın Kabul ve Dışlanma Ölçütleri	27
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	28
3.5.2. Hasta İzlem Formu	28
3.5.3. Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	28
3.5.4. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu	29
3.5.5. Ev Ziyareti	30
3.5.6. Telefon Danışmanlığı	31
3.5.7. Dijital Sfigmomanometre	31
3.5.8. Kan Şekeri Ölçüm Cihazı	32
3.5.9. Metre ve Baskül	32
3.5.10. Pulse Oksimetre	33
3.6. Hasta Eğitimleri	34
3.7. Hasta Bilgilendirme Broşürleri	37
3.8. Formların Ön Uygulaması	38
3.9. Araştırmanın Akış Şeması	38
3.10. Veri Toplama Yöntemi	40
3.10.1. Deney Grubuna Araştırmanın Uygulanması	41
3.10.2. Kontrol Grubuna Araştırmanın Uygulanması	44
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
3.12. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	46
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	91
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	101
6.1. Sonuçlar	101
6.2. Öneriler	102

7. KAYNAKLAR	104
EKLER	130
Ek 1. Hasta Bilgi Formu	131
Ek 2. Hasta İzlem Formu	132
Ek 3. Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	133
Ek 4. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu	135
Ek 5. Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	136
Ek 6. Deney Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	138
Ek 7. Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu	140
Ek 8. Diyabet Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu	148
Ek 9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yönelik Eğitim Sunumu	155
Ek 10. Astım Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu	164
Ek 11. Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu	175
Ek 12. Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü	181
Ek 13. Diyabet Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü	182
Ek 14. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yönelik Bilgilendirme Broşürü	183
Ek 15. Astım Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü	184
Ek 16. Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü	185
Ek 17. Etik Kurul İzni	186
Ek 18. Kurum İzni	189
ÖZGEÇMİŞ	190

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa
Tablo 1. Uzman görüşleri doğrultusunda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu maddelerinin kapsam geçerlilik oranları ve indeksi	30
Tablo 2. Klinik kan basıncı sınıflandırması	32
Tablo 3. Beden kütle indeksi sınıflandırması	33
Tablo 4. Pulse oksimetre ölçüm değerlerinin yorumlanması	34
Tablo 5. Hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği	35
Tablo 6. Diyabet hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği	35
Tablo 7. Kronik obstrüktik akciğer hastalığına yönelik eğitim sunumu içeriği	36
Tablo 8. Astım hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği	37
Tablo 9. Kronik kalp yetmezliği hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği	37
Tablo 10. Kontrol ve deney grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerinin özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	48
Tablo 11. Kontrol ve deney grubu hastalarının tanı ve tedavi özelliklerinin karşılaştırılması	50
Tablo 12. Kontrol ve deney grubu hastalarının bazı parametrelere göre ilk ve son izlem sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılması	52
Tablo 13. Kontrol ve deney grubu hastalarının araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonra acil servise başvurma nedenleri ile sıklığının dağılımı ve karşılaştırılması	54
Tablo 14. Kontrol ve deney grubu hastalarının araştırmanın 3. ve 6. ayda acil servise başvurma nedenleri ile sıklığının dağılımı ve karşılaştırılması	58
Tablo 15. Kontrol ve deney grubu hastalarının BKİ, kan basıncı, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümlerinin, ilk ve son izlem sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılması	62
Tablo 16. Kontrol ve deney grubu hastalarının MASES-SF ölçeği ilk ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması	64
Tablo 17. Kontrol ve deney grubu hastalarının SCMP-G ölçeği toplam ve alt boyut toplam puanlarının karşılaştırılması	66
Tablo 18. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	68

Tablo 19. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem SCMP-G ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması	73
Tablo 20. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem SCMP-G ölçeği alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırması	80



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Araştırmanın akış şeması	39
Şekil 2. Araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonraki başvuru sıklığının karşılaştırılması	56
Şekil 3. Araştırmaya başlangıcından 6 ay sonra acil servise en çok başvuru nedenleri ve sıklığının karşılaştırılması	57
Şekil 4. Araştırma başlangıcından sonraki 3. ay ve 3-6. aydaki acil servise başvurma sıklığı	60
Şekil 5. Araştırmanın 3. ayındaki acil servise en çok başvuru nedenlerinin ve sıklığının karşılaştırılması	60
Şekil 6. Araştırmanın 6. ayında acil servise en çok başvuru nedenleri ve sıklığının karşılaştırılması	61
Şekil 7. Kontrol ve deney grubu hastalarının MASES-SF ölçeği ilk izlem, 3. ay ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması	65
Şekil 8. Kontrol ve deney grubu hastalarının SCMP-G ölçeği ilk izlem, 3. ay ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması	67

RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Araştırmada kullanılan dijital sfigmomanometre	31
Resim 2. Araştırmada kullanılan kan şekeri ölçüm cihazı	32
Resim 3. Araştırmada kullanılan pulse oksimetre cihazı	33



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HbA1c	Glikolize Hemoglobin
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
KKY	Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MASES-SF	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu
Ort	Ortalama
SCMP-G	Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb	Ve Benzeri

Simge

dl	Desilitre
kg	Kilogram
m	Metre
mg	Miligram

ÖZET

Hemşire Tarafından Yapılan Ev Ziyaretlerinin ve Telefon Danışmanlığının Kronik Hastalık Yönetimine ve Acil Servis Kullanımına Etkisi

Bu araştırma, acil servise tekrarlı başvuruları fazla olan kronik hastalığa sahip bireylere, hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının, kronik hastalık yönetimine ve acil servis kullanımına etkisini değerlendirmek amacıyla retrospektif, prospektif ve randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma, Ocak 2021- Temmuz 2021 tarihleri arasında, Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesi'nin acil servisinde gerçekleştirildi. Araştırmaya, 34 kontrol ve 34 deney grubu olmak üzere toplam 68 hasta örnekleme alındı. Araştırmanın verileri, hasta bilgi formu, hasta izlem formu, kronik hastalık öz-bakım yönetimi ölçeği (SCMP-G), ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu (MASES-SF) kullanılarak toplandı. Araştırmaya dahil edilen hastaların araştırma başlangıcından altı ay geriye dönük ve altı ay ileriye dönük olarak acil servise başvuru sıklığı ve şikayetlerinin karşılaştırılması yapıldı. Deney grubundaki hastalara üç ay boyunca ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı uygulandı. Bu ev ziyaretleri sırasında kişilerin gereksinimleri doğrultusunda bireysel yüz yüze eğitim ve bilgilendirmeler yapıldı. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmadı. Verilerin değerlendirilmesinde Oneway Anova, t-testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi, Ki kare ve Fisher's exact testleri kullanıldı.

Kronik hastalarda acil servise yapılan tekrarlı başvurunun en fazla hipertansiyon nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Araştırma başlangıcından 6 ay sonra deney grubundaki kişilerin acil servise başvurma sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubundaki kişilerin son izlemde MASES-SF ölçeğinin, SCMP-G ölçeğinin ve bu ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma sonuçlarına göre, hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servis kullanım sıklığını azalttığı, acil servis kullanım nedenlerini değiştirmese bile aynı nedenlerle tekrar başvuru oranının azalmasında etkili olduğu, ilaç ve öz bakım yönetimi üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, danışmanlık, eğitim, ev ziyareti, hemşire, kronik hastalık

ABSTRACT

The Effects of Home Visits and Telephone Counseling by Nurses on Chronic Disease Management and Emergency Service Use

This study was carried out as a retrospective, prospective and randomized controlled experimental study to evaluate the effect of home visits and telephone counseling on chronic disease management and emergency service use of individuals with chronic diseases who have repeated admissions to the emergency department.

The research was conducted in the emergency service of Yağlıdere Public Hospital between January 2021 and July 2021. In the study, a total of 68 patients, 34 patients in the control group and 34 in the experimental group, were included in the sample. The data of the study were collected using the patient information form, patient follow-up form, self-care management processes-guarding (SCMP-G), medication adherence self-efficacy scale-short form (MASES-SF). The frequency of admission to the emergency department and complaints of the patients were compared six months retrospectively and six months forward from the beginning of the study. Home visits and telephone counseling were applied to the patients in the experimental group for three months. During these home visits, face-to-face individual trainings and briefings were provided in line with the needs of the individuals. No intervention was made in the control group. Oneway Anova, t-test, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U test, chi-square and Fisher's exact tests were used to evaluate the data.

It was seen that the chronic patients' repeated admissions to the emergency service were mostly due to hypertension. Six months after the beginning of the study, the frequency of application to the emergency service by the experimental group was significantly lower than the control group ($p<0.05$). During the last observation, it was found that the mean scores of the MASES-SF scale, SCMP-G scale and the sub-dimensions of SCMP-G scale were significantly higher than the control group ($p<0.05$).

The results showed that home visits and telephone counseling by the nurses reduced the frequency of emergency service use. Although this intervention did not change the reasons for using the emergency service, it was effective in reducing the rate of admissions for the same reasons. Also, it affected medication and self-care management in a positive way.

Keywords: Chronic disease, consulting, education, emergency service, home visits, nurse

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ülkemizde kronik hastalıklara yönelik sunulan sağlık bakım hizmetleri genellikle akut bakımı kapsamakta ve tedavi hizmetleri daha çok ilaç üzerine odaklanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre akut bakım hizmetleri, sağlığı iyileştirmek için hızlı müdahaleyle birlikte teşhis, tedavi edici eylemleri içerir. Sağlık sisteminin ve toplumun büyüyen kronik hastalık ve ekonomik yükünü azaltmak için akut bakımın yanı sıra önleyici hizmetlerin ve hasta takibinin geliştirilerek desteklenmesi ve tedavinin bütüncül bir yaklaşımla sunulması gerekmektedir (2).

Kronik hastalıklarda ekonomik yükün çoğu, hastaneye başvuru sıklığı, tekrar yatış oranları ve hastanede kalış süresi veya acil servis başvurularıyla oluşmaktadır. Kronik hastalıklarda semptom kontrolünde yetersizlik nedeniyle acil servislere başvuru oranları oldukça yüksektir. Hastaların çoğunluğu semptomlarını hastalıklarıyla ilişkilendirememekte ya da ciddiyetini anlayamamaktadır (3, 4). Akyol ve ark. yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran kronik hastaların aynı şikayetlerle tekrar başvuru sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir (5). Verelst ve ark. acil servise tekrar başvuruların en sık nedeni olarak hastaların şikayetlerinin tekrarlaması veya artış göstermesi ve bu hastaların %85'inin kronik hastalıkları olduğu vurgulamışlardır (6). Oysaki kronik hastalıklarda toplum temelli olan sağlık bakım hizmetlerinin etkin kullanımıyla hastaneye tekrarlı yatışların azaldığı ve acil servis hizmeti kullanımında önemli düşüş olduğu bildirilmektedir (7).

Ülkemizde de kronik hastalığı olan bireyler sağlıkla ilgili şikayetleri doğrultusunda hastanelere başvurmaktadır ve kendi sağlıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için hastalığı yönetme becerileri düşük düzeydedir (8). Astımlı bireylerle yapılan araştırmada katılımcıların %48.5'inin ilaca uyum sağlayamadığı (9), Tip 2 diyabet tanısı olan bireylerle yapılan farklı bir araştırmada da katılımcıların neredeyse yarısının insülin tedavisine uymadığı tespit edilmiştir (10). Tokem ve ark. yaptıkları araştırmada katılan hipertansiyon tanısı almış hastaların yaklaşık yarısının hangi durumlarda hekime başvuracağını bilmediğini, ilaç almayı unuttuğunu, tuzsuz yemek yemeye alışamadığı için tuzu kısıtlamadığını (%19.6) ve bireylerin çoğunluğunun düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmişlerdir (11). Hafif ve orta şiddetli semptomlara sahip kronik kalp yetmezliği olan 2331 stabil hastanın değerlendirildiği ve üç ay ev egzersizi sonrasında ortalama 30 ay izlemin devam ettiği randomize kontrollü bir çalışmada, egzersiz eğitiminin

tüm sebeplere bağı mortalite ve hastaneye yatış birincil birleşik sonlanım noktasında %11 azalma, kardiyovasküler ölüm veya kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış ikincil birleşik sonlanım noktasında da %15 relatif risk azalma sağladığı izlenmiştir (12).

Kronik hastalık yönetiminde uzun yıllar aynı hastalıkla yaşayan kişiler kendi sağlığı, sorunları ve bakımlarında sorumluluklarını alabilecek durumda olmalıdırlar. Hastalık yönetiminde sağlıklı yaşam davranışları (diyet, egzersiz vb.), ölçümler (kan şekeri, kan basıncı vb.) ve ilaç kullanımı hastanın kontrolü altındadır. Bu sebeple hastalık merkezli değil hasta merkezli yaklaşımlar önem kazanmaktadır. Kişiler kronik hastalığını yönetebilme konusunda kendine güvenmeli, öz bakımını gerçekleştirebilmeli, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde bulunabilmeli, hastalıklarıyla ilgili semptom ve problemleriyle nasıl başa çıkabileceğini bilmelidirler. Kronik hastalık yönetimi için akut bakımın yanında kişilere ev ziyaretleri gerçekleştirilerek bilgi eksiklikleri giderilmeli, sağlıklı yaşam biçimi konusunda eğitim verilmeli, düzenli izlem ve danışmanlık ile kişiler desteklenmelidir (13-16). Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastaları için yaşam biçimi değişiklikleri ve düzenli ilaç kullanımına yönelik çoklu eğitimlerin, kan basıncı değerlerinde anlamlı düşme etkisi olduğu bulunmuştur (17). Marek ve ark. yaptıkları çalışmada da yaşlı yetişkinler için etkin kronik hastalık yönetiminin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğunu, düzenli ilaç kullanımının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermişlerdir (18).

Kronik hastalık yönetiminde hemşirelik bakımının temel hedefi bireylerin sorunlarının tümünü çözmek değil, bireylere sağlık problemleriyle ilgili kendi hastalık yönetimini sağlamada yardımcı olmaktır (19). Hemşireler ev ziyaretleriyle bireylerin kronik hastalıklarına uyumunu ve öz bakım yönetimini geliştirebilirler. Hemşireler, başlangıç noktası olarak bireysel davranış ya da yaşam tarzına odaklanarak bireylerin, kronik hastalıklarında merkezi bir rol oynayarak, davranışlarında etkili olabilirler (20). Literatür bu tür ev ziyaretlerinin hastaların yaşam kalitesini artırdığını, hastaneye tekrar yatışları, acil servis ihtiyacını, hastanede geçirilen süreyi ve ilgili sağlık giderlerini azalttığını göstermektedir (21-24).

Ülkemizde ev ziyaretleri, evde bakım hizmeti alan kişilere sağlanmakta ve bu gruptaki hastalar da genellikle kendi bakımını üstlenemeyen, günlük yaşam aktivitelerini yaparken başkalarına bağımlı kişilerden oluşmaktadır. Evde bakım hizmetlerinden genelde hastaneden taburcu olduktan sonra tedavisini evde devam ettirmesi gerekenler (yara

bakımı, mesane sonda uygulaması vb.), kronik hastalığı olup immobilizasyon nedeniyle evden çıkamayan, sadece aralıklı bakım ihtiyacı olan ya da kendi bakımını sağlayamayan veya evde bakımını yapacak kimsesi olmayan kişiler yararlanmaktadır. Diğer taraftan kronik hastalığı olup ayaktan tedavi alan bireylerin de evde bakım hizmetlerine gereksinimleri vardır (25-27). Bu konuda yapılmış olan bir araştırmada da kronik hastalığa sahip yaşlı bireylere yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı hizmeti sonucunda problem çözme ve tıbbi durumlarını yönetme becerilerinin önemli derecede arttığı bulunmuştur (24).

Evde bakım hizmetlerinin, kronik hastalığa sahip kişilerin ulaşabileceği, kapsamlı ve yaygın bir halde olamaması, toplumun yetersiz danışmanlık hizmeti almasına ve acil servislerde/hastanelerde gereksiz yığılmalara yol açmaktadır. Bu araştırmada bireylerin gereksinimleri doğrultusunda planlanacak olan ilaca uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve semptom kontrolü eğitimi ev ziyaretleri kapsamında kişiye özgü yapılmıştır ve telefon danışmanlığı ile desteklenmiştir. Böylelikle hemşirelerin yapacağı ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine pozitif etkisinin olması, aynı şikayetle tekrarlı acil servis başvuru sıklığının azalması hedeflenmektedir. Bu hedefler doğrultusunda kronik hastalıkların sebep olduğu semptomların önlenmesi, izlenmesi, kişilerin öz bakımlarının ve ilaç tedavisine uyumlarının artırılması ile acil servislere başvuru sıklığının, hastaneye tekrarlı yatışların, kronik hastalığın yol açtığı hastalık ve ekonomik yükün azaltılması sağlanacaktır.

Bu araştırma, acil servise başvuran kronik hastalığa sahip bireylere hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine ve acil servis başvuru durumuna etkisini belirlemek amacıyla retrospektif ve prospektif, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalıkları, uzun süreli olma eğilimi gösteren, yavaş ilerleyen ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucu oluşan, bulaşıcı olmayan hastalık olarak tanımlamaktadır (1). Kronik hastalıklar, uzun süreli ve yavaş ilerleme gösteren, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, genellikle tam tedavi edilemeyen ve komplike bir seyir gösteren, nonenfeksiyöz türde hastalıklardır (28, 29).

Kronik hastalıklar, dünya çapında 40 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %70'i) ve her yıl 15 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölüme neden olmaktadır. Bu erken ölümlerin büyük bir kısmını da sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar (17,7 milyon), kanser (8,8 milyon), solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) oluşturmaktadır (30). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de, ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin dağılımında kronik hastalık nedeniyle görülen ölümler toplam ölümler içinde %86'lık bir paya sahiptir (31).

Kronik hastalıklar her yıl 41 milyon insanı öldürüyor, bu da dünyadaki tüm ölümlerin %71'ine denk geliyor. Her yıl, 30-69 yaşları arasında 15 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan ölmektedir; Bu "erken" ölümlerin %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Tüm kronik hastalık ölümlerinin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (30).

Başlıca Kronik Hastalık türleri kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve felç gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (KOA ve astım gibi) ve diyabettir. Dünyada kardiyovasküler hastalıklar yılda yaklaşık 17,9 milyon kişinin ölümünden sorumludur, bunu kanserler (9,3 milyon), solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve diyabet (1,5 milyon) takip etmektedir. Bu dört hastalık grubu, tüm erken kronik hastalık ölümlerinin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (28). Türkiye'deki ölümlerin %86'sı çoğunlukla kalp damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıklarının oluşturduğu kronik hastalık kaynaklıdır (32).

Ülkemizde kardiyovasküler hastalıklar tüm yaş grupları için değerlendirildiğinde her iki ölümden biri kalp damar hastalıkları kaynaklıdır ve bu erken ölümlerin %80'i önlenabilir niteliktedir. Ölüm nedenleri yaş grupları itibarıyla incelendiğinde dolaşım

sistemi hastalıklarının en fazla 75-84 yaş grubunda görülmüştür (32, 33). Kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık ikinci ölüm nedeni olan kanserler, dünyada 2018'de yaklaşık 9,6 milyon kişinin ölüm nedenidir. Dünyada yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser sebebiyle olmaktadır (34).

Kanserlerden sonra en sık ölüm nedeni olan kronik solunum yolu hastalıkları, ülkemizde de dünya çapında olduğu gibi en önde gelen ölüm sebeplerindendir. Kronik solunum yolu hastalıkları denince akla gelen, astım, KOAH, kronik bronşit, amfizem gibi hastalıklardır (35).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre astım 2019 yılında tahminen 262 milyon insanı etkilemiş ve 461.000 ölüme neden olmuştur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ise 2019 yılında 3,23 milyon ölüme neden olarak dünya çapında üçüncü önde gelen ölüm nedenidir (36). Ülkemizde de KOAH en sık rastlanan üçüncü (%6) ölüm nedenidir (35).

Solunum yolu hastalıklarını takip eden diyabete bakıldığında da DSÖ'ye göre 2014 yılında 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %8.5'i diyabet hastasıdır. Dünyada 2019 yılında diyabet, 1,5 milyon ölümün doğrudan nedenidir ve diyabete bağlı tüm ölümlerin %48'i 70 yaşından önce meydana gelmiştir. Diyabetten kaynaklanan ölüm oranları 2000 ve 2016 yılları arasında diyabetten kaynaklanan erken ölüm oranlarında %5'lik bir artış olmuştur. Diyabet 2019 yılında, doğrudan diyabetin neden olduğu tahmini 1,5 milyon ölümlle dokuzuncu önde gelen ölüm nedeni olmuştur (37).

Kronik hastalıklar görülme sıklığının, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması, bunlara ek olarak ekonomiye getirdikleri maddi kayıba yol açmaları, bireylere ve sağlık sistemine giderek artan boyutta zarar vermeleri sebebiyle hem dünyada hem de ülkemizde en önemli hastalık kabul edilmektedir (38).

Kronik hastalıklar önümüzdeki yirmi yılda küresel ekonomiye 47 trilyon Amerikan dolarına mal olacak ve milyonlarca insanı yoksulluğa itmeye devam edecektir. Bununla birlikte, kronik hastalıkları önleme ve kontrol etmek için ayrılan finansal kaynaklar, bulaşıcı hastalıklara kıyasla ciddi şekilde yetersiz kalmaktadır. Örneğin; kronik hastalıklar, HIV hastalığından 30 kat daha fazla ölüme neden olmakta ama 17 kat daha az fon almaktadır (39). Ne yazık ki, bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme ve kontrol etme çabalarımız bugüne kadar yetersiz finanse edilmiş ve yanlış yönlendirilmiştir (40).

Kronik Hastalıkların yönetimine yatırım yapmak çok önemlidir ve bu hastalıkların saptanmasını, taranmasını ve tedavi edilmesini ve ihtiyacı olan kişiler için palyatif bakıma erişim sağlanmasını içerir. Etkili ve temel bir kronik hastalıkla mücadele stratejisi, erken teşhis ve zamanında tedaviyi güçlendirmek için birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımıyla gerçekleştirilebilir. Bu tür müdahaleler mükemmel ekonomik yatırımlardır çünkü erken dönemde kronik hastalıkla mücadele sağlanırsa daha pahalı olan tedavilere olan ihtiyaç azaltılabilir (28).

2.2. Kronik Hastalıklardan Korunma Yolları

Kronik hastalıklarda görülen en yaygın risk faktörleri sağlıksız beslenme, tütün, alkol, obezite, sedanter yaşam tarzıdır. Bunların yanı sıra kronik bir hastalığın ortaya çıkma olasılığını artırabilecek diğer faktörler; hava kirliliği, düşük doğum ağırlığı, yaş ve kalıtımdır (41).

Kronik hastalıklar yaşlanmayla ilişkilendirilmiştir ancak her yıl, 30 ila 69 yaşları arasında 15 milyondan fazla insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölmektedir ve bu "erken" ölümlerin %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (28). Bu ölümlerin yaklaşık üçte ikisi değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerine (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı gibi) bağlıdır. Geriye kalan üçte birlik kısım ise kronik hastaların sağlık gereksinimlerini etkili bir şekilde alamamaları yer almaktadır (35).

Risk Faktörleri kontrol altına alınabilirse o zaman morbidite ve mortalite en aza düşürülebilir. Bu nedenle, kronik hastalıkları önleme çalışmaları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikaları, değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisinin azaltıldığı yolları araştırmaktadır. Risk faktörlerinin gelişmesine yol açan nedensel yolları analiz eden kişi, başlangıç noktası olarak bireysel davranış ya da yaşam tarzına odaklanmalıdır. Çünkü bireyin yaptığı (ya da yapmadığı) durum tipik olarak kronik hastalıkta merkezi bir rol oynar (20, 42).

Giderek artış gösteren kronik hastalıkların kontrolü için yapılması gerekenler, toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini arttırmak ve bunun yanında ekonomik ve sosyal açıdan kronik hastalıkların getirdiği yükün azaltılmasına yönelik etkin sağlık politikaları ve girişimlerdir (43). Ülkemizdeki sağlık Bakanlığı kronik hastalıklarının ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025” hazırlanmıştır. Bu eylem planı ile

kronik hastalıklara bağlı erken ölümlerin, fiziksel inaktivite sıklığının, tuz tkretim oranının, kan basıncı yüksekliği sıklığının, alkol ve tütün kullanımının azaltılması; diyabet ve obezite artışıının durdurulması; kalp ve damar hastalarının ilaç tedavisi ile danışmanlık hizmeti alım oranlarının iyileştirilmesi hedeflenmektedir (35).

2.3. Kronik Hastalıklarda Değiştirilebilir Davranışsal Risk Faktörleri

Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi değiştirilebilir davranışların tümü kronik hastalık riskini artırır (28).

2.3.1. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, tüm dünyada önüne geçilebilen hastalık ve ölümlerin en başta gelen sebebidir. Akciğer, kalp ve kanser hastalıkları gibi mortalitesi yüksek olan hastalıklara sebep olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımı halen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (44). Tütün her yıl (pasif içicilik de dahil olmak üzere) 7,2 milyondan fazla kişinin ölüm sebebidir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır (28).

Tütün kullanımı kan basıncı ve kalp hızını yükselterek, katekolaminlerin salınımını arttırmakta ve periferik damar direncinin oluşmasını sağlamaktadır. Koroner arterlerde kan akımına bağlı dilatasyonu azaltmakta ve kanın pıhtılaşma eğilimini artırmaktadır. Tütün kullanımı sırasında solunulan dumanda bulunan reaktif oksijen radikalleri plazma düşük yoğunluklu lipoproteini (LDL) okside eder. Okside olmuş LDL, enflamatuvar süreci başlatır ve böylelikle ateroskleroz oluşmaktadır. Tütün kullanmak yüksek yoğunluklu lipoproteinin (HDL) kardiyoprotektif etkilerini ortadan kaldırır. Karbonmonoksit ile nikotinin direk etkileriyle birlikte endotel hasarı oluşturur (45).

Tütünün dumanı akciğerlerin epitel hücrelerinde ve fibroblastlarda hücre yaşlanmasının markörü p21'in ekspresyonunu indüklemektedir. Sigara dumanına maruz kalmanın ve mitokondriyal disfonksiyonun KOAH'ta oksidatif strese yol açtığı da gösterilmiştir. Oksidatif stres, akciğer hücrelerinde DNA hasarına neden olarak hücresel yaşlanma ve iltihaplanmaya yol açmaktadır. Ayrıca sigara dumanına maruz kalma, hava yolu epitelinin morfolojisini ve işlevini doğrudan etkiler ve epitelyal fonksiyon bozukluğu ve epitel üzerindeki silyaların kısalması gözlemlenir. Mukosiliyer klirensin azalması, epitelyal mikroçevreyi etkileyen goblet hücre hiperplazisine yol açar (46-49).

Kronik astım tedavisi için mevcut en etkili tedaviyi temsil eden inhale kortikosteroidlerin, sigara içenlerde etkinliği azaltılmıştır (50). Litaratür incelendiğinde de sigara içen astım hastalarının, sigara içmeyenlere göre daha yüksek oranda hastaneye yatış yaptığı gözlenmiştir (51-53).

Ülkemizde uygulanmaya başlayan dumansız hava sahası politikasının acil servis başvuruları üzerine olan etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, İstanbul'da en çok acil servis başvurusu olan 10 eğitim araştırma hastanesine 2009 yılında solunum yolu hastalıklarından toplam 115.030 başvuru olduğunu, sigara yasağı uygulandıktan sonraki dönem olan 2010 yılında toplam başvuru sayısı 87.212'ye düştüğü bulunmuştur. Bu araştırma ile kapalı yerlerde uygulanan sigara yasağının sağlık üzerine olumlu etkilerinin uzun vadede olan pozitif etkilerinin yanı sıra kısa vadede de gözlemlenmiştir. Ayrıca acil servis başvurularının pasif içicilik ve tütün kullanımı ile ilişkili tanılarda anlamlı bir şekilde azaldığı bulunmuştur (54).

2.3.2. Fiziksel Hareketsizlik

Fiziksel hareketsizlik, kronik hastalıkların ortak risk faktörlerinden birisidir ve dünya genelinde ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (55). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yılda 1,6 milyon görülen ölüm, yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanabilmektedir (28). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı raporunda, 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %31'inin yeterince hareketli olmadığı belirtilmektedir. Ülkemizde de 2011 yılında sağlık bakanlığı tarafından kronik hastalıklarda risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmaya göre; ülke genelinde kadınların %87'si, erkeklerin %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur. Bu fiziksel aktivite yetersizliği ve hareketsiz yaşam tarzı ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır (55).

Fiziksel aktivite yetersizliği sonucunda kişiler mortalite açısından %20 ile %30 arasında daha yüksek risk altındadır. Düzenli fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, meme ve kolon kanseri riskini azaltmaktadır. İskemik kalp hastalığının %30'ı, diyabetin %27'si, meme ve kolon kanserlerinin ise yaklaşık %21-25'inin ana sebebi fiziksel aktivite yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir (56).

Sagar ve ark.'nın yapmış oldukları randomize kontrollü 33 adet çalışmanın dahil edildiği sistematik bir incelemede, 4740 kalp yetmezliği tanılı hastaların dahil olduğu çalışma sonuçlarına göre, egzersize dayalı uygulanan kardiyak rehabilitasyon programının

kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış oranını azalttığı belirtilmiştir (57). Yine randomize kontrollü bir çalışmada, hafif-orta şiddetli semptomlara sahip, EF $\leq$ %35 ve yaş ortalaması 59 olan 2331 stabil hasta değerlendirilmiş; 3 ay ev egzersizi sonrasında izlem ortalama 30 ay sürdürülmüştür. Egzersiz eğitimi, tüm sebeplere bağlı mortalite ve hastaneye yatış birincil birleşik sonlanım noktasında %11 azalma sağlamıştır. Aynı zamanda, kardiyovasküler ölüm veya kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış ikincil birleşik sonlanım noktasında da %15 relatif risk azalması izlenmiştir (58).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanılmasını teşvik etmek amacıyla “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” yürütülmektedir. Bu program ile fiziksel aktivitelerin artırılması hedeflenmektedir (55).

2.3.3. Sağlıksız Beslenme

Sağlıksız beslenme ve obezite birçok hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır. Bunların başında gelen; Kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar (diyabet, islipidemi, metabolik sendrom, kolesterol vb.), kanserler, hormonal bozukluklar, kemik hastalıkları, gastrointestinal sistem sorunları, pulmoiner ve üriner sistem hastalıklarıdır (59).

Sağlıksız beslenmenin başında gelen aşırı tuz tüketimidir ve dünya sağlık örgütüne göre ; 4,1 milyon yıllık ölüm, aşırı tuz/sodyum alımına bağlanmıştır (28). Türk toplumunda günde 15 gram olan tuz tüketim düzeyi DSÖ ile Gıda ve Tarım Örgütünün önerdiği düzeyin üç katıdır. Bu durumun sonucu olarak toplumumuzun yaklaşık dörtte birinde hipertansiyon vardır (60). Tuz alımını günde 5 gr'ın altında tutmak (günde 2 gr'dan az sodyum alımına eşdeğer) hipertansiyonu önlemeye yardımcı olur ve yetişkin popülasyonda kalp hastalığı ve felç riskini azaltır (61).

Litaretür incelendiğinde, sosyoekonomik durum ile meyve, sebze, lif ve balık tüketimi arasında sürekli olarak pozitif bir ilişki bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik statülü gruplar yüksek sosyoekonomik statülü gruplara göre daha yüksek seviyelerde tuz ve işlenmiş gıda tüketme eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir (62-64).

Sağlıklı bir diyet, dengeli beslenme ile birlikte diyabet, kalp hastalığı, kanser gibi kronik hastalıklara karşı korunmaya yardımcı olur. Enerji alımı (kalori) ile enerji harcaması dengede olmalıdır. Alınan toplam yağ, toplam enerjinin %30'unu geçmemelidir.

Ayrıca doymuş yağların alımı toplam enerji alımının da %10'undan az olmalıdır. Bütün bunlara ek olarak alınan toplam trans yağ, toplam enerjinin %1'inden az olmalıdır ve mümkünse endüstriyel olarak üretilen trans yağlar ortadan kaldırılmalıdır. Serbest şeker alımını toplam enerji alımının %10'undan azıyla sınırlamak sağlıklı bir diyetin parçasıdır (61).

Erken yaşlanmanın öngörücü bir biyolojik belirteci olan Telomerin kısalması, yaşa bağlı hastalıklar ve kronik hastalıklar ilişkilendirilmiştir. Telomer yıpranması, diyet ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörlerinden etkilenebilir. Litaretür antioksidan açısından zengin, yüksek lifli sebzelerin ve bunların yanı sıra yağlı tohum ve ceviz tüketiminin daha uzun telomer ile ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Sağlıklı bir diyetin bileşenleri olan karotenoidler, A, C, D, E vitaminleri, polifenoller, lif ve omega-3 yağ asitleri, telomer uzunluğunun korunmasına yardımcı olabilmektedir. Buna karşılık, şekerli içeceklerin, işlenmiş etlerin, rafine unlu tahılların, doymuş yağ alımının ve proinflatuar diyetlerin yüksek tüketimi telomer kısalması ile ilişkilidir. Çalışmaların çoğunda telomer uzunluğu, sağlıklı beslenme ve orta derecede fiziksel aktivite ile pozitif olarak ilişkili olduğu, oksidatif stresin ve iltihaplanmanın azaldığı bulunmuştur (65-69).

2.3.4. Alkolün Zararlı Kullanımı

Alkol tüketimi, birçok kronik hastalık açısından önemli olup, değiştirilebilir davranışsal bir risk faktörleri arasındadır. Tüketilen alkol miktarına ve biçimine bağlı olarak obezite, diyabet, kanser, inme ve iskemik kalp hastalığı gibi çok çeşitli kronik hastalıklara yol açabilmektedir. Alkol, dünya genelinde 2012 yılında 3,3 milyon (yüzde 5,9) ölüme sebep olmuştur. Bu ölümlerin yarısından fazlası kalp ve damar hastalıkları, diyabet, karaciğer sirozu ve kanserdir. Tahminen alkol kullanımı, küresel hastalık yükünün yüzde 5,1'lik kısmını oluşturmaktadır (60). Alkol kullanımının erkekler için günde yaklaşık iki bardak (20gr/gün alkol), kadınlar için ise günde yaklaşık bir bardak (10 g/gün alkol) olacak şekilde sınırlandırılması gerekmektedir (70, 71).

Ülkemizde alkol kontrolü kapsamında kanun ile alkol satışı, reklamı ve tanıtımına kısıtlamalar getirilmiştir. Bu kanun kapsamında; akşam 22.00 ile sabah 06.00 saatleri arasında dükkânlarda perakende içki satışı yasaktır, vitrinlerde alkol teşhiri yapılamaz ve okul veya ibadethane yakınlarındaki dükkanlarda içki satışı yapılamaz, içki üreticileri, bundan böyle, reklam yapamaz veya organizasyonlara sponsor olamaz. Böylelikle alkolün satışı, pazarlanması ve tüketimine bazı kısıtlamalar getirilmiştir (60).

2.4. Kronik Hastalıklarda Metabolik Risk Faktörleri

Kronik Hastalıkların gelişmesinde dört temel metabolik risk faktörleri vardır (28):

- Hipertansiyon
- Fazla Kilo/Obezite;
- Hiperglisemi
- Hiperlipidemi

Dünya sağlık örgütüne göre atfedilebilir ölümler açısından, küresel olarak önde gelen metabolik risk faktörü hipertansiyondur (küresel ölümlerin %19'u buna atfedilir), bunu fazla kilo/obezite ve yüksek kan şekeri izlemektedir (28).

2.4.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon arter içi kan basıncının artması ile ortaya çıkan ve edinsel etmenler, metabolik bozuklukların ve genetiğin rol oynadığı bir tablodur. Hipertansiyon eğer erken fark edilirse kontrol altına alınabilmekle birlikte geç kaçınılırsa serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları gibi mortalite ve morbidite oranı yüksek olan hastalıklara yol açan ve hatta organ yetmezliğine yol açabilecek kadar ciddi bir durumdur (72).

Avrupa kardiyoloji derneğine göre yetişkin bireylerin iki ya da daha fazla kan basıncı ölçümlerinin, sistolik kan basıncında 140mmHg, diyastolik kan basıncında ise 90 mmHg veya üzerinde bulunması halinde hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (73).

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların ve böbrek yetmezliği riskini ikiye katlayan, küçümsenmemesi gereken bir hastalıktır (74, 75). Konjestif kalp yetmezliği olanların %74'ünün, ilk kez miyokard enfarktüsü geçiren kişilerin % 69'unun ve ilk kez inme geçirenlerin % 77'sinin kan basınçlarının 140/90 mmHg' dan daha yüksek olduğu saptanmış, yüksek kan basınçlarının düşürülerek kontrol altına alındığında konjestif kalp yetmezliği riskini yaklaşık %42, inme riskini yaklaşık %35 ve koroner kalp hastalığı riskinin %28 oranında azaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle yüksek kan basıncını düşürülerek kontrol altına almak, hipertansiyon sebebiyle gelişen hastalıkların yükünü azaltmak için gereklidir (76).

Hipertansiyon dünya genelinde 1975'te 594 milyon iken 2015 yılında 1.13 milyara yükselmiştir (77). Ülkemizde de 2012 yılında yapılmış olan hipertansiyon prevalans çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur (78). Küresel Hastalık Yüğü verilerine göre hipertansiyon 1990 yılına göre tahminen %50 artış göstererek

2015 yılında 10.7 milyon ölüm ve 211.8 milyon yıl kaybedilmiş, sağlıklı yaş nedeni olduğu belirtilmektedir (79).

Hipertansiyonun sebep olduğu risk faktörlerinin bilinmesine rağmen hala prevalansı oldukça yüksektir ve bu konuda etkin tedavi, kontrol altına alma ve farkındalık oranları halen birçok ülkede istenilen düzeyde değildir (80). Yapılan bir araştırmada, 135 nüfus tabanlı çalışmayı dahil ettikleri, 90 ülkeden toplam 968.419 yetişkin ile yapılan çalışmaların sistematik analizde, hipertansiyonun yaş standardize prevalansı 2000'den 2010'a kadar yüksek gelirli ülkelere %2,6 azalırken, düşük ve orta gelirli ülkelere %7,7 oranında arttığı bulunmuştur. Ayrıca yüksek gelirli ülkelere hipertansiyonun tedavi, kontrol altına alma ve farkındalık oranlarının düşük ve orta gelirli ülkelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (81). Ülkemizde yapılan 2003-2017 yılları arasındaki Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaları dahil ettikleri bir metaanaliz çalışmasında da hipertansiyonun tedavi edilmesi, kontrol altına alınması ve farkındalık oranlarının yıllar içinde belirgin bir düzelme olduğunu ancak bu düzelmenin yeterli olmadığı belirlenmiştir (80).

Yüksek olan kan basıncını etkin bir şekilde kontrol altına almak (<140/90) için hipertansiyon hastalarının ilaca olan uyumları ve bağlılıkları oldukça önemlidir (82). Yüksek kan basıncını düşürmek için ilaç tedavisi stratejileri iyi tanımlanmış olsa da, zayıf kontrol oranları, sorunu aşmak için daha fazlasının yapılması gerektiğini göstermektedir. İlaç tedavisinin başlamasından sonra, hipertansiyon yönetiminde kontrol sağlanana kadar kişinin ilaca uyumu ve ilacın yüksek kan basıncına yanıtı düzenli olarak değerlendirilmelidir (83, 84). Önerilen ilaç tedavisine uyum sorununa değinen bir çalışmada, semptomsuz hipertansiyon durumunda, hastaların %30'undan fazlasının tedavilerini 6 ay sonrasında bıraktıkları görülmüştür (85).

Hipertansiyonlu bireylerin ilaca uyumu kadar sağlıklı yaşam davranışları olan; yeterli fiziksel aktivite, diyetle uygun beslenme, kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi gibi faktörlerin bilinip uygulanması ve bunların kalıcı yaşam tarzına dönüştürülmesi oldukça önemlidir (86). The Eighth Joint National Committee (JNC-8)' e göre yetişkin hastalar için hipertansiyon yönetiminde ilk adım, yaşam tarzında değişiklikler yapmak ve bu değişimlerin hastalığın seyri boyunca devam ettirmektir. Yaşam tarzı değişiklikleri sonrasında ise hastanın yaşı, eşlik eden diyabet ve

kronik böbrek yetmezliği varlığı gibi durumların göz önünde bulundurularak kan basıncı hedefi belirlenmeli ve uygun ilaç tedavisi ile bu hedefe ulaşılması amaçlanmalıdır (87).

2.4.2. Hiperglisemi

Hiperglisemi ile birlikte kanda serbest radikaller artmakta ve bunun sonucunda da oksidatif stres meydana gelmektedir. Bu durum diyabetes mellitüse bağlı komplikasyonların gelişimine neden olmaktadır ve lipid peroksidasyonunu önemli derecede arttırmaktadır (88-91). Normalde reaktif oksijen ve nitrojen türlerinin (ROS ve RNS) oluşumu ile onları ortadan kaldıran endojen antioksidan savunma sistemi arasında homeostatik bir denge vardır. Bazı hastalıklar, enfeksiyon, toksin maddeler, beslenme düzenine bağlı gelişen problemler gibi etkenler hücrede ROS ve RNS oluşumunu tetiklemekte ve bunun sonucunda da oksidatif stres oluşmaktadır. Oksidatif stres diyabetin gelişiminde esas neden olarak görülmektedir (91). Hiperglisemiye bağlı gelişen kandaki bu oksidatif ortamda eşlenmemiş protein 2 (UCP-2) aktive olmasıyla birlikte hücre içerisinde ATP/ADP oranı azalmaktadır. Bu durumun sonucunda da insülin sekresyonu, insülin salınımı ve insülin aktivasyonunu inhibe edilmektedir. Ayrıca oksidatif stresle birlikte hücre içine glukozun alınmasını sağlayan glukoz reseptörlerinin yüzeyel yerleşimi bozulmaktadır ve insülinin etkin regüle ettiği anabolik ve katabolik reaksiyonlar hasar görmektedir (91).

Diyabet ayaklardaki, nöropati, ayak ülseri, enfeksiyon ve daha ileri vakalarda uzuv amputasyonun baş nedenidir. Bunlara ek olarak retinadaki küçük kan damarlarında uzun süreli birikmiş hasarın bir sonucu olarak ortaya çıkan diyabetik retinopati, körlüğün en önemli nedenidir. Dünyada bir milyona yakın insan diyabet nedeniyle kördür. Ayrıca diyabet, böbrek yetmezliğinin de önde gelen nedenleri arasındadır (37, 92). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında diyabetin, koroner kalp hastalığında, iskemik inme ve diğer vasküler nedenlere atfedilen ölümlerde iki kat fazla risk oluşturduğu göstermiştir (88).

Basit yaşam tarzı önlemlerinin tip 2 diyabetin başlamasını önlemede veya geciktirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Tip 2 diyabeti ve komplikasyonlarının önlemeye yardımcı olmak için insanlar şunları yapmalıdır (37):

- Sağlıklı bir vücut ağırlığı elde etmek ve sürdürmek;
- Fiziksel olarak aktif olmak (Hergün en az 30 dakika düzenli, orta yoğunlukta aktivite yapılmalı).
- Şeker ve doymuş yağlardan kaçınarak sağlıklı bir diyet yapmak

- Tütün kullanımından kaçınmak (Sigara içmek diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artırır).

2.4.3. Hiperlipidemi

Hiperlipidemi, serumda kolesterol yüksekliği, trigliserit yüksekliği ya da trigliserit ve kolesterol yüksekliği olarak tanımlanmaktadır. Hiperlipidemi, kalp damar hastalıkları için birincil ve en büyük risk faktörüdür. Diğer risk faktörlerinden önce etkisini göstermeye başlaması sebebiyle de bir önkoşul olarak nitelendirilebilmektedir (93).

Yüksek plazma kolestrol ve LDL (düşük yoğunluklu protein) kardiyovasküler hastalıkların temel risk faktörleri arasında yer alırken; hipertrigliseridemi ve düşük HDL (yüksek yoğunluklu protein) bağımsız risk faktörlerindendir. Gerek medikal tedavi, gerekse sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi ikincil korunma önlemleri ile lipid düzeyi kontrol altına alınmalıdır. Hiperlipidemi tedavisi; düşük veya orta riskli bireylerde toplam plazma kolesterolu için <190mg/dl ve LDL kolesterol için <115 mg/dl, yüksek riskli bireylerde LDL kolesterol <100mg/dl ve çok yüksek riskli hastalarda LDL kolesterol <70mg/dl veya hedef düzeye ulaşamazsa LDL kolesterolün $\geq$ %50 oranında düşürülmesi önerilmektedir (71).

2.4.4. Obezite

Vücutta aşırı derecede yağ dokusu bulunması durumuna obezite denilmektedir. Geçmiş çağlarda obezite hali refah, sağlık ve güç göstergesiyken günümüzde kesinlikle tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul görmektedir. Obezite tanısında ve sınıflandırılmasında en çok beden kütle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü önerilmektedir (94).

Dünya Sağlık Örgütünün küresel hastalık yükü 2017 yılındaki raporuna göre fazla kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak her yıl 4 milyondan fazla insan ölmekte ve bu durum salgın boyutlarına ulaşmaktadır. Tüm dünyada 2016 yılında, 1,9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu olarak belirlenmiştir ve dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %13'ü (erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i) obezdir ve dünya çapında obezite prevalansı 1975 ile 2016 arasında neredeyse üç katına çıkmıştır (95). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı giderek artmaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de obezite sıklığı toplumda %30.3 olarak bulunmuştur (96).

Obezite, kronik hastalıklara ve bu hastalıklara bağılı ölüm oranlarının artışına sebep olmaktadır. Obezite diyabet, solunum, sindirim ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, kas-iskelet sistem hastalıkları (özellikle osteoartrit), polikistik over sendromu, immun sistem disfonksiyonu ve bazı kanser türleri (endometriyal, meme, yumurtalık, prostat, karaciğer, safra kesesi, böbrek ve kolon) gibi çeşitli hastalık ile ilişkili risk faktörlerinden biridir (97).

Yapılan bir çalışmada da BKİ >35 kg/m² olan obezlerde safra taşı riski 3.3-3.7, hipertansiyon riski 2.9-4.2, koroner arter hastalığı riski 1.7-2.4 kat artarken diyabet riski 30-40 kat artmış olarak saptanmıştır (98).

2.5. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetimi, kronik bir hastalıkla yaşayan bireylere sağlanan sürekli bakım ve desteği ifade eder. Genel olarak bakım sunumunu iyileştirmek için bakımın sağlandığı bağlam ve bakımın sağlanma şekli dikkate alınmalıdır (99). Öz yönetimde kişi, kendi durumunu uygun şekilde yönetebilmesi için gözlemleyebilmeli, kendi kararlarını alabilmeli ve gerçekçi tepkileri verebilmelidir (100).

Kronik hastalıkların yönetimi, çeşitli özelliklerinden dolayı temel olarak akut bakımdan farklıdır. Kronik hastalıklarda akut hastalıklardan farklı olarak; risk faktörlerinin değerlendirilmesi için ön değerlendirme yapılmalı, yüksek risk durumları belirlenmeli ve hastalık erken tespit edilmelidir. Ayrıca farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin bir kombinasyonu ile tedaviye uyumun düzenli olarak izlenmesi, teşvik edilmesi ve uzun vadeli bir takip programına ihtiyaç vardır. Kronik hastalıklarla mücadele etmek için temel sağlık hizmetlerinin önemli ölçüde güçlendirilmesi gerekmektedir (101).

Özellikle yaptıkları uygulamaların doğası gereği hastalarla daha fazla zaman geçirme ve iletişim kurma fırsatına sahip olan ve birincil görevi, bireyin gereksinimleri doğrultusunda bakım yapmak olan hemşireler, hastaların tedavisi ile günlük hayata uyumlarında ve kronik hastalık yönetiminde anahtar role sahiptir (43, 102, 103). Hemşire, kronik hastalığı olan bireyin ihtiyaçları doğrultusunda bakımlarını planlar. Buna ek olarak hastalara rehabilitasyon, danışmanlık ve bireye özgü eğitim planlamalarını gerçekleştirerek kronik hastalık yönetiminde etkin rol alır (102). Böylelikle hastalık yönetiminde en ön sıralarda yer alan hemşireler, hasta eğitimleri, bakımda işbirliği ve sürekliliği sağlarken hastanın kronik hastalığına ve tedavisine uyumunu sağlarlar (104).

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar kronik hastalığa sahip bireylerin kronik bakım yönetimine ilişkin memnuniyetlerinin oldukça düşük olduğunu bize göstermektedir (105-107). Kronik hastalık yönetiminin bu şekilde başarısız olmasının nedenleri arasında, kronik hastalık yönetiminde görev alacak sağlık personelinin az sayıda olması, klinik karar destek ve bilgi işlem sistemlerinin eksikliği, bakım koordinasyonundaki yetersizlikler, sağlık personelinin eğitimlerinde kronik hastalıkların yönetimine yeterince yer verilmemesi gösterilmektedir (104). Kronik hastalıkların yönetiminde hastalığın tedavisine ek olarak, hastanın öz yönetim becerisini kazanabilmesi için çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle desteklenmesini ve düzenli takiplerle güçlendirilmesini kapsayan bir süreçtir. Bu şekilde etkili ve sürdürülebilir bir kronik hastalık yönetimi semptomların, acil servis başvurularının ve hastaneye tekrarlı yatışların azaltılmasını sağlamaktadır. Ayrıca kronik hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin azaltılması, başkalarına bağlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (102). Kore de yapılan bir araştırmada hemşire liderliğinde gerçekleştirilen ev ziyaretleri programı ile hipertansiyon hastalarının öz yönetimlerinde pozitif bir etkisi olmuş ayrıca ilaca uyum ve sağlığı geliştirici davranışların geliştiği saptanmıştır (108). Yine yapılmış bir diğer çalışmada da hipertansiyon hastalarına yapılan sağlık eğitim programı ile telefon takibinin hastalık yönetimi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve düzenli ilaç kullanma oranının %55'ten %77'ye yükseldiği belirlenmiştir (109).

2.5.1. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi

Öz bakım, kişinin sağlığının korunması ve daha sağlıklı olabilmek için sağlığını yükseltmesi için kendi üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesi durumudur (110). Öz-bakım bireyin kendi adına iyilik, sağlık ve yaşamlarını korumak için yaptığı ve sağladığı pratik aktivitelerdir. Öz bakım yeteneği, insanın yaşam sürecini düzenleyen, insanın yapısının bütünlüğünü sağlayan ve destekleyen, sağlıklı olmayı arttıran bakım için kişinin sürekli ihtiyaçlarını karşılayan kompleks, edinilmiş bir yetenektir. Öz bakım yeteneği kişinin sağlık durumuna, eğitilebilirliği etkileyen faktörlere, hayat tecrübelerine göre çeşitlenir (111).

Bir eylemin gerekli olup olmadığını belirlemek amacıyla fiziksel, emosyonel ve semptomlardaki değişimleri belirlemek için öz bakım yönetiminin değerlendirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalıklarda amaçlı, etkili, yeterli ve gerekçeli bir öz bakım en ideal olanıdır ve hastalar bu öz bakımın içeriğini ve kapsamını bilmelidirler. Hastalar

kendilerinde görülen anormal semptomları ve değişimleri fark edebilmeli ve bu durum karşısında ne yapmaları gerektiğini bilmelidirler. Anca o zaman doğru kararları alabilir ve kendi öz bakımlarında yeterli ve etkili rol alabilirler (112).

Tüm tedavilerde başarının ana unsuru uyumdur ve değişen duruma göre kişinin adapte olabilmesidir (113). Kronik hastalıklar uzun süren ve bakım gerektiren hastalıklardır. Beraberinde getirdiği sorunlar (tedaviler, ilaçlar, beden imajında değişiklikler, ağrı, aile ilişkilerinde bozulmalar vb.) nedeniyle bireyler uyum sorunları yaşayabilmektedir (110, 113). Bireylerin sağlıklı yaşama biçimi davranışları sergilemeleri (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitelerini artırma gibi yaşam tarzı değişikliği), ilaç ve tedaviye düzenli bir şekilde devam etmeleri onların hastalığa uyumunu göstermektedir (110). Kronik hastalıkları ile etkili bir şekilde baş edemeyip, hastalığına, tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamayan bireyler sık sık hastaneye tekrar başvurmaktadırlar (100). Özdelikara ve ark. yaptıkları bir araştırmada kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesini amaçladıkları bir araştırmada katılımcıların %55,1'i diyetle uymada güçlük yaşadığını, %63,3'ü ilaç kullanırken zorluk yaşamadığını bildirmiştir (110).

Öz bakımı etkin bir şekilde gerçekleştirebilmek için güven, beceri, motivasyon ve bilgi gereklidir. Sosyal destek eksikliği, kişilerin öz yeterliliğinin zayıf olması, depresyon, komorbid hastalık sayısı, sağlık hizmetlerine erişimin olmaması yada sınırlı olması öz bakımı etkileyen en önemli faktörler arasındadır (114). Birden fazla kronik hastalığı olan hastalar genellikle hastalığa özgü kılavuzlara göre tedavi edilir ve sonuç ölçümleri çoğunlukla biyomedikal göstergelere (örneğin kan şekeri seviyeleri veya akciğer fonksiyonu) odaklanır. Bununla birlikte, multimorbidite için, bireysel hasta tarafından tanımlanan hedeflere odaklanan bir yaklaşım daha uygun olabilir (115, 116).

Literatür incelendiğinde kronik hastalıklarda yüz yüze hasta eğitimi, telefonla vaka yönetimi ve ev ziyaretlerinin dahil olduğu vaka yönetimlerinde, kendi kendine bakıma uyumun iyileştirilebileceği ve özbakımının arttırılabileceği gösterilmiştir (117-122). Dunbar ve ark yaptıkları bir çalışmada kalp yetmezliği ve diyabeti olan kişiler için yaşam kalitesi ve fiziksel işlevsellik sonuçları araştırılması için randomize klinik bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kontrol grubu, telefon takibi ile standart eğitim broşürlerini almıştır. Müdahale grubu ise ev ziyareti ve telefon danışmanlığı ile birlikte Kalp yetmezliği ve diyabette öz bakım (diyet, ilaçlar, kendi kendine izleme, semptomlar ve

fiziksel aktivite) konusunda eğitim ve danışmanlık almıştır. Sonuç olarak müdahale grubundaki kalp yetmezliği hastalarının özbakımı ve genel yaşam kalitesinde kontrol grubuna göre iyileşme olduğu ancak diyabetli olan kişilerin özbakımlarında iyileşme olmasına rağmen yaşam kalitesinde bir fark olmadığı bulunmuştur (119).

Kronik hastalık yönetiminde; başarılı ve etkin kronik hastalık bakım uygulamaları genel olarak koordineli, disiplinli ve profesyonel bir sağlık bakım ekibini kapsamaktadır. Bu ekibin vazgeçilmez bir üyesi olarak hemşire, eğitici ve danışman rolleri ile kronik hastalığı bulunan kişilere sağlayacakları danışmanlık, bireylerin semptomlarına yönelik bütüncül bakım planlayarak ve bireye özgü eğitim planlamalarını yaparak kişilerin hastalıklarını yönetmede etkin bir rol oynamaktadır (102, 123).

Hemşirelik kuramcılardan biri olan Lydia Eloise Hall'un öz, tedavi ve bakım kuramına göre hemşirelik profesyonel bir meslektir, hastanın bakımı ve eğitimi hemşireler tarafından verilir. Bu kuramda profesyonel hemşireliğin, hastaları izlem ve değerlendirme aşamasında başladığı belirtilmektedir. Bu aşamada hemşirenin amacının, hastanın öğrenme gereksinimlerine ve öğrenme hedeflerine göre hastanın öğrenmesine yardım etmektir. Hemşire öğrenme konusunda hastaya yardım ederken hastanın gereksinimlerini göz önüne almalı ve öğrenme hedeflerine hasta ile birlikte karar vermelidir. Karar verme sürecinde de yansıtma tekniği kullanılarak hastanın kendisinin farkında olması sağlanmalıdır. Hall'a göre hemşire, birbirini tamamlayan öğretme ve öğrenme süreci içindeki hasta ile etkileşimde bulunan yegane insandır (124, 125).

Hasta eğitimi günümüzde, öncelikle hasta ve ailesinin bakım hakkında doğru kararlar vermelerini, sorumluluk üstlenmelerini amaçlamaktadır. Bu amacı gerçekleştirmenin yolu; onların gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmaları yani eğitilmeleridir (126).

Orem Öz-Bakım yetersizliği teorisinde; Öz-bakımı "bireylerin çevre ve şartlar göz önünde bulundurularak kendi kendilerine yaşamlarını ve sağlıklı olma durumlarını sürdürmek için başlattıkları ve gerçekleştirdikleri aktiviteler" şeklinde tanımlamıştır. Öz-bakım, kişilerarası iletişim ve bağlarla öğrenilebilen bir davranıştır. Bu teoriye göre Öz-bakım uygulamaları, kişilerin kültürleri ve bu kültürün içinde yer alan temel öğelerden etkilenmektedir. Öz-bakım davranışları bireyin kendini bağımsız olarak yöneterek ve kontrol ederek planlanmış hareketleri yapabilme yeteneğine bağlıdır ve bu spesifik davranışlar doğrudan müdahale ile öğrenilebilmesinin yanı sıra zaman içerisinde sürekliliği

olan bir süreçtir. Bu davranışları bireyler etkili bir şekilde yaptığı zaman sağlığını desteklemekte, insanın yapısal bütünlüğüne, işlevselliğine ve gelişimine katkıda bulunmaktadır. Öz bakım etkinlikleri alışkanlık haline gelmediği sürece bireylerin, bilgilendirme ve sürekli takiplerle birlikte güdülenmeye ihtiyacı vardır (127, 128).

Bu araştırmada da Hall'un öz, tedavi ve bakım modelinde belirttiği, “profesyonel hemşireyi diğer hemşirelerden ayıran hastanın izlem ve değerlendirme sonrasında gereksinimlerinin belirlenip bu doğrultuda hastanın öğrenme gereksinimlerine ve öğrenme hedeflerine göre eğitim verme özelliğidir” kısmından etkilendik. Bu doğrultuda da hastanın öz bakımını arttırmak için, gereksinim duyduğu konularda eğitim verdik. Orem'in Öz-Bakım yetersizliği modelinden ilham alarak hastaların öz bakımlarını arttırmak ve öz bakım etkinliklerinin alışkanlık haline gelmesi için ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı yaparak bireylerin güdülenmesini sağladık.

2.5.2. Kronik Hastalarda İlaç Yönetimi

İlaç tedavisine uyum genellikle hastaların ilaçlarını, kendilerine sağlık bakımı sağlayan hekimler tarafından reçete edildiği şekline ne derece uygun düzeyde kullandıkları olarak tanımlanmaktadır. İlaç uyumsuzluğu kişilerin tedaviden elde edecekleri faydanın sağlanamamasının ve kronik hastalıklarda tedavinin başarısızlığının en sık nedenidir (129).

Literatür tarandığında kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumsuzluğu oranının çok yüksek olduğu görülmüştür (9-11, 130-132). Kronik hastalığı olan bireylerde ilaçlara yönelik uyumu etkileyen faktörler; yaş, cinsiyet, ırk, sosyal hayat, yaşam koşulları, psikolojik stres, sahip olunan kronik hastalıkların özelliği ve komorbidite sayısıdır. Ayrıca bireylerin ilaç kullanmayı unutma, unutmanın dışında hekimlerine danışmadan kendi kendilerine hastalık semptomları iyileştiği veya kötüleştiği için ilaç almayı durdurma, çok ilaç kullandığı için ilacı almayı istememe, ilaca fiziksel koşullar nedeniyle ulaşamama ve ilacı maddi olarak karşılayamama gibi nedenlerle reçete edilen ilacı alamamak gibi sebepler en önemli ilaç uyumsuzluğu nedenleridir (130, 133-137). Jüngst ve ark. kronik hastalığı olan hastalarda ilaç uyumuna baktıkları bir araştırmada, %59,1 oranında bir uyumsuzluk olduğunu bulmuşlardır. Bu araştırmada sigara içmeme durumu, emeklilik, hastalıkla ilgili şikayetlerin daha az olması, ilaç etkilerine olumlu inanç, hastalık hakkında kapsamlı bilgi, hekim ve eczacı tarafından yapılan yüksek kaliteli bakım ile ilaca bağlılık arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (130).

Hastanın primer hekiminin ve hemşiresinin olmaması, hekim ve hemşirelerin hastaları yeterince ziyaret etmemesi, hastaların hastalıkları ile ilgili kullanacakları ilaçlar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılmaması ilaç uyumunu etkilemektedir (130, 133, 135, 137). Demirbaş ve ark kronik hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastalıkları ve tedavi süreci hakkında bir sağlık çalışanı tarafından eğitim verilmiş hastaların ilaç uyum ve tedaviye motivasyon oranlarının artmış olduğu görülmüştür (138). Kronik hastalığı olan bireyler ilaçların prospektüsünü okuma ve ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlama durumunda zorluk yaşayabilmektedir. Bu durumda da bireysel faktörlerle birlikte bireyin bilişsel ve fonksiyonel kapasitesini dikkate alarak ilaç kullanımına ilişkin anlaşılır bilgileri içeren görsel ve yazılı materyallerle eğitim yapılmalıdır (130, 134, 136). Viswanathan ve ark. yaptıkları bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik hastalıklar için ilaç uyumunu iyileştirmeye yönelik müdahalelerin sistematik incelemesini yapmışlardır ve bu çalışmanın sonunda vaka yönetimi ve davranışsal destek ile hasta eğitiminin çok etkili olduğu bulunmuştur (134). Thakkar ve ark. yaptıkları kronik hastalığı olan yetişkinlerde ilaca uyumu teşvik etmek için bir cep telefonu metin mesajı ile müdahale ettikleri araştırmalarında, cep telefonu metin mesajının, ilaca uyum olasılığını yaklaşık olarak iki katına çıkardığı görülmüştür (133).

2.6. Kronik Hastalıklarda Acil Servis Kullanımı

Acil servisler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, kesintisiz olarak her gün her saatte ulaşılabilir olan, acil sağlık hizmeti veren birimlerdir. Acil servisler bir çok insanın sağlık sistemiyle ilk karşılaştıkları yer olduğu için sağlık sistemi için giriş kapısı olarak kabul edilebilir (139). Acil servis başvuran her hastaya hizmet vermek zorundadır. Bu hizmet uygun değerlendirme ve tanılama yöntemleriyle birlikte sağlık sorunlarının aciliyet düzeyinin belirlenip, en uygun tedavi yöntemleriyle birlikte ilk girişimlerin gerçekleştirilmesini içermektedir. İlk girişimlerden sonra da hastaların sağlık durumu tekrar değerlendirilerek, hastaneye yatışı, ileri tetkik ve tedavi amacıyla daha kapsamlı sağlık hizmeti veren başka bir kuruma sevk ya da taburculuğuna karar verilmektedir (140). Aydın ve ark. yaptıkları araştırmada acil servise başvuran hastaların %39.1'inden konsültasyon istenmiş, en sık konsültasyon istemi sırasıyla; İç Hastalıkları, Kardiyoloji ve Ortopedi bölümlerinden olmuştur ve çalışmaya alınan hastaların %12.2'si hastaneye yatırılmış ve bu yatışların çoğunluğunun da iç hastalıkları kliniklerine olduğu gözlemlenmiştir (141).

Tıbbi aciliyeti olmayan ancak yine de tedavi olmak için acil servise başvuran kronik hastalığa sahip bireyler acil servislerdeki iş yükünü artırmaktadır. Bu sorun yalnızca artan hasta memnuniyetsizliği ile değil, aynı zamanda gecikmiş teşhis ve ilaç tedavisi ile de ilişkili olan daha uzun bekleme süreleri ve kalış süreleri ile kendini göstermektedir. Bu da hasta morbidite ve mortalitesinin artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hasta bakımının verimliliği, standartlaştırılmış süreçlere bağlılık ve çalışan memnuniyeti üzerinde olumsuz etkiler vardır (142, 143).

Kronik hastaların acil servisleri ziyaret etmelerinin birçok farklı nedeni vardır. Bunlardan bazıları; muayene olmaya gelen hastaların randevusunun olmaması nedeniyle polikliniklere başvuramamaları ya da polikliniklerin önünde uzun süre sıra beklemek istememesi, hastanelerin dışında bakım konusunda olumsuz bir algının olması, devamlı kullandığı çok sayıda ilacı olduğundan reçete yazdırmak için acil servisi kullanmalarıdır (143-145). Bu konuda yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların acil servise ihtiyacı olmasa dahi acil servisi tercih etmelerinin nedenlerini; hastaların mevcut sağlık sorunları için gidecekleri başka yerlerden habersiz olduğu, acil servisin hem bekleme süresinin hem de maliyetin daha düşük olmasıyla birlikte daha iyi bakım sağladığına olan inanç şeklinde bulunmuştur (146).

Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık kontrolü ve önlenmesi için birden fazla hizmette çeşitli profesyonellerden bakımın sürekliliğine ihtiyacı vardır. Kontrol altına alınamayan bu hasta grupları hastalık semptomlarını kontrol altına alamadıkları zaman acil servise başvururlar. Bu konuda yapılmış çalışmalar bu bireylerin hastaneye yatış oranlarının çok fazla olduğunu, ayrıca başvuru nedenlerinin de hastalık semptomlarının tekrarlanması ya da artması nedeniyle tekrarlayıcı acil servis başvurularının daha yüksek olduğunu bize göstermektedir (6, 147-149). Yapılan bir çalışmada acil servis başvurularında tekrarlayıcı hastalıkların; astım/KOAH alevlenmeleri, kronik pankreatit, baş ağrısı, vertigo, kanser ağrısı ve ürolitiazisdeki yan ağrısı olduğunu belirtilmektedir (150). Yine başka bir çalışmada da acile ilk başvuruların içerisinde en sık gözlenen başvuru şikâyetleri; kas iskelet bozuklukları, esansiyel hipertansiyon, dispne, karın ağrısı ve akut üst solunum yolu enfeksiyonu yer alırken, tekrarlayan başvurular içerisinde de en fazla dispne ve esansiyel hipertansiyon yer almaktadır (151).

2.7. Kronik Hastalıkta Hemşire Tarafından Yapılan Ev ziyaretlerinin ve Telefon Danışmanlığının Önemi

Evde bakım hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili bir biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bakım sistemidir (152).

Ülkemizde evde bakım ile günlük yaşam aktivitelerini kısmi veya tam bağımlı kronik hastalığa sahip ve/veya uzun süreli sağlık bakımı ve rehabilitasyon gereksinimleri olan kişilerin öncelikle sağlık bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerinin evde karşılanması hedeflenmektedir (152-154). Oysaki evde bakım, sağlık profesyonellerinin disiplinlerarası işbirliğini sağlayarak, sağlık hizmeti alacak olan hasta ve ailesine yaşadığı ortamda hastalığını önleyici, sağlığını geliştirici ve tedavi edici işlemlerin sağlanmasını içeren bir süreçtir. Bu süreçte de sağlık çalışanlarının hastaya ve bakım vericilere gerekli bilgilendirme ve danışmanlık yapmaları temel görevlerinden biridir. Evde bakım ile aynı zamanda evde eğitimin sağlanması gerekmektedir (152). Bir toplumda hastalıkları kontrol altına almak için, hastaların potansiyelleri doğrultusunda fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlayacak hasta eğitimleri gereklidir (152, 155). Ev ziyaretleri ile birlikte, hastanın gereksinimleri doğrultusunda verilecek olan eğitimin, hastanın öz bakımının güçlendirilmesine, anksiyetesinin azaltılmasına, yaşam kalitesinin yükseltilmesine, kişilerin hastalıklarına uyum sağlamasına, memnuniyetinin ve hastaların otonomilerinin artırılmasına, hastanede kalış süresinin kısalmasına, morbidite ve mortalitenin azaltılmasına, maliyetin düşürülmesine olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmektedir ve bu yüzden hasta eğitimi kaliteli hasta bakımının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (156).

Hasta eğitimi bu kadar çok önemli olmasına ve ülkemizde de hemşirelerin yasal sorumlulukları arasında olduğu kabul edilmesine (Hemşirelik Kanunu, 2007; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011) rağmen, literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar hasta eğitiminde hemşirelerin performanslarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (156-160).

Wong ve ark. ev ziyaretleri ile telefon görüşmeleri ve sadece geçici taburculuk desteği için telefon görüşmelerinin etkisini karşılaştırmak için üç gruplu randomize kontrollü bir çalışma yapmışlardır. Böylelikle müdahale grubunun, biri hem ev ziyareti hem de telefon görüşmesi almıştır, bir diğer müdahale grubu yalnızca telefon görüşmesi

almıştır ve kontrol grubu da plasebo çağrılarını almıştır. Tüm gruplar, temel sağlık tavsiyelerini, ilaç talimatlarını ve ayaktan hasta takibi için düzenlemeleri içeren olağan bakımı almışlardır. Bu çalışmanın sonunda ev ziyaretleri ve telefon izlemi içeren toplu müdahalenin, hastaneye yeniden yatışların azaltılmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, taburculuk bakımının kronik hastalıkları olan hastalar üzerindeki etkilerini doğrulamıştır. Telefon görüşmelerinin tek başına geri kabullerde önemli azalmalar sağlamak için yeterli olmayabileceğini ortaya koyarken hem ev ziyaretlerini hem de aramaları içeren toplu müdahaleler, taburcu olduktan sonra hastalar için daha faydalı olduğu sonucuna varılmıştır (161).

Kronik hastalara uygulanan telefon ile danışmanlık uygulaması ile kişilerin hastalık semptomlarının erken dönemde belirlenip kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Ayrıca hemşire tarafından yapılan telefon danışmanlığı yöntemi ile sürekli takip edilen hastalar güdülenerek, kendi hastalığı, tedavisi ve bakımına yönelik sorumluluk almalarını arttırabilmektedir (162). Hemşirelerin yaptıkları telefon danışmanlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, çoğunlukla hasta memnuniyetinin arttığı, semptomların azaldığı, sosyal yalnızlık hissinin ve tekrar hastane yatışlarının azaldığı, hastaların öz bakım gücünün ve ilaç uyumunun arttığı görülmüştür (24, 163, 164). Hemşireler danışmanlık programları ile yaptıkları bakım hizmetlerinin en büyük amacı sağlığı korumak, geliştirmek ve rehabilitasyonu sağlamaktır. Telefon danışmanlığı ile ilgili literatür incelendiğinde bir çok hastalıkta kullanılabilir olduğu ve yarar sağladığı görülmektedir (24,161-164).

Harter ve ark. yaptıkları prospektif, pragmatik randomize kontrollü bir çalışmada kronik hastalığı olan kişiler için telefon tabanlı sağlık koçluğunun etkinliğini incelemişlerdir. Müdahale grubu telefon koçluğu alırken kontrol grubuna hiçbir işlem uygulanmamıştır ve iki yıllık bir takip süresi olmuştur. Telefonla koçluk kanıta dayalı bilgileri içermektedir ve motivasyonel görüşme, ortak karar verme ve işbirliğine dayalı hedef belirleme kavramlarına dayanmaktadır. Bu çalışma sonucunda telefon koçluğunun hastane yatışlarını önemli derecede azalttığı ve iki grup arasında da (özellikle kalp yetmezliği bulunan kişilerde) mortalite açısından önemli farklılıklar bulunmuştur (165).

Telefon kullanılarak yapılan hemşirelik uygulamalarından bir diğeri de hasta izlemeleridir. Telefon ile hemşirelik izleminin en önemli özellikleri ise, uzakta bulunan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, maliyetinin düşük ve memnuniyet yüksek olmasıdır (162). Arslan ve ark. yaptıkları bir araştırmada Diyabetli Hastalara Verilen Eğitim

ve telefonla izlemlerinin, öz-etkililik düzeyi ve sağlık inancına etkisine bakmışlardır. Bu araştırmanın sonucunda diyabetli hastalara verilen eğitimlerin ve telefonla yapılan izlemlerin, hastaların sağlık inançlarının ve öz-etkililik düzeylerinde pozitif yönde artış olduğu bulunmuştur. Bunlara ek olarak hastaların bazı metabolik değerlerinde olumlu bir etki yarattığı görölmüştür (166).

Telefonla görüşme yaparken bazı kriterler göz önünde bulundurulmalıdır. Telefonla görüşölen hastaların hazır olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastalarla yapılan görüşmelerde objektif olunarak açık uçlu sorular sorulması, görüşmenin devam etmesini ve hastayla ilgili bilgilere daha kolay ulaşılmasını sağlayacaktır. Etkili bir telefon görüşmesi için hastalara pozitif geri bildirimlerin verilmesi, uygun olmayan baş etme stratejilerinin belirlenip bunların yerine alternatif baş etme stratejilerinin geliştirilmesi, yeni hedefler belirlenip bunlarla ilgili planlamaların yapılması, hastanın anladıklarını geri anlatma metodunun kullanılması, telefon görüşmesinin sonunda özetleme yapılması, hastaların cesaretlendirilmesi ve bir sonraki görüşmenin planlaması oldukça önemlidir (167-169).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, retrospektif, prospektif, deneysel, tek kör randomize kontrollü bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırma, Yağlıdere Devlet Hastanesi acil servise sık sık tekrarlı başvuru yapan kronik hastalığa sahip bireylere hemşirenin yapacağı ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının, hastalık yönetimi ile ilgili olan ilaç uyumu ve öz bakım yönetimi ile acil servis kullanım durumları (acil servis başvuru nedenleri ve sıklığı) üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir ve hipotezleri aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1:

H₀: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru sıklığını azaltma üzerine etkisi yoktur.

H₁: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru sıklığını azaltma üzerine etkisi vardır.

Hipotez 2:

H₀: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru nedenleri üzerine etkisi yoktur.

H₁: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru nedenleri üzerine etkisi vardır.

Hipotez 3:

H₀: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının ilaca uyumu artırma üzerine etkisi yoktur.

H₁: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının ilaca uyumu artırma üzerine etkisi vardır.

Hipotez 4:

H₀: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık öz bakım yönetimini artırma üzerine etkisi yoktur.

H₁: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık öz bakım yönetimini arttırma üzerine etkisi vardır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2021- Temmuz 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Giresun ili Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesinin acil servisine kronik hastalığı nedeniyle ve sık sık aynı şikayetlerle başvuran hastalar örnekleme alınmış ve sonrasında Yağlıdere merkezde yaşayan ve araştırmaya katılan hastalara ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesinde toplam 8 pratisyen hekim, 2 aile hekimi uzmanı, bir çocuk sağlığı ve uzman hekimi, bir adet diş hekimi ve bir iç hastalıkları uzman hekimi ile toplam 28 hemşiresi ile görev yapan E2 tipi bir hastanedir. Bu hastanede 20 yataklı bir dahiliye servisi ve bir adet acil servis olmak üzere hizmet veren toplam iki servisi, labaratuvar birimi, röntgen birimi, üç poliklinik ve bir adet evde bakım hizmetleri birimi mevcuttur. Acil serviste 24 saat nöbet tutan bir hekim ve üç klinik hemşire bulunmaktadır. Ayrıca hafta içi her gün 08:00-17:00 saatleri arasında bir sorumlu hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesi acil servisine bir yılda kronik hastalıklar nedeniyle başvuran 1851 hasta çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Hastane bilgi işlem sisteminden elde edilen verilere göre, acil servise son bir yılda en sık başvuran kronik hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, diyabet, KOAH, kronik kalp yetmezliği ve astımdır. Belirtilen tanılara sahip, son altı ayda sık sık acile başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olan hastalar örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınacak bireyler “Tabakalı rastgele örnekleme yöntemi” kullanılarak yaş, cinsiyet ve kronik hastalık durumuna göre tabakalanarak araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Basheti ve ark. (170) tarafından yapılan araştırmaya göre etki büyüklüğü (Effect size) 0.290 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.615 etki büyüklüğünde gruplarda 34 kişi olmak üzere 68 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (df=2; F=3.140). Araştırma kriterlerine uyan hastalar deney ve kontrol gruplarına randomizasyon yöntemi kullanılarak atanmıştır. Randomizasyon yöntemi “<https://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>”

adresi kullanılarak, deney ve kontrol gruplarına atamalar yapıldı. Bu araştırmayı uygulayan ve verileri değerlendirecek kişi aynı olduğundan tek yönlü bir körleme yapılmıştır.

3.4. Araştırmaya Kabul ve Dışlanma Ölçütleri

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;

- Acil servise son altı ayda en az on ve üzeri başvuru yapan (20, 21, 170, 171),
- 18 yaş ve üstü,
- Sözel iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Hekim tarafından, en az altı ay önce ICD 10 Kodlarına göre en az bir tane kronik hastalık tanısı alan (172)
- Telefon sahibi olan
- Giresun ili Yağlıdere ilçesinin merkezinde ikamet ediyor olan

Araştırmanın dışlanma ölçütleri;

- Son üç ayda geçirilmiş inme öyküsü olmak
- İşitme veya anlama problemine sahip olmak
- Yatağa bağımlı olmak
- Son altı ayda ameliyat geçirmiş olmak
- Kanseri tanısı almış olmak
- Okur yazar olmamak
- Hastanede yatarak tedavi olmak

3.5. Veri Toplama Araçları

1. Hasta Bilgi Formu
2. Hasta İzlem Formu
3. Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği
4. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu
5. Ev Ziyaretleri
6. Telefon Danışmanlığı
7. Dijital Sfigmomanometre
8. Kan Şekeri Ölçüm Cihazı

9. Metre ve Baskül

10. Pulse Oksimetre

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan bu formda, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni, ekonomik, çalışma, sigara ve alkol kullanım durumu) sekiz soru, kronik hastalık ve ilaç kullanım durumunu belirlemeye yönelik (hastalığı, tanı yılı, ilaç yılı, kullanılan ilaçlar, ilaç takibini kimin yaptığı, acil servise en sık başvurma nedenleri ve hastalık hakkında bilgilendirmenin kimler tarafından yapıldığı) yedi soru ile toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.5.2. Hasta İzlem Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan hasta izlem formunda, BKİ, sistolik ve diastolik kan basıncı izlemi, diyetle uygun beslenme ve fiziksel aktivite durumu ile ilaç kullanım durumları (İlacı düzenli kullanma, ilaç almayı unutma, kendini kötü veya iyi hissettiği için ilacını bırakma durumu) ile ilgili kısımlardan oluşmaktadır. Bu form hem ilk görüşmede hem de son görüşme sırasında doldurulacaktır (Ek- 2).

3.5.3. Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G)

Bu ölçek Jones ve Preuett tarafından 1986 yılında öz bakım yönetimi süreci (SCMP) kavramını tanımlaması ve bu kavramın geçerliğinin sınanması (173) ve 1987 yılında koruma kavramının özelliklerinin açıklanması ve eklenmesi ile geliştirilmiştir (174). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Hançerlioğlu ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır (16). Ölçeğin öz koruma ve sosyal koruma olarak tanımlanan iki alt boyutu vardır. Değerlendirmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5’li likert formdan geliştirilen ölçek toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Öz koruma (20 madde) ve sosyal Koruma (15 madde)’dan oluşan iki alt boyutlu bir ölçektir. Öz koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25-34 maddeler ve sosyal koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeler oluşturmaktadır. SCMP-G ölçeğindeki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formundadır ve değerlendirme sırasında dönüştürme yapılmaktadır. Kronik hastalarda öz bakım yönetimi ölçeğinden aldıkları en düşük puan 35, en yüksek puan ise 175’dir. Kronik Hastalarda sosyal koruma alt boyutunun en düşük puanı ise 15, en yüksek puanı da 75’dir. Öz koruma alt boyundan ise

en düşük 20 en yüksek 100 alınabilmektedir. Bu ölçekte puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır (24).

Hancerlioğlu ve ark. Ölçeğin Cronbach alfa değerlerini 0,75, sosyal koruma alt boyutunun Cronbach alfa değerlerini 0,78 ve öz koruma alt boyutunun Cronbach alfa değerlerini 0,78 bulmuşlardır (16). Bu çalışmada uygulanan ölçeğin cronbach alfa değeri 0,862, sosyal koruma alt boyutunun Cronbach alfa değerlerini 0,78 ve öz koruma alt boyutunun Cronbach alfa değerlerini 0,831 olarak bulunmuştur (Ek-3).

3.5.4. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (MASES- SF)

Bu ölçek Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında hipertansiyon hastalarında geliştirilmiş (175) ve 2008 yılında Fernandez ve arkadaşları tarafından tekrar revize edilmiştir (176). Türkçe geçerlik ve güvenirliğini 2012 yılında Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (177) tarafından yapılmıştır. Dörtlü likert skalasında yanıtlanan bu ölçek, 13 maddeden oluşmakta, puanlama 1'den 4'e kadar yapılmakta ve ölçekten en düşük 13, en yüksek 52 puan alınabilmektedir. Bu ölçekte puan arttıkça ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililiği artmaktadır.

Hipertansiyon hastalarında geliştirilen bu ölçeğin diğer kronik hastalıklarda da uygulanabileceğini teyit etmek amacıyla araştırmacı ölçeği geliştiren kişilerle iletişime geçilmiş, bu konuda gerekli yardım ve görüşleri alınmıştır. Ayrıca literatürde de bu ölçeğin hipertansiyon kullanımının dışında kronik hastalıklarda tekrar uyarlanarak kullanıldığı görülmüştür (138, 178-183). Bu ölçek çalışmada kullanılmak üzere 4. ve 12. madde tekrar düzenlenerek 8 uzman kişinin (2 adet uzman dahiliye hekimi, 1 adet acil hekimi, 2 öğretim üyesi ile 1 uzman hemşire ve 2 klinik eczacı) görüşüne sunulmuştur. Uzmanların İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES-SF) maddeleri hakkındaki görüşleri incelendiğinde tüm maddelerin tüm uzmanlar tarafından gerekliliği ifade edilmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin 4. ve 12. maddesi tekrar düzenlenmiştir. Böylelikle bu ölçek ile kronik hastalığı olan bireylerin ilaç tedavilerine bağlılık/uyum öz-etkililik düzeyi değerlendirilecektir. Tekrar düzenlenen bu ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.88 olup kapsam geçerlilik ölçütüne uygundur (184). Bu kriter dikkate alındığında MASES-SF'nin maddelerine verilen puanlarda, uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır. Uzmanlar arası görüş birliği sağlanmasının, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını ve içerik

geçerliliğinin sağlandığını belirtmektedirler (185). Bu çalışmada uygulanan MASES-SF ölçeğin güvenilirliği için bakılan Cronbach alfa değeri 0,886 olarak bulunmuştur (Ek-4).

MASES-SF ölçeğinin kapsam geçerliliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe tekniği kullanılmıştır.

Tablo 1. Uzman görüşleri doğrultusunda ilaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu'nun maddelerinin kapsam geçerlik oranları ve indeksi

MADDE	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz	Kapsam Geçerlilik Oranları
1	8	0	0	1.0
2	8	0	0	1.0
3	7	1	0	0.75
4	8	0	0	1.00
5	7	1	0	0.75
6	8	0	0	1.00
7	6	1	1	0.50
8	8	0	0	1.00
9	8	0	0	1.00
10	7	1	0	0.75
11	8	0	0	1.00
12	7	0	1	0.75
13	8	0	0	1.00
Uzman Sayısı			8	
Kapsam Geçerlik Ölçütü			0,78	
Kapsam Geçerlik İndeksi			0,88	

Kapsam geçerlilik indeksi kapsam geçerlilik ölçütünden büyük olduğu için, ölçeğin kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlıdır (184).

3.5.5. Ev Ziyareti

Hasta ile ilk görüşme acil serviste gerçekleşmiştir. Daha sonra deney ve kontrol grubunun iletişim bilgileri alınmıştır. Deney grubunda bulunan kişilerin ilk ev ziyareti, acil servisteki ilk görüşmeden ortalama 15 gün sonra gerçekleşmiştir. Müdahale yapılacak olan deney grubuna 15 günde bir, toplam 5 kez olacak şekilde üç ay boyunca ev ziyareti yapılmıştır. Bu ziyaretler esnasında hastanın yüz yüze bireysel eğitimleri yapılmış, öz bakım gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirilmeler yapılarak, hastanın bakım gereksinimleri karşılanmıştır. Tekrarlı ev ziyaretleri esnasında yapılan eğitim pekiştirilmiş,

öz bakımına yönelik hastayla birlikte kontroller sağlanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

3.5.6. Telefon Danışmanlığı

Literatür incelendiğinde kişilerin telefonla izlem ve danışmanlık alması hastalık algısına pozitif yönde etki ederek semptom kontrolünde ve hastalık öz yönetiminde olumlu etki ettiği görülmüştür. Ayrıca yapılan çalışmalar ile hasta memnuniyetini artırdığını, stresi azalttığını ve hastaneye tekrarlı yatışları önlediğini göstermektedir (24, 186-188). Deney grubundaki hastalar ev ziyaretlerinden bir hafta sonra arandı ve üç ayda toplam dört defa olacak şekilde, ortalama 15-20 dk görüşme yapıldı. Bu görüşmeler sırasında hastaların ilaç takibi, verilen eğitimlerin uygulanıp uygulanmadığı, kişilerin semptomları sorgulanıp hastaların gereksinimleri belirlendi ve bir sonraki ev ziyaretinde, belirlenen gereksinimler doğrultusunda eğitimler tekrarlandı. Kontrol grubu ile hiçbir görüşme yapılmamıştır.

3.5.7. Dijital Sfigmomanometre

Dijital sfigmomanometre kan basıncını otomatik olarak ölçen bir cihazdır. Mnşon kısmının kolun üst kısmına bağlanarak ve tansiyonu ölçülecek kişinin kalp hizasında tutularak ve hastanın kolu desteklenerek ölçüm gerçekleştirilir (189).

Bu araştırmada kullanılan dijital sfigmomanometre, Omron model: M2 (Omron Corporation firması tarafından Vietnam'da 09/2013 tarihinde üretilmiştir) markasına aittir.



Resim 1. Araştırmada kullanılan dijital sfigmomanometre

Bu araştırmada hastadan elde edilen veriler, aşağıdaki tabloya göre değerlendirildi ve sonuçlar hasta izlem formuna kaydedildi (Tablo 2).

Tablo 2. Klinik kan basıncı sınıflandırması (73).

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	ve	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Hipertansiyon	≥140	ve/veya	≥90
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	≥160	ve/veya	≥100

3.5.8. Kan Şekeri Ölçüm Cihazı

Kan şekeri ölçüm cihazı, parmak ucundan alınan taze kapiller kanın kan ölçüm cihazına takılı olan test stripine damlatılmasıyla birlikte kandaki şeker (glikoz) miktarını ölçmek için kullanılan bir cihazdır. Açlık plazma glikozunun 8 saatten uzun açlık sonrasında ölçülmelidir (190).

Araştırmacı tarafından kullanılan kan şekeri ölçüm cihazı “Contour Ts” (Bayer firması tarafından İsviçrede, 05/2017 tarihinde üretilmiştir) markalı bir cihazdır.



Resim 2. Araştırmada kullanılan kan şekeri ölçüm cihazı

3.5.9. Metre ve Baskül

Boyları metreyle ve kiloları ise cam dijital bir baskül (Tefal firması tarafından Çin’de üretilmiş olan Bien modeli) ile bakılan hastaların BKİ değerlendirmesinde TC

Sağlık Bakanlığı “<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-hesaplamalar>” adresi kullanılarak hesaplandı. Beden kütle indeksinin hesaplanmasının ardından DSÖ’nün BKİ sınıflandırmasına göre veriler değerlendirildi.

Obezitenin değerlendirilmesinde DSÖ’nün sıklıkla kullandığı BKİ, vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesiyle elde edilir (kg/m²). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre BKİ sınıflandırılması aşağıda verilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Beden kütle indeksi sınıflandırması (94)

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,5-24,9
Fazla Kilolu	25,0-29,9
Obezite (1.derece)	30,0 – 34,9
Obezite (2.derece)	35,0 – 39,9
Obezite (3.derece)	≥40

3.5.10. Pulse Oksimetre

Pulse oksimetre arteriyal hemoglobin saturasyonunun tespitinde noninvaziv bir ölçüm sağlayan ve özellikle hipoksinin değerlendirilmesinde kullanılan etkili bir yöntemdir (191). Bu çalışmada parmak tipi pulse oksimetre kullanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan pulse oksimetre Contec CMS50DL modeli (Contec Medical Systems firmasına ait olup 07/2020 yılında Çin’de üretilmiştir) ile parmak tipi olarak bakılmıştır.



Resim 3. Araştırmada kullanılan pulse oksimetre cihazı

Bu araştırmada oksijen saturasyon değerleri, aşağıdaki tabloya göre değerlendirildi ve sonuçlar hasta izlem formuna kaydedildi (Tablo 4).

Tablo 4. Pulse oksimetre ölçüm değerlerinin yorumlanması (191).

SpO2, %	PaO2, mmHg	Anlam
95-100	80-100	Normal
91-94	60-80	Hafif hipoksi
86-90	50-60	Orta derecede hipoksi
85<	50<	şiddetli hipoksi

3.6. Hasta Eğitimleri

Bu araştırmada deney grubuna yapılacak olan bireysel hasta eğitimleri, ev ziyaretleri sırasında, yüz yüze, hastanın gereksinimleri doğrultusunda, bilgisayarda sunum gösterisi şeklinde yapılmıştır. Bu doğrultuda hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım ve kronik kalp yetmezliği hastalarına yönelik eğitim sunumu araştırmacı tarafından literatür taranarak ve uzman görüşleri alınarak (iki adet uzman dahiliye hekimi ve bir adet ğretim yesi) hazırlanmıştır.

Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu

Eğitim sunumunun içeriği hastalarla ilk görüşmeden sonra hastaların eğitim gereksinimleri doğrultusunda literatür taranarak ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-7) (189, 192-195).

Tablo 5. Hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği

1. Hipertansiyon nedir?
2. Yüksek tansiyonun en sık rastlanan belirtileri nelerdir?
3. Yüksek tansiyonun nedenleri nelerdir?
4. Tansiyonunuzu nasıl ölçmelisiniz?
5. Hipertansiyon Risk Faktörleri
5.1.Fazla Kilo
5.2.Aşırı tuz kullanımı
5.3.Sigara
5.4.Alkol
5.5.Sedenter Yaşam
5.6.Sağlıksız beslenme
6. Hipertansiyon ilaç kullanımının önemi
7. Yüksek tansiyonla nasıl başa çıkabiliriz

Diyabet Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu

Eğitim sunumunun içeriği hastalarla ilk görüşmeden sonra hastaların eğitim gereksinimleri doğrultusunda literatür taranarak ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-8) (37, 88, 92, 190, 196-199).

Tablo 6. Diyabet hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği

1. Diyabet nedir?
2. Diyabet belirtileri nelerdir?
3. Diyabet tedavi yöntemleri
3.1. Oral antidiyabetik ilaçlar
3.2. İnsülin tedavisi
4. Kan şekeri nasıl ölçülür?
5. Kan şekeri nasıl değerlendirilir?
6. Diyabette beslenme nasıl olmalıdır?
7. Fiziksel aktivitenin önemi
8. Diyabetle ilişkili komplikasyonlar ve yönetimi
8.1. Ayak bakımı önerileri
8.2. Cilt bakım önerileri
8.3. Diş bakım önerileri
9. Diyabetli bireylerin yaptırması gereken kontroller (rutin kontroller)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOAİ) Yönelik Eğitim Sunumu

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına yönelik hazırlanmış olan eğitim sunumunun içeriği hastalarla ilk görüşmeden sonra hastaların eğitim gereksinimleri doğrultusunda literatür taranarak ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-9) (200-203).

Tablo 7. Kronik Obsrüktif akciğer hastalığına yönelik eğitim sunumu içeriği

-
1. KOAH nedir
 2. KOAH yaygın semptomları nelerdir?
 3. KOAH yönetiminde kullanılan ilaçlar nelerdir?
 4. Ölçülü doz inhaler kullanımı
 5. Kuru Doz İnhaler Kullanımı
 6. Nebulizatör kullanımı
 7. Oksijen kullanımı
 8. Atak sırasında yapılması gerekenler
 9. KOAH alevlenmelerinden korunmak için genel önlemler.
 10. KOAH'da beslenme nasıl olmalıdır?
 11. KOAH'da hava yollarının temizlenmesi
 12. KOAH'da nefesin kontrolü
 13. KOAH'da fiziksel aktivite nasıl olmalıdır?
 14. KOAH'da solunum egzersizleri
-

Astım Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu

Astım hastalarına yönelik yapılacak olan eğitim sunumunun içeriği hastalarla ilk görüşmeden sonra hastaların eğitim gereksinimleri doğrultusunda literatür taranarak ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-10) (204-207).

Tablo 8. Astım hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği

- 1.Astım Nedir?
- 2.Astım Belirtileri Nelerdir?
- 3.Astım Kimlerde Ortaya Çıkar? Risk Faktörleri Nelerdir?
- 4.Astım Belirtilerini Tetikleyen Faktörler Nelerdir?
- 5.Astım Türleri Nelerdir?
- 6.Astım Nasıl Tedavi Edilir?
 - 6.1.Tedavide Kullanılan İlaçlar nelerdir?
 - 6.2. İlaçlar Nasıl Uygulanır?
 - 6.3. İlaçları Düzenli Kullanmanın önemi
- 7.Tetikleyicilerden Nasıl Korunmalı
- 8.Astım ve Fiziksel Egzersiz
- 9.Astım ve Beslenme

Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu

Kronik Kalp Yetmezliği hastalarına yönelik yapılacak olan eğitim sunumunun içeriği hastalarla ilk görüşmeden sonra hastaların eğitim gereksinimleri doğrultusunda literatür taranarak ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-11) (208-211).

Tablo 9. Kronik kalp yetmezliği hastalarına yönelik eğitim sunumunun içeriği

- 1.Kronik Kalp Yetmezliği nedir?
2. Kronik Kalp Yetmezliğinin nedenleri ve risk faktörleri nelerdir?
3. Kronik Kalp Yetmezliğinin belirtileri ve bulguları nelerdir?
4. Kronik Kalp Yetmezliğinde Semptom Kontrolü nasıl olmalıdır ?
5. Kronik Kalp Yetmezliğinde İlaç Yönetimi nasıl olmalıdır ?
6. Kronik Kalp Yetmezliğinde beslenme nasıl olmalıdır ?
7. Kronik Kalp Yetmezliğinde egzersiz nasıl olmalıdır?
8. Kronik Kalp Yetmezliğinde kan basıncı yönetimi nasıl olmalıdır?
- 9.Kronik Kalp Yetmezliğinde sigara kullanımı
9. Kronik Kalp Yetmezliğinizin kötüleşmesini önlemek için neler yapabilirsiniz?

3.7. Hasta Bilgilendirme Broşürleri

Hipertansiyon hastalığına yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan “Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü” (Ek-12) hipertansiyon nedir, nedenleri, niçin tehlikeli olduğu, en sık rastlanan

belirtileri, nasıl başa çıkılabileceği, önleme ve tedavinin nasıl olması gerektiği ile ilgili bilgiler içermektedir (212).

Diyabetli bireyler için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan “Diyabetle Yaşam” başlıklı diyabet hastalarına yönelik bilgilendirme broşürü (Ek-13), diyabet nedir, hangi tipleri vardır, nedir ve nasıl gelişir, önemi nedir, belirtileri nelerdir, riskli kişiler kimleridir, diyabete bağlı sağlık sorunları nelerdir, beslenme ve egzersiz nasıl olmalıdır, tedavisi nasıldır ve evde kendi kendine izlemin önemi nedir konu başlıkları halinde bilgiler içermektedir (213).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan “Hayat Sizden Uzaklaşmasın” başlıklı kronik obstrüktif akciğer hastalığına yönelik bilgilendirme broşürü (Ek-14), KOAH’ın tanısının nasıl konulacağı, belirti ve bulguları, görülme sıklığını, neden olan etmenler, korunma ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme yapan bir broşürdür (214).

Astım hastalarına yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan, “Astımınızı Rahatlatın, Hayatınıza Sağlık Katın” başlıklı astım hastalarına yönelik bilgilendirme broşürü (Ek-15), astım nedir, tanısı nasıl konulur, belirtileri nelerdir, hava kirliliği ile arasındaki ilişkisi nedir, beslenme ve fiziksel aktivite nasıl olmalıdır ve tedavisi nedir konu başlıkları halinde bilgilendirme içermektedir (215).

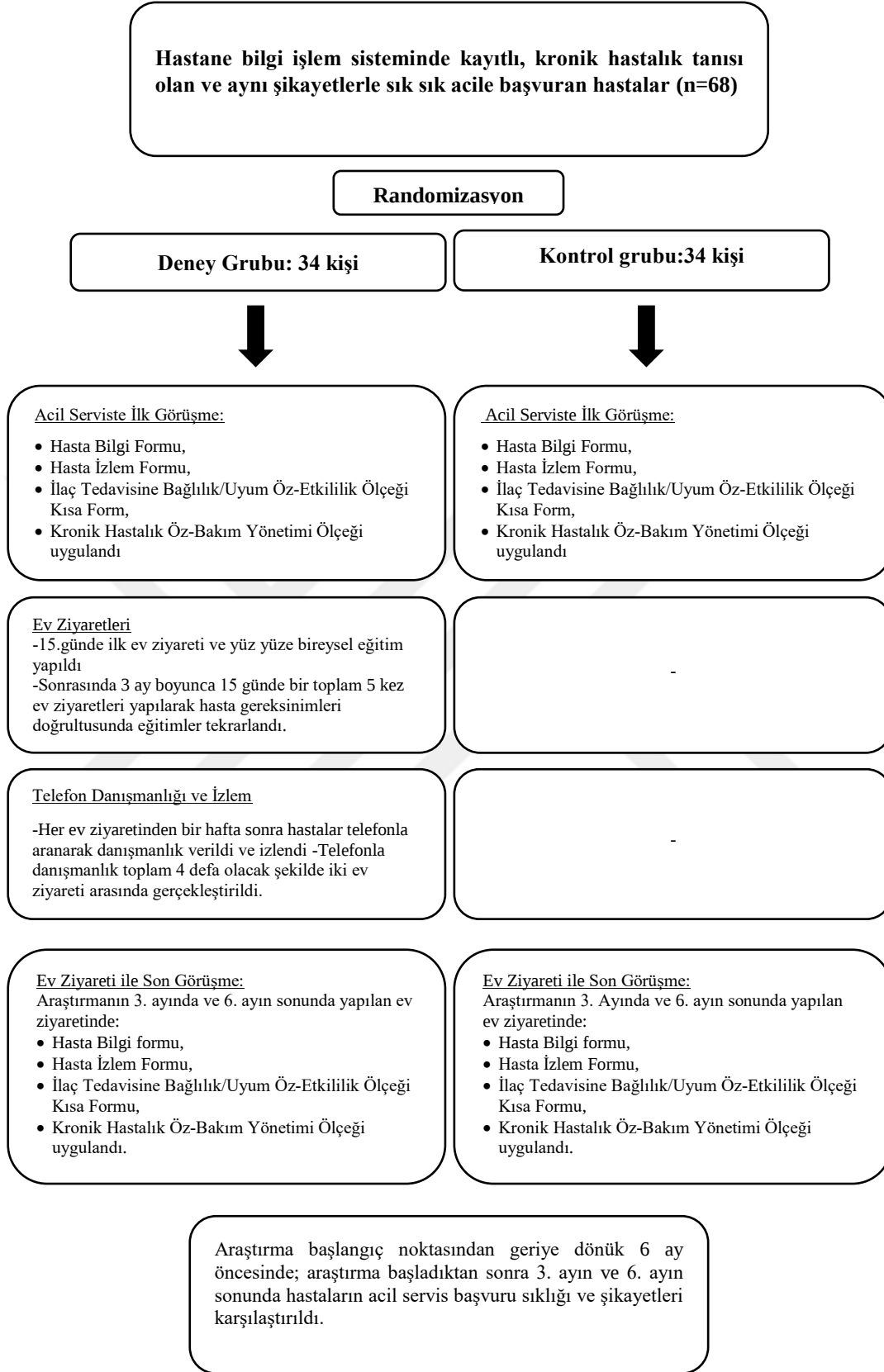
Kalp ve damar hastalıkları için Türk Kardiyoloji Derneği ile T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan “Kalbinizi Ödüllendirin” başlıklı kronik kalp yetmezliği hastalarına yönelik bilgilendirme broşürü (Ek-16), kalp sağlığını korumak için beslenme, fiziksel egzersiz, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili bilgilendirmeler içermektedir (216).

3.8. Formların Ön Uygulaması

Araştırmaya başlamadan önce formlar oluşturulup, güç analizi ile örneklem sayısı belirlendikten sonra, veri toplama sorularının ve eğitimlerin anlaşılabilirliğini kontrol etmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Örneklem sayısının %5’ini oluşturan üç hasta ile yapılan bu ön uygulama sonucunda eğitimler tekrar düzenlenmiş ve son halini almıştır. Ön uygulama yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Akış Şeması

Araştırma akış şeması Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırmanın akış şeması

3.10. Veri Toplama Yöntemi

Yağlıdere Devlet Hastanesi Acil servisinde 2021 yılının Ocak ayında hafta içi her gün 08:00-17:00 saatleri arasında, araştırmacı hastane bilgi sisteminden belirlenen aynı şikayetle sık tekrarlı başvuruda bulunan hastalarla (acil servise geldiklerinde hasta onamları alınarak), acil serviste görüşmeler yaparak, araştırmaya katılacak kişileri belirlemiş ve ilk verileri toplamıştır. Deney grubuna hastalar atandıkça telefonla randevu alınarak, hastaların ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir.

Veriler toplanmadan önce hastalara “Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” ve “Deney Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” uygulanmış, kişilerin hem sözel hem yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra Hasta Bilgi Formu, Hasta İzlem Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Bu formlardaki sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve verilen yanıtlar forma kaydedilmiştir. Formların uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Ayrıca hasta izlem formunda yer alan kan basıncı, saturasyon, açlık kan şekeri, boy ve kilo ölçümü ile diyetle uygun beslenip beslenmeme ve fiziksel aktivite durumları değerlendirilerek izlem formunda yer alan uygun bölümlere kayıt edilmiştir.

Acil servise kronik hastalıklar nedeniyle başvuran erişkin hastaların verileri altı ay geriye dönük olarak incelenmiştir. Deney grubunda yer alan hastalara ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı üç ay boyunca devam etmiştir. On beş günde bir defa ortalama bir saat olacak şekilde ev ziyaretleri ve bu ev ziyaretinden bir hafta sonra ortalama 15-20 dk telefon danışmanlığı yapılmıştır. Üç ay boyunca deney grubuna müdahalenin ardından daha sonraki üç ay boyunca hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Müdahalenin hemen bitimi olan üçüncü ayda ve araştırmanın son izlemi olan altıncı ayda deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların evleri ziyaret edilerek; Hasta İzlem Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve Kronik Hastalarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği formu uygulanmıştır.

Bunlara ek olarak, hastane bilgi sisteminden araştırmaya katılanların altı aylık geriye dönük acil servis kullanımının değerlendirilmesini (bireylerin bu çalışmaya dahil olmadan altı ay önce acil servis kullanım durumu (başvuru sıklığı ve şikayeti) ve araştırmaya katılmayı kabul ettikten ve ev ziyaretleri ile telefon danışmanlığının hemen bitimi olan 3. aydaki acil servis kullanım durumlarının (başvuru sıklığı ve şikayeti)

değerlendirilmesi ile araştırma başlangıcından sonraki 6. ayın sonunda acil servis kullanım durumlarını karşılaştırılması yapılmıştır.

3.10.1. Deney Grubuna Araştırmanın Uygulanması

Acil Servisteki İlk Görüşme: Deney Grubu için Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu, Hasta Bilgi Formu, Hasta izlem formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği hastalara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından acil serviste ayrılan bir odada uygulandı. Hasta izlem formunda bulunan BKİ için metre ile boy ve baskül ile kilo ölçümü yapıldı. Ayrıca BKİ yanında kan basıncı ölçümü ve diyetle uygun beslenme durumunun değerlendirmesi her hasta grubu için alındı. Açlık kan şekeri takibi sadece diyabetli hastada bakılırken, saturasyon ölçümü solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği bulunanlar hastalarda bakıldı.

Bu araştırmadaki diyabetli hastaların açlık kan şekeri bakılabilmesi için en az sekiz saatlik açlık durumu kriteri uygulandı. Açlık kan şekeri için uygun olan hastaların ilk kan şekeri ölçümü acil serviste alındı. Kriterleri sağlamayan diyabetli hastaların açlık kan şekeri bir sonraki gün sabah saatlerinde araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak bakıldı.

Solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği olan kişilerin saturasyonuna bakılırken; hastanın parmaklarının çok sıcak veya çok soğuk olmamasına dikkat edilmiştir. Ayrıca ölçüm sırasında hastanın titrememesi ve çok hareketli olmaması sağlandı.

Bu araştırmada ilk kan basıncı ölçümü dijital sfigmomanometre ile acil serviste yapılmıştır. Ölçümler Türk Kardiyoloji Derneğinin Klavuzuna uygun olarak yapıldı. Bu doğrultuda hastalar ölçümden en az yarım saat önce çay kahve gibi kafein içeren içecekler ve sigara içmemeleri konusunda bilgilendirildi ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edildi. Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az beş dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Hastanın sırtı herhangi bir yere yaslayarak oturtuldu ve tansiyon ölçülecek kolunun çıplak olmasına özen gösterildi. Ölçüm sırasında konuşmaması, bacak bacak üstüne atmamasına dikkat edildi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarıldı ve hastanın kolu desteklendi (189).

Veriler toplandıktan sonra da hastalara hastalığı ile ilgili eğitim broşürleri verildi ve okuması önerildi. Katılımcılara bu broşürlerin yanı sıra bir sonraki görüşmede evlerinde bilgisayarda sunum eşliğinde eğitim verileceği söylendi. Bu ev ziyaretinden bir

hafta sonra aranacakları ve verilen eğitimin içeriği ile ilgili hatırlatmalar yapılacağı söylendi.

Daha sonra araştırmaya kabul edilen kişilerin ev adresleri ve iletişim numaraları alındı. Ayrıca katılımcılara araştırmacının telefon numarası da verilerek, ihtiyaç halinde arayabilecekleri söylendi.

İlk Ev Ziyareti: İlk görüşmeden ortalama on beş gün sonra hastaların evlerinde ilk ev ziyareti gerçekleşmiştir. Bu görüşme sırasında katılımcılara hastalıkları ile ilgili eğitimler verildi. Hipertansiyon hastalarına “hipertansiyon nedir, en sık belirtileri ve nedenleri nelerdir, tansiyon nasıl ölçülür, risk faktörleri nelerdir (sigara, fazla kilo, aşırı tuz kullanımı, alkol, sedenter yaşam, sağlıksız beslenme), ilaç kullanımının önemi ve yüksek tansiyonla nasıl başa çıkılır”; konu başlıklarında eğitim verildi. Diyabet hastalarına ise “diyabet nedir, belirtileri ve tedavi yöntemleri (oral antidiyabetik ilaçlar, insülin tedavisi) nelerdir, kan şekeri ölçümü nasıl yapılır, kan şekeri nasıl değerlendirilir, diyabette beslenme nasıl olmalıdır, fiziksel aktivitenin önemi, diyabetle ilişkili komplikasyonlar ve yönetimi, diyabetli bireylerin yaptırması gereken kontroller (rutin kontroller) nasıl olmalıdır”; konu başlıklarında eğitim verildi. KOAH’ı bulunan bireylere “KOAH nedir, yaygın semptomları nelerdir, KOAH yönelik kullanılan ilaçlar, inhaler, nebülizatör ve oksijen kullanımı, atak sırasında yapılması gerekenler, KOAH alevlenmelerinden korunmak için genel önlemler, KOAH’ta beslenme, fiziksel aktivite, hava yollarının temizlenmesi, nefes kontrolü, solunum egzersizi nasıl olmalıdır”; konu başlıkları altında eğitim verildi. Astımı olan bireylere ise astım nedir, belirtileri ve risk faktörleri nelerdir, astım belirtilerini tetikleyen faktörler nelerdir, astım türleri, astım nasıl tedavi edilir (ilaç kullanımı nasıl olmalıdır), astım tetikleyicilerden nasıl korunmalı, astımda fiziksel egzersiz ve beslenme nasıl olmalıdır”; konu başlıklarında bilgisayarda sunum ile eğitim verildi. Kronik kalp yetmezliği bulunan kişilere “kalp yetmezliği nedir, Kalp yetmezliğinin nedenleri, risk faktörleri, belirtileri, bulguları, semptom kontrolü, ilaç yönetimi, beslenme, egzersiz, kan basınç yönetimi nasıl olmalıdır, kalp yetmezliğinde sigara kullanımı ve kalp yetmezliğinin kötüleşmesini önlemek için neler yapabiliriz”; konu başlıklarında bilgisayarda sunum ile eğitim verildi.

Bu eğitimler yapılırken kişilerin eğitim gereksinimleri göz önünde bulundurulmuştur. Örneğin diyabet hastası olup insülin kullanmayan kişilere insülin

eğitimi yapılmamıştır. Başka bir örnekte de kalp yetmezliği olan ve nabız saymasını bilmeyen hastaya nabız sayması öğretilmiştir. Eğitimler ortalama bir saat sürmüştür.

Hastalıklarına uygun beslenemeyen ve ařırđ kilolu olan kişiler ayrıca diyetisyene yönlendirildiler. Buna ek olarak semptom kontrolünde zorlanan kişiler de alanında uzman olan hekimlere yönlendirildi. Ayrıca kişilerin kendi kullandığı ilaçlarla ilgili araştırmacı tarafından hastalara sözel olarak bilgilendirme yapıldđ.

Kişiler bir hafta sonra aranacaklarını ve on beş gün tekrar ziyarete gelineceği konusunda bilgilendirildi.

Telefon Danışmanlığı: Deney grubunda bulunan hastalara ev ziyaretlerinden bir hafta sonra (iki ev ziyareti arasında bir kere telefon görüşmesi), araştırma boyunca toplamda dört kere olacak şekilde telefon danışmanlığı ve izlem yapıldđ. Bu görüşmeler ortalama 15-20 dk sürdü. Telefonla, hastaların aldıkları eğitimleri soru-cevap tekniği kullanılarak takibi yapıldđ. Eksik kalmış eğitimler araştırmacı tarafından bir sonraki ev ziyaretinde tekrarlanması için not alındđ. Hastalarla ayrıca şikayetlerine yönelik soru-cevap yapıldđ. Hastaların bilgi almak istedikleri konular ve semptomları ile ilgili yaşadıkları sıkıntılar cevaplandı ve bunlarla ilgili gerekli yönlendirmeler yapıldđ. Bir sonraki ev ziyareti için tarih ayarlandı ve ev ziyaretinden bir önceki gün tekrar aranarak uygun saatin belirleneceği söylendi.

İkinci, nc, dördüncü ve beşinci ev ziyaretleri: Bu görüşmeler sırasında deney grubundaki kişilerin ev ziyaretinden önce yapılan telefon görüşmelerinde belirlenmiş olan eksik konular için eğitimler tekrarlandı. Ayrıca akılcđ ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmeler yapıldđ. Hastaların hekim randevuları alındđ. Hasta ve hasta yakınları tarafından sağlığı geliştirici davranışlar ve hastalıklarla ilgili merak ettikleri sorular yanıtlandı. Bazđ hastalara da (yara bakımı gibi) gereksindiği bakım sunulmuştur. Ayrıca hastaların öz bakımlarına yönelik bilgilendirilmeler verilmiş, sonraki ev ziyaretlerinde hastayla birlikte kontrol edilmiştir. Her ev ziyaretinde hasta izlem formunda bulunan kan basıncđ, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümü yapılmıştır.

Ev ziyaretleri, bireysel yüz yüze eğitim ve telefon danışmanlığının yapıldđı üç aylık müdahalenin ardından üçüncü ayın sonunda, Hasta Bilgi Formu, Hasta İzlem Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum z-Etkililik leği Kısa Formu, Kronik Hastalık z-Bakım leği hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı.

Son Görüşme: Araştırmacı tarafından deney grubundaki kişiler son görüşme öncesi telefonla aranarak randevu alındı.

Bu araştırmadaki diyabetli hastalara, ev ziyaretinden bir gün önce telefonla aranarak ilk kalktıklarında açlık kan şekerinin (en az sekiz saat açlık) bakılabilmesi için sabah saatlerinde ev ziyaretinin yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılmış ve açlık kan şekerlerine bakılmış, hasta izlem formuna not edilmiştir. Solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği olan kişilerin saturasyonuna bakılırken; hastanın parmaklarının çok sıcak veya çok soğuk olmamasına dikkat edilmiştir. Ayrıca ölçüm sırasında hastanın titrememesi ve çok hareketli olmaması istenmiştir.

Kan basıncı ölçümü sırasında da Türk kardiyoloji derneğinin kılavuzuna uygun olarak yapılmıştır ve bu doğrultuda hastalar ölçümden en az yarım saat önce çay kahve gibi kafein içeren içecekler ve sigara içmemeleri konusunda bilgilendirilmiştir ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edilmiştir. Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az beş dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Hasta sırtını herhangi bir yere yaslayarak oturtuldu ve tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmasına özen gösterildi. Ölçüm sırasında konuşmaması, bacak bacak üstüne atmamasına dikkat edildi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarıldı ve hastanın kolu desteklendi (189).

Hasta Bilgi Formu, hasta izlem formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ev ziyareti yapılarak gerçekleştirildi. Sorular yanıtlanarak süreç tamamlandı.

3.10.2. Kontrol Grubundaki Hastalara Araştırmanın Uygulanması

Acil Servisteki İlk Görüşme: Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu, Hasta Bilgi Formu, hasta izlem formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından acil serviste ayrılan bir odada uygulandı. Hasta izlem formunda bulunan BKİ için metre ile boy ve baskül ile kilo ölçümü yapıldı. Ayrıca BKİ yanında kan basıncı ölçümü, fiziksel aktivite durumu ve diyeteye uygun beslenme de her hasta grubu için alındı. Açlık kan şekeri takibi sadece diyabetli hastada bakılırken, saturasyon ölçümü de solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği bulunanlarda bakıldı.

Bu araştırmadaki diyabetli hastaların açlık kan şekerine bakılabilmesi için en az 8 saatlik açlık durumu sorgulandı. Eğer açlık kan şekerine bakılabiliyorsa acil serviste ilk kan şekeri ölçümü alındı. Eğer açlık kan şekeri acil serviste bakılamayacak ise diyabetli hastaların açlık kan şekerini bakmak için ertesi gün sabah saatlerinde araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak bakıldı.

Solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği olan kişilerin saturasyonuna bakılırken; hastanın parmaklarının çok sıcak veya çok soğuk olmamasına dikkat edilmiştir. Ayrıca lüm sırasında hastanın titrememesi ve çok hareketli olmaması istenmiştir.

Bu araştırmada ilk kan basıncı ölçümü dijital sfigmomanometre ile acil serviste yapılmıştır. Ölçümler Türk kardiyoloji derneğinin klavuzuna uygun olarak yapıldı. Bu doğrultuda hastalar ölçümden en az yarım saat önce çay kahve gibi kafein içeren içecekler ve sigara içmemeleri konusunda bilgilendirildi ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edildi. lümlere, hasta sessiz bir odada en az beş dakika istirahat ettikten sonra başlanıldı. Hasta sırtını herhangi bir yere yaslayarak oturtuldu ve tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmasına zen gösterildi. lüm sırasında konuşmaması, bacak bacak üstüne atmamasına dikkat edildi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarıldı ve hastanın kolu desteklendi (189).

Veriler toplandıktan sonra da hastalara hastalığı ile ilgili bilgilendirme broşürlerinden verildi ve okuması önerildi. Daha sonra araştırmaya kabul edilen kişilerin ev adresleri ve iletişim numaraları alınarak altı ay sonra tekrar görüşüleceği konusunda bilgilendirildi.

Son Görüşme: Araştırmacı tarafından kontrol grubundaki kişiler son görüşme öncesi telefonla aranarak randevu alındı.

Bu araştırmadaki diyabetli hastalara, ev ziyaretinden bir gün önce telefonla aranarak ilk kalktıklarında açlık kan şekeri (en az 8 saat açlık) bakılabilmesi için araştırmacı tarafından sabah saatlerinde ev ziyaretinin yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılmış ve araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak açlık kan şekeri bakılmış, hasta izlem formuna not edilmiştir. Solunum yolu hastalığı ve kronik kalp yetmezliği olan kişilerin saturasyonuna bakılırken; hastanın çok sıcak veya çok soğuk olmamasına dikkat edilmiştir. Ayrıca lüm sırasında hastanın titrememesi ve çok hareketli olmaması istenmiştir. Kan basıncı ölçümü sırasında da Türk Kardiyoloji Derneğinin Klavuzu'na uygun olarak yapılmıştır ve bu doğrultuda hastalar ölçümden en az yarım saat önce çay

kahve gibi kafein içeren içecekler ve sigara içmemeleri konusunda bilgilendirilmiştir ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edilmiştir. Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Hasta sırtını herhangi bir yere yaslayarak oturtuldu ve tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmasına özen gösterildi. Ölçüm sırasında konuşmaması, bacak bacak üstüne atmamasına dikkat edildi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarıldı ve hastanın kolu desteklendi (189).

Hasta Bilgi Formu, hasta izlem formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu, Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği hastalara araştırmacı tarafından, araştırmanın başlangıcının üçüncü ayında ve altıncı ayında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ev ziyareti yapılarak gerçekleştirildi. Sorular yanıtlanarak süreç tamamlandı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Giresun iline bağlı olan Yağlıdere ilçesinde yaşayan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin alınması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmanın tasarımı, Yağlıdere ilçe devlet hastanesinin bilgi işlem sisteminde bulunan acil servise aynı şikayetle tekrarlı başvuruları fazla olan kronik hastalığa sahip bireylerin rastgele seçilmesini içermektedir. Veriler bireylerin beyanına dayanmaktadır. Bu nedenle de her acil servise gelen kronik hastalığa sahip kişilere genellenemez.

3.12. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için önce araştırmanın yapılacağı kurum olan Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesi'nden izin alındı. Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 16.11.2020 tarihinde etik kurul izni alındı (Sayı: 24237859-705, Ek-17). T.C Sağlık Bakanlığı Giresun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da 14.12.2020 tarihinde (sayı: 41544352-799, Ek-18) Yağlıdere İlçe Devlet Hastanesinde yapılmasına komisyon kararı ile izin verilmiştir. Araştırma verilerini toplanmadan önce uluslararası Helsinki Bildirgesi doğrultusunda araştırma konusunda gerekli bilgilendirmeler yapılarak, hastalardan sözlü onam alındı. Ayrıca deney ve kontrol grubu için “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” (Ek 5, Ek 6) doldurulup imzalatılarak yazılı onam alındı. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgilendirme yapıldı.

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programının ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzdelik, ortalama, standart sapma yöntemleri kullanıldı. Tüm testlerden önce verilerin normal dağılıma uygunlukları için Kolmogrov-Smirnov testi bakılarak sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p>0.05$ düzeyinde normal dağılımına uygunluk değerlendirildi. İki veya daha fazla değişkenin arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için ki kare testi ve Fisher's exact testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmada normal dağılıma uyan bağımsız verilerde ikili karşılaştırmada student t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One way Anova testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan bağımsız verilerde ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla olan gruplarda da Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. One way Anova testinde farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için PostHoc:Tukey, Kruskal Wallis de ise ileri test Mann – Whitney U testi yapılmıştır. İki zamanlı normal dağılıma uyan bağımlı verilerde eşleştirilmiş t testi, normal dağılıma uymayan verilerde wilcoxon testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etki büyüklüğünün hesaplamasında cohen d testi ve r etki değeri ve bunları hesaplamak için “https://www.psychometrica.de/effect_size.html#cohen” sitesi kullanılmıştır. Cohen d istatistiğinde d değeri; 0.2 ise küçük, 0.5 ise orta, 0.8 ise büyük etki olarak değerlendirildi. Nonparemetrik olan testlerde de etki büyüklüğünü hesaplamasında r etki değeri kullanılmaktadır. Cohen r katsayısının etki düzeylerinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılan sınıflandırma; $r=0.10$ ise küçük etki, $r=0.30$ ise orta etki, $r=0.50$ ise büyük etki olarak değerlendirildi. Bunlara ek olarak bağımlı değişkenin bağımsız değişken üzerindeki değişimi (toplam varyansı) r^2 değeri üzerinden yorumlandı (217, 218).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan Yağlıdere ilçe devlet hastanesi acil servisine başvuran ve kronik hastalığı bulunan kişilerle; randomize kontrollü, ön test-son test deneysel tipte yapılan çalışmanın sosyodemografik ve hastalıkları ile ilgili özellikleri, Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları yer almaktadır. Bunlara ek olarak hastaların araştırma başlangıcından altı ay önce ve altı ay sonra acil servis kullanım nedenlerinin ve sıklığının dağılımından ve karşılaştırmasından elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 10. Kontrol ve deney grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması (n=68)

Sosyo-demografik Özellikler	Kontrol Grubu (n=34)		Deney Grubu (n=34)		İstatistiksel Analiz
Yaş	Ort±SS		Ort±SS		
	59.44±11.44		63.74±11.94		p=0.821 ^a
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	18	52.9	19	55.9	p=0.808 ^b
Kadın	16	47.1	15	44.1	
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar	5	14.7	9	26.5	p=0.474 ^b
İlköğretim	16	47.1	13	38.2	
Lise ve üzeri	13	38.2	14	41.2	
Medeni Durum					
Bekar/Dul	7	20.6	9	26.5	p=0.567 ^b
Evli	27	79.4	25	73.5	
Ekonomik Durum Algısı					
İyi	6	17.6	4	11.8	p=0.590 ^b
Orta	14	41.2	12	35.3	
Kötü	14	41.2	18	52.9	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	11	32.4	8	23.5	p=0.417 ^b
Çalışmıyor	23	67.6	26	76.5	
Sigara Kullanımı					
Evet	16	47.1	13	38.2	p=0.401 ^b
Hayır	11	32.4	9	26.5	
Bırakmış	7	20.6	12	35.3	
Alkol Kullanımı					
Evet	7	20.6	3	8.8	p=0.350 ^b
Hayır	19	55.9	20	58.8	
Bırakmış	8	23.5	11	32.4	

a: Independent-Samples T testi, b: Ki kare testi, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

Kontrol ve deney grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 10'da yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 59.44 ± 11.44 bulundu ve %52.9'i erkek, %47.1'i ilköğretim mezunu, %79.4'ü evli, %41.2'si ekonomik durum algısı orta/kötü, %67.6'sı çalışmamakta, %47.1'i sigara kullanmakta ve %55.9'u alkol kullanmamaktadır. Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 63.74 ± 11.94 bulundu ve %55.9'u erkek, %38.2'si ilköğretim mezunu, %73.5'i evli, %52.9'unun ekonomik durumu kötü, %76.5'i çalışmamakta, %38.2'si sigara kullanmakta ve %58.8'i alkol kullanmamaktadır.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında grup özellikleri yönünden anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 11. Kontrol ve deney grubu hastalarının tanı ve tedavi özelliklerinin karşılaştırılması (n=68)

Hastalık ve İlaç Kullanım Durumları	Kontrol Grubu (n=34)		Deney Grubu (n=34)		İstatistiksel Analiz
	Ort±SS		Ort±SS		
İlaç Kullanım Yılı	9.50±7.38		14.62±10.49		p=0.035 ^a r=0.2534 ^d
	n	%	n	%	
İlaç Takibinden sorumlu olan kişi					
Kendisi	23	67.9	18	52.9	p=0.401 ^b
Çocukları	6	17.6	7	20.6	
Eşi	5	14.7	9	26.5	
En sık kullanılan İlaç sınıfları*					
Anti-hipertansif	31	91.2	30	88.2	p=0.500 ^c
Anti-diyabetik	13	38.2	14	41.2	p=0.804 ^b
Bronkodilatörler	10	29.4	13	38.2	p=0.442 ^b
Anti-hiperlipidemik	10	29.4	8	23.5	p=0.582 ^b
Diüretik	7	20.6	6	17.6	p=0.758 ^b
Kortizol	7	20.6	5	14.7	p=0.525 ^b
Kronik Hastalık*					
Hipertansiyon	31	91.2	30	88.2	p=0.500 ^c
Diyabetes Mellitus	13	38.2	14	41.2	p=0.804 ^b
KKY**	8	23.5	6	17.6	p=0.549 ^b
KOAH***	6	17.6	5	14.7	p=0.500 ^b
Astım	4	11.8	6	17.6	p=0.493 ^b
Hastalık Tanı Süresi (Yıl)					
1-5 yıl	9	26.5	9	26.5	p=0.820 ^b
6-10 yıl	8	23.5	6	17.6	
11 yıl ve üzeri	17	50.0	19	55.9	
Hastalıkla ilgili bilgilendirme yapan kişi					
Hemşire	6	17.6	9	26.5	p=0.432 ^b
Hekim ve Hemşire	12	35.3	14	41.2	
Hekim	16	47.1	11	32.4	
Acil servise en sık geliş nedenleri					
Hipertansiyon	13	38,2	16	47,1	p=0,681 ^c
Dispne	9	26,5	10	29,4	
Halsizlik/Baş dönmesi	8	23,5	6	17,6	
Hiperglisemi	4	11,8	2	5,9	

a: Mann Whitney U testi, b: Ki kare testi, c: Fisher's exact testi, d: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için satır yüzdesi alınmıştır.

**Kronik Kalp Yetmezliği

*** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kontrol ve deney grubu hastalarının tanı ve tedavi özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 11’de yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ilaç kullanım yılının ortalaması 9.50 ± 7.38 bulundu. Hastaların %67.9’unun ilaç takibini kendisinin yaptığını ve %91.2’sinin anti-hipertansif ilaç kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %91.2’sinde hipertansiyonu, %38.2’sinde diyabeti, %23.5’inde kronik kalp yetmezliği, %17.6’sında KOAH’ı ve %11.8’inde astımı olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısının hastalık tanı süresini 11 yıl ve üzeridir. Kontrol grubundaki hastaların hastalıklarıyla ilgi en çok bilgi aldıkları kişi de hekimlerdir ve hastalıkları nedeniyle en sık acile geliş sebebinin hipertansiyon (%38.2) olduğu saptanmıştır.

Deney grubunda yer alan hastaların ilaç kullanım yılının ortalaması 14.62 ± 10.49 bulunmuştur. Hastaların %52.9’unun ilaç takibini kendisinin yaptığını ve %88.2’sinin anti-hipertansif ilaç kullandığı saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların %88.2’sinde hipertansiyon, %41.2’sinde diyabet, %17.6’sında kronik kalp yetmezliği, %14.7’sinde KOAH ve %17.6’sında astım olduğu saptanmış olup, hastaların yarısından fazlasının hastalık tanı süresini 11 yıl ve üzeridir. Deney grubundaki hastaların %41.2’sinin, hastalıklarıyla ilgi en çok bilgi aldıkları kişiler hemşire ve hekimlerdir. Deney grubundaki kişilerin %47.1’inin en sık acile geliş nedeni hipertansiyondur.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların ilaç kullanım yılı karşılaştırılmasında grup özellikleri yönünden anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bulunan bu farkın küçük güçte etkiye sahip olduğunu ($r = 0.2534$) ve toplam varyansın %6’sını ($r^2 = 0.06$) açıkladığı tespit edilmiştir. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ilaç kullanım yılı haricinde ilaç kullanım ve hastalık durumlarının karşılaştırılmasında grup özellikleri yönünden anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 12. Kontrol ve deney grubu hastalarının bazı parametrelere göre ilk ve son izlem sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılması (n=68)

Beslenme, fiziksel aktivite ve ilaç kullanım durumları	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz
	İlk İzlem	İlk İzlem		Son İzlem	Son İzlem	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Diyete uygun beslenme						
Evet	5 (14.7)	7 (20.6)	p=0.525 ^a	5 (14.7)	18 (52.9)	p=0.001^a
Hayır	29 (85.3)	27 (79.4)		29 (85.3)	16 (47.1)	
Fiziksel aktivite durumu						
Evet	5 (14.7)	8 (23.5)	p=0.355 ^a	6 (17.6)	11 (32.4)	p=0.161 ^a
Hayır	29 (85.3)	27 (76.5)		28 (82.4)	23 (67.6)	
İlacı düzenli kullanma durumu						
Evet	22 (64.7)	19 (55.9)	p=0.457 ^a	22 (64.7)	30 (88.2)	p=0.022^a
Hayır	12 (35.3)	15 (44.1)		12 (35.3)	4 (11.8)	
Bazen ilaç almayı unutma durumu						
Evet	28 (82.4)	26 (76.5)	p=0.549 ^a	27 (79.4)	22 (64.7)	p=0.117 ^a
Hayır	6 (17.6)	8 (23.5)		7(20.6)	12 (35.3)	
Kendini kötü hissettiği için ilacını bırakma durumu						
Evet	19 (55.9)	17 (50)	p=0.627 ^a	16 (47.1)	3 (8.8)	p=0.000^a
Hayır	15 (44.1)	17 (50)		18 (52.9)	31 (91.2)	
Kendini iyi hissettiği için ilacı bırakma durumu						
Evet	14 (41.2)	15 (44.1)	p=0.806 ^a	14 (41.2)	1 (2.9)	p=0.000^a
Hayır	20 (58.8)	19 (55.9)		20 (58.8)	33(97.1)	

a: Ki kare testi

Tablo 12’de deney ve kontrol grubu hastalarının bazı parametrelere göre ilk ve son izlem sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

İlk izlem sonuçlarında kontrol ve deney grubundaki hastaların diyetle uygun beslenme, fiziksel aktivite ve ilaç kullanım durumlarının karşılaştırılmasında grup özellikleri yönünden anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Son izlemde ise diyetle uygun beslenme durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0.05). İlk izlemde, kontrol grubunun sadece %14.7’si, deney grubunun da %20.6’sı diyetle uygun beslenirken, son izlemde deney grubunun ise %52.9’u diyetle uygun beslendiği bulunmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişim olmamıştır.

İlk izlemde kontrol grubunun %14.7’si, deney grubunun ise %23.5’i fiziksel aktivite yapmaktadır. Son izlemde ise kontrol grubunun %17.6’sı, deney grubunun ise

%32.4'ü fiziksel aktivite yapmaktadır ve fiziksel aktivite yapma konusunda son izlemde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlacı düzenli kullanma konusunda kontrol grubu ilk izlem ile son izlem arasında değişim yaşanmazken, deney grubunda %55.9'dan %88.2'ye yükselmiştir ve bu konuda son izlem gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

İlk izlem sonuçlarına göre bazen ilaç almayı unutma durumu hem kontrol (%82.4) hem de deney (%76.5) grubunda oldukça fazladır. Son izlemde ise kontrol grubunun %79.4'ü, deney grubunun ise %64.7'si ilaç almayı bazen unutmaktadır ve bu konuda son izlemde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Unutmanın dışında ilacı kendini kötü hissettiğiniz için bırakma durumuna bakıldığında gruplar arası son izlemde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İlk izlemde kontrol grubunun %55.9'i son izlemde %47.1'e düşerken, deney grubunun yarısı, %8.8'e düşmektedir.

Son izlemde kendini iyi hissettiği için ilacı bırakma durumuna bakıldığında gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlk izlemde kontrol hastalarının %41.2'si, deney grubunun da %44.1'i kendini iyi hissettiği için ilacı bırakırken, son izlemde kontrol grubunda herhangi bir değişim olmadığı, deney grubunda ise %2.9'a düştüğü saptanmıştır.

Tablo 13. Kontrol ve deney grubu hastalarının araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonra acil servise başvurma nedenleri ile sıklığının dağılımı ve karşılaştırılması (n=68)

Acil servis Kullanım Durumları	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Acil servise başvurma sıklığı			
6 ay önce	21.79±9.80 21.50 (10-45)	19.82±7.11 18 (10-36)	p=0.712 ^a
6 ay sonra	22.12±7.25 20(10-45)	13.88±7.28 11.50(4-30)	p=0.000 ^a r=0.444^e
İstatistiksel Analiz	p=0.740 ^b	p=0.000 ^b r=0.7815^e	
Acil servise başvurma nedenleri ve sıklığı			
Hipertansiyon			
6 ay önce	13.52±11.38 12 (0-41)	13.88±11.63 13.50 (0-36)	p=0.813 ^a
6 ay sonra	13.68±11.38 14 (0-45)	8.53±8.36 7.50 (0-30)	p=0.053 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.864 ^b	p=0.000 ^b r=0.6606^e	
Hiperglisemi			
6 ay önce	7.41±10.41 0 (0-36)	7.35±10.30 0 (0-32)	p=0.989 ^a
6 ay sonra	7.32±8.19 0 (0-35)	5.64 ±8.19 0 (0-26)	p=0.715 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.855 ^b	p=0.010 ^b r=0.4589^e	
Dispne			
6 ay önce	7.59±13.78 0 (0-45)	5.94±9.23 0 (0-32)	p=0.958 ^a
6 ay sonra	8.44±14.45 0(0-32)	3.76±6.10 47(0-45)	p=0.680 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.157 ^b	p=0.004^b r=0.4893^e	
Halsizlik/baş dönmesi			
6 ay önce	10.18±6.06 10 (1-23)	8.88±5.55 9 (1-24)	p=0.555 ^c
6 ay sonra	8.26±6.13 7.50 (1-25)	6.61±3.77 6 (1-24)	p=0.027 ^c d=0.324 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.011 ^d d=0.313 ^e	p=0.01 ^d d=0.426 ^e	

a: Mann-Whitney U testi, b: Wilcoxon testi, c: Independent-Samples T testi d: Paired samples T test, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

Tablo 13’de deney ve kontrol grubundaki hastaların araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonra acil servise başvurma nedenleri ile sıklığının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol grubunun 6 ay önce ve 6 ay sonraki karşılaştırmalarında acil servise başvurma sıklığı, hipertansiyon, hiperglisemi ve dispne şikayetiyle başvurma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların acil servise halsizlik/baş dönmesi şikayeti ile başvuranların 6 ay önceki (10.18 ± 6.06) ile 6 ay sonraki (8.26 ± 6.13) ortalama sıklığının karşılaştırmalarında, istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$) ve bulunan farkın küçük güçte etkiye sahip olduğu ($d=0.313$) bulunmuştur. Bu toplam varyansın %2’sini ($r^2=0.02$) açıkladığı saptanmıştır.

Deney grubunun 6 ay önce ve 6 ay sonraki karşılaştırmalarında acil servise başvurma sıklığında, hipertansiyon, hiperglisemi, dispne ve halsizlik/baş dönmesi şikayetiyle başvurma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Deney grubunda, acil servise başvurma sıklığının ortalaması 6 ay öncesinin (19.82 ± 7.11), 6 ay sonrasına (13.88 ± 7.28) göre daha fazla olduğu, bu farkın büyük güçte etkiye sahip olduğu ($r=0.7815$) ve toplam varyansın %61’ini ($r^2=0.61$) açıkladığı bulunmuştur.

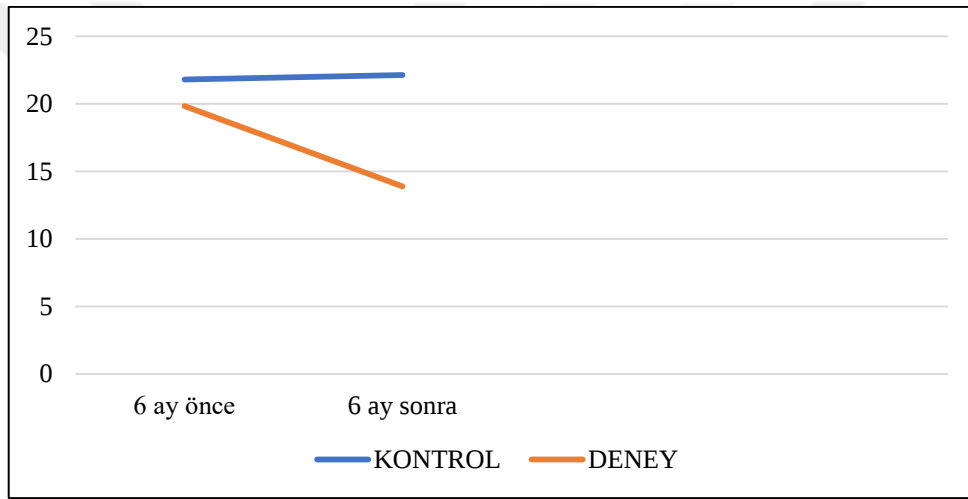
Deney grubunda, acil servise hipertansiyon şikayetiyle başvurma oranı ortalaması 6 ay önceki (13.88 ± 11.38) 6 ay sonrakine göre (8.53 ± 8.36) daha fazla olup, bu fark büyük güçte etkiye sahiptir ($r=0.6606$) ve toplam varyansın %44’ünü ($r^2=0.44$) açıkladığı görülmüştür. Deney grubunda, son altı ayda acil servise hiperglisemi şikayetiyle başvurma oranı ortalaması ilk izlemde (7.35 ± 10.30) son izleme göre (5.64 ± 9.23) daha fazla olup, bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($r=0.4589$) ve toplam varyansın %21’ini ($r^2=0.21$) açıkladığı bulunmuştur.

Deney grubunda, acil servise dispne şikayetiyle başvurma sıklığının ortalaması 6 ay öncesi (5.94 ± 9.23) 6 ay sonrasına göre (3.76 ± 6.10) daha fazla olup, bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($r=0.4893$) ve toplam varyansın %24’ünü ($r^2=0.24$) açıkladığı tespit edilmiştir. Deney grubunda, acil servise halsizlik/baş dönmesi şikayetiyle başvurma oranı ortalaması 6 ay öncesinin (8.88 ± 5.55), 6 ay sonrasından (6.61 ± 3.77) daha fazla olduğu, bu farkın küçük güçte etkiye sahip olduğu ($d=0.426$) ve toplam varyansın %4 ($r^2=0.04$) açıkladığı saptanmıştır.

Kontrol ve deney grubu 6 ay sonra olan acil servise başvurma sıklığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların

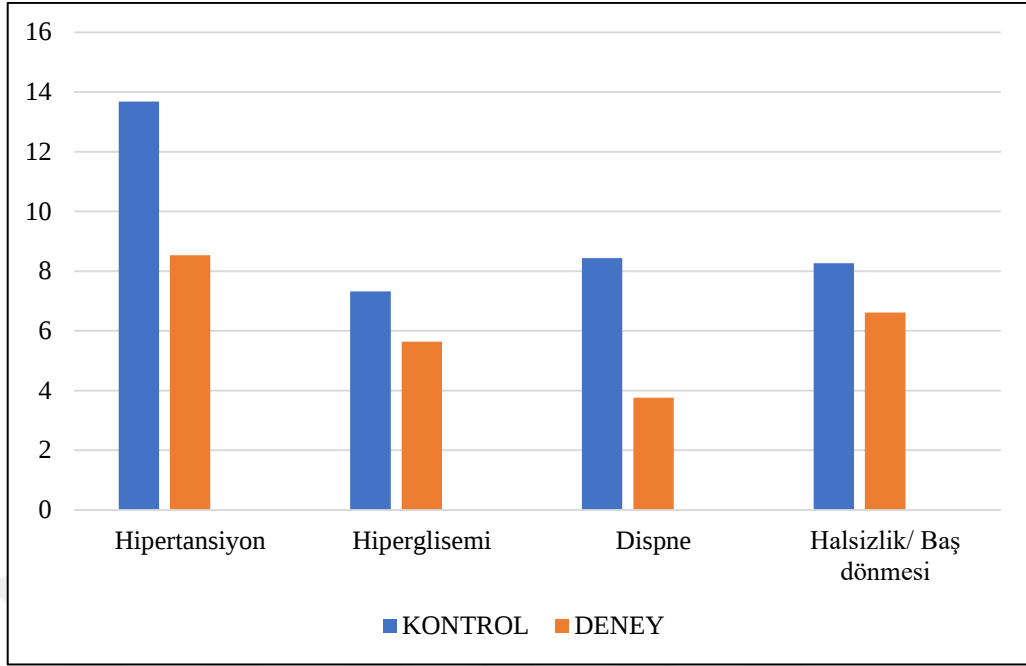
ortalaması (22.12 ± 7.25) deney grubuna göre (13.88 ± 7.28) daha yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($r=0.444$) ve toplam varyansın %19'unu ($r^2=0.19$) açıkladığı tespit edilmiştir.

Kontrol ve deney grubunun araştırma başlangıcından 6 ay sonrasında, acil servise halsizlik/baş dönmesi şikayetiyle başvurma oranının ortalamasında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların ortalaması (8.26 ± 6.13) deney grubuna göre (6.61 ± 3.77) daha yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark küçük güçte etkiye sahiptir ($d=0.324$) ve toplam varyansın %3'nü ($r^2=0.03$) açıkladığı görülmüştür.



Şekil 2. Araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonraki başvuru sıklığının karşılaştırılması

Şekil 2’de deney ve kontrol grubunun araştırma başlangıcından 6 ay önce ve 6 ay sonrasındaki başvuru sıklığının dağılımı yer almaktadır. Kontrol grubunla anlamlı bir azalma olmadığı belirlenmiştir. Deney grubunda ise 6 ay öncesine (19.82 ± 7.11) kıyasla 6 ay sonra (13.88 ± 7.28) acil servise başvuru sıklığında azalma olduğu saptanmıştır.



Şekil 3. Araştırmaya başlangıcından 6 ay sonra acil servise en çok başvuru nedenleri ve sıklığının karşılaştırılması

Şekil 3’de deney ve kontrol grubunun araştırma başlangıcından 6 ay sonra, acil servise en çok başvuru nedenleri ve başvuru sıklığının karşılaştırması ile dağılımı yer almaktadır. Deney grubuna kıyasla kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon, hiperglisemi, dispne ve halsizlik/ baş dönmesi şikayeti ile daha fazla acil servise başvurdıkları belirlenmiştir.

Tablo 14. Kontrol ve deney grubu hastalarının araştırmanın 3. ve 3-6. ayda acil servise başvurma nedenleri ile sıklığının dağılımı ve karşılaştırılması (n=68)

Acil servis Kullanım Durumları	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz
	Ort±SS	Ort±SS	
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	
Araştırmaya başladıktan sonraki 3. ay ve 3-6. aydaki acil servise başvurma sıklığı			
0-3 ay	10.88±5.04 11.50 (2-27)	5.24±3.85 4 (1-13)	p=0.00 ^a r= 0.5623 ^e
3-6 ay	11.21±6.55 10(2-28)	8.65±4.50 8(2-22)	p=0.065 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.864 ^b	p=0.000 ^d d=1.153 ^e	
Acil servise başvurma nedenleri ve sıklığı			
Hipertansiyon			
0-3 ay	6.82±6.74 5.5 (0-26)	2.82±2.96 2 (0-10)	p=0.002 ^c d=0.653 ^e
3-6 ay	7.21±11.38 7 (0-21)	5.68±5.88 4 (0-20)	p=0.306 ^c
İstatistiksel Analiz	p=0.666 ^d	p=0.000 ^d d= 0.99 ^e	
Hiperglisemi			
0-3 ay	3.24±4.74 0 (0-15)	2.18±3.42 0 (0-11)	p=0.295 ^c
3-6 ay	4.09±6.13 0 (0-23)	3.47 ±5.08 0 (0-15)	p=0.652 ^c
İstatistiksel Analiz	p=0.074 ^d	p=0.011 ^d d=0.653 ^e	
Dispne			
0-3 ay	4.53±8.10 0 (0-25)	1.79±3.02 0 (0-10)	p=0.070 ^c
3-6 ay	3.76±6.41 0 (0-20)	1.97±4.18 47 (0-20)	p=0.176 ^c
İstatistiksel Analiz	p=0.253 ^c	p=0.627 ^c	
Halsizlik/ baş dönmesi			
0-3 ay	3.74±3.18 3(0-15)	2.91±2.45 2 (0-9)	p=0.436 ^c
3-6 ay	4.53±3.48 4.50 (0-14)	3.70±2.43 3,5 (0-10)	p=0.440 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.097 ^b	p=0.146 ^d	

a: Mann-Whitney U testi, b: Wilcoxon testi, c: Independent-Samples T testi d: Paired samples T test, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

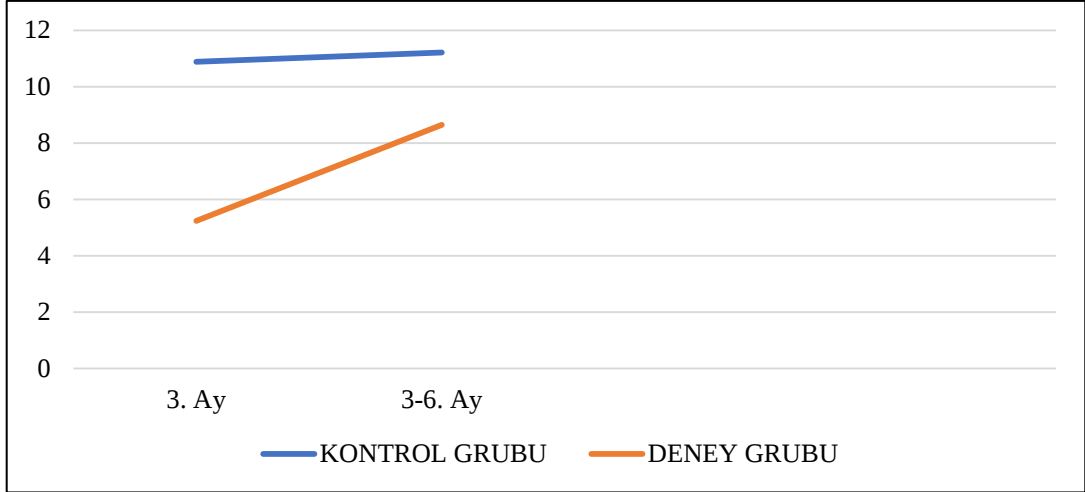
Tablo 14’de deney ve kontrol grubundaki hastaların araştırmaya başladıktan sonraki müdahale sırası boyunca 3 aylık ve müdehale edilmeyen son görüşmeye kadar olan üç aylık (3-6. ay) süreçteki acil servise başvurma sıklığının karşılaştırması verilmiştir.

Deney grubunda, acil servise başvurma sıklığının ortalaması 3-6. ayda (8.65 ± 4.50), 3. aya (5.24 ± 3.85), göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), ve büyük güçte etkiye sahip olduğu ($d = 1.153$) bulunmuştur. Belirlenen farkın toplam varyansın %30’unu ($r^2 = 0.30$) açıkladığı saptanmıştır.

Kontrol grubunun 3. aydaki acil servise başvurma sıklığı (10.88 ± 5.04), deney grubuna göre (5.24 ± 3.85) daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bulunan bu fark büyük güçte bir etkiye sahiptir ($r = 0.5623$) ve toplam varyansın %32’sini ($r^2 = 0.32$) açıklamaktadır.

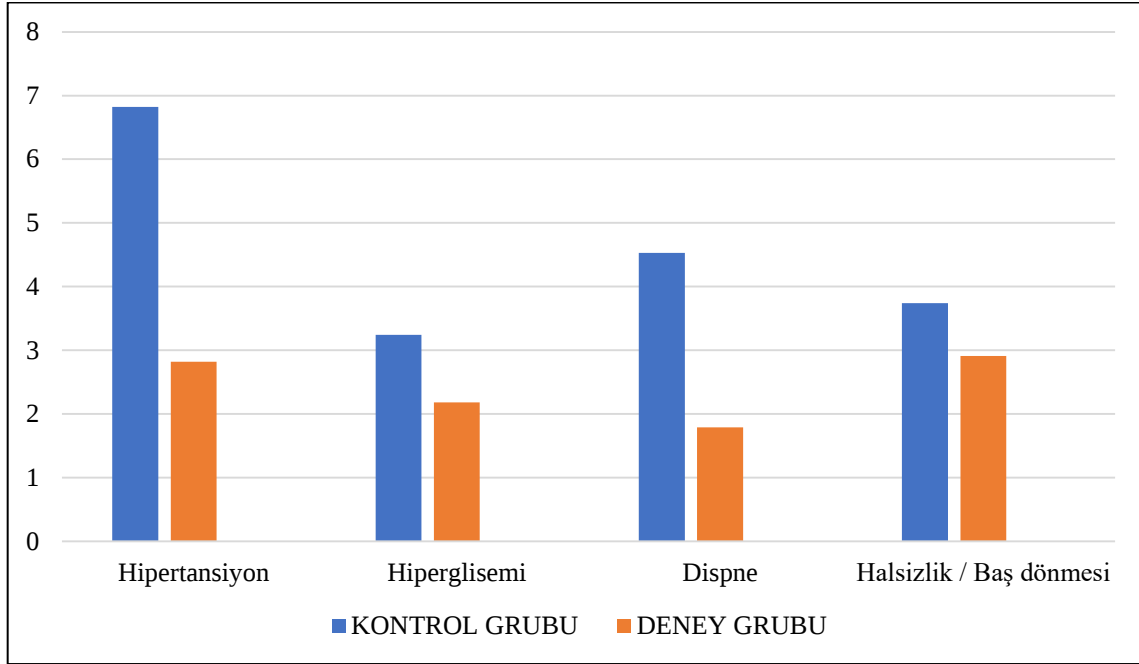
Deney grubunda, acil servise hipertansiyon şikayetiyle başvurma sıklığının ortalaması 3-6. ayda (5.68 ± 5.88), 3. aya göre (2.82 ± 2.96) daha fazla olup, bu fark anlamlıdır ($p < 0.05$) ve büyük güçte bir etkiye sahiptir ($d = 0.99$). Belirlenen farkın, toplam varyansın %20’sini ($r^2 = 0.20$) açıkladığı görülmüştür. Hipertansiyon ile 3. ayda acil servise başvuran kontrol grubunun başvuru sıklığı (6.82 ± 6.74), deney grubuna (2.82 ± 2.96) göre daha fazladır ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu farkın orta güçte bir etkiye sahip olduğu ($d = 0.653$) ve toplam varyansın %9’unu ($r^2 = 0.09$) açıkladığı bulunmuştur.

Deney grubunda, acil servise hiperglisemi şikayetiyle başvurma sıklığının ortalaması 3. ayda (2.18 ± 3.42), 3-6. aya göre (3.47 ± 5.08) daha azdır. Bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($d = 0.653$) ve toplam varyansın %9’unu ($r^2 = 0.09$) açıkladığı bulunmuştur.



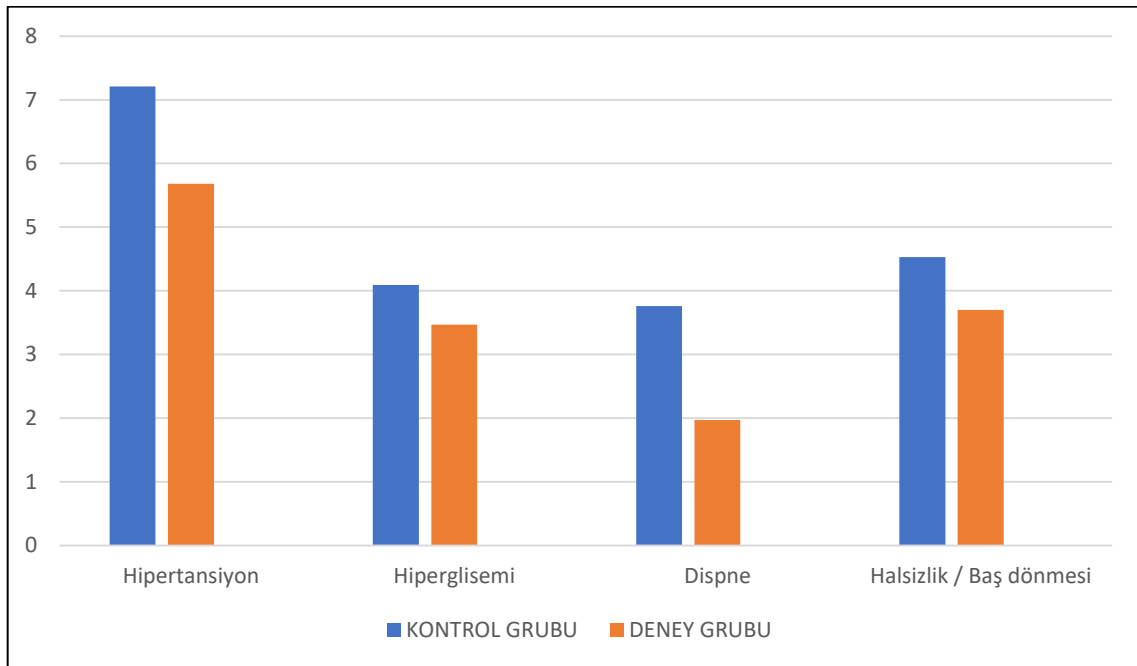
Şekil 4. Araştırma başlangıcından sonraki 3. ay ve 3-6. aydaki acil servise başvurma sıklığı

Şekil 4’de araştırma başlangıcından sonraki 3. ay ve müdahalenin bitimi olan 3 aydan son verilerin toplandığı 6. aya kadar olan acil servise başvurma sıklığının dağılımı verilmiştir. Kontrol grubunla anlamlı bir azalma olmadığı belirlenmiştir. Deney grubunda ise müdahale sonrası olan 3 aylık dönemdeki acil servis başvuru sıklığının (5.24 ± 3.85), 3-6. aydaki başvuru sıklığına (8.65 ± 4.50) göre daha az olduğu bulunmuştur.



Şekil 5. Araştırmanın 3. ayındaki acil servise en çok başvuru nedenlerinin ve sıklığının karşılaştırılması

Şekil 5’de deney ve kontrol grubunun araştırma başlangıcından 3. ayına kadar olan müdahale sırasında, acil servise en çok başvuru nedenleri ve başvuru sıklığının karşılaştırması ile dağılımı yer almaktadır. Deney grubuna kıyasla kontrol grubundaki hastaların, hiperglisemi, dispne ve halsizlik/ baş dönmesi şikayeti ile daha fazla acil servise başvurdıkları saptanmıştır ancak bulunan bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların hipertansiyon nedeni ile acil servise başvurma sıklığı (2.82 ± 2.96), kontrol grubunda göre (6.82 ± 6.74) daha az olduğu saptanmış ve bulunan bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



Şekil 6. Araştırmanın 3-6. ayında acil servise en çok başvuru nedenleri ve sıklığının karşılaştırılması

Şekil 6’da deney ve kontrol grubunun ilk 3 aylık müdahalenin ardından, son verilerin toplanma zamanı olan 6. aya kadar, acil servise en çok başvuru nedenleri ve başvuru sıklığının karşılaştırması ile dağılımı yer almaktadır. Deney grubuna kıyasla kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon, hiperglisemi, dispne ve halsizlik/ baş dönmesi şikayeti ile daha fazla acil servise başvurdıkları saptanmıştır. Ancak bulunan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 15. Kontrol ve deney grubu hastalarının BKİ, kan basıncı, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümlerinin, ilk ve son izlem sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılması (n=68)

BKİ, kan basıncı, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümleri	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Beden Kütle İndeksi (BKİ)			
İlk izlem	29.26±7.50 28.50 (19-45)	30.94±8.19 31 (18-45)	p=0.718 ^a
Son izlem	29.15±7.46 28.50 (19-44)	30.97±8.24 31.50 (18-45)	p=0.603 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.103 ^c	p=0.786 ^c	
Sistolik kan basıncı (mmHg)			
İlk izlem	145.00±25.73 140 (100-190)	148.82±24.96 150 (100-200)	p=0.546 ^a
Son izlem	144.12±24.51 140 (100-190)	141.76±20.37 140 (100-190)	p=0.185 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.475 ^c	p=0.022 ^c d= 0.302	
Diastolik kan basıncı (mmHg)			
İlk izlem	91.18±13.87 90(70-120)0 (0-36)	94.41±17.09 95(60-130)	p=0.342 ^b
Son izlem	93.82±16.69 90(70-140)	92.94±17.33 90(60-130)	p=0.970 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.059 ^d	p=0.571 ^d	
	n =13	n=15	
Satürasyon Değeri (%)*			
İlk İzlem	91.62±2.14 92(88-96)	91.93±2.28 92(88-97)	p=0.708 ^a
Son İzlem	92.31±1.70 93(88-94)	94.33±2.16 95(89-97)	p=0.013 ^a d= -1.026
İstatistiksel Analiz	p=0.133 ^c	p=0.00 ^c d= -1. -1.768	
	n=13	n=14	
Açlık Kan Şekeri Değeri**			
İlk İzlem	177.77±38.82 184(118-241)	181.50±52.29 168(113-272)	p=0.836 ^a
Son İzlem	172.77±34.05 173±(130-256)	133.29±33.62 126.5(103-236)	p=0.01^b r=0.6256
İstatistiksel Analiz	p=0.617 ^c	p=0.02 ^d r=0.8792	

a: Independent-Samples T testi b:Mann-Whitney U testi, c: Paired samples T test, d: Wilcoxon testi, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

*Saturasyon değeri KOAH, Astım ve Kronik Kalp Yetmezliği olan hastalarda bakılmıştır,

**Açlık kan şekeri değeri sadece diyabet tanısı alan hastalarda bakılmıştır

Tablo 15’de deney ve kontrol grubundaki hastaların BKİ, kan basıncı, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümlerinin ilk ve son izlem sonuçlarının grup içi ve gruplar arası dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol grubunda BKİ, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, saturasyon ve açlık kan şekeri ölçümlerinde ilk ve son izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Deney grubunda da BKİ ve diyastolik kan basıncı ölçümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların sistolik kan basıncı ölçümlerinde ilk ve son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0.05$), ilk izlem sırasında sistolik kan basıncı ortalaması (148.82 ± 24.96), son izleme göre (141.76 ± 20.37) daha fazladır. Bulunan bu farkın küçük güçte etkiye sahip olduğu ($d=0.303$) ve toplam varyansın %2’sini ($r^2=0.02$) açıkladığı bulunmuştur.

Deney grubundaki hastaların saturasyon ölçümlerinde ilk ve son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0.05$), ilk izlem sırasında saturasyonun ortalaması (91.93 ± 2.28), son izleme göre (94.33 ± 2.16) daha azdır. Bulunan bu farkın yüksek güçte bir etkiye sahip olduğu ($d=-1.768$) ve toplam varyansın %44’ünü ($r^2=0.44$) açıkladığı tespit edilmiştir.

Son izlem saturasyon ölçümlerinde deney ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunun saturasyonun ortalaması (94.33 ± 2.16) kontrol grubuna göre (92.31 ± 1.70) daha fazladır. Bulunan farkın yüksek güçte bir etkiye sahip olduğu ($d=-1.026$) ve toplam varyansın %21’ini ($r^2=0.21$) açıkladığı tespit edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların açlık kan şekeri ölçümlerinde ilk ve son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0.05$), ilk izlem sırasında açlık kan şekeri ortalaması (181.50 ± 52.29) son izleme göre (133.29 ± 33.62) daha fazladır. Bulunan farkın yüksek güçte bir etkiye sahip olduğu ($r=0.8792$) ve toplam varyansın %77’sini ($r^2=0.77$) açıkladığı bulunmuştur.

Son izlem açlık kan şekeri ölçümlerinde deney ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunun açlık kan şekeri ortalaması (133.29 ± 33.62) kontrol grubuna göre (172.77 ± 34.05) daha düşük bulunmuştur. Bulunan bu farkın yüksek güçte bir etkiye sahip olduğu ($r=0.6256$) ve toplam varyansın %39’unu ($r^2=0.39$) açıkladığı tespit edilmiştir.

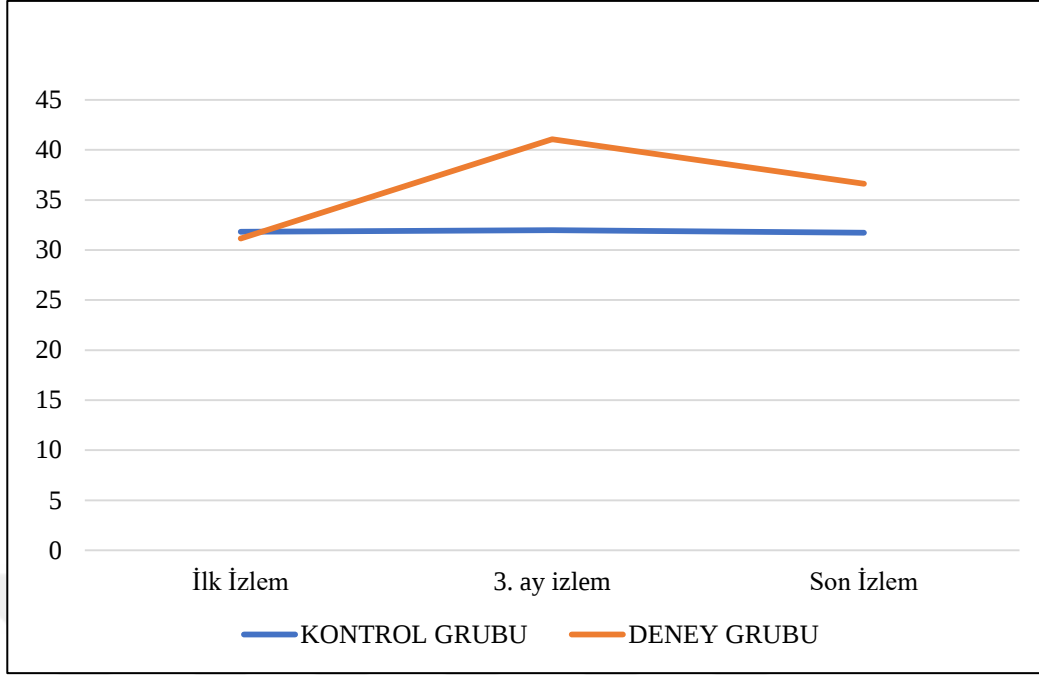
Tablo 16. Kontrol ve deney grubu hastalarının MASES-SF ölçeği ilk ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=68)

	Kontrol Grubu	Deney Grubu	
MASES-SF Ölçeği	Ort±SS Ortanca(min-max)	Ort±SS Ortanca(min-max)	İstatistiksel Analiz
İlk izlem	31.82±10.01 31.5 (17-47)	31.15±9.75 27 (17-46)	p=0.907 ^a
Son izlem	31.74±9.29 30 (18-47)	36.62±7.48 36.5 (20-49)	p=0.044^b d=0.578^d
İstatistiksel Analiz	p=0.637 ^c	p=0.00^c r= 0.7841^d	

a: Mann-Whitney U testi b: Independent-Samples T testi, c: Wilcoxon testi, d: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

Tablo 16’da deney ve kontrol grubundaki hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (MASES-SF) ölçeği ilk ve son izlem puan ortalamalarının gruplar arasında ve grup içindeki dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. İlk izlem MASES-SF ölçeği toplam puanında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). Son izlemde ise deney grubundaki hastaların MASES-SF toplam puan ortalaması (36.62 ± 7.48), kontrol grubundaki (31.74 ± 9.29) hastalara göre daha yüksekti ve gruplar arası anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Son izlemde tespit edilen bu farkın orta etkiye sahip olduğu ($d=0.578$) ve toplam varyansın %8’ni ($r^2=0.08$) açıkladığı bulundu.

Kontrol grubundaki hastaların ilk ve son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarında grup içinde anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Deney grubundaki hastaların ilk ve son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarında grup içinde anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Son izlemde toplam puan ortalaması (36.62 ± 7.48) ilk izleme göre (31.15 ± 9.75) daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın büyük etkiye sahip olduğu ($r=0.7841$) ve toplam varyansın %61’ini ($r^2=0.61$) açıkladığı tespit edilmiştir.



Şekil 7. Kontrol ve deney grubu hastalarının MASES-SF ölçeği ilk izlem, 3. ay ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması

Şekil 7’de kontrol ve deney grubunun ilk izlem, 3. ay izlemi ve son izlem MASES-SF ölçeği verilerin karşılaştırması ile dağılımı yer almaktadır. Bulunan sonuçlarda kontrol grubunla anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Deney grubunda ise müdahale sırası olan 3 aylık dönemdeki MASES-SF ölçeği toplam puanı (41.06 ± 8.54), ilk izlem (31.15 ± 9.75) ve son izlem (36.62 ± 7.48) puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve bulunan bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 17. Kontrol ve deney grubu hastalarının SCMP-G toplam ve alt boyut toplam puanlarının karşılaştırılması (n=68)

SCMP-G Ölçeği	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	İstatistiksel Analiz
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Sosyal Koruma Alt Boyutunu			
İlk izlem	42.26±11.29 40 (26-62)	42.68±10.26 43 (26-68)	p=0.897 ^a
Son izlem	43.21±10.16 40.5(28-61)	46.12±9.47 47 (30-65)	p=0,177 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.060 ^c	p=0.001^d d= -0.345^e	
Öz koruma alt boyutu			
İlk izlem	66.03±12.99 65 (41-92)	63.71±14.14 63 (38-93)	p=0.864 ^b
Son izlem	66.15±12.72 66.5 (46-87)	72.15±12.96 72 (38-94)	p=0.895 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.868 ^d	p=0.000^d d= -0.619^e	
SCMP-G Ölçek toplam puan			
İlk izlem	108.29±21.58 108 (77-148)	106.38±20.06 104 (68-146)	p=0.820 ^a
Son izlem	109.35±20.95 105.5 (79-144)	118.26±18.49 119.5 (70-151)	p=0.147 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.277 ^d	p=0.000^d d= -0.614^e	

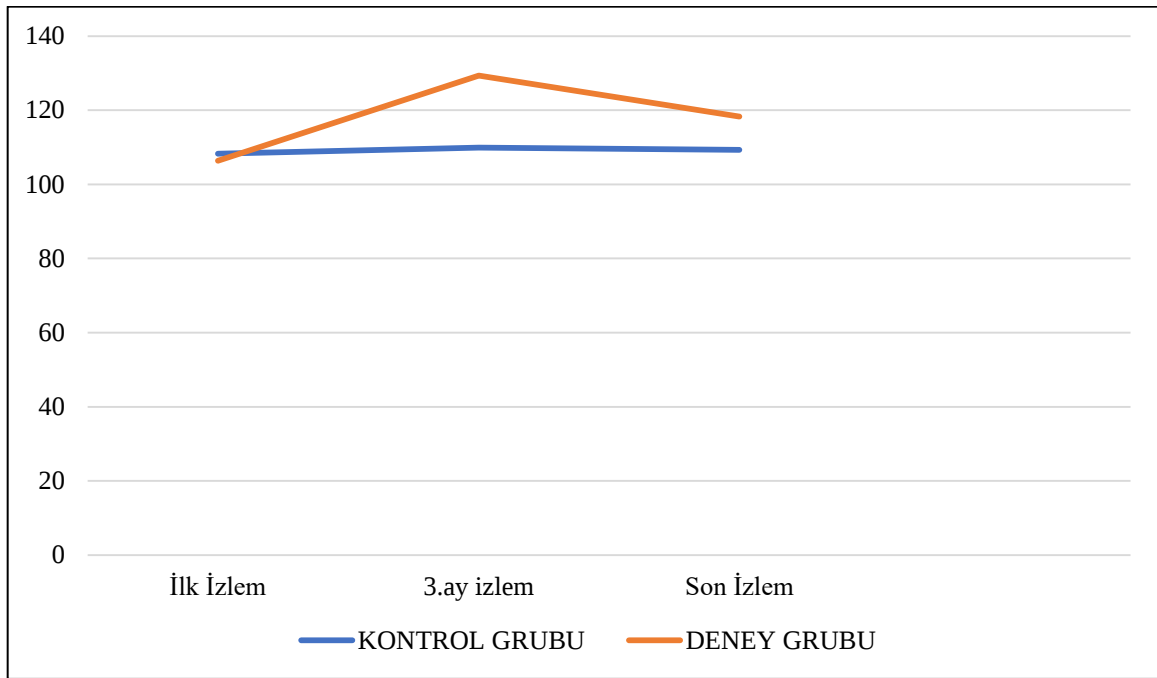
a: Mann-Whitney U testi, b: Independent-Samples T testi, c: Wilcoxon testi, d: Paired samples T test, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

Tablo 17’de deney ve kontrol grubundaki hastaların Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) ve alt boyutlarının ilk ve son izlem puan ortalamalarının gruplar arasında ve grup içindeki dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ilk ve son izlem SCMP-G ölçeği, sosyal koruma ve öz koruma alt boyutları toplam puan ortalamalarında grup içinde anlamlı fark yoktur (p>0.05).

Deney grubunda ise ilk ve son izlem SCMP-G Ölçeği, sosyal koruma ve öz koruma alt boyutları toplam puan ortalamalarında grup içinde anlamlı fark vardır (p<0.05). Deney grubundaki hastaların sosyal koruma alt boyutunun son izlemde toplam puan ortalaması (46.12±9.47) ilk izleme göre (42.68±10.26) daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın küçük

etkiye sahip olduğu ($d = -0.348$) ve toplam varyansın %3'ünü ($r^2 = 0.03$) açıkladığı tespit edilmiştir. Deney grubundaki hastaların öz koruma alt boyutunun son izlemde toplam puan ortalaması (72.15 ± 12.96) ilk izleme göre (63.71 ± 14.14) daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın orta etkiye sahip olduğu ($d = -0.619$) ve toplam varyansın %9'unu ($r^2 = 0.09$) açıkladığı bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların SCMP-G Ölçek toplam puanının son izlemdeki ortalaması (118.26 ± 18.49) ilk izleme göre (106.38 ± 20.06) daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın orta etkiye sahip olduğu ($d = -0.614$) ve toplam varyansın %9'unu ($r^2 = 0.09$) açıkladığı görülmüştür.



Şekil 8. Kontrol ve deney grubu hastalarının SCMP-G ölçeği ilk izlem, 3. ay ve son izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması

Şekil 8’de kontrol ve deney grubunun ilk izlem, 3. ay izlemi ve son izlem SCMP-G ölçeği verilerin karşılaştırması ile dağılımı yer almaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda kontrol grubunla anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Deney grubunda ise müdahale sırası olan 3 aylık dönemdeki SCMP-G ölçeği toplam puanı (129.35 ± 20.63), ilk izlem (106.38 ± 20.06) ve son izlem (118.26 ± 18.49) puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve bulunan bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 18. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması (n=64)

Tanıtıcı Özellikler	MASES-SF ölçeği		İstatistiksel Analiz
	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Cinsiyet			
Kadın	29.06±8.54 28(18-43)	34.33±6.31 34(23-45)	p=0.062 ^a
Erkek	34.11±9.53 35(18-47)	38.42±8.00 38(20-49)	p=0.144 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.115 ^a	p=0.115 ^a	
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar	38.60±6.69 39(31-47)	37.44±5.36 38(30-45)	p=0.729 ^a
İlköğretim	32.63±9.51 30(20-46)	37.69±8.34 34(27-49)	p=0.062 ^b
Lise ve üzeri	28.00±8.60 27(18-44)	34.83±8.11 36.5(20-47)	p=0.053 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.068 ^d	p=0.603 ^c	
Medeni Durumu			
Bekar/Dul	32.29±9.52 31(20-44)	38.11±7.18 39(29-48)	p=0.184 ^a
Evli	31.59±9.42 29(18-47)	36.08±7.66 36(20-49)	p=0.067 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.864 ^a	p=0.494 ^a	
Ekonomik Durum Algısı			
İyi	30.00±9.80 28(18-44)	38.00±8.83 39.5(26-47)	p=0.286 ^b
Orta	29.00±9.61 25.5(18-46)	37.17±6.45 36.5(23-48)	p=0.017^a d=0.938 ^e
Kötü	35.21±8.23 36(22-47)	35.94±8.18 33(20-49)	p=0.804 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.187 ^c	p=0.645 ^d	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	27.82±7.31 28(18-40)	35.75±7.50 36(26-47)	p= 0.034^a d=1.074
Çalışmıyor	33.61±9.70 33(18-47)	36.88±7.61 36.5(20-49)	p=0.241 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.090 ^b	p=0.714 ^a	
Sigara Kullanımı			
Evet	28.75±9.23 27(18-47)	37.77±6.52 37(27-48)	p=0.009^b r=0.485^e
Hayır	34.55±6.70 33(22-43)	34.89±5.67 34(26-44)	p=0.904 ^a
Bırakmış	34.14±11.94 40(19-46)	36.67±9.71 36.5(20-49)	p=0.621 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.197 ^d	p=0.142 ^c	

Tablo 18. (Devam)

Alkol Kullanımı			
Evet	28.29±8.44 27(18-40)	33.33±3.21 32(31-37)	p=0.305 ^b
Hayır	31.74±9.40 31(19-47)	36.90±7.85 35.5(20-49)	p=0.070 ^a
Bırakmış	34.75±9.85 36.5(18-44)	37.00±7.89 38(23-48)	p=0.587 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.296 ^d	p=0.634 ^d	
Hipertansiyon			
Evet	32.42±9.34 31(18-47)	37.57±7.22 37.5(20-49)	p=0.031^b r=0.276^e
Hayır	24.67±5.86 27(18-29)	29.50±5.92 30(23-35)	p=0.480 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.191 ^b	p=0.051 ^b	
Diyabet			
Evet	38.31±5.50 40(29-46)	39.93±6.31 38.5(30-48)	p=0.543 ^b
Hayır	27.67±8.89 25(18-47)	34.30±7.51 34(20-49)	p=0.007^b r=0.422^e
İstatistiksel Analiz	p=0.001^b r=0.54^e	p=0.029 ^a d=0.80 ^e	
Astım			
Evet	24.75±4.79 26(18-29)	31.33±6.59 31.5(23-41)	p=0.165 ^b
Hayır	32.67±9.40 31(18-47)	37.75±7.27 37.5(20-49)	p=0.041^b r=0.268 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.134 ^b	p=0.055 ^a	
KOAH*			
Evet	44.33±1.86 44(42-47)	44.80±4.21 46(38-49)	p=0.811 ^a
Hayır	29.04±7.89 27.5(18-43)	35.21±7.03 35(20-48)	p=0.003^a d=0.827^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^a d=2.10 ^e	p=0.006^a d=1.42^e	
KKY**			
Evet	42.00±4.72 43(31-47)	37.83±7.94 37.5(30-47)	p=0.645 ^b
Hayır	28.58±7.99 27(18-46)	36.36±7.51 36.5(20-49)	p=0.001^a d=1.005 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^b r=0.63^e	p=0.668 ^a	
Hastalık Tanı süresi			
1-5 yıl	24.89±6.51 24(18-40)	36.33±5.17 36(31-47)	p=0.001^a d=1.947 ^e
6-10 yıl	29.38±7.74 29(19-41)	35.83±9.28 34.5(26-49)	p=0.181 ^a
11 yıl ve üzeri	36.47±8.83 40(18-47)	37.00±8.15 37(20-48)	p=0.853 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.004^c PostHoc= 3>1,3>2(p<0.05)	p=0.941 ^c	

Tablo 18. (Devam)

İlaç takibinden sorumlu olan kişi			
Eş	27.61±7.65 27(18-43)	35.67±7.18 35.5(23-47)	p=0.001^a d=1.082 ^e
Kendisi	40.20±7.16 43(28-46)	37.67±9.35 37(20-49)	p=0.610 ^a
Çocukları	40.50±5.47 41(31-47)	37.71±6.29 38(30-46)	p=0.417 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.000^c PostHoc= 2>1,3>1 (p<0.05)	p=0.746 ^c	
Hastalıkla ilgili kimler tarafından bilgilendirilme yapıldı			
Hekim	32.00±7.04 31(22-41)	35.00±8.47 36(20-47)	p=0.478 ^b
Hekim ve Hemşire	26.38±7.25 24.5(18-43)	34.91±8.06 34(23-49)	p=0.007^b
Hemşire	38.75±8.35 41(18-47)	39.00±6.14 37.5(30-48)	p=0.931 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.003^d İleri Test (MWU)=3>2(P<0.05)	p=0.308 ^c	

a: Independent-Samples T testi b:Mann-Whitney U testi, c: Anova Testi d: Kruskal Wallis H-Testi, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

*Kronik Kalp Yetmezliği

**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 18’de yer almaktadır.

Ekonomik durum algısı orta olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05). Bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir (d=0.983) ve toplam varyansın %19’unu ($r^2 = 0.19$) açıkladığı tespit edilmiştir. Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=37.167$), kontrol grubunun ilaç toplam puanlarından ($\bar{x}=29.000$) yüksek bulunmuştur.

Bir işte çalışıyor olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05) ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir (d=1.074) ve toplam varyansın %22’sini ($r^2 = 0.22$) açıkladığı saptandı. Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=35.750$), kontrol grubunun ilaç toplam puanlarından ($\bar{x}=27.818$) yüksek bulundu.

Sigara kullananların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir (r=0.482) ve toplam varyansın %23’ünü ($r^2 = 0.23$) açıkladığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunun MASES-SF

ölçeği toplam puanları ($x=28.750$), deney grubunun ilaç toplam puanlarından ($x=37.769$) düşük bulunmuştur.

Hipertansiyonu olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve bu fark küçük bir etkiye ($r=0.276$) sahip olmakla birlikte toplam varyansın %8'ini ($r^2=0.08$) açıkladığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=32.419$), deney grubunun ilaç toplam puanlarından ($x=37.567$) düşük bulunmuştur.

Diyabeti olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve bu fark orta etkiye ($r=0.422$) sahiptir. Bununla birlikte toplam varyansın %18'ini ($r^2=0.18$) açıkladığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=27.667$), deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanlarından ($x=34.300$) düşük bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda diyabeti olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=38.31$), diyabeti olmayanların MASES-SF ölçeği toplam puanlarından ($x=27.67$) yüksek bulunmuş ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bulunan bu farkın yüksek güçte olduğu ($r=0.54$) ve toplam varyansın %29'unu ($r^2=0.29$) açıkladığı bulunmuştur.

Deney grubunda diyabeti olanların diyabeti olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=39.93$), diyabeti olmayanların MASES-SF ölçeği toplam puanlarından ($x=34.30$) yüksektir ve bu fark anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu farkın yüksek güçte olduğu ($d=0.80$) ve toplam varyansın %14'unu ($r^2=0.14$) açıkladığı tespit edilmiştir.

Astımı olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kontrol grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=32.667$), deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanlarından ($x=37.750$) düşük bulunmuştur. Bulunan bu farkın düşük güçte olduğu ($r=0.268$) ve toplam varyansın %7'sini ($r^2=0.07$) açıkladığı görülmüştür.

KOAH olmayanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=35.207$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=29.036$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu farkın yüksek güçte etkiye sahip olduğu ($d=0.827$) ve toplam varyansın %15'ini ($r^2=0.15$) açıkladığı görülmüştür.

Kontrol grubunda KOAH olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). KOAH olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=44.33$), KOAH olmayanların toplam puanlarından ($x=29.04$) yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark farkın yüksek güçte etkiye sahip olduğu ($d=2.10$) bunun yanı sıra toplam varyansın %52'sini ($r^2=0.52$) açıkladığı görülmüştür. Deney grubunda da KOAH olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=44.80$), KOAH olmayanların toplam puanlarından ($x=35.21$) yüksek bulunmuştur ve bu fark anlamlı olmakla birlikte yüksek güçte etkiye sahiptir ($p<0.05$; $d=1.42$). Ayrıca toplam varyansın %34'ünü ($r^2=0.34$) açıkladığı görülmüştür.

Kronik kalp yetmezliği olmayanların MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farkın yüksek güçte olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $d=1.005$). Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=36.357$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=28.577$) yüksek bulunmuştur. Toplam varyansın da %20'sini ($r^2=0.20$) açıkladığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda kronik kalp yetmezliği olanların MASES-SF ölçeği toplam puanları ($x=42.00$), olmayanların toplam puanlarından ($x=28.58$) yüksek bulunmuştur ve bu fark anlamlı olmakla birlikte yüksek güçtedir ($p<0.05$; $r=0.63$). Toplam varyansın da %40'ını ($r^2=0.40$) açıkladığı tespit edilmiştir.

Tanı süresini 1-5 yıl olan gruplara göre MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık yüksek güçtedir ($p<0.05$; $d=1.947$). Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=36.333$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=24.889$) yüksek bulunmuştur ve toplam varyansın %49'unu ($r^2=0.49$) açıkladığı tespit edilmiştir. Hastaların ilaç toplam puanları tanı yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.30$). Farkın nedeni ise tanı yılı 11 ve üzeri olanların ilaç toplam puanlarının tanı yılı 1-5 yıl olanların MASES-SF ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca tanı yılı 11 ve üzeri olanların MASES-SF ölçeği toplam puanlarının, tanı yılı 6-10 olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

İlaç takibinin eşlerin yaptığı gruplara göre MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık yüksek güçte olmakla birlikte toplam varyansın %23'ünü açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=1.082$; $r^2=0.23$). Deney grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=35.667$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=27.609$) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların MASES-SF ölçeği toplam puanları ilaç takibinin nasıl yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\varepsilon^2=0.41$). Farkın nedeni eşli takip edenlerin MASES-SF ölçeği toplam puanlarının kendisi takip edenlerin toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Buna ek olarak ilaç takibini çocukları tarafından yapılan kişilerin MASES-SF ölçeği toplam puanlarının kendisi takip edenlerin toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hekim ve hemşirenin ikisinden de bilgi alanların deney ve kontrol gruplarına göre MASES-SF ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu fark güçlü etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %27'sini açıklamaktadır ($p<0,05$; $r=0.518$; $r^2=0.28$). Kontrol grubunun MASES-SF ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=26.375$), deney grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=34.909$) düşük bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların MASES-SF ölçeği toplam puanları hastalık hakkında bilgi alınan kişiye göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\varepsilon^2=0.35$). Farkın nedeni hekim ve hemşirenin ikisinden birlikte bilgi alanların MASES-SF ölçeği toplam puanlarının sadece hekimlerden bilgi alanların ilaç toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Tablo 19. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem SCMP-G ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması (n=64)

Tanıtıcı Özellikler	SCMP-G ölçeği		İstatistiksel Analiz
	Kontrol Grubu (n=34)	Deney Grubu (n=34)	
	Ort±SS	Ort±SS	
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	
Cinsiyet			
Kadın	107.25±19.72 105.5(83-144)	114.80±21.39 120(70-145)	p=0.315 ^a
Erkek	111.22±22.38 107(79-144)	121.00±15.90 119(94-151)	p=0.138 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.589 ^a	p=0.339 ^a	
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar	125.20±13.39 132(107-137)	123.56±18.83 129(82-145)	p=0.867 ^a
İlköğretim	113.63±20.95 114(83-144)	120.62±18.62 119(91-151)	p=0.356 ^a
Lise ve üzeri	98.00±18.17 93(79-144)	111.75±17.71 111(70-139)	p=0.068 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.020 ^c PostHoc= 1>3, 2>3(p<0.05)	p=0.304 ^c	

Tablo 19. (Devam)

Medeni Durumu			
Bekar/Dul	114.14±21.51 115(89-139)	119.78±22.31 122(82-150)	p=0.619 ^a
Evli	108.11±21.04 104(79-144)	117.72±17.40 119(70-151)	p=0.080 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.506 ^a	p=0.780 ^a	
Ekonomik Durum Algısı			
İyi	105.83±23.24 104(84-144)	93.75±21.73 93.5(70-118)	p=0.392 ^b
Orta	102.93±20.10 97.5(79-144)	119.67±12.04 120.5(99-139)	p=0.019^a d=0.991^e
Kötü	117.29±19.61 120(83-139)	122.78±17.94 122(91-151)	p=0.416 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.177 ^c	p=0.046^d İleriTest (MWU) = 2>1,3>1(p<0.05)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	96.73±11.93 95(79-115)	108.50±19.70 112(70-132)	p=0.123 ^a
Çalışmıyor	115.39±21.81 117(83-144)	121.27±17.39 120.5(82-151)	p=0.300 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.003^a d=0.97 ^e	p=0.088 ^a	
Sigara Kullanımı			
Evet	105.50±20.17 99.5(79-139)	112.77±12.75 113(91-139)	p=0.249 ^a
Hayır	114.27±17.17 114(93-144)	115.00±23.13 122(70-136)	p=0.518 ^b
Bırakmış	110.43±28.65 103(83-144)	126.67±18.37 130.5(99-151)	p=0.211 ^a
İstatistiksel Analiz	p= 0.573 ^c	p= 0.142 ^c	
Alkol Kullanımı			
Evet	99.29±11.07 100(84-114)	119.33±10.50 119(109-130)	p=0.053 ^b
Hayır	111.16±21.44 107(83-144)	119.60±21.94 122(70-151)	p=0.232 ^a
Bırakmış	113.88±25.47 118(79-144)	115.55±13.39 118(94-139)	p=0.869 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.411 ^d	p=0.614 ^d	
Hipertansiyon			
Evet	110.81±20.90 107(79-144)	121.13±16.74 121(82-151)	p=0.038^a d=0.544^e
Hayır	94.33±17.90 84(84-115)	96.75±18.73 102(70-113)	p=1.000 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.202 ^b	p=0.017^b r=0.41^e	

Tablo 19. (Devam)

Diyabet			
Evet	121.23±13.86 117(103-141)	125.71±13.19 122(108-151)	p=0.397 ^a
Hayır	102.00±21.46 94(79-144)	113.05±20.13 113.5(70-150)	p=0.057 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.007^b r=0.47 ^e	p=0.048^a d=0.72 ^e	
Astım			
Evet	91.50±15.67 84(83-115)	93.33±15.71 95(70-113)	p=1.000 ^b
Hayır	111.73±20.60 109(79-144)	123.61±14.29 121.5(94-151)	p=0.013^a d=0.666 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.054 ^b	p=0.000^a d=2.08 ^e	
KOAH*			
Evet	139.33±4.23 139(135-144)	140.60±10.06 141(129-151)	p=0.803 ^a
Hayır	102.93±17.05 101.5(79-139)	114.41±16.85 118(70-145)	p=0.013^a d=0.678 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^a d=2.31 ^e	p=0.002^a d=1.62 ^e	
KKY **			
Evet	133.75±10.46 136(115-144)	127.17±15.73 127(108-151)	p=0.301 ^b
Hayır	101.85±17.31 97.5(79-141)	116.36±18.72 119(70-150)	p=0.005^a d=0.804 ^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^b r=0.62 ^e	p=0.198 ^a	
Hastalık Tanı süresi			
1-5 yıl	93.22±8.56 93(79-104)	120.11±10.06 120(105-139)	p=0.000^a d=2.880 ^e
6-10 yıl	100.50±14.94 99(83-119)	110.83±26.00 114(70-141)	p=0.364 ^a
11 yıl ve üzeri	122.06±20.35 132(84-144)	119.74±19.28 121(82-151)	p=0.547 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.002^d İleriTest (MWU) = 3>1,3>2(p<0.05)	p=0.569 ^c	
İlaç takibinden sorumlu olan kişi			
Eş	101.00±17.49 95(79-144)	116.28±19.20 119.5(70-145)	p=0.011^a d=0.837 ^e
Kendisi	120.40±22.56 121(93-144)	119.89±15.93 114(105-151)	p=0.961 ^a
Çocukları	132.17±8.73 135(115-139)	121.29±21.68 122(82-150)	p=0.252 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.006^d İleriTest (MWU) = 2>1,3>1 (p<0.05)	p=0.803 ^c	

Tablo 19. (Devam)

Hastalıkla ilgili kimler tarafından bilgilendirilme yapıldı			
Hekim	110.17±14.02 109.5(93-132)	118.56±15.00 119(94-139)	p=0.296 ^a
Hekim ve Hemşire	99.13±19.69 93.5(79-144)	108.82±23.63 111(70-150)	p=0.236 ^b
Hemşire	122.58±18.85 128(84-144)	125.50±12.95 122(108-151)	p=0.938 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.015^d İleriTest (MWU)= 3>2 (p<0.05)	p=0.078^c	

a: Independent-Samples T testi b:Mann-Whitney U testi, c: Anova Testi d: Kruskal Wallis H-Testi, e: Etki büyüklüğü, Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

* Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**Kronik Kalp Yetmezliği

Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem Kronik Öz Bakım Yönetimi-Koruma (SCMP-G) ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 19’da yer almaktadır.

Kontrol grubu hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.22$). Farkın nedeni eğitim durumu okuryazar olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca ilköğretim mezunlarının SCMP-G ölçeği toplam puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının SCMP-G ölçeği toplam puanları ekonomik durum algısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.19$). Farkın nedeni ekonomik durum algısı orta olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarının ekonomik durum algısı iyi olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Buna ek olarak ekonomik durum algısı kötü olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarının ekonomik durum algısı iyi olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan ekonomik durum algısı orta olan hastalara göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu fark yüksek güçte olmakla birlikte toplam varyansın %20’sini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=0.991$; $r^2=0.20$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=119.667$), kontrol grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}=102.929$) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubu hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) Bulunan bu fark yüksek etkiye sahiptir ve toplam varyansın %19 'unu açıkladığı görülmüştür ($d=0.97$; $r^2=0.19$). Çalışanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=96.73$), çalışmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=115.39$) düşük bulunmuştur.

Deney grubu hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları hipertansiyon durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark orta güçte bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %17'sini açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $r=0.41$; $r^2=0.17$). Hipertansiyonu olan hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=121.13$), hipertansiyonu olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=96.75$) yüksek bulunmuştur.

Hipertansiyon hastalarının SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark orta güçte bir etkiye sahiptir ve toplam varyansın %7'sini açıklamaktadır ($d=0.544$; $r^2=0.07$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=121.133$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=110.807$) yüksek bulunmuştur.

Deney grubu hastalarında hipertansiyon olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=121.13$), hipertansiyonu olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=96.75$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve orta güçlükte etkiye sahiptir ($p<0.05$; $r=0.41$). Bulunan fark toplam varyansın da %17'sini açıklamaktadır ($r^2=0.17$).

Kontrol grubu hastalarında diyabet olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($x=121.23$), diyabet olmayanların toplam puanlarından ($x=102.00$) yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte orta güçlükte etkiye sahiptir ($p<0.05$; $r=0.47$). Toplam varyansın da %22'sini açıklamaktadır ($r^2=0.22$). Deney grubu hastalarında diyabet olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($x=125.71$), diyabet olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=113.05$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark anlamlı olmakla birlikte orta güçlükte bir etkiye sahiptir ve toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=0.72$; $r^2=0.11$).

Astımı olmayan hasta gruplarına göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark orta derecede etkiye sahiptir ve toplam varyansın %10'unu açıklamaktadır ($d=0.666$; $r^2=0.10$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=123.607$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=111.733$) yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda astım olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=93.33$), astım olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=123.61$) düşük bulunmuştur ve bulunan bu fark yüksek güçlükte bir etkiyle anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $d=2.08$). Toplam varyansın da %52'sini açıklamaktadır ($r^2=0.52$).

Kontrol grubunda KOAH olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=139.33$), KOAH olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=102.93$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark yüksek güçte anlamlılığa sahiptir ve toplam varyansın %57'sini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=2.31$; $r^2=0.57$).

Deney grubunda da KOAH olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=140.60$), KOAH olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=114.41$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark anlamlıdır ve yüksek güçlükte bir etkiye sahiptir ($p<0.05$; $d=1.62$). Toplam varyansın %40'ını açıkladığı tespit edilmiştir ($r^2=0.40$).

Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=114.414$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=102.929$) yüksek bulunmuştur. KOAH olmayan gruplara göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık orta güçte bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %10'unu açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $d=0.678$; $r^2=0.10$).

Kontrol grubunda kronik kalp yetmezliği olanların SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=133.75$), Kronik kalp yetmezliği olmayanların toplam puanlarından ($\bar{x}=101.85$) yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ve yüksek güçte bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $r=0.62$). Toplam varyansın % 38'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($r^2=0.38$).

Kronik kalp yetmezliği olmayan gruplara göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($p<0.05$; $d=0.804$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=116.357$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=101.846$) yüksek bulunmuştur. Bu durum toplam varyansın %14'ünü açıkladığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları tanı sürelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.37$). Farkın nedeni tanı süresi 11 ve üzeri olanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarının tanı süresi 1-5 yıl olanların toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Buna ek olarak tanı süresi 11 ve üzeri olanların

SCMP-G ölçeği toplam puanlarının tanı süresi 6-10 yıl olanların toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tanı süresi 1-5 yıl olan gruplara göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık yüksek güçte bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %67 'sini açıkladığı tespit edilmiştir ($p<0.05$; $d=2.880$; $r^2=0.67$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=120.111$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=93.222$) yüksek bulunmuştur.

İlaç takibini eşlerin yaptığı gruplara göre SCMP-G ölçeği toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu farklılık yüksek güçte bir etkiyesahiptir ve toplam varyansın %15'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($d=0.837$; $r^2=0.15$). Deney grubunun SCMP-G ölçeği toplam puanları ($\bar{x}=116.278$), kontrol grubunun toplam puanlarından ($\bar{x}=101.000$) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları ilaç takibinin nasıl yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.31$). Farkın nedeni eşi takip edenlerin SCMP-G ölçeği toplam puanlarının kendisi takip edenlerin toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca çocuğu takip edenlerin SCMP-G ölçeği toplam puanlarının kendisi takip edenlerin toplam puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların SCMP-G ölçeği toplam puanları hastalık hakkında bilgi alınan kişiye göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.26$). Farkın nedeni hekim ve hemşirenin ikisinden birlikte bilgi alanların SCMP-G ölçeği toplam puanlarının sadece hekimden bilgi alanların toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Tablo 20. Kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem SCMP-G ölçeği alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırması (n=68)

Tanıtıcı Özellikler	Sosyal Koruma Alt Boyutu ölçeği toplam puan		İstatistiksel Analiz	Öz koruma alt boyutu ölçeği toplam puanı		İstatistiksel Analiz
	Kontrol Grubu	Deney Grubu		Kontrol Grubu	Deney Grubu	
	(n=34)	(n=34)		(n=34)	(n=34)	
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)		Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Cinsiyet						
Kadın	44.38±8.38 44.5(34-59)	48.47±9.91 50(30-65)	p=0.185 ^b	62.88±12.19 64(46-85)	66.33±13.93 68(38-86)	p=0.467 ^a
Erkek	42.17±11.66 39(28-61)	44.26±8.92 41(32-61)	p=0.542 ^a	69.06±12.80 69(48-87)	76.74±10.33 79(53-94)	p=0.052 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.437 ^b	p=0.203 ^a		p=0.161 ^a	p=0.018^a d=0.86^c	
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar	53.80±4.60 55(49-59)	52.22±8.15 51(40-65)	p=0.700 ^a	71.40±9.15 76(58-80)	71.33±14.04 71(42-86)	p=0.993 ^a
İlköğretim	43.44±10.56 43(28-59)	47.23±9.28 50(30-61)	p=0.319 ^a	70.19±11.94 67(47-87)	73.38±12.37 69(53-94)	p=0.486 ^a
Lise ve üzeri	38.85±8.36 37(30-61)	40.33±7.62 39(32-55)	p=0.312 ^b	59.15±12.35 57(46-83)	71.42±13.82 73(38-86)	p=0.028^a d=0.938^e
İstatistiksel Analiz	p=0.026^d İleriTest (MWU)= 1>2, 1>3 (p<0.05)	p= 0.011^c PostHoc= 1>3, 2>3(p<0.05)		p= 0.035^c PostHoc= 2>3(p<0.05)	p= 0.914 ^c	
Medeni Durumu						
Bekar/Dul	44.29±11.57 49(28-55)	49.00±10.74 50(30-65)	p=0.414 ^a	69.86±10.59 66(59-85)	70.78±15.01 71(42-89)	p=0.893 ^a
Evli	42.93±9.98 39(29-61)	45.08±8.98 43(32-60)	p=0.296 ^b	65.19±13.22 67(46-87)	72.64±12.45 73(38-94)	p=0.042^a d=0.580^e
İstatistiksel Analiz	p=0.983 ^b	p=0.294 ^a		p=0.395 ^a	p=0.718 ^a	

Tablo 20. (Devam)

Ekonomik Durum						
İyi	41.67±11.17 38(30-61)	34.50±3.79 33(32-40)	p=0.285 ^b	64.17±13.45 63(47-83)	59.25±22.74 57.5(38-84)	p=0.670 ^b
Orta	39.93±9.53 37(29-59)	44.42±7.81 41.5(32-55)	p=0.206 ^a	63.00±12.35 61.5(46-87)	75.25±9.31 78(58-86)	p=0.010^a d=1.107^e
Kötü	47.14±9.69 48(28-59)	49.83±9.14 50(30-65)	p=0.427 ^a	70.14±12.61 74(47-85)	72.94±11.50 70.5(53-94)	p=0.517 ^a
İstatistiksel Analiz	p= 0.159 ^c	p=0.012^d İleriTest (MWU)= 2>1,3>1 (p<0.05)		p= 0.313 ^c	p=0.455 ^d	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	36.36±6.10 36(29-48)	39.63±6.52 39(32-51)	p=0.279 ^a	60.36±9.81 61(47-75)	68.88±16.57 70.5(38-86)	p=0.178 ^a
Çalışmıyor	46.48±10.16 49(28-61)	48.12±9.42 50(30-65)	p=0.561 ^a	68.91±13.20 67(46-87)	73.15±11.85 72(42-94)	p=0.242 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.001^a d=1.11^e	p=0.024^a d=0.96^e		p=0.066 ^a	p=0.423 ^a	
Sigara Kullanımı						
Evet	40.56±9.98 37(28-59)	39.38±7.16 40(30-53)	p=0.724 ^a	64.94±11.76 61.5(47-85)	73.38±9.95 73(53-86)	p=0.049^a d=0.769^e
Hayır	46.18±9.35 49(29-59)	49.00±9.57 51(32-65)	p=0.515 ^a	68.09±10.62 67(48-85)	66.00±15.72 71(38-80)	p=0.727 ^a
Bırakmış	44.57±11.66 38(32-61)	51.25±7.57 50(38-61)	p=0.208 ^a	65.86±18.59 71(46-87)	75.42±13.12 77(58-94)	p=0.236 ^b
İstatistiksel Analiz	p= 0.351 ^c	p= 0.002^c PostHoc= 2>1, 3>1(p<0.05)		p= 0.826 ^c	p= 0.240 ^c	
Alkol Kullanımı						
Evet	36.29±5.22 37(28-44)	44.33±10.69 50(32-51)	p=0.252 ^b	63.00±9.17 61(47-75)	75.00±6.25 77(68-80)	p=0.052 ^b
Hayır	45.79±9.49 47(30-59)	48.30±10.20 49(30-65)	p=0.432 ^a	65.37±13.18 66(46-87)	71.30±14.58 71(38-94)	p=0.191 ^a
Bırakmış	43.13±12.87 42.5(29-61)	42.64±7.16 41(32-53)	p=0.925 ^a	70.75±14.44 73.5(48-85)	72.91±11.78 73(53-86)	p=0.724 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.144 ^d	p=0.327 ^d		p=0.445 ^d	p=0.965 ^d	

Tablo 20. (Devam)

Hipertansiyon						
Evet	43.68±10.27 42(28-61)	47.23±9.45 49(30-65)	p=0.157 ^b	67.13±12.64 67(46-87)	73.90±11.83 75(42-94)	p=0.035^a d=0.553^e
Hayır	38.33±9.07 37(30-48)	37.75±4.03 39(32-41)	p=0.724 ^b	56.00±10.15 54(47-67)	59.00±15.30 62.5(38-73)	p=0.593 ^b
İstatistiksel Analiz	p=0.395 ^b	p=0.057 ^b		p=0.162 ^b	p=0.061 ^b	
Diyabet						
Evet	47.08±8.37 49(32-57)	48.21±10.09 49(32-65)	p=0.754 ^a	74.15±8.89 75(58-87)	77.50±9.06 79(58-94)	p=0.342 ^a
Hayır	40.81±10.60 37(28-61)	44.65±8.97 43.5(30-61)	p=0.219 ^a	61.19±12.34 61(46-85)	68.40±14.14 67.5(38-89)	p=0.089 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.080 ^a	p=0.287 ^a		p=0.002^a d=0.1.16^e	p=0.042^a d=0.74^e	
Astım						
Evet	37.75±7.50 36.5(30-48)	36.83±4.67 39(30-41)	p=0.748 ^b	53.75±9.43 50.5(47-67)	56.50±13.84 59.5(38-73)	p=0.748 ^b
Hayır	43.93±10.34 43(28-61)	48.11±9.07 50(32-65)	p=0.109 ^a	67.80±12.29 67(46-87)	75.50±10.19 78(53-94)	p=0.012^a d=0.680^e
İstatistiksel Analiz	p=0.250 ^b	p=0.006^a d=1.32^e		p=0.045^b r=0.34^e	p=0.000^a d=1.75^e	
KOAH*						
Evet	57.50±2.66 58(54-61)	56.00±5.83 57(46-61)	p=0.926 ^b	81.83±3.97 81.5(76-87)	84.60±8.99 86(70-94)	p=0.511 ^a
Hayır	40.14±8.35 37.5(28-57)	44.41±8.96 42(30-65)	p=0.068 ^a	62.79±11.33 61.5(46-85)	70.00±12.41 71(38-86)	p=0.026^a d=0.606^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^a d=2.24^e	p=0.011^b r=0.44^e		p=0.000^a d=1.81^e	p=0.018^a d=1.21^e	
KKY*						
Evet	53.88±7.77 56(37-61)	53.17±6.79 50.5(46-65)	p=0.862 ^a	79.88±6.40 81.5(66-85)	74.00±13.55 71(58-94)	p=0.299 ^a
Hayır	39.92±8.47 37.5(28-57)	44.61±9.36 41.5(30-61)	p=0.060 ^a	61.92±11.10 61(46-87)	71.75±13.06 73(38-89)	p=0.005^a d=0.808^e
İstatistiksel Analiz	p=0.000^a d=1.68^e	p=0.043^a d=0.95^e		p=0.000^a d=1.75^e	p=0.706 ^a	

Tablo 20. (Devam)

Hastalık Tanı süresi						
1-5 yıl	36.11±5.09 36(30-45)	46.44±8.11 50(32-55)	p=0.005^a d=1.527^e	57.11±8.05 59(47-71)	73.67±9.42 73(63-86)	p=0.001^a d=1.889^e
6-9-10 yıl	38.00±7.67 37.5(28-50)	43.17±10.15 43.5(32-57)	p=0.298 ^a	62.50±10.74 66(46-75)	67.67±18.90 72.5(38-86)	p=0.527 ^a
11 yıl ve üzeri	49.41±9.56 54 (30-61)	46.89±10.14 43(30-65)	p=0.526 ^b	72.65±12.38 77(47-87)	72.84±12.69 71(42-94)	p=0.963 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.003^d İleriTest (MWU)= 3>1,3>2 (p<0.05)	p= 0.710 ^c		p= 0.005^c PostHoc= 3>1, 3>2 (p<0.05)	p= 0.653 ^c	
İlaç takibinden sorumlu olan kişi						
Eş	39.61±8.63 37(28-59)	44.33±8.58 43.5(30-60)	p=0.089 ^a	61.39±10.61 61(46-85)	71.94±13.91 74.5(38-86)	p=0.009^a d=0.868^e
Kendisi	45.80±11.90 45(32-61)	44.56±9.98 42(32-57)	p=0.838 ^a	74.60±16.07 83(48-87)	75.33±9.49 73(64-94)	p=0.689 ^b
Çocukları	54.83±3.37 55(49-59)	52.71±9.36 51(40-65)	p=0.592 ^a	77.33±6.38 78.5(66-85)	68.57±15.04 71(42-89)	p=0.213 ^a
İstatistiksel Analiz	p= 0.002^c PostHoc= 3>1 (p<0.05)	p= 0.116 ^c		p= 0.004^c PostHoc= 2>1, 3>1 (p<0.05)	p=0.803 ^d	
Hastalıkla ilgili kimler tarafından bilgilendirilme yapıldı						
Doktor	45.83±6.88 47(37-55)	46.56±10.94 50(32-65)	p=0.813 ^b	64.33±9.54 66.5(48-77)	72.00±10.30 71(53-86)	p=0.170 ^a
Doktor ve Hemşire	38.50±9.63 36(28-59)	43.09±9.83 40(30-61)	p=0.239 ^a	60.63±11.45 60(46-85)	65.73±16.40 64(38-89)	p=0.349 ^a
Hemşire	48.17±9.94 51.5(32-61)	48.21±8.17 49(32-60)	p=0.989 ^a	74.42±12.02 78(47-87)	77.29±9.55 79(58-94)	p=0.504 ^a
İstatistiksel Analiz	p=0.019^d İleriTest (MWU)= 3>2 (p<0.05)	p= 0.413 ^c		p= 0.012^c PostHoc= 3>2 (p<0.05)	p= 0.083 ^c	

a: Independent-Samples T testi, b:Mann-Whitney U testi, c: Anova Testi, d: Kruskal Wallis H-Testi, e: Etki büyüklüğü, , Ort±SS: Ortalama± Standart Sapma.

* Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**Kronik Kalp Yetmezliği

Tablo 20’de kontrol ve deney grubundaki hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre son izlem Kronik Öz Bakım Yönetimi-Koruma (SCMP-G) ölçeği alt boyutları olan sosyal koruma ve öz koruma alt boyut toplam puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Deney grubu hastaların SCMP-G ölçeği öz koruma alt boyutu toplam puanları cinsiyet durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($d=0.86$) ve toplam varyansın %16’sını ($r^2=0.16$) açıkladığı tespit edilmiştir. Kadınların öz koruma alt boyutu puanları ($\bar{x}=66.33$), erkeklerin öz koruma alt boyutu puanlarından ($\bar{x}=76.74$) düşük bulunmuştur.

Kontrol grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.22$). Farkın nedeni eğitim durumu okur yazar olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının ilköğretim mezunlarının sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olduğu ($p<0.05$), eğitim durumu okur yazar olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubu öz koruma alt boyut puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.19$). Farkın nedeni ilköğretim mezunlarının öz koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların öz koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Deney grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.25$). Farkın nedeni eğitim durumu okur yazar olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca ilköğretim mezunlarının sosyal koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Deney grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.25$). Farkın nedeni, eğitim durumu okur yazar olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca ilköğretim mezunlarının sosyal koruma alt boyut puanlarının eğitim durumu lise ve üzeri olanların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Lise ve üzeri eğitimi olanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($d=0.938$) ve toplam varyansın %18'ini ($r^2 =0.18$) açıkladığı saptanmıştır. Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=71.417$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=59.154$) yüksek bulunmuştur.

Medeni durumu evli olanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark orta güçlükte bir etkiye sahiptir ve toplam varyansın %8 'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($d=0.580$; $r^2=0.08$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=72.640$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=65.185$) yüksek bulunmuştur.

Ekonomik durum algısı orta olanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($d=1.107$) ve toplam varyansın %23'ünü ($r^2 =0.23$) açıkladığı saptandı. Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=75.250$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=63.000$) yüksek bulunmuştur.

Deney grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları ekonomik durum algısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\varepsilon^2=0.27$). Farkın nedeni ekonomik durum algısı orta olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının ekonomik durum algısı iyi olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca farklılığın diğer sebebi de ekonomik durum algısı kötü olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının ekonomik durum algısı iyi olanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (<0.05) ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($d=1.11$) ve toplam varyansın %23'ünü ($r^2 =0.23$) açıkladığı bulunmuştur. Çalışanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=36.36$), çalışmayanların puanlarından ($\bar{x}=46.48$) düşük olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubu hastaların sosyal koruma alt boyut puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ($d=0.96$) ve toplam varyansın %19'unu ($r^2 =0.19$) açıkladığı tespit edilmiştir. Çalışanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=39.63$), çalışmayanların puanlarından ($\bar{x}=48.12$) düşük bulunmuştur.

Sigara kullananların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($d=0.769$) ve toplam varyansın %13'ünü ($r^2=0.13$) açıkladığı bulunmuştur. Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=73.385$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=64.938$) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubu hastaların sosyal koruma alt boyutu puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.33$). Farkın nedeni sigara kullanmayanların sosyal koruma alt boyutu puanlarının sigara kullananların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ayrıca farklılığın diğer bir nedeni de sigarayı bırakanların sosyal koruma alt boyutu puanlarının sigara kullananların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hipertansiyonu olanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir ve toplam varyansın %7'sini açıkladığı tespit edilmiştir ($d=0.553$; $r^2=0.07$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=73.900$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=67.129$) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları diyabeti olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir olmakla birlikte toplam varyansın %25'ini açıkladığı bulunmuştur. ($p<0.05$; $d=1.16$; $r^2=0.25$). Diyabeti olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=74.15$), diyabeti olmayanların puanlarından ($\bar{x}=61.19$) daha yüksektir.

Deney grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları diyabeti olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark orta güçte etkiye sahiptir ($d=0.74$) ve toplam varyansın %12'sini ($r^2=0.12$) açıkladığı bulunmuştur. Diyabeti olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=77.50$), diyabeti olmayanların puanlarından ($x=68.40$) daha yüksektir.

Deney grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları astım olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ve toplam varyansın %21'ini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=1.32$; $r^2=0.21$). Deney grubu hastalarının astım olanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=36.83$), astım olmayanların puanlarından ($x=48.11$) daha düşük bulunmuştur.

Deney grubundaki hastalarda astım olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=56.50$), astım olmayanların puanlarından ($\bar{x}=75.50$) daha düşüktür. Deney grubundaki hastalarının öz koruma alt boyut puanları astım olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ve toplam varyansın %32'sini açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $d=1.75$; $r^2=0.32$).

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları astım olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark orta güçte bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %12'sini açıklamaktadır ($p<0.05$; $r=0.34$, $r^2=0.12$). Astım olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=53.75$), astım olmayanların puanlarından ($\bar{x}=67.80$) düşük bulunmuştur.

Astımı olmayanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark orta güçte bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %10'unu açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=0.680$; $r^2=0.10$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=75.500$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=67.800$) daha yüksek bulunmuştur.

KOAH olmayanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark orta güçte bir etkiye sahiptir ve toplam varyansın %8'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($d=0.606$; $r^2=0.08$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=70.000$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=62.786$) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları KOAH olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %44'ünü açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $d=2.24$; $r^2=0.44$). KOAH olanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=57.50$), KOAH olmayanların puanlarından ($\bar{x}=40.14$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Deney grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları KOAH olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bu farklılık orta güçte etkiye sahiptir ($p<0.05$; $r=0.44$). Toplam varyansın %19'unu açıkladığı tespit edilmiştir ($r^2=0.19$). KOAH olanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=56.00$), KOAH olmayanların sosyal koruma alt boyut puanlarından ($\bar{x}=44.41$) daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları KOAH olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %34'ünü açıkladığı tespit edilmiştir ($p<0.05$; $d=1.81$; $r^2=0.34$). KOAH olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=81.83$), KOAH olmayanların puanlarından ($\bar{x}=62.79$) yüksek bulunmuştur.

Deney grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları KOAH olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ve toplam varyansın %16'sını açıklamaktadır ($d=1.21$; $r^2=0.16$). KOAH olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=84.60$), KOAH olmayanların puanlarından ($\bar{x}=70.00$) yüksek bulunmuştur.

Kronik Kalp Yetmezliği olmayanların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %14'ünü açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $d=0.808$; $r^2=0.14$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=71.750$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=61.923$) daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları Kronik Kalp Yetmezliği olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %35'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($p<0.05$; $d=1.68$; $r^2=0.35$). Kronik kalp yetmezliği olanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=53.88$), olmayanların sosyal koruma alt boyut puanlarından ($\bar{x}=39.92$) yüksek bulunmuştur.

Deney grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları Kronik Kalp Yetmezliği olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %12'sini açıkladığı saptanmıştır ($p<0.05$; $d=0.95$; $r^2=0.12$). Kronik kalp yetmezliği olanların sosyal koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=53.17$), olmayanların sosyal koruma alt boyut puanlarından ($\bar{x}=44.61$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları Kronik Kalp Yetmezliği olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %37'sini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=1.75$; $r^2=0.37$). Kronik Kalp Yetmezliği olanların öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=79.88$), olmayanların öz koruma alt boyut puanlarından ($\bar{x}=61.92$) daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık tanı süresi 1-5 yıl olma durumu gruplara göre sosyal koruma alt boyutu puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %37'sini açıklamaktadır ($p<0.05$; $d=1.527$; $r^2=0.37$). Deney grubunun sosyal koruma alt boyutu puanları ($\bar{x}=46.444$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=36.111$) daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık tanı süresi 1-5 yıl olma durumu gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu fark yüksek güçte etkiye sahiptir ve toplam varyansın %47'sini açıkladığı bulunmuştur ($d=1.889$; $r^2=0.47$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=73.667$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=57.111$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları hastalığın tanı süresinin durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.35$). Farkın nedeni tanı yılı 11 ve üzeri olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının tanı yılı 1-5 yıl olanların sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bulunan farkın bir diğer nedeni de tanı yılı 11 ve üzeri olanların sosyal koruma alt boyut puanlarının tanı yılı 6-10 olanların sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları hastalığın tanı süresinin durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.29$). Bu farklılık tanı yılı 11 ve üzeri olanların öz koruma alt boyut puanlarının tanı yılı 1-5 yıl olanların öz koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Ayrıca farkın bir diğer sebebi, tanı yılı 11 ve üzeri olanların öz koruma alt boyut puanlarının tanı yılı 6-10 olanların öz koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

İlaç takibini eşlerin yaptığı hastaların gruplara göre öz koruma alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve bulunan bu fark yüksek güçte etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın %16'sını açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$; $d=0.868$; $r^2=0.16$). Deney grubunun öz koruma alt boyut puanları ($\bar{x}=71.944$), kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=61.391$) daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları hastaların ilaç takiplerinin kim tarafından yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.34$). Farkın nedeni ilaç takibini çocuklarının yaptığı kişilerin sosyal koruma alt boyut puanlarının ilaç takibini kendisi yapanların puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları hastaların ilaç takiplerinin kim tarafından yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.30$). Farkın nedeni ilaç takibini eşinin yaptığı kişilerin öz koruma alt boyut puanlarının ilaç takibini kendisinin yaptığı kişilerin öz koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bulunan farkın bir diğer nedeni de ilaç takibini çocuklarının yaptığı kişilerin öz koruma alt boyut puanlarının ilaç takibini kendisinin yaptığı kişilerin öz koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının sosyal koruma alt boyut puanları hastaların hastalıklarıyla ilgili kimler tarafından bilgilendirme yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\epsilon^2=0.24$). Farkın nedeni hekim ve hemşirenin ikisinden de bilgi alanların sosyal koruma alt boyut puanlarının sadece hekimlerden bilgi alanların sosyal koruma alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının öz koruma alt boyut puanları hastaların hastalıklarıyla ilgili kimler tarafından bilgilendirme yapıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$; $\eta^2=0.25$). Bulunan bu farkın sebebi ise hekim ve hemşirenin ikisinden bilgi alanların öz koruma alt boyut puanlarının sadece hekimlerden bilgi alanların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hem kontrol hem de deney grubundaki hastalara hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, verilen hasta eğitimleri ve telefonla yapılan danışmanlık hizmetlerinin hasta sonuçlarına (acil servis kullanım durumlarına, ilaç uyum durumlarına, öz bakım yönetim durumlarına) olan etkisi karşılaştırmalı olarak literatür ile tartışılarak yorumlanmıştır.

Ülkemizde 2015 yılında yayınlanan Acil Hizmetler Raporu'na baktığımızda; 2002-2013 yılları arasında acil servise müracaat oranlarında yüksek bir artış olduğunu, 2002 yılında 2013 yılına kadar acil servise müracaat oranında %352'lik bir artış olduğu bulunmuştur (219). Literatüre bakıldığında da birçok araştırmada hastanenin acil servisinde aşırı yoğunluk yaşanmaktadır ve önlenebilir nitelikte olan bu aşırı yoğunluğun ana sebeplerinden birisinin aynı şikayetle tekrar başvuru yapılmasıdır (5, 6, 141, 150, 151, 220, 221). Gellis ve ark. yapmış oldukları bir araştırmada da kronik hastalığa sahip kişilere yapılan ev ziyaretlerinin ve telesağlık hizmeti sonucunda, kişilerin problem çözme ve tıbbi durumlarını yönetme becerilerinin önemli derecede arttırarak semptomlarını ve acil servise başvuru oranlarını önemli derecede azalttığı bulunmuştur (24). Reinius ve ark. yapmış oldukları bir diğer çalışmada da acil servise sık sık başvuru yapan kişilere hemşire tarafından telefon danışmanlığı uygulanmış ve bu araştırma sonucunda acil servis başvuru oranları ile toplam sağlık giderlerinde azalma olduğu gözlemlenmiştir (222).

Literatüre benzer şekilde bizim araştırmamızda da sık sık aynı şikayetlerle acil servise başvuran hastalara hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri ve telefonla danışmanlık hizmetlerinin sunulması sonrasında, araştırmaya başlamadan önceki altı aylık süreçte acil servise başvurma oranları ile araştırmaya dahil olduktan sonraki altı aylık süreçte acil servise başvurma oranları deney grubunda anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 13). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden “H₁: Kronik hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru sıklığını azaltma üzerine etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Fakat deney grubundaki hastaların ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı yapıldığı ilk üç aya göre herhangi bir müdahale yapılmadığı araştırmanın bitiş tarihine kadar olan son üç ayda da acil servise başvurma sıklığı anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının bırakıldıktan bir süre sonra hastaların, acil servise aynı şikayetle sık sık tekrarlı başvurulara devam edeceği

söylenbilir. Bu durumun nedenini ise ölüm korkusu, sağlık anksiyetesi gibi nedenlerden dolayı hastaların acil servisi uygunsuz kullanmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu durumun önüne geçilebilmesi için de kronik hastalara sadece bir süre değil, düzenli aralıklarla ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının yapılması gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda acil servise sık başvuru yapan hastaların en sık geliş nedeni, hipertansiyon (%38.2), dispne (26.5), halsizlik/baş dönmesi (%8) ve hiperglisemi (%11.8) olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Bizim çalışmamıza benzer olarak Verelst ve ark. acil servise tekrar başvuruların en sık nedeni olarak hastaların şikayetlerinin tekrarlaması veya artış göstermesi ve bu hastaların %85'inin kronik hastalıkları olduğunu bulmuşlardır (6). Hung ve ark. yaptıkları çalışmada da acil servis başvurularında tekrarlayıcı hastalıkların; astım/KOAH alevlenmeleri, kronik pankreatit, baş ağrısı, vertigo, kanser ağrısı ve ürolitiazisdeki yan ağrısı olduğunu belirtilmektedir (150). Aslaner ve ark. yaptıkları çalışmada da acile ilk başvuruların içerisinde en sık gözlenen başvuru şikâyetleri; kas iskelet bozuklukları, esansiyel hipertansiyon, dispne, karın ağrısı ve akut üst solunum yolu enfeksiyonu yer alırken, tekrarlayan başvurular içerisinde de en fazla dispne ve esansiyel hipertansiyon yer almaktadır (151).

Hipertansiyon önlenebilen fakat organ hasarı gelişmesine sebep olması ve bu durumun hayati tehlikeye yol açabilmesi nedeniyle çok ciddi bir durumdur. Bu durumun önüne geçilebilmesi için düzenli ilaç kullanılmasının ve takiplerin önemli ve acil servis başvuru sıklığının azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (223). Literatür incelendiğinde düzenli ilaç kullanımı ve takibin, diyet, aerobik egzersiz, alkol ve sodyum kısıtlaması ve balık yağı kullanımının yüksek kan basıncını azalttığı görülmektedir (85, 223-225). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon hastalarına ev ziyaretleri sırasında düzenli ilaç kullanımının öneminin anlatılması, yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili eğitim yapılması, telefonla düzenli takip ve danışmanlık hizmetinin yapılması ile deney grubundaki hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncı ilk izlem ile son izlem arasında anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (Tablo 15). Ayrıca deney grubunda araştırmaya başlamadan önceki altı aylık süreçte acil servise hipertansiyon şikayeti ile başvuruların, araştırmaya dahil olduktan sonraki altı aylık süreçteki başvurular ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşüş görülmüştür (Tablo 13).

Dispne, acil servisin iş yükünü önemli ölçüde arttıran, önemli mortaliteye sahip olan oldukça yaygın bir semptomdur. Acil serviste dispnenin en sık görüldüğü kronik

hastalıklar ise kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astımdır (226-229). Kelly ve ark. 3044 kişinin dahil olduğu bir araştırmada dispne ile acil servise başvuran hastaların en fazla %14.5 takipne, %11.7 oksijen saturasyonunda düşüklük, %10,8 taşikardi, %9,7 ateş, %4,7 hipotansiyon olduğunu tespit etmişlerdir (229). Laribi ve ark. da acil serviste dispne şikayeti ile gelen kişilerin en fazla düşük oksijen saturasyonu (%14) olduğu ve bunu takiben takipne (%11), taşikardi (%10) ve hipotansiyon (%5) gibi klinik belirtilere sahip olduğunu bulmuşlardır (230). Moriyama ve ark. yapmış oldukları bir araştırmada hastalara hem ev ziyareti hem de telefonla semptom yönetimi ile doğru ilaç kullanımı, nefes egzersizleri gibi konuları barındıran öz-yönetim eğitimi gerçekleştirilmiştir ve bu araştırmanın sonucunda hastaların dispne skorlarında anlamlı bir azalma sağlanmıştır (231). Akıncı ve ark. yaptıkları bir çalışmada da hemşireler tarafından KOAH hastalarına ev ziyareti ve telefonla izlem aracılığı ile pulmoner rehabilitasyon etkinliği ile hasta eğitimi ve egzersiz programı yapılmış ve bu müdahalelerin sonunda dispne şiddetinde anlamlı bir azalma görülmüştür (232).

Bizim araştırmamızda da literatüre benzer şekilde dispne şikayeti olan deney grubundaki kişilere ev ziyaretleri sırasında yapmış olduğumuz, ilaç uyumunu arttırmaya, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, nefes egzersizleri ve semptom kontrolüne ilişkin kişiye özel olarak yaptığımız yüz yüze eğitimler ile telefonla sunulan danışmanlık sayesinde ilk izlem ile son izlem arasında dispne şikayeti ile acil servis başvurularının anlamlı düzeyde düşüş görülmüştür (Tablo 13). Ayrıca deney grubundaki kişilerin ilk izlem ile son izlem arasındaki saturasyon değeri de anlamlı bir şekilde artmıştır (Tablo 15).

Diabetes mellitus, akut ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesi ve azaltılması için medikal bakım, kişisel hasta eğitimi ve desteğe ihtiyaç duyulan kronik bir hastalıktır. Acil servislerde hiperglisemi sık rastlanan bir durumdur ve hastalıkların özellikle akut dönemlerinde gelişen stres hiperglisemisi, diyabetik birçok acil servis hastasında görülmektedir (233). Yapılan bir çalışmada acil servise başvuran hastaların önemli bir kısmının, evde kendi kan şekeri ölçüm cihazı ile ölçtükleri kan şekerlerinin yüksek olduğunu düşünüp, yalnızca bu şikayetle acil servise başvurduğu bulunmuştur (234). Çalışmamızda da benzer şekilde hiperglisemi ile acil servise başvuran kişiler, evde kendi kan şekeri ölçüm cihazları ile kan şekeri takibini yapıp, yüksek olduğunu fark edip acil servise başvurmuşlardır. Çalışmamızda ayrıca araştırmaya başlamadan önce acil servise son altı ayda hiperglisemi şikayeti ile başvurma ortalaması, araştırmaya başladıktan

sonraki 6 aylık süreç ile karşılaştırıldığında kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmamıştır. Deney grubunda ise araştırmaya dahil edildikten sonraki altı aylık süreç ile altı aylık geriye dönük acil servis kullanım durumu karşılaştırıldığında, hiperglisemi şikayeti ile başvuru sayısında anlamlı düzeyde düşüş görülmüştür ve bu fark orta güçte olup toplam varyansın %21'ini açıklamaktadır (Tablo 13). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Yan ve ark.'nın acil servise hiperglisemi ile başvuran diyabetli erişkin hastalarda yaptıkları çalışmalarında, diyabet klinikleri tarafından eğitim verilip takip edilen hastaların takip edilmeyenlere kıyasla tekrarlayan acil servis ziyaretlerinin ve hiperglisemi nedeniyle hastaneye başvuruların da daha az olduğu belirlenmiştir (235).

Ayrıca deney grubundaki kişilerde ilk izleme kıyasla son izlemde açlık kan şekerinin de anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur ve bulunan bu fark güçlü bir etkiye sahip olmakla birlikte toplam varyansın da %77'sini açıklamaktadır (Tablo 15). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Rashed ve ark.'nın yapmış oldukları deneysel bir araştırmada eğitim öncesi hastaların ortalama açlık kan şekerinin ortalama 188.65 mg/dL iken eğitim sonunda ortalama 177.7 mg/dL olduğu bulunmuştur (236). Aliha ve ark.'nın araştırmalarında yaptıkları öz bakım grup eğitimi ve telefonla 12 haftalık izlemin sonucunda açlık kan şekeri değerinin deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düzelme olduğu saptanmıştır (237). Diğer bir araştırmada da, diyabetli kişilerde hasta katılımı müdahalelerin (özellikle kısa vadede, öz-yönetim eğitiminin), glisemik kontrolün iyileştirilmesine yönelik müdahalelerden daha etkili olduğu belirtilmektedir (236).

Payza ve ark. acil servislerin uygunsuz kullanımının nedenlerini inceledikleri araştırmalarında, hastaların aciliyet algısında yanıldıklarını ve eğitim düzeyi ne olursa olsun acil servisleri amaçları dışında kullandıklarını bulmuşlardır (238). Şimşek ve ark. yaptıkları bir çalışmada da acil servis çalışanlarının acil servisi halsizlik (%83.9) nedeniyle uygunsuz kullandığını ifade etmişlerdir (239). Özlü ve ark. yaptıkları bir çalışmada son 6 ay içerisinde acil servise başvuran ve bu süreç içinde aynı şikayetle tekrar başvuru yapan hastaların sağlık anksiyetesinin önemli düzeyde yüksek olduğu, bu hastalardan bazıları herhangi bir sağlık problemi olmamasına rağmen, sürekli olarak ciddi bir hastalığa sahip olma hakkında korku ve endişe duyduğu ve acil servise en sık geliş nedenlerinden bazılarının baş dönmesi olduğu bulunmuştur (240). Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da acil servise en sık başvuru nedenleri arasında olan halsizlik/başvuru

şikayeti araştırmaya başlamadan önce acil servise son altı ayda başvurma ortalaması kontrol grubunda (10.18 ± 6.06), deney grubunda ise (8.88 ± 5.55) olarak bulunmuştur. Araştırmaya dahil edildikten sonraki altı aylık sürecin sonunda halsizlik/baş dönmesi şikayeti ile başvuru sayısı deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur fakat bulunan bu fark küçük bir etkiye sahiptir ve toplam varyansın da sadece %3'ünü açıklamaktadır (Tablo 13).

Bu sonuçlar doğrultusunda acil servise en sık başvuru nedenleri olan dispne, hipertansiyon, hiperglisemi ve halsizlik/baş dönmesi için “ H_0 : Kronik Hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servise başvuru nedenleri üzerine etkisi yoktur” hipotezi kabul edilmiştir. Başvuru nedenleri değişmese bile aynı nedenlerle başvurunun sıklığı deney grubunda kontrol grubuna oranla azaldığı gözlemlenmiştir. Bizim araştırmamıza benzer şekilde telefon danışmanlığı ile evde bakım hizmetinin bir arada yürütüldüğü bir çalışmada da hastaların hemşirelerine güven duygusu hissettiği, tedavi süresi boyunca semptomlarının daha fazla farkına vardıklarını ve bu semptomları daha iyi kontrol altında aldıkları bulunmuştur (24).

Kronik hastalıklarda ilaç uyumu tam olarak sağlanamazsa, uygulanan tedaviler başarısızlığı ile birlikte morbidite, mortalite ve sağlık hizmetlerinde maliyet artışı olmaktadır. Literatür incelendiğinde kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumsuzluğu oranının çok yüksek olduğu görülmüştür (9-11, 130-132). İlaç tedavisine uyum oranını ölçmek için araştırmamızda kullandığımız MASES-SF ölçeğinde ilk izlemde kontrol grubu 31.82 ± 10.01 deney grubu ise 31.15 ± 9.75 puan almışlardır. Bu ölçekten alınan en düşük puan 13, en yüksek puanın 52 olduğu göz önünde bulundurulduğunda ilaç uyum oranının genel olarak iyi olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde yapılan bir araştırmada da kronik hastaların MASES-SF puanını $33,65 \pm 8,6$ şeklinde bulunmuştur (138).

Mahmoodi ve ark. yaptıkları araştırmada da kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaları, reçeteli ilaçlara ilişkin inançları ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamışlardır (178). Demirbaş ve ark. çoklu ilaç kullanan kronik hastalığa sahip bireylerde MASES-SF ölçeği ile ölçtükleri ilaç uyumunun, hastalığının tedavisi hakkında sağlık çalışanı tarafından eğitim verilmiş olan kişilerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (138). Viswanathan ve ark. ilaç uyumunu iyileştirmek için hasta, sağlık personeli ve sağlık politika müdahalelerinin sistematik

incelemesini yaptıkları araştırmalarında, birçok kronik hastalık için ilaç uyumunu iyileştirmeye yönelik en etkili mşdahalenin yşz yşze hasta eğitimi olduğunu belirlemişlerdir (134).

Araştırmamızda da hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, hasta eğitimleri ve telefonla sunulan danışmanlık hizmetleri sonrasında hastalarda ilaç tedavisine uyum/bağlılık anlamlı derecede artmıştır. Ayrıca her iki grup içinde MASES-SF ölçeği ortalama puan açısından anlamlı farklılık vardı. Kontrol grubunda ilaç tedavisine uyum/bağlılık değişmezken, deney grubunda artırmıştır. Deney grubu içinde bulunan anlamlı farklılığın gşlü olduğu ve bu etkinin ise deney grubu için %61'ini açıkladığı gşrşlmşştşr (Tablo 16). Elde edilen bu sonuçlar literatşrş destekler niteliktedir ve “H₁: Kronik Hastalıklarda verilen yşz yşze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının ilaca uyumu arttırma şzerine etkisi vardır” hipotezimizi desteklemektedir.

İlaç uyum oranları, hastalara reçete edilen ilaç dozlarının spesifik bir periyotta yşzde kaçının kullanıldığını belirlemek için kullanılmaktadır. İlaç uyum oranları akut hastalıklarda kronik hastalıklara oranla daha yşksektir. Kronik hastalarda ilaca devamlılık dşşşk olmakla birlikte en dramatik dşşşş altı aylık tedaviden sonra başlamaktadır (241). Literatşr incelendiğinde ilaç uyum oranının %51.5-86.8 olduğunu gşrmekteyiz (9-11, 130-132). Literatşre benzer şekilde bizim çalışmamızda da hastaların ilacı dşzenli kullanma durumuna bakıldığında da ilk izlemde kontrol grubunun %64.7 iken deney grubunda ise %55.9 şeklindeydir. Son izlemde ise kontrol grubunda ilacı dşzenli kullanma durumu değişmezken, deney grubunda artmıştır ve katılımcıların bşyşk çoğunluğu (%88.2) ilacı dşzenli kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 12).

Yapılan araştırmaları incelediğimizde kronik hastalığı olan bireylerde ilaca uyumla ilgili en önemli sorunlardan birinin ilaç kullanmayı unutma olduğu belirtilmektedir (134, 136). Bizim alışmamızda da ilaç almayı unutma durumu ilk izlemde kontrol grubunda %82.4 deney grubunda ise %76.5 şeklindeydir ve son izlemde deney grubunda bu oran %64.7'ye dşşmşştşr fakat bu dşşşş anlamlı değildir (Tablo 12).

Minnesota'da yapılmış başka bir araştırmada da benzer şekilde, ilaç uyumsuzluğun çok yşksek olduğu ve bu konuda kişilerin yeterli bilgiye sahip olmadığı bulunmuştur (242). Basheti ve ark.'nın kronik hastalığı olan bireylerde ilaç yşnetimini inceledikleri araştırmalarında, katılımcıların yşksek oranda ilaç kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, uygulama hatalarının olduğu ve ilaca olan bağlılıklarının oldukça zayıf

olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bu araştırmada müdahale grubuna aldıkları kronik hastalara ev ziyaretleri yaparak ilaç kullanımı hakkında eğitim verilmiş ve 3 aylık takipten sonra, kontrol grubuna kıyasla müdahale grubundaki hastaların ilaçlara uyumunun ve öz bakım aktivitesinin önemli ölçüde arttığı saptanmıştır (170). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ev ziyaretleri ile yapılan hasta eğitimi ve telefon danışmanlığı sonrasında hastaların ilacı unutmanın dışında kendini kötü veya iyi hissettiği için ilaç almayı bırakma durumu ilk izlemde ve son izlemde kontrol grubu için anlamlı bir değişim yaşanmazken, deney grubunda anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tablo 12). Bu durum da bize deney grubunun daha düzenli ilaç kullanılmaya başlandığını göstermektedir.

Gellis ve ark. yaptıkları bir araştırmada kronik hastalara telefonla sağlık danışmanlığının evde bakıma entegre edilmesi ile hastanın klinik karar desteğini artırdığı ve öz yeterliliğini güçlendirdiği bulunmuştur (24). Öz bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için bireylerin sağlıkları için yapılması gerekenlerin başkaları tarafından yapılmasını bekleme ya da isteme yerine bireyler tarafından başlatılan ve bu konuda çaba gösterdikleri etkinliklerdir (243). Bu çalışmada kronik öz bakım yönetimi-koruma (SCMP-G ölçeği) toplam puanı ilk izlemde kontrol grubu için 108.29 ± 21.58 , deney grubu için ise 106.38 ± 20.06 şeklindedir (Tablo 17). SCMP-G ölçeğinden en düşük 35 en yüksek 175 puan alınmaktadır ve bu durum göz önünde bulundurulduğunda bu ortalamanın kısmen yüksek olduğu ve araştırma kapsamına alınan kronik hastaların öz bakım yönetiminin iyi olduğu sonucuna varılabilir. Hançerlioğlu'nun yaptığı çalışmada kalp yetmezliği olan hastaların öz bakım yönetimi puanının $127,87 \pm 17,07$ olduğu belirlenmiştir (16). Özdelikara ve ark. yaptıkları araştırmada öz bakım yönetimi puanını $111,03 \pm 10,55$ şeklinde bulunmuştur (110). Yine yapılan diğer bir çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi puanını $128,34 \pm 12,52$ olarak bulmuşlardır (111). Lovino ve ark. kronik hastalar ile yaptıkları çalışmalarında yapmış oldukları çalışmada da hastaların öz bakım yönetimi düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (244). Bizim sonuçlarımız literatüre oranla daha düşük çıkmıştır. Bu farklılığın sebebinin araştırmaya katılan kişilerin, kronik hastalıkları ile etkili bir şekilde baş edemeyip, hastalığına, tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamayıp acil servise tekrarlı başvuru yapan kişilerden oluştuğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda hastaların sosyal koruma alt ölçeğinden alabilecekleri en yüksek puan olan 75 üzerinden, kontrol grubu 42.26 ± 11.29 , deney grubu ise 42.68 ± 10.26 puan

aldıkları, öz koruma alt ölçeğinden aldıkları en yüksek puan olan 100 üzerinden kontrol grubu 66.03 ± 112.99 , deney grubu ise 63.71 ± 14.14 puan aldıkları saptanmıştır. Bulunan bu sonuçlar doğrultusunda öz koruma ve sosyal koruma alt boyutlarının puan ortalamalarının iyi olduğu söylenebilmektedir. Literatüre bakıldığında da kronik hastalarda sosyal koruma ve öz koruma alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (16, 110, 111, 244).

Dunbar ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada, kronik hastalığı olan bireylere öz bakıma odaklanan entegre bir eğitim ve danışmanlık programı yapılmış ve bu program ile bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği, fiziksel yaşam kalitesinin arttığını, kendi kendine bakımın temel bileşenlerini iyileştirmede etkili olduğu ve kişisel bakım davranışları üzerinde kalıcı (90 gün) etkileri olduğunu saptamıştır (118). Yine yapılan diğer bir çalışmada yüz yüze eğitim, ev ziyareti ve telefon danışmanlığının, kalp yetmezliği ve diyabet hastalarının öz bakımında (diyet, ilaçlar, kendi kendine izleme, semptomlar ve fiziksel aktivite) ve genel yaşam kalitesinde anlamlı derecede iyileşme olduğu bulunmuştur (119). Ayrıca literatür incelendiğinde kronik hastalara yapılan bu tarz yüz yüze eğitim, telefonla danışmanlık ve ev ziyaretlerinin olduğu müdahalelerin kişilerin özbakımlarını arttırmasının yanısıra hastaneye tekrar başvurularını da azalttığı saptanmıştır (120-122).

Bizim çalışmamızda da yüz yüze bireysel eğitim, ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı müdahalelerinden sonra deney grubundaki hastaların SCMP-G ölçek toplam puanının son izlemdeki ortalaması (118.26 ± 18.49) ilk izleme göre (106.38 ± 20.06) artmıştır ve bu artış istatistiksel açıdan anlamlı olup orta güçlükte bir etkiyle sahiptir. Bulunan bu sonucun toplam varyansın %9'unu ($r^2 = 0.09$) açıkladığı görülmüştür. Ayrıca SCMP-G ölçeği alt boyutları olan sosyal koruma alt boyutu ve öz koruma alt boyutunun da deney grubunda ilk izlemle son izlem arasında anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur (Tablo 17).

Elde edilen bu bulgular doğrultusunda “H₁: Kronik Hastalıklarda verilen yüz yüze eğitimin, ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık öz bakım yönetimini arttırma üzerine etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu araştırmada deney grubundaki hipertansiyonu olan kişilerin son izlem SCMP-G ölçeği toplam puanı ve öz koruma alt boyutu toplam puanı kontrol grubuna oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığı hizmetinin hipertansiyon hastalarının öz bakım ve öz koruma yönetimini arttırdığını göstermektedir.

Son izlem SCMP-G ölçeği toplam puanı ekonomik durumun orta olduğunu ifade eden deney grubunun, kontrol grubuna göre daha yüksektir ve aralarındaki bu fark anlamlıdır. Ayrıca deney grubunda ekonomik durum kötüleştikçe öz bakım yönetiminin arttığı belirlenmiştir (Tablo 19). Bu araştırmada ayrıca çalışmayan kişilerin ekonomik düzeylerini daha kötü algıladıkları gözlemlenmiştir. Ekonomik durum kötüleştikçe öz bakım yönetiminin artmasının nedeni, çalışmayanların kendi hastalıklarına daha çok zaman ayırabildikleri için öz bakım yönetimlerinin daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Son izlem SCMP-G ölçeği toplam puanı deney grubunda ilaç takibini eşlerinin yaptığı kişilerde kontrol grubuna göre daha yüksek olup, aralarındaki fark anlamlıdır (Tablo 19). Ayrıca SCMP-G ölçeği öz koruma ve sosyal koruma alt boyutu toplam puanı da hem kontrol hem deney grubunda ilaç takibini eşlerinin yaptığı kişiler, ilaç takibini kendilerinin yaptığı kişilere göre daha düşüktür. Yapılan araştırmalarda da başkalarına yarı bağımlı olan kişilerin öz bakım yönetiminde bağımsız olanlara oranla daha düşük bulunmuştur (245, 246). Bu durum, hastalığı ile ilgili kendi sorumluluklarını alan kişilerin, hastalık öz yönetimlerinin daha fazla olmasından kaynaklı olabilir.

Bizim araştırmamızda SCMP-G ölçeği toplam puanı, öz koruma ve sosyal koruma alt boyutu son izlem deney grubunda hastalık süresi 1-5 yıl olanlarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bu durum ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı almış olan hastaların hastalık öz bakım yönetimlerinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca hastalığın tanı süresi uzadıkça SCMP-G ölçeği toplam puanı, öz koruma ve sosyal koruma alt boyut puanları da artmaktadır. Yapılmış çalışmalarda bizim araştırmamıza benzer şekilde hastalık süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık yönetiminin daha iyi olduğunu göstermektedir (110, 246-248). Kronik hastalık öz bakım yönetimi zaman içerisinde gelişime ve değişime açıktır. Kişinin hastalık süresinin uzun olması ile hastalık semptomlarını ve bu semptomlarla nasıl başa çıkacağını öğrenebilir. Ayrıca hastalığına uyum sağlama, zaman içerisinde sağlıklı yaşama biçimi davranışları elde etme ve hatta hayatının merkezine kronik hastalık durumunu koyabilir. Bu tarz değişkenler kronik hastalık öz bakım yönetimini geliştirebilmektedir.

Öz Koruma yönetimi hakkında yapılmış olan araştırmalara bakıldığında bizim araştırmamıza benzer şekilde hastaların eğitim durumu arttıkça öz bakım yönetiminin de arttığı görülmektedir (110, 245, 247). Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığı hakkında daha fazla araştırmaları, sağlık çalışanları ile daha fazla işbirliği yapmaları, kendi

hastalıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk almaları gibi sebeplerden dolayı öz bakım yönetimi de daha yüksek olmuş olabilir.

Bizim araştırmamızda, deney grubundaki, sigara kullanımını bırakmış olan kişilerin öz koruma ve sosyal koruma yönetimini halen sigara içenlere göre yüksek bulunmuştur. Bizim araştırmamıza benzer olarak Kaya ve ark. sigarayı bırakanların öz koruma yönetimin daha fazla olduğunu bulmuşlardır (246). Ayrıca Ergin ve ark. 'da sigarayı bırakanların öz koruma yönetiminin bırakmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (248). Bu durum sigarayı bırakmış olan kişilerin sağlığını geliştirmek için bir adım attıkları, hastalığını kontrol altına almak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında farkındalıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu için öz bakımının yükselmesini sağlamış olabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır;

- Kontrol ve deney grubu hastalarının acil servise en sık başvuru nedenleri hipertansiyon sebebiyledir (sırasıyla %38.2, %47.1) (Tablo 11).
- Ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının hastaların, diyetine uygun beslenme, ilacı düzenli kullanma, ilacı unutmanın dışında kendini kötü veya iyi hissettiği için ilacını bırakma durumuna anlamlı şekilde olumlu etkisi vardır (Tablo 12).
- Deney grubundaki hastaların araştırma başlangıcından 6 ay öncesine kıyasla 6 ay sonrasında acil servise tekrarlı başvuru sıklığında anlamlı bir azalma vardır (Şekil 2).
- Araştırmanın son izleminde, deney grubundaki hastaların, hipertansiyon, hiperglisemi, dispne, halsizlik/baş dönmesi şikayeti ile acil servise başvuru sıklığı kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 13).
- Deney grubundaki hastaların ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı yapıldığı ilk üç ay ile herhangi bir müdahale yapılmadığı araştırmanın bitiş tarihine kadar olan son üç ayda, acil servise başvurma sıklığı anlamlı derecede artmıştır (Tablo 14).
- Hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, hasta eğitimleri ve telefonla sunulan danışmanlık hizmetleri sistolik kan basıncı, satürasyon ve açlık kan şekeri değerinin azalmasında anlamlı derecede olumlu etkisi vardır (Tablo 15).
- Son izlemde deney grubunun ilaç uyum oranını gösteren MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmıştır (Tablo 16).
- Deney grubunun son izleminde, öz bakım yönetiminin oranını gösteren SCMP-G ölçeği ile bu ölçeğin alt boyutu olan sosyal koruma alt boyutu ve öz koruma alt boyutunun toplam puan ortalamaları anlamlı derecede artmıştır (Tablo 17).
- Bu çalışmada deney grubu hastalarının son izlem MASES-SF ölçeği toplam puan ortalamalarının ekonomik durumu orta olanlarda, çalışanlarda, sigara

kullananlarda, hipertansiyon hastalarında, hastalık tanı süresi 1-5 yıl olanlarda, ilaç takibini eşlerinin yaptığı kişilerde hem hekim hem de hemşire tarafından bilgilendirilmiş olan kişilerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 18).

- Son izlem SCMP-G ölçeği toplam puanı deney grubunda ekonomik durumu orta olan, hipertansiyonu olanlarda hastalık süresi 1-5 yıl olanlarda, ilaç takibini eşlerinin yaptığı kişilerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 19).
- Sosyal koruma alt boyutu son izlem deney grubunda hastalık süresi 1-5 yıl olanlarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 20).
- Öz koruma alt boyutu son izlem deney grubunda eğitim durumu lise ve üzeri, evli, ekonomik durumu orta, sigara kullanan, hipertansiyonu olan, hastalık tanı süresi 1-5 yıl olanlarda ve ilaç takibini eşlerinin yaptığı kişilerde, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 20).
- Araştırma sonuçlarına göre; kronik hastalara hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin, yüz yüze eğitimin ve sunulan telefon danışmanlığının acil servis kullanım sıklığını azalttığı, acil servis kullanım nedenlerini değiştirmese bile aynı nedenlerle tekrar başvuru oranının azaltılmasında etkili olduğu, ilaca uyum ve öz bakım yönetimi üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerin ve hasta bakımından sorumlu olan kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda yapacakları eğitimlerinin ve taburculuk sonrası izlemlerinin sağlanabilmesi için ev ziyaretlerinin ve telefonla takibinin evde bakım hizmetleri kapsamına dahil edilmesi,
- Acil servise aynı şikayetle sık sık tekrarlı başvuruda bulunan hastaların belirlenmesi için hastane bilgi işlem sistemlerinde gerekli düzenlemelerin yapılması ve bu konuda yazılım programlarının geliştirilmesi,
- Hastane bilgi işlem sisteminde yapılacak gerekli düzenlemeler ile acil servise aynı şikayetle sık sık tekrarlı başvuruda bulunan hastaların tespit edilmesiyle birlikte sürekli aralıklarla ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının sağlık bakım hizmetlerine entegre edilmesi,

- Kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumlarını arttırmak için hemşire, hekim ve eczacıların işbirliğinin sağlanması,
- Hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık öz-bakım yönetimi, ilaç uyumu, acil servis kullanım sıklığı ve başvuru şikayetlerinin daha büyük örneklem grubu ile daha uzun süre takip edilerek araştırılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Karabulutlu EY, Atman R, Yağcı S (2015). Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 3(1): 16-35.
2. Hirshon JM, Risko N, Calvillo EJ, Ramirez SSD, Narayan M, Theodosios C, O'Neill J (2013). Health systems and services: the role of acute care. Bull World Health Organ 91: 386-388.
3. Simoens S, Spinewine, A, Foulon V, Paulus D (2011). Review of the cost-effectiveness of interventions to improve seamless care focusing on medication. Int J of Clin Pharm 33(6): 909-917.
4. Steuten LM, Lemmens KM, Nieboer AP, Vrijhoef HJ (2009). Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD. International Journal of COPD 4: 87-100.
5. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Akyol AJ, Tür FÇ (2006). Acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. Turk J Emerg Med 6(3): 108-116.
6. Verelst S, Pierloot S, Desruelles, Gillet JB, Bergs J (2014). Short- Term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. The J of Emerg Med 47(2): 131-139.
7. Nolte E, Knai C, Saltman RB (2015). Assessing chronic disease management in European health systems: Country reports. European Observatory on Health Systems and Policies [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458742/>. [Accessed 6 May 2020].
8. Kumsar AK, Yılmaz FT (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2(2): 62-70.
9. Özdemir SK, Özgüçlü S (2017). Astımlı hastalarda tedavi uyumsuzluğu sıklığı ve nedenleri. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 31(3): 125-133.
10. Yavuz DG, Ozcan S, Deyneli O (2015). Adherence to insulin treatment in insulin-naive type 2 diabetic patients initiated on different insulin regimens. Patient Prefer Adherence 9: 1225-31.

11. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 4(5): 30-40
12. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ (2009). Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HFACTION randomized controlled trial. *JAMA* 301:1439-50.
13. Ulubay G, Ulaşlı SS, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş. (2009). KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Turk J Tubercul Torax* 57(2): 169-76.
14. Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA (2007). Improving the manager of chronic disease at community health centers. *N Engl J Med* 356: 921-934.
15. Uysal H (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 6(9):1-14.
16. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ (2018). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği. *GÜSBD* 7(1): 175-183.
17. Erciyes Y (2013). Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
18. Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, O'Brien AM (2013). Nurse care coordination and technology effects on health status of frail elderly via enhanced self-management of medication: Randomized clinical trial to test efficacy. *Nurs Res* 62(4): 269-278.
19. Watts SA, O'Day ME, Lawrence R (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioner applied to shared medical appointments/group visits. *J Am Acad Nurse Pract* 21: 167-172.
20. Schmidt H (2016). Chronic disease prevention and health promotion. In *public Health Ethics: Cases Spanning the Globe* [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435779/>. [Accessed 6 May 2020].

21. Xiao R, Miller JA, Zafirau WJ (2018). Impact of home health care on healthcare resource utilization following hospital discharge: A cohort study. *Am J Med* 2(131): 395–407.
22. Özdemir T, Özdilekcan C, Göksel F (2019). The contribution of hospital-based home health services in pulmonary diseases: Current Practice in Turkey. *Medicine* 98(48): e18032.
23. Han SJ, Kim HK, Storfjell J, Kim MJ (2013). Clinical outcomes and quality of life of home health care patients. *Asian Nurs Res* 7: 53–60.
24. Gellis ZD, Kenaley BL, Have TT (2014). Integrated telehealthcare for chronic illness and depression in geriatric homecare patients: The Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. *J Am Geriatr Soc* 62(5): 889-895.
25. Çayır Y (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi* 5(3): 9-12.
26. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(2):171-186.
27. Çatak B, Kılınç, A, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 10(1): 13-21.
28. World Health Organization (2021). Noncommunicable diseases and their risk factors [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed 21 August 2021].
29. Kutan Fenercioğlu A, Turfaner Sipahioğlu N (2020). Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli. Kutan Fenercioğlu A(Ed.), *Birinci Basamakta Kronik Hastalık Takibi ve Kronik Hasta Bakımı*. Türkiye Klinikleri, Ankara; Sayfa: 100-106.
30. World Health Organization (2014). Noncommunicable diseases country profiles 2014 [Online]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed 21 August 2021].

31. Kontsevaya A, Farrington J, Balcılar M, Ergüder T (2018). Türkiye’de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yatırım gerekçeleri raporu [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/BizzCaseTrSS.pdf>. [Erişim tarihi 11 Kasım 2021].
32. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015). Türkiye kalp ve damar hastaliklari önleme ve kontrol programi 2015-2020. [Online]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/kitap_ve_makale/KALP_DAMAR_EYLEM_PLANI_2015-2020.pdf. [Erişim tarihi 12 Mayıs 2021].
33. World Health Organization (2021). Cardiovascular diseases [Online]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1. [Accessed 21 August 2021].
34. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). Türkiye kanser istatistikleri 2017. [Online]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf. [Erişim tarihi 12 Mayıs 2021].
35. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum için Bilgilendirme Dizisi (2019). Türkiye’de Öne Çıkan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri ve Önleme Programları (2019/2020) [Online]. Erişim adresi: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/boh2019.pdf> [Erişim tarihi 07 Temmuz 2021].
36. World Health Organization (2021). Chronic respiratory diseases [Online]. Available from: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1. [Accessed 21 August 2021].
37. World Health Organization (2021). Diabetes [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. [Accessed 21 August 2021].

38. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması [Online]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/raporlar/KRONIK_ARASTIRMA_TEMEL_BULGULAR.pdf. [Erişim tarihi 15 Temmuz 2021].
39. Allen LN, Feigl AB (2017). What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *Lancet Glob Health* 5(2): 129–30.
40. Allen LN, Feigl AB (2017). Reframing non communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob Health* 5(7): 644–646.
41. Centers for Disease Control and Prevention (2021). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) [Online]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm> [Accessed 21 August 2021].
42. Milani RV, Lavie CJ (2015). Health care 2020: Reengineering health care delivery to combat chronic disease. *Am J Med* 128(4): 337-43.
43. Durna Z, Oğuz G (2018). Kronik hastalıklar ve yönetimi. Aştı N (Ed.), *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetiminde Bütüncül Yaklaşımla Ekip Çalışması*. Türkiye Klinikleri, Ankara; Sayfa: 1-10.
44. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P (2013). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Derg* 14: 81-87.
45. Dülek H, Vural ZT, Gönenç I (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician* 9(2): 53-58.
46. Hikichi M, Mizumura K, Maruoka S, Gon Y (2019). Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) induced by cigarette smoke. *J Thorac Dis* 11(17): 2129–40.
47. Easter M, Bollenbecker S, Barnes JW, Krick S (2020). Targeting aging pathways in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Mol Sci* 21(18): 6924.
48. Shaykhiev R (2019). Emerging biology of persistent mucous cell hyperplasia in COPD. *Thorax* 74: 4-6.

49. Schamberger AC, Mise N, Jia J (2014). Cigarette smoke-induced disruption of bronchial epithelial tight junctions is prevented by transforming growth factor-beta. *Am J Respir Cell Mol Biol* 50: 1040-52.
50. Gautier C, Charpin D (2017). Environmental triggers and avoidance in the management of asthma. *J Asthma Allergy* 10: 47-.56.
51. McLeish AC, Farris SG, Johnson AL, Bernstein JA, Zvolensky MJ (2016). Evaluation of smokers with and without asthma in terms of smoking cessation outcome, nicotine withdrawal symptoms, and craving: Findings from a self-guided quit attempt. *Addictive Behaviors* 63: 149-154.
52. Bittner JC, Hasegawa K, Probst BD, Mould-Millman NK, Silverman RA, Camargo CA (2016). Smoking status and smoking cessation intervention among US adults hospitalized for asthma exacerbation. In *Allergy & Asthma Proceedings* 37(4): 318-323.
53. Perret JL, Bonevski B, McDonald CF, Abramson MJ (2016). Smoking cessation strategies for patients with asthma: Improving patient outcomes. *J Asthma Allergy* 9: 17–128.
54. Dağlı E, Erdem E, Birinci Ş, Topçu İ, Dokucu Aİ, Ersu R, Topuzoğlu A (2011). The impact of smoking ban on emergency department admissions in Istanbul for the diseases associated with tobacco usage and passive smoking. *Eur Respir J* 38: 4698.
55. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). Erişkin için kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberi 2018. [Online]. Erişim adresi: <https://corumism.saglik.gov.tr/TR,65478/eriskin-icin-kronik-hastalıklarda-fiziksel-aktivite-rehberi.html>. [Erişim tarihi 14 Haziran 2021].
56. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2014). Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014 - 2017) [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Kitaplar-eski/Turkiye-Saglikli-Beslenme-ve-Hareketli-Hayat-Programi.pdf>. [Erişim tarihi 14 Haziran 2021].
57. Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal HM, Lough F (2015). Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2(1): e000163.

58. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ (2009). Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF ACTION randomized controlled trial. JAMA 301: 1439-1450.
59. Şanlıer N (2020). Vakalarla Öğreniyorum: Yetişkin Hastalıklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi-2. Hedef CS Basın Yayın, Mutsa Basımevi, Ankara; Sayfa: 70-71.
60. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025 [Online]. Erişim adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf. [Erişim tarihi 14 Haziran 2021].
61. World Health Organization (2021). Healthy diet [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. [Accessed 21 August 2021].
62. Allen L, Williams J, Townsend N, Mikkelsen B, Roberts N, Foster C, Wickramasinghe K (2017). Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: A systematic review. Lancet Glob Health 5(3): 277-289.
63. Pechey R, Monsivais P, Ng YL, Marteau TM (2015). Why don't poor men eat fruit? Socioeconomic differences in motivations for fruit consumption. Appetite 84: 271-279.
64. Maguire ER, Monsivais P (2015). Socio-economic dietary inequalities in UK adults: An updated picture of key food groups and nutrients from national surveillance data. Br J Nutr 113(1): 181-189.
65. Ibarra MJN, Hernández J, Juvera GC (2019). Diet, physical activity and telomere length in adults. Nutr Hosp 36(6): 1403-1417.
66. Crous-Bou M, Molinuevo JL, Sala-Vila A (2019). Plant-rich dietary patterns, plant foods and nutrients, and telomere length. Adv Nutr 10(4): 296-303.
67. Freitas-Simoes TM, Ros E, Sala-Vila A (2016). Nutrients, foods, dietary patterns and telomere length: Update of epidemiological studies and randomized trials. Metabolism 65(4): 406-415.

68. Gong Y, Tian G, Xue H, Zhang X, Zhao Y, Cheng G (2018). Higher adherence to the 'vegetable-rich' dietary pattern is related to longer telomere length in women. *Clin Nutr* 37(4): 1232-37.
69. Lee JY, Jun NR, Yoon D, Shin C, Baik I (2015). Association between dietary patterns in the remote past and telomere length. *Eur J Clin Nutr* 69(9): 1048-52.
70. Aydın Z (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 13(4): 43-46.
71. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL (2016) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the european association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol* 23(11): 1-96
72. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, Backer DE, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight PA, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 34(28): 2159-2219.
73. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Kahan T (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 39(33): 3021-3104.
74. Bhagani S, Kapi V, Lobo MD (2018). Hypertension. *Medicine* 46 (9): 509-515.
75. Gyamfi D, Obirikorang C, Acheampong E, Danquah KO, Asamoah EA, Liman FZ, Batu EN (2018). Prevalence of pre-hypertension and hypertension and its related risk factors among undergraduate students in a Tertiary institution, Ghana. *Alexandria Journal of Medicine* 54: 475–480.

76. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB (2013). Heart disease and stroke statistics 2013 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 127(1): 6-245.
77. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, Cho B, NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: A pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet* 7(389): 37–55.
78. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2012). Türk hipertansiyon prevalans çalışması PatenT2 [Online]. Erişim adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. [Erişim tarihi 22 Aralık 2020].
79. Bourne RR, GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388(10053): 1659-724.
80. Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, Karaaslan SDD, Özer N, Kayıkçıoğlu M, Altun B (2018). Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyol Dern Ars* 46(7): 525-545.
81. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. *Circulation* 134: 441–450.
82. Vancini Campanharo CR, Oliveira GN, Andrad TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA (2015). Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev Lat Am Enfermagem* 23(6): 1149-1156.
83. Lobo MD, Sobotka PA, Pathak A (2016). Interventional procedures and future drug therapy for hypertension. *Eur Heart J* 38(15): 1101-1111.
84. Carey RM, Whelton PK (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association hypertension guideline. *Ann Intern Med* 168: 351-358.

85. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L (2008). Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: A population-based study in Italy. *J Hypertens* 26(4): 819-24.
86. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FN Hem Derg* 26(2): 79-92.
87. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 311(5): 507-20.
88. Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 375(9733): 2215-2222.
89. Abudawood M, Tabassum H, Almaarik B, Aljohi A (2020). Interrelationship between oxidative stress, DNA damage and cancer risk in diabetes (Type 2) in Riyadh, KSA. *Saudi J Biol Sci* 27(1): 177-183.
90. Heidari F, Rabizadeh S, Rajab A, Heidari F, Mouodi M, Mirmiranpour H, Nakhjavani M (2020). Advanced glycation end-products and advanced oxidation protein products levels are correlates of duration of type 2 diabetes. *Life Sci* 260: 118422.
91. Koçyiğit E, Karadağ MG (2020). Diyabette hiperglisemi kaynaklı oksidatif stresin moleküler mekanizması. *J Nutr and Diet* 48(3): 76-83.
92. Centers for Disease Control and Prevention (2021). Diabetes basic [Online]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/index.html> [Accessed 21 August 2021].
93. Yılmaz HÖ (2018). Hiperlipidemi ve beslenme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 1(2): 72-82.
94. Kalan I, Yeşil Y (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *MİSED* 23(24): 78- 81.
95. World Health Organization (2021). Obesity [Online]. Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. [Accessed 21 August 2021].

96. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2010). Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>. [Erişim tarihi 18 Kasım 2021].
97. Bakir GK, Göktaş S, Kumru BE (2018). The relationship between obesity and chronic diseases. *Journal of Current Researches on Health Sector* 8(2): 397-410.
98. Serter R (2003). Obezite atlası. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği [Online]. Erişim adresi: <https://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4.pdf>. [Erişim tarihi 18 Kasım 2021].
99. Boscart V, Crutchlow LE, Taucar LS, Johnson K, Heyer M, Davey M, Heckman G (2020). Chronic disease management models in nursing homes: A scoping review. *BMJ Open* 10(2): e032316.
100. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ (2018). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği’nin türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği. *GÜSBİD* 7(1): 175-183.
101. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet* 372(9642): 940-949.
102. Zuhur Ş, Özpancar N (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 19(2): 57-74.
103. Adana F (2018). Kronik hastalıklarda evde bakım. Aştı N (Ed.), *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetiminde Bütüncül Yaklaşımla Ekip Çalışması*. Türkiye Klinikleri, Ankara; Sayfa: 11-20.
104. İncirkuş K, Nahcivan NÖ (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *FN Hem Derg* 23(1): 66-75.
105. Üstünova E, Nahcivan N (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *FN Hem Derg* 23(1): 11-22.

106. Zhang JQ, Van Leuven KA, Neidlinger SH (2012). System barriers associated with diabetes management in primary care. *J Nurse Pract* 8(10): 822-7.
107. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract* 93(1): 1-9.
108. Park E, Kim J (2016). The Impact of a nurse-led home visitation program on hypertension selfmanagement among older community-dwelling Koreans. *Public Health Nurs* 33(1): 42-52.
109. Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MVV, Macindo JRB (2019). Effectiveness of a community- based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A precede-proceed model approach. *J Clin Nurs* 28(9-10): 1-10.
110. Özdelikara A, Taştan A, Atasayar BŞ (2020). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(1): 42-49.
111. Doğan MD, Tosun E, Tek AD (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *GÜSBD* 7(3): 33-40.
112. Jaarsma T, Riegel B, Strömberg A (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *NS Adv Nurs Sci* 35(3): 194-204
113. Dilek G, Kutlu Y (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi* 6(1):40-46.
114. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS at al (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the american heart association. *J Am Heart Assoc* 6(9): e006997
115. Boeckxstaens P, Willems S, Lanssens M, Decuypere C, Brusselle G, Kühlein T, De Sutter A (2016). A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. *J Comorb* 6(2): 120-126.
116. Gray CS, Gill A, Khan AI, Hans PK, Kuluski K, Cott C (2016). The electronic patient reported outcome tool: Testing usability and feasibility of a mobile app and portal to support care for patients with complex chronic disease and disability in primary care settings. *JMIR Mhealth Uhealth* 4(2): e5331.

117. Kitsiou S, Gerber BS, Kansal MM, Buchholz SW, Chen J, Ruppar T, Pressler SJ (2021). Patient-centered mobile health technology intervention to improve self-care in patients with chronic heart failure: Protocol for a feasibility randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* 106: 106433.
118. Dunbar SB, Butts B, Reilly CM, Gary RA, Higgins MK, Ferranti EP, Butler J (2014). A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. *Nurs Outlook* 62(2): 97-111.
119. Dunbar SB, Reilly CM, Gary R, Higgins MK, Culler S, Butts B, Butler J (2015). Randomized clinical trial of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and diabetes: quality of life and physical functioning outcomes. *J Card Fail* 21(9): 719-729.
120. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure *Circulation* 111(2): 179-185.
121. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG (2017). Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Heart* 103(4): 255-257.
122. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 19(11): 1427-1443.
123. Akgün Şahin Z, Biçer N (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji* 22(4): 180-185.
124. Korhan EA (2017). Lydia Hall: Öz, tedavi ve bakım teorisi. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Ed.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. Akademi Yayınevi, İstanbul, Sayfa: 240-256.
125. Aktaş E (2013). Öz, bakım, tedavi kuramı. Ocakçı AF, Alpar ŞE (Ed.), *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, Sayfa: 85-100.
126. Alkan HÖ (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *J Cardiovasc Nurs* 7(2): 41-47.

127. Menekli T (2017).Dorothea E. Orem: Öz-bakım yetersizliği teorisi. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Ed.), Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. Akademi Yayınevi, İstanbul, Sayfa: 240-256.
128. Çelik YM (2019). Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 29(3): 99-104.
129. Steiner JF, Earnest MA (2000). The language of medication-taking. Ann Intern Med 132: 926-30.
130. Jüngst C, Gräber S, Simons S, Wedemeyer H, Lammert F (2019). Medication adherence among patients with chronic diseases: A survey-based study in pharmacies. QJM 112(7): 505-512.
131. Kurdi S, Albannay R, Alsinan Z, Islam A (2021). Evaluation of medication adherence among patients with chronic diseases in Saudi Arabia. Int J Clin Pract 75(7): e14253.
132. Polański J, Chabowski M, Świątoniowska-Lonc N, Mazur G, Jankowska-Polańska B (2020). Medication Compliance in COPD Patients. Health and Medicine 81-91.
133. Thakkar J, Kurup R, Laba TL, Santo K, Thiagalingam A, Rodgers A, Chow CK (2016). Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease: A meta-analysis. JAMA Internal Medicine 176(3): 340-349.
134. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC Lohr KN (2012). Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: A systematic review. Ann Intern Med 157(11): 785-795.
135. Cooney D, Pascuzzi K (2009). Polypharmacy in the elderly: Focus on drug interactions and adherence in hypertension. Clin Geriatr Med 25(2): 221- 233.
136. Cheen MHH, Tan YZ, Oh LF, Wee HL, Thumboo J (2019). Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pract 73(6): e13350.

137. Sahin DS, Özlem Ö, Yanardağ MZ (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute 6(1): 15-25.
138. Demirbas N, Kutlu R (2020). Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. Ankara Medical Journal 20(2): 269-280.
139. Sağlık bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000). Birinci bölüm [Online]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4798&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>. [Erişim tarihi 11 Kasım 2021].
140. Popovich MA, Boyd C, Dachenhaus T, Kusler D (2012). Improving stable patient flow through the emergency department by utilizing evidence-based practice: one hospital's journey. J Emerg Nurs 38(5):474-478.
141. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 9(4): 163-8.
142. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL (2014) The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. J Nurs Scholarsh 46:106–115.
143. Muche-Borowski C, Boczor S, Schäfer I, Kazek A, Hansen H, Oltrogge J, Scherer M (2019). Chronisch kranke in deutschen notaufnahmen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 62(9): 1103-1112.
144. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open 6: e13323.
145. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I (2017). Patients attending emergency departments—a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. Dtsch Arztebl Int 114: 645–652.
146. Northington WE, Brice JH, Zou B (2005) Use of an emergency department by nonurgent patients. Am J Emerg Med 23: 131–137.

147. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF (2017). Noncommunicable diseases and the use of health services: Analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 51(1): 1-10.
148. Acosta AM, Lima MADS (2015). Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enfermagem* 23(2): 337-44.
149. Acosta AM, Lima MADDS, Pinto IC, Weber LAF (2020). Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 41:1-9.
150. Hung SC, Chew, Kong CT, Hsiao CT, Liaw SJ (2004). Unplanned emergency department revisits within 72 hours. *J Taiwan Emerg Med* 6: 230–238.
151. Aslaner MA (2019). Acil servise geriatric hastaların 72 saat içerisindeki tekrar başvuruları. *Acta Medica Alanya* 3(3): 267-271.
152. Kürtüncü M (2017) Sağlığı koruma ve geliştirmede aile temelli eğitimin önemi. Demirbağ BC (Ed.), Sağlığı Koruma ve Geliştirme. Göktuğ Yayınevi, Amasya, Sayfa: 47-88.
153. Özemete E (2018). Evde bakım. 1. Baskı. Matsa Basımevi, Ankara; Sayfa: 13-43.
154. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(2): 171-186
155. Avşar G, Kaşıkci M (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(3): 67-73.
156. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi* (14): 217-231.
157. Avşar G, Kaşıkci M (2011). Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *Int J Nurs Pract* 17(1): 67-71.
158. Abdi A, Izadi A, Vafaei K, Lorestani E (2014). Assessment of Patient education barriers in viewpoint of nurses and general physicians. *Intl Res J Appl Basic Sci* 8 (12): 2252-56.

159. Ghorbani R, Soleimani M, Zeinali MR, Davaji M (2014). Iranian nurses and nursing students' attitudes on barriers and facilitators to patient education: A survey study. *Nurse Educ Pract* 14(5): 551-556.
160. Vafaee-Najar A, Ebrahimipour H, Shidfar MR, Khani-Jazani R (2012). Patient education services and the organizational factors affecting them at teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), 2008. *Journal of Men's Health* 9(4): 230-237.
161. Wong FKY, Chow SKY, Chan TMF, Tam SKF (2014). Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 43(1): 91-97.
162. Hintistan S, Çilingir D (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 9: 30-35.
163. Lyndon H, Tyas D (2010). Telehealth enhances self care and independence in people with long term conditions. *Nurs Times* 106(26): 12-13.
164. Breen S, Ritchie D, Schofield P, Hsueh YS, Gough K, Santamaria N, Aranda S (2015). The patient remote intervention and symptom management system (prisms)—a telehealth-mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy sideeffects in patients with haematological malignancies: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 16(1): 2-17.
165. Harter M, Dirmaier J, Dwinger S, Kriston L, Herbarth L, Siegmund-Schultze E, König HH (2016). Effectiveness of telephone-based health coaching for patients with chronic conditions: a randomised controlled trial. *PLoS One* 11(9): e0161269.
166. Arslan S, Kılıç M, Toğan M (2021). Diyabetli hastalara verilen eğitim ve izlemlerin öz-etkililik düzeyi ve sağlık inancına etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 10(1): 171-182.
167. Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, Ware RS, Taylor CB, O'Neil A, Foreman R, Oldenburg BF (2013). Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: Primary outcomes of a randomised controlled trial. *Int J Behav Med* 20(3): 413-24.

168. Black JT, Romano PS, Sadeghi B, Auerbach AD, Ganiats TG et al (2014). A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the better effectiveness after transition heart failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. *Trials* 15 (124): 1-11.
169. Leemrijse CJ, Dijk L, Jørstad HT, Peters RJG, Veenhof J (2012). The effects of hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: A randomised trial. *BMC Cardiovasc Disord* 12(47): 1-7.
170. Basheti IA, Al-Qudah RA, Obeidat NM, Bulatova NR (2016). Home medication management review in outpatients with chronic diseases in Jordan: A randomized control trial. *Int J Clin Pharm* 38(2): 404-413.
171. Wu CL, Wang FT, Chiang YC, Chiu YF, Lin TG, Fu LF, Tsai TL (2010). Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *J Emerg Med* 38(4): 512-517.
172. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). ICD 10 Kodları [Online]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/calisan_Sagligi_db/esprit_trainings-Basic_scientific_training/ICD_10.pdf. [Erişim tarihi 17 Haziran 2021].
173. Jones LC, Hill K, Honer K, McDaniels S (1986). Self-care management process used by individuals with chronic illness. Unpublished Manuscript.
174. Huffman DM (1987). Development of an instrument to measure use of self-care management processes-guarding (SCMP-G). Unpublished Master's Thesis, Louisiana State University Medical Center, New Orleans.
175. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegante JP, Charlson ME (2003). Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* 56: 520-9.
176. Fernandez S, Chaplin W, Schoenthaler AM, Ogedegbe G (2008). Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *J Behav Med* 31: 453-62.

177. Hacıhasanoğlu R, Gözüml S, Çapık C (2012). Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kadiyol Derg* 12(3): 241-8.
178. Mahmoodi H, Nahand FJ, Shaghaghi A, Shooshtari S, Jafarabadi MA, Allahverdipour H (2019). Gender based cognitive determinants of medication adherence in older adults with chronic conditions. *Patient Prefer Adherence* 13:1733-1744.
179. Stirratt MJ, Dunbar-Jacob J, Crane HM, Simoni JM, Czajkowski S, Hilliard ME, Nilsen WJ (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Transl Behav Med* 5(4): 470-482.
180. Tokdemir G, Kav S (2017). The effect of structured education to patients receiving oral agents for cancer treatment on medication adherence and self-efficacy. *Asia Pac J Oncol Nurs* 4(4): 290-298.
181. Bagcivan G, Akbayrak N (2015). Development and psychometric testing of the Turkish-version oral chemotherapy adherence scale. *J Nurs Res* 23(4): 243-251.
182. Klein PJ, Aebi ME, Sajatovic M, Depp C, Moore DJ, Blixen C, Levin JB. (2020). Differential medication attitudes to antihypertensive and mood stabilizing agents in response to an automated text-messaging adherence enhancement intervention. *J Behav Cogn Ther* 30(1): 57-64.
183. Al-Ganmi, AHA, Alotaibi A, Gholizadeh L, Perry L. (2020). Medication adherence and predictive factors in patients with cardiovascular disease: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences* 22(2): 454-463.
184. Yeşilyurt S, Çapraz C (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 20(1): 251-264.
185. Gözüml S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 4(2): 9-20.
186. Phillips P (2014). Telephone follow-up for patients eligible for cardiac rehab: A systematic review. *British Journal of Cardiac Nursing* 9(4): 186-197.

187. an J, You LM, Yang Q, Liu B, Jin S, Zhou J, Lin C, Morisky DE (2014). Translation and validation of a Chinese version of the 8- item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *J Eval Clin Pract* 20(4): 311–317.
188. Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, Ware RS, Taylor CB, O'Neil A, Foreman R, Oldenburg BF (2013). Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. *Int J Behav Med* 20(3): 413-24.
189. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu [Online]. Erişim adresi: https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 [Erişim tarihi 17 Haziran 2021].
190. American Diabetes Association (2018). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2018. *Diabetes Care* 41(1): 13-27.
191. Çelik S (2020). Pulse oksimetre ile oksijen satürasyonu izlemi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık ve Toplum* 30(2): 11-15.
192. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Sağlıklı kalmak için tansiyonunuzu ölçtürün [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/2019-yili-dunya-hipertansiyon-gunu.html>. [Erişim tarihi 18 Temmuz 2019].
193. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsoufis C, Aboyans V, Desormais I (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 39(33): 3021-3104.
194. World Health Organization (2020). Hypertension [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> [Accessed 30 August 2020].
195. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, Tükek T, Sabuncu T, Arıcı M, Erdem Y, Özın B, Şahin İ, Ertürk Ş, Bitigen A, Tokgözoğlu L (2019). Türk hipertansiyon uzlaşı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars* 47(6): 535-546.

196. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Diyabet [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/diyabet>. [Erişim tarihi 18 Ocak 2020].
197. Türkiye Diyabet Vakfı (2020). Diyabet hakkında herşey [Online]. Erişim adresi: <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=52>. [Erişim tarihi 18 Ocak 2020].
198. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). Sağlık Çalışanları için insülin enjeksiyon teknikleri ve tedavileri kılavuzu [Online]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/nsulin_Enjeksiyon_Teknikleri_ve_Tedavileri_Klavuzu.pdf [Erişim tarihi 13 Mart 2019].
199. Türkiye Diyabet Vakfı (2021). Evde şeker takibi [Online]. Erişim adresi: <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=56>. [Erişim tarihi 13 Ocak 2021].
200. Gürgün A, Elmas F (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 3-52. <https://toraks.org.tr>
201. World Health Organization (2021). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Online]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). [Accessed 21 August 2021].
202. Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu (2020). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü [online]. Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/haberler/tuhke_koah_klavuzu_09112020.pdf. [Erişim tarihi 19 Aralık 2020].
203. Türk Toraks Derneği Pulmoner Rehabilitasyon ve Kronik Hasta Bakımı Çalışma Grubu (2019). Solunumsal Rehabilitasyon. Erdinç M, Gülmez İ (Ed.) Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 6-19. <https://toraks.org.tr>.
204. World Health Organization (2021). Asthma [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma#:~:text=Asthma%20is%20a%20major%20noncommunicable,of%20breath%20and%20chest%20tightness>. [Accessed 21 August 2021].

205. Güler S, Akcan A (2020). Astım yönetiminde okul temelli yaklaşım ve hemşirenin rolleri. GÜSBD 9(3): 307-317.
206. Türk Toraks Derneği (2013). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi [online]. Erişim adresi: <https://www.aid.org.tr/wp-content/uploads/2020/12/astim-rehberi-2020.pdf>. [Erişim tarihi 23 Ocak 2021].
207. Türk Toraks Derneği (2013). Astımla yaşam [online]. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/documents/pre_migration/5504ee82483754b7b44cd90af04458776e2e20485640f0c6cd687d3c7ef36895.pdf. [Erişim tarihi 23 Ocak 2021].
208. Türk Kardiyoloji Derneği (2019). Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası [online]. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf>. [Erişim tarihi 16 Temmuz 2019].
209. Akıncı AÇ, Zengin N, Yasemin B (2014). Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 18(2): 52-61
210. National Health Service (2021). Heart failure [Online]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/heart-failure/>. [Accessed 21 August 2021].
211. Akbulut E, Tülüce D, Kahraman BB (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. J Cardiovasc Nurs 7(14): 140-146.
212. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Hipertansiyon broşürleri [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/17-may%C4%B1s-d%C3%BCnya-hipertansiyon-g%C3%BCn%C3%BC.html>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2020].
213. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Diyabet broşürleri [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/diyabet/diyabet-bro%C5%9F%C3%BCrleri.html>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2020].
214. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). KOAH broşürü [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/28kasim-2020-dunya-koah-gunu.html>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2020].

215. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Dünya astım günü afişleri ve broşürleri [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/7-may%C4%B1s-2019-d%C3%BCnya-ast%C4%B1m-g%C3%BCn%C3%BC.html>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2020].
216. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Kalp ve damar hastalıkları afiş ve broşürler [Online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kalp-damar-hastaliklari/liste/kalp-damar-hastal%C4%B1klar%C4%B1-afi%C5%9F-ve-bro%C5%9F%C3%BCrler.html>. [Erişim tarihi 18 Aralık 2020].
217. Cohen J (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press, New York; Sayfa: 1-469.
218. Robert R, Ralph RL (2008). Essentials of behavioral research: Methods and data analysis. Third Edition. Published by McGraw-Hill, New York; Sayfa: 87-119.
219. Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B (2015). Acil hizmetler raporu. Eurasian J Emerg Med 14(1):1-38.
220. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe BH (2017). Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: A systematic review. Acad Emerg Med 24(1): 40-52.
221. Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM (2015). Reducing frequent visits to the emergency department: A systematic review of interventions. PloS One 10(4): e0123660.
222. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Ohlén G, Edgren G (2013). A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. Eur J Emerg Med 20(5): 327-34.
223. Akman C, Akşit E (2020). Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarının klinik özellikleri ve acil servise başvuru sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(2): 219-224.
224. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, Williams B, Ford GA (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 24(2): 215-33.

225. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ (2015). The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: A systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 28(10): 1209-21
226. Martínez Moragón E, Plaza Moral V, Álvarez Rodríguez C, Miguel Franco J (2018). Management of asthma in the emergency department: A consensus statement. *Emergencias* 30(4): 268-277.
227. Kelly AM, Keijzers G, Klim S, Craig S, Kuan WS, Holdgate A, Graham CA, Jones P, Laribi S (2021). Epidemiology and outcome of older patients presenting with dyspnoea to emergency departments. *Age Ageing* 50(1): 252-257.
228. Karamercan MA, DüNDAR ZD, Ergin M, VAN Meer O, Body R, Harjola VP, Verschuren F, Christ M, Golea A, Capsec J, Barletta C, Garcia-Castrillo L, Altuncı YA, Katırcı Y, Kelly AM, Laribi S (2020). Seasonal variations of patients presenting dyspnea to emergency departments in Europe: Results from the EURODEM Study. *Tur J Med Sci* 50(8): 1879-1886.
229. Kelly AM, Keijzers G, Klim S, Graham CA, Craig S, Kuan WS, Jones P, Holdgate A, Lawoko C, Laribi S (2017). An observational study of dyspnea in emergency departments: the Asia, Australia, and New Zealand Dyspnea in Emergency Departments Study (AANZDEM). *Acad Emerg Med* 24(3): 328-336.
230. Laribi S, Keijzers G, Meer OV, Klim S, Motiejunaite J, Kuan WS, Body R, Jones P, Karamercan M, Craig S, Harjola VP, Holdgate A, Gloea A, Graham C, Verschuran F, Capsec J, Christ M (2019). Epidemiology of patients presenting with dyspnea to emergency departments in Europe and the Asia-Pacific region. *Eur J Emerg Med* 26(5): 345-349.
231. Moriyama M, Takeshita Y, Haruta Y, Hattori N, Ezenwaka CE (2015). Effects of a 6- month nurse-led self-management program on comprehensive pulmonary rehabilitation for patients with COPD receiving home oxygen therapy. *Rehabil Nurs* 40(1): 40-51.
232. Akıncı AC, Olgun N (2011). The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. *Rehabil Nurs* 36(4): 159-65.

233. Yiğit Y, Özüçelik DN, Ayhan H, Gencer EG, Karakum M (2013). Acil servise diyabetik ketoasidoz tablosu ile başvuran hastaların yeni tanı diyabet açısından değerlendirilmesi. *Medical Bulletin of Haseki* 51(4): 168-172.
234. Temurtaş M (2016). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma hastanesi acil servisine başvuran diyabetes mellitus tanılı hastaların acil servis başvuru nedenlerinin değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
235. Yan JW, Liu S, Van Aarsen K, Columbus MP, Spaic T (2021). Do adult patients with type 1 or 2 diabetes who present to the emergency department with hyperglycemia have improved outcomes if they have access to specialized diabetes care?. *Can J Diabetes* 45(1): 59-63.
236. Aysun T, Demirsoy N, Gödek Ö (2022). Tip 2 Diyabet Mellitus Hastalarının Yaşadığı Kendini İzleme ve İlaç Engellerinin HbA1c Düzeylerine Etkisi. *Eskisehir Med J* 3(1): 53-63.
237. Aliha JM, Asgari M, Khayeri F, Ramazani M, Farajzadegan Z, Javaheri J (2013). Group education and nurse-telephone follow-up effects on blood glucose control and adherence to treatment in type 2 diabetes patients. *Int J Prev Med* 4(7): 797-802.
238. Payza U (2020). Çözümlemeyen bir halk sağlığı sorunu; acil servislerin uygunsuz kullanımı ve hastaların bakış açıları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(3): 251-256.
239. Şimşek P, Gürsoy A (2016). Turkish health care providers' views on inappropriate use of emergency department: Who, when and why?. *Int Emerg Nurs* 27: 31-36.
240. İbrahim Ö, Kiliç T, Özlü ZK (2021). Acil servise başvuran hastaların sağlık anksiyetesinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 31(3): 281-289.
241. Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J (2003). Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: Predictors and outcomes. *Value Health* 6: 566-73.
242. Rao D, Gilbert A, Strand LM, Cipolle RJ (2007). Drug therapy problems found in ambulatory patient populations in Minnesota and South Australia. *Pharm World Sci* 29(6): 647-54.

243. Kara B (2001). Özbakım tanımı ve kavramsal yönü. Sendrom Dergisi 1(13): 25-28.
244. Iovino P, Lyons KS, De Maria M, Vellone E, Ausili D, Lee CS, Matarese M (2021). Patient and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modelling analysis. Int J Nurs Stud 116: 1-8.
245. Candan Ç (2021). Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli.
246. Kaya N (2019). Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu. Yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yozgat.
247. Tuncay FÖ, Avcı D (2020). Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. Eur J Integr Med 35: 1-6.
248. Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt Aİ, Bostancı M, Atak BM, Kisaoğlu S, Karasu E (2011). Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam doyumu ve öz-bakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler. Pamukkale Tıp Dergisi (3): 144-151.



Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, hemşire tarafından kronik hastalığı olan bireylere yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının acil servis kullanımına ve kronik hastalık yönetimini etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Soruları içtenlikle yanıtlamanız, çalışmanın sonuçlarının doğruluğu için oldukça önemlidir. Bu araştırmadan elde edinilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında asla kullanılmayacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

- 1.Kaç yaşındasınız?
- 2.Cinsiyet: () Kadın () Erkek
- 3.Eğitim durumu: () Okuryazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise ve üzeri
- 4.Medeni durum: () Bekar/Dul () Evli
- 5.Ekonomik durum: () İyi () Orta () Kötü
- 6.Çalışma durumunuz nedir?
() Çalışıyor (Açıklayınız)..... () Çalışmıyor
7. Sigara kullanma durumu
()Evet ()Hayır () Bırakmış
8. Alkol kullanma durumu
()Evet ()Hayır () Arada sırada () Bırakmış
9. Hipertansiyon, diyabet, solunum yolu hastalığı (KOAH, Astım vb.), Kardiyovasküler hastalık (Kalp yetmezliği vb.) hastalıklarından hangisine ya da hangilerine sahipsiniz? Lütfen tüm hastalıklarınızı işaretleyiniz.
() Hipertansiyon () Diyabet () Kardiyovasküler hastalık () Solunum sistemi hastalık
() Diğer (Açıklayınız).....
10. İlk kez kaç yıl önce kronik hastalık tanısı aldınız?
11. Bu hastalık(lar)ınızla ilgili 6 aydan uzun süredir ilaç alıyor musunuz ?
() Evet () Hayır

12. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....
.....
.....
.....

13. İlaç takibiniz kim yapıyor?.....

14. Acil servisine geliş yakınmalarınız nelerdir?

.....

15. Hastalığınızla ilişkin size daha önce bilgilendirilme yapıldı mı? Cevabınız “Evet” ise bu bilgilendirme kim(ler) tarafından yapıldı?

() Evet..... () Hayır

Ek 2. Hasta İzlem Formu

1. Boy, Kilo, BKİ, Kan Basıncı

	1. İzlem	2. İzlem
Boy (m)		
Kilo (kg)		
BKİ (kg/m ²)		
Sistolik kan basıncı		
Diastolik kan basıncı		

2. Fiziksel Aktivite, Diyetle Uygun Beslenme ve İlaç Kullanım Durumları

(Evet/Hayır olarak değerlendirilecek)

	1. İzlem		2. İzlem	
	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
Fiziksel aktivite durumu				
Diyete uygun beslenme				
İlacı düzenli kullanma durumu				
İlaç almayı unutma durumu				
Kendini kötü hissettiği için ilacını bırakma durumu				
Kendini iyi hissettiği için ilacı bırakma durumu				

Ek 3. Kronik Hastalık Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G ANKETİ)

Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın seçeneği işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur.

		Hiç Katılmıyorum			Kesinlikle Katılıyorum	
		1	2	3	4	5
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarımı değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine almasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımın ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5

Ek 3. (Devam)

31	Hastalığımı hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

Ek 4. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu

- Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur.
- Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı HER ZAMAN alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
1.Evde meşgul olduğunuzda	()	()	()	()
2.Size hatırlatacak birisi olmadığında	()	()	()	()
3.Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde	()	()	()	()
4.Hastalığınızla ilgili şikayet görülmediğinde	()	()	()	()
5. Ailenizle beraber olduğunuzda	()	()	()	()
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda	()	()	()	()
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	()	()	()	()
8. Seyahatlerde	()	()	()	()
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	()	()	()	()
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	()	()	()	()
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde	()	()	()	()
12.Evden uzakta iken bazı sorunlara (idrara sık çıkmak gibi) neden olduğunda	()	()	()	()

AŞAĞIDAKİ İŞLEMİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
13.İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan	()	()	()	()

Ek 5. Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Araştırmanın Adı: Hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine ve acil servis kullanımına etkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma, acil servise başvuran kronik hastalığa sahip bireylere hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- Acil servise son altı ayda en az on ve üzeri başvuru yapan,
- 18 yaş ve üstü,
- Sözel iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Hekim tarafından, en az altı ay önce ICD 10 Kodlarına göre en az bir tane kronik hastalık tanısı alan
- Telefon sahibi olan
- Giresun ili Yağlıdere ilçesinin merkezinde ikamet ediyor olan

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Size sorulan anket sorularının yanıtlanması istenecektir. Bu ilk görüşmeden 6 ay sonra son bir görüşme daha olacaktır. Bu son görüşmede de yine aynı anket sorularının yanıtlanması istenecektir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak katılımcı sayısı 68'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 6 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yarım saat anket ve ölçek dorularının cevaplandırılmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın sonuçları sağlık çalışanları tarafından kronik hastalığı olan bireylere yönelik verilen eğitimin önemini vurgulayacak, ev ziyaretlerinin ve telefonla hemşire danışmanlığının klinik yaklaşımlara entegre edilmesine katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Ek 5. (Devam)

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 6. Deney Grubu İçin Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Araştırmanın Adı: Hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine ve acil servis kullanımına etkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma, acil servise başvuran kronik hastalığa sahip bireylere hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığının kronik hastalık yönetimine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- Acil servise son altı ayda en az on ve üzeri başvuru yapan,
- 18 yaş ve üstü,
- Sözel iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Hekim tarafından, en az altı ay önce ICD 10 Kodlarına göre en az bir tane kronik hastalık tanısı alan
- Telefon sahibi olan
- Giresun ili Yağlıdere ilçesinin merkezinde ikamet ediyor olan

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Size sorulan anket sorularının yanıtlanması istenecektir. Bu ilk görüşmeden 15 gün sonra ortalama bir saat sürecek olan ev ziyaretleri başlayacaktır. Bu ev ziyaretleri sırasında planlanan eğitimler gerçekleştirilecektir. Üç ay boyunca sürecek olan bu ev ziyaretleri 15 günde bir toplam beş defa olacak şekilde planlanmıştır. Ayrıca ev ziyaretinden bir hafta sonra 15-20 dk sürecek bir telefon görüşmesi yapılacaktır ve bu telefon görüşmesiyle birlikte aldığınız eğitimler pekiştirilecektir. Toplamda dört arama yapılması planlanmıştır. Bunun dışında da istediğiniz zaman danışmak için araştırmacının telefonunu arayabileceksiniz. Bu ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığından üç ay sonra da tekrar son bir görüşme yapılacak ve anket doldurulacaktır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak katılımcı sayısı 68'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 6 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yarım saat anket ve ölçek dorularının cevaplandırılması, Üç ayda toplam ortalama 5 saat ev ziyaretleri sırasında görüşme yapılması ve ortalama 1 saat telefon görüşmelerinin yapılması.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın sonuçları sağlık çalışanları tarafından kronik hastalığı olan bireylere yönelik verilen eğitimin önemini vurgulayacak, ev ziyaretlerinin ve telefonla hemşire danışmanlığının klinik yaklaşımlara entegre edilmesine katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Yoktur.

Ek 6. (Devam)

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

141



Ek 7. (Devam)

Sadece %10'luk bir kilo kaybı;

- Sıvıya tuzlu gıdaların tüketimini azaltarak,
- Kan basıncını,
- Kan şekerini,
- Kan yağlarını (kolesterol ve trigliseritleri),
- Zihni durgunluğu azaltarak,
- Kilo kaybı hızını artırarak



Ne yapmalı?

- Şişmanlığın önlenmesinde ilk adım, yeterli ve dengeli beslenme ile kalorienin uyum sağlayarak yeme alışkanlıklarının değiştirilmesidir.



Aşırı tuz kullanımı

- Tuz tüketimi azaltılarak tuzlu gıdaların tüketimini azaltarak,
- Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir.
- Tuzlu gıdaların tüketimini azaltarak,
- Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir.



Tuz kan basıncını arttıran en önemli faktördür.

- Her 10 erkeğin 3'ünde hipertansiyon nedeni, yüksek sodyum tuz tüketimidir. Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların en yaygın nedeni ve önemli risk faktörüdür (örneğin % 64, koroner kalp hastalıklarında % 49 oranında hipertansiyon mevcuttur).
- Tuz tüketimi her yıl yüksek kan basıncına bağlı olarak 7 milyon ölüme sebep olmaktadır. Bu oranla büyük çoğunluğu tuz almanın azaltılması ile önlenmektedir.
- Tuz almanın azaltılması ile, dünya çapında, kardiyovasküler olaylar ve kalp kriziyle ilgili yılda 2.5 milyon ölümden korunma sağlanacaktır.



Tuzu kesin, riski azaltın!

- Tuz tüketimini azaltarak,
- Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir.



1 gram tuz 400 mg sodyum bulundurmaktadır. 1 gram sodyum 2.5 gram tuz eşdeğeridir. Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir. Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir.



Ama sadece TUZLU GİDALAR değil!

Aldığımız sodyumun % 80' i işlenmiş gıdaların ve hazır gıdaların tüketiminden kaynaklanmaktadır. Özellikle fast food tuzlu gıdaların tüketiminde artış gözlemlenmektedir.



SİGARA

- Tansiyonu artırarak,
- Günde yaklaşık 5 gram tuz (örneğin 1/2 çay kaşığı) tüketilmelidir.
- Kalp hastalıklarına ve diğer kronik hastalıklara,
- Kan basıncını artırarak,
- İyi kolesterol seviyelerini düşürerek,
- Damar sertliğini artırarak

Sigara kullanımı kalp sağlığı açısından en büyük risk faktörüdür!



Ek 7. (Devam)

Sigaryayı Bırakmanın Kısa Dönemdeki Yararları

- Kalın bacaklı nemesis önlenir.
- Kalın bacaklı nemesis önlenir.
- Kalın bacaklı nemesis önlenir.
- Tüt ve kalın bacaklı nemesis önlenir.
- Kalın bacaklı nemesis önlenir.



Sigaryayı Bırakmanın Uzun Dönemdeki Yararları

- Akciğerler 3-8 ay içindeki nefesini alarak temizlenir.
- 6-9 ay içindeki kalp-damar hastalığı riski KBB oranında azalır.
- İsmo-100 5-10 yıl içinde sigara kullanmayanlarla aynı hale gelir.
- Sigara bırakmanın en iyi sonucu 10 yıl sonra gelir.



Ara sıra sigara içme isteğine karşı dikkatli olun!

- Sigara içmek, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Sigara içmek, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Sigara içmek, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Sigara içmek, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Sigara içmek, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.

ALKOL

- Alkol, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Alkol, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Alkol, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Alkol, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Alkol, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.

Alkol

- Aşırı miktarda alınan alkol tansiyonu yükseltebilir ve tansiyon ilaçlarının etkisini azaltabilir.



EGZERSİZ

- Vücut kompozisyonunun iyileştirilmesinde,
- Kalp fonksiyonlarının geliştirilmesinde,
- Stresin azaltılmasında,
- Kalp hastalıkları ve damar hastalıkları riskini azaltmada,
- Kalp hastalıkları ve damar hastalıkları riskini azaltmada,

Alkol

- Düzenli spor ve egzersiz hipertansiyon hastaları için çok önemlidir.
- Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin yaklaşık 5-7 mmHg kan basıncında düşme etkisi olduğu ortaya konulmuştur.



Sağlıklı Beslenme

- Sağlıklı beslenme, kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır.
- Sağlıklı beslenme, kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır.
- Sağlıklı beslenme, kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır.
- Sağlıklı beslenme, kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır.
- Sağlıklı beslenme, kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır.



Daha Az Yağ Yemeli!

- Yağ, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Yağ, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Yağ, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Yağ, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.
- Yağ, kalp ve damar hastalıkları riskini artırır.

Hipertansiyon ilaç kullanımının önemi

- Sadece %10 ila %15 insan hipertansiyonlu ve bu insanlarda hipertansiyon tedavi edilmezse yaşam beklentisi azalır.
- Çoklu hipertansiyon tedavisinde ilaçların doğru kullanılması önemlidir.
- İlaç tedavisinin süresince düzenli izlenim, ilaç ve yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyon tedavisinde önemlidir.



Ek 7. (Devam)

[illegible][illegible]

Hipertansiyon Tedavisinin Amaçları

- 1. Risk faktörleri yönetimi
- 2. Organ hasarı önlenmesi
- 3. Yaşam kalitesinin artırılması
- 4. Komplikasyonların önlenmesi

- **Cardiovascular** - **heart** and **blood vessels** - **transport** **oxygen** and **nutrients** **throughout** **the** **body**
- **Respiratory** - **lungs** and **trachea** - **exchange** **oxygen** and **carbon dioxide**
- **Digestive** - **stomach** and **intestines** - **break** **down** **food** **into** **nutrients** **that** **can** **be** **used** **by** **the** **body**
- **Excretory** - **kidneys** and **bladder** - **remove** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **organs** **that** **are** **involved** **in** **the** **production** **of** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body** **against** **disease**
- **Nervous** - **system** - **controls** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Endocrine** - **system** - **hormones** **that** **regulate** **the** **body's** **functions** **and** **responses**
- **Musculoskeletal** - **muscles** and **bones** - **provide** **support** **and** **movement**
- **Skin** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Integumentary** - **skin** and **hair** - **protects** **the** **body** **from** **injury** **and** **disease**
- **Urinary** - **system** - **removes** **waste** **from** **the** **body**
- **Reproductive** - **system** - **produces** **offspring**
- **Immune** - **system** - **defends** **the** **body**



İLAÇ ALMIYI UNUTURSAM NE YAPMALIYIM?

- Alttan gelen ilaç tıynetı unuttuysanla herneı ıktı.
- İstent gın normal kıkınu eattı ıkın.

İlaç Tedavisine Uyulmıyorsa ne olur?



TELE



KALP KIRILMASI



NEFES YETİKSİZLİĞİ
GÖRÜLMEZ OLURSA ÖLÜM

Hyperemesis gravidarum adalah muntah terus menerus yang dapat menimbulkan dehidrasi, ketidakefektifan nutrisi, dan berat badan menurun.

Yüksek tansiyonlu bireyler;

-  Sağlıklı beslenmeli,
-  Fazla kilolu/ obez ise kilo vermeli,
-  Fizik aktiviteyi düzenli yapmalı
-  Tıp kurallarını uygulamalı,

Ek 7. (Devam)



Ek 8. Diyabet Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu



Ek 8. (Devam)

• Şeker düşürücü ilaçlar "Tipe 2 diyabet"te kullanılır. Eğer doktorunuz gerekli görürse tedaviye insülin de ekleyebilir.

• Şeker hastalarının ilaçlarını ne zaman, ne kadar alması ve ilaçların nasıl etki göstereceklerini bilmesi çok önemlidir.



İlaçların etkili olabilmesi için bazı organlar çalışmalıdır...



Ağız yolu ile alınan şeker düşürücü ilaçlar ne zaman alınmalıdır?

- İlaçları her gün aynı saatte ve aynı miktarda almalısınız.
- İlaçları ve diğer şekerli yiyecekleri düzenli olarak almalısınız.
- İlaçları alırken mutlaka doktorunuzun önerdiği dozajı kullanmalısınız.

• Ağızdan alınan ilaçlar içim, bekleme ve diyetten önceki her günün "İLAÇ ALIM SAATLERİNE" dikkat edilmelidir. Sadece ilaç kullanmanın diyabeti kontrol altına alamayacağı unutulmamalıdır. Beslenme tedavisi düzenleme ve egzersiz programına da dikkat edilmesi çok önemlidir.



• Ağız yolu ile kullanılan şeker düşürücü ilaçlar her gün aynı saatte ve aynı miktarda alınmalıdır.

• Her hastanın tedavisi o hastanın kondisyonuna bağlıdır. Hastalar sağlık uzmanlarından önceki gün her bir ilaç kullanacaklarını göre. Bu ilaç veya daha fazla ilaçları ilaç kullanacakları.

• Ağızdan kullanılan şeker düşürücü ilaçlar insülin değildir.

• Ağız yolu ile alınan bazı şeker düşürücü ilaçların bu ilaç planına çok hızlı düşürücü insülin tedavisi eklenmesi gerekebilir.

• İnsülin kullanmaya başlarken şeker düşürücü ilaçların insülinle birlikte kullanılması gerekebilir.



En sık kullanılan ilaçlardan biri Metformindir. İnsülin dışındaki şeker düşürücü ilaçlar Metformin, şekerli beslenme veya diğer şekerli beslenme sonucunda şekerli gıda tüketimi sonucu şeker seviyesini düşürür.

Bir ilaç grubu insülin kullanmayan ilaçlardır. Bu ilaçlar insülin kullanmayan kişiler için şekerli beslenme, kilo artışı, diğer ilaçları, şekerli beslenme ve şekerli beslenme sonucunda şeker seviyesini düşürür.

İNSÜLİN TEDAVİSİ

• İnsülin, pankreasın Langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanan ve kan glukozuna düşüren bir hormondur.

• İnsülin tedavinin amacı; normal insülin fizyolojisini gözetmek bir şekilde taklit ederek kan glukozunu normal ve da normale yakın düzeyde tutmaktır.



Bireysel Kan Şekeri Takibi

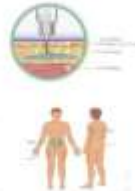
• Kan şekeri ölçümü, diyabetli hastaların şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır. Bu ölçüm, şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır. Bu ölçüm, şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır.

• Şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır. Bu ölçüm, şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır. Bu ölçüm, şeker seviyesini kontrol etmesi için yapılır.

• İğne uzunluk 0.4 mm'ye den kaçınmalıdır. Enjeksiyon yapılmalıdır.

• İnsülin uygulama bölgeleri arasında rotasyon yapılmalıdır.

• İğnenin yapılması gereken bölgeler; karnı, kol, bacak ve kalçadır. Uygulanan bölgeye göre insülin emilim hızı değişir. İnsülin emilim hızı karnı bölgesinde daha hızlı, en yavaş emilen bölge ise kalçadır.



Ek 8. (Devam)

Enjeksiyondan Önce

- Kanımı insülinle karıştırmaya önce için kullanmayın. Bu kanı kullanırsanız insülinin etkililiği azalır ve kanı karıştırmaya kullanmayın. Kanı karıştırmaya kullanmayın.
- Bu işlem 15-20 kez yapılmalı ve kanın berraklaşmasıyla aynı rengi alıncaya kadar yapılmalıdır. Kanı karıştırmaya kullanmayın.



- Enjeksiyon bölgesinde kanı karıştırmayın.
- Kan karıştırmaya kullanmayın. Kanı karıştırmaya kullanmayın.
- Enjeksiyon bölgesinde kanı karıştırmayın.
- Enjeksiyon bölgesinde kanı karıştırmayın.




- İğne çıkışında kan, insülin kalemini tuttuğunuz el değiştirilmeli veya oynatılmamalıdır. Aksi durumda küçük kesiklere ve kanamaya sebep olabilir.
- Enjeksiyonun yarısı uygulanmış kan yerinin düşmesine ya da yükselmesine, enjeksiyon bölgesinin sertleşmesine ve ağrıya neden olur.

Enjeksiyon Sonrasında

- Enjeksiyon bölgesine hafifçe bir pamuk yardımıyla bastırılır, masaj yapılmamalıdır.
- İnsülin iğneleri sadece 1 kez kullanılabilir.
- İnsülin iğneleri bir kez kullanıldıktan sonra büyük koruyucu kapak yardımıyla çıkarılmalı ve korumalı kaplarda biriktirilerek kabın ağzı kapatıldıktan sonra çöpe atılmalıdır.



- Enjeksiyon bölgesinde kanı karıştırmayın.
- Enjeksiyon bölgesinde kanı karıştırmayın.

İnsülin Saklanması



- Açılmamış insülin kalemleri ve kartuşları son kullanma tarihine kadar buzdolabında 2-8°C arasında ve şeker asiditten soğuk tercihen buzdolabında 30 gün saklanabilir.
- İnsülin buzdolabında saklanmamalıdır.
- Soba, kalorifer vb. gibi ısı kaynaklarından uzak tutulmalıdır.
- İnsülini buzdolabından çıkarırken 15-30 dakika odanın sıcaklığına bırakılmalıdır.

İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü
İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü	İnsülin Türü

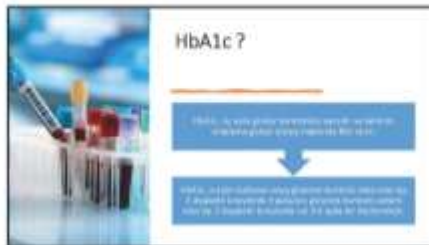
İNSÜLİN TEDAVİSİNİN EN ÖNEMLİ YAN ETKİSİ KAN ŞEKERİNİN AŞIRI VE ANİ DÜŞMESİDİR (HIPOGLİSEMİ)

- Kan şekeri 70 mg/dl'nin altına düştüğü zaman hipoglisemi belirtileri (ani ve soğuk terleme, baygınlık hissi, çarpıntı gibi) görülür.

HANGİ DURUMLARDA HIPOGLİSEMİ OLABİLİR ?

- İnsülin dozunda değişiklikler yapıldığında hipoglisemi riski artar.
- İnsülin alımı veya yemek tüketimi azaldığında hipoglisemi riski artar.
- İnsülin alımı veya yemek tüketimi arttığında hipoglisemi riski azalır.

Ek 8. (Devam)



- Fene ayakbükücü veya terlikten kaçınmama. Kışın da yürürken mutlaka sağlam terlik kullanma, deride gribalen derisi ayakbükücü kullanma. Fene ile aram terlik kullanmamaya, altına kapalı ayakkabı takılmayı tercih etme.
- Ayakbükücü tabanı ile ayak tabanını aynı gereğiyle, aynı hararı temas da gereği olmasın. Ayakbükücü ayakkabıları 1 cm dan derisi olmasın. Ayakbükücüyle yürümek ve ince topuğu ya da tamamen topuğu çıkmamasıdır.
- Ayakbükücü ile ilgili sorunlar için önlem. Yeni alışkan ayakkabı önce aile arkadaşları ile denemeli.

Cilt bakım önerileri

- Akne tedavisi için gıyayarak kullanılan buharlı 2-3 kez cilde ve en az 10 dakika boyunca uygulanmalıdır (görsel olarak gösterilmektedir).
- Buzun soğutucu etkisiyle akne lezyonlarının (kızamık) iyileşmesine yardımcı olur.
- Buzdan önce cilt temizliği yapılmalıdır.



Diş Bakım Önerileri

- Dişlerinizi günde en az 2 kez ve 2 dakika boyunca her öğün için fırçalayarak temiz tutunuz.
- Dişlerinizi fırçalamadan önce dişlerinizi 30 saniye boyunca suyla yıkayarak temizleyiniz.
- Diş fırçasınızı 3 ayda bir değiştiriniz.



Ek 8. (Devam)



Ek 9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yönelik Eğitim Sunumu



• Kétféle kórházi halálra gyanús eset történt előző évben Magyarországon. Mindkét esetben a halál oka a szívinfarktus volt, melyet a beteg a kórházban szenvedett el. Az egyik esetben a beteg a kórházban halt meg, a másik esetben a beteg a kórházban halt meg, de a halál oka a szívinfarktus volt.

- Balgam, genellikle beyaz renkli, yapışkan, giderek artan miktarda ve koyu kıvamdadır. Hastalığın belirtilerinin şiddetlendiği "alevlenme" olarak tanımlanan dönemlerde balgam renginin sarı-yeşil renge dönüştüğü; balgam miktarında ve nefes darlığında artış görülür.

- Amfizem (akciğerde hava kesişenleri) genellikle hastalıklardır, vücutta gırtlak çok fazla alması nedeni ile hastanın kilo kaybı ve zayıflık görülür. Hastalardan yansıdan hastalarında ileri düzeyde zayıflama (kayıp) vardır. Ayrıca KİH'da hastanın diğer organlar içine sıkışmaktadır, ayrı kilo kaybı ve zayıflık, akciğer kanseri gelişiminin öncüsü de bulgusu da olabilir. Ciddi kilo kaybı mutlaka doktorunuza bildiriniz.

• Zayıf olmalarına rağmen, nefes verme arasındaki zorluk nedeniyle akciğerde aşırı havalanmaya bağlı olarak göğüs kafesi geniş şekillenir. Bu göğüs ve karnın doğru çökmeye güçlenebilir.



- Zayıflık ve kilo kaybı her hastada olmayabilir.
- Hastalığın ilerlemesi ile birlikte kilo yitirmeliği ortaya çıkar. Bu süreçte boyun damarlarında belirginleşme, başkalarında ve ayak bileklerinde ödem uyarlanmaktadır. Yukarıdaki ana belirtilerini yanı sıra: Üstü: Ağrı sendromu eşlik ediyorsa göğüs ağrı uyku hali, yorgunluk, uykusuz nefes darlığı, horlama olabilir.

**KOAH
Yönetiminde
Kullanılan
İlaçlar
Nelerdir?**

Kronik akciğer hastalığı olan bireylerde ilaç tedavisi, hastalığın yönetilmesinde temel yöntemlerden biridir.

İlaç tedavisi olarak çoğunlukla hastalar bronkodilatörler ve kortikosteroidler almaktadır.

**Solumun Yollarını
Genişleten
(Bronkodilatör) İlaçlar:**

- Havayolları etrafındaki kas tabakasını gevşeterek havayollarını genişletmenin neden olarak referans bulmuş, böylece akciğerin açılmasına neden olurlar.
- Bu gruptaki ilaçlar beta2-agonistler, antikolinesterikler ve teofedrin.

Beta2 -agonist ilaçlar

- * Solunum yolu ile alınan ilaç etkilidir (4-6 saat) ve etkilidir (12 ve 24 saat) etkili olmaktadır.
- * Bu ilaçların kullanımıyla akciğer etkilidir ve akciğer, akciğer, akciğer ve akciğer etkilidir. Bu ilaçlar etkilidir. Bu ilaçlar etkilidir. Bu ilaçlar etkilidir.



Ek 9. (Devam)

Kısa etkili akciğer ilaçları: Salbutamol, Terbutalin, Formoterol, Fendipiprin

Uzun etkili akciğer ilaçları: Salmeterol, Formoterol, İsgulimab, Vilanterol, Olodaterol

Antikolinerjikler

• Üst solunum yolu ve akciğer kaslarının spazmuna sebep olan etkiyi "antikolinerjik ilaçlar" ile gidermek için kullanılır. Bu ilaçlar akciğerin "kaslarını" gevşetir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır. Antikolinerjik ilaçlar akciğerin kaslarını gevşetir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır.

• Bu ilaçlar 4-6 saat gibi kısa etkili etki süresi olan ilaçlardır. Akciğerin spazmuna sebep olan etkiyi gidermek için kullanılır. Antikolinerjiklerin 24 saat etkili ve inhalasyon cihazıyla alınan etkili de KİDAH tedavisinde sık sık kullanılmaktadır. Bu ilaçlardan ilki olan ve blok olan "Tiotropium Bromür" dir. Son yıllarda Sildenafil mekanizması ile "Vilanterol" da vardır. Bunlar günde 1 kez cihazla konulan kapsül şeklinde kullanılır.

• Bu ilaçların kullanımı sırasında, yan etki olarak en sık ağız kuruluğu, prostat şikâyetlerinde artma, kabızlık ve idrar güçlüğü görülebilir. Göz tansiyonu (glukomu) olan hastalar mutlaka doktoruna danışmalıdır. Kabızlık, ağız kuruluğu ve idrar güçlüğü için bol su içilmelidir.

Antikolinerjik ve Beta2-agonist Kombinasyonları

• Kısa etkili kombinasyon ilaçları yıllardır kullanılmaktadır. Bunlar yukarıda bahsedildiği gibi nebulizatör ile kullanılmaktadır. Son yıllarda iki güçlü nefes açıcı etkili olan ilaçların aynı cihazda yer almasıyla uzun etkili kombinasyon ilaçları ile tedavide yerini almıştır.

• Tiotropium/Oludaterol
• Umeclidinium Bromür/Vilanterol

Yangıyı Azaltan (Kortizonlu) İlaçlar

• En çok akciğer iltihabı bağlı hastalıklarda ve hava yollarında etkiler dokuzunu bozan, mikrobik olmayan iltihabi bir yangı ortaya çıkar. Zamanla bu yangı hava yollarının yapısını bozar ve daralmasına neden olur. Kortizonlu ilaçlar, bu yangıyı azaltan ilaçlardır. Nefes yolları veya akciğerin iltihabını giderir. Bu ilaçlar ancak ağır KİDAH ve çok akciğerine geçiren olgularla kullanılmaktadır. Bu nedenle mutlaka doktorunuzun izni ile kullanın.

Antikolinerjik ilaçların kullanımı sırasında

Antikolinerjik ilaçların kullanımı sırasında

Antikolinerjik ilaçların kullanımı sırasında

Antikolinerjik ilaçların kullanımı sırasında

Antibiyotikler

• Antibiyotikler bakteriyel enfeksiyonları tedavi etmek için kullanılır. Akciğerin iltihabını giderir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır. Antibiyotikler akciğerin iltihabını giderir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır.

• Antibiyotikler bakteriyel enfeksiyonları tedavi etmek için kullanılır. Akciğerin iltihabını giderir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır. Antibiyotikler akciğerin iltihabını giderir ve böylece nefes almayı kolaylaştırır.

Ek 9. (Devam)

Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı

- Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir. Bu adımları doğru şekilde yapmadığınız takdirde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşmayabilir. Bu nedenle doğru şekilde kullanmanız önemlidir. Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir.

Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı

- Kullanım:
- İnhaler kullanmadan önce ağzınızı temizleyin ve gırtlak temizliği yapın.
- İnhaler kullanmadan önce ağzınızı temizleyin ve gırtlak temizliği yapın.

- Ölçülü doz inhaler kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.
- Ölçülü doz inhaler kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.



Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir. Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir.

Hava Haznesi= Ara odacık (Spacer)

- İnhaler kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.



- İnhaler kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.



Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir. Bu cihazın doğru şekilde kullanılması için aşağıdaki adımları takip etmeniz gerekir.

- Açık durumda hava haznesi kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.

- Yüksek dozda ilaç kullanırken, ağızdan çıkan buharı ağzınızla tutarak nefes alarak emmelisiniz. Bu şekilde ilaç doğru şekilde akciğere ulaşabilir.

Ek 9. (Devam)

Kuru Doz İnhaler Kullanımı

- Bu tür cihazları kullanmak, önce 1000 ml suya günde 3-4 kez 1-2 ml su eklenerek hazırlanmış solüsyonla yapılır. Bu nedenle, önce kullanılmadan önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

AEROLİZER/İNHALER KAPSÜL KULLANIMI

- İnhaler cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

- Ayrıca, inhaler cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

DİSKUS KULLANIMI

- Diskus cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

- Hareket kolu her geriye itilişinde inhalasyon için bir doz hazır hale gelir.
- Diskus cihazından uzak tutulur. Nefesinizi rahatça yapabildiğiniz kadar derin veriniz. Üstünüzü ağız diskusun üzerine nefes vermeniz.
- Ağızlığı dudaklarınızla sıkıca tutunuz. Üstün ve derin nefes alınız nefes burununuzdan değil, diskusun üzerinden alınız.

- Diskus cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

BREEZHALER KULLANIMI

- Breezhaler cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

- Breezhaler cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

EASYHALER KULLANIMI

- Easyhaler cihazı kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir. Bu cihazları kullanırken, önce su eklenmelidir.

Ek 9. (Devam)

HANDİHALER KULLANIMI

- Cihazın bukları doğru şekilde açılır.
- Solunum cihazı kullanılır.
- Solunum cihazı bukları kullanılır.
- Ağzı açılır ve cihazın bukları kullanılır.
- Solunum cihazı bukları kullanılır.
- Solunum cihazı bukları kullanılır.



Handihaler Cihazı Kullanımı

1. Cihazın bukları doğru şekilde açılır.
2. Solunum cihazı kullanılır.
3. Solunum cihazı bukları kullanılır.
4. Ağzı açılır ve cihazın bukları kullanılır.
5. Solunum cihazı bukları kullanılır.
6. Solunum cihazı bukları kullanılır.



Turbuhaler Kullanımı

- Üstteki kapak kaldırılarak cihazın içi açılır.
- Ağızdan içeri doğru nefes verilir.
- Ağızdan içeri doğru nefes verilir.
- Ağızdan içeri doğru nefes verilir.
- Ağızdan içeri doğru nefes verilir.
- Ağızdan içeri doğru nefes verilir.



- Cihazın ağız kısmı dudaklar arasına yerleştirilir ve hızlı ve derin bir nefes alınır.
- Cihaz ağzıdan uzaklaştırılır.
- Nefes 10 saniye tutulur ve sonra burundan dışarı verilir.



- Cihazın kullanımı tamamlandıktan sonra, cihazın ağız kısmı dudaklar arasına yerleştirilir ve hızlı ve derin bir nefes alınır.
- Cihaz ağzıdan uzaklaştırılır.
- Nefes 10 saniye tutulur ve sonra burundan dışarı verilir.



Nebulizatör Kullanımı

- Bu cihazlar, ilacı yüksek basınçla (jet nebulizatörler) veya ultrasonik olarak (ultrasonik nebulizatörler) küçük parçacıklara ayırarak solunum yoluyla (buhar halinde) hastaya veren elektrikli cihazlardır. İlaç ağızla veya yüz maskesi ile uygulanır. Bu şekilde yüksek dozda ilaç verilebilirliği için, bu cihazlar aktif kristallerle tercih edilmektedir. Diğer ilaçlarla etkin sonuç alınamayan ve diğer tip ilaçları kullanamayan, 4-5 yaş altı çocuklarda da kullanılmaktadır.

- Nebulizatör, hasta rahat otururken pozisyonlanarak kullanılır. Nebulizatör ucu denizden ya da su ile doldurulmalıdır.
- Nebulizatör için ilaç borusu (veya taze 5 ml solüsyon kullanılır).
- Ağzı veya maskeli nebulizatöre takılır.
- Nebulizatör ucu denizden ya da su ile doldurulmalıdır.
- Hasta cihazın kapağını hafifçe bir şekilde tutar.
- Cihazın ağzından çıkan ses, hasta rahat bir şekilde nefes alır.
- Cihazın çalışması bitene kadar 10 dakika boyunca ilaç, ağızdan ya da burundan solunur.



- Nebulizatörlerin elektrikli cihazları vardır, diğer kısımları ise nefeslenirken kullanılır. İlk kullanımda hasta nefeslenirken cihazın ucu denizden ya da su ile doldurulmalıdır. Bu nedenle nebulizatör, kullanımdan sonra taze suyla yıkanmalı ve iletilebilir. Haftada bir iki defa da cihazın suyu 1:10 oranında seyreltilmiş su ile yıkanmalıdır. 10 dakika bekletilip bol suyla durulanmalıdır. Nebulizatörün için ağız ile nefeslenir.



Oksijen Kullanımı

- Yağdan kan tıkanıklığı, kanamada bulunan oksijen miktarı çok düşükse, oksijen tedavisine başlanabilir.
- Genellikle nazal (burun) kanalı kullanılır. Nazal kanalı burun boşluğuna uygun olan iki deliği burunla birleştirir.



KOAH Akciğer hastalıklarından korunmak için genel özellikler	Akciğer en sık nedeni enfeksiyonlardır. Bu nedenle grip ve zatürre aşıları yaptırma gerekli olabilir Nasıl veya grip geçirmekte olan kişilerden uzak durulmalı El yıkamaya önem gösterilmeli Kapak ve kütüphane partilerden uzak durulmalı
---	--

EL YIKAMA

- El yikama en su forma correcta
- El agua utilizada no debe estar caliente, ni demasiado fría, ya que puede irritar la piel.
- El agua debe estar limpia y libre de impurezas.
- El agua debe estar a una temperatura adecuada.
- El agua debe estar a una temperatura adecuada.



• Soğuk algınlığı ve diğer enfeksiyonlar kronik akciğer hastalığı olmayan kişilere göre siz daha çok etkilenebilir. Enfeksiyonları tamamen önlemek imkansızdır ancak enfeksiyon gelişme riskini azaltabiliriz.

* Çevremizdeki enfeksiyöz kaynakları azaltmak ve bunlardan uzak durmak çok derece önemlidir. Özellikle enfeksiyonların en fazla görüldüğü kişiler arasında kalabalık ortamlardan uzak durunuz. Soğuk algınlığı veya enfeksiyonu olan insanlarla yaklaşımlardan kaçınız. Ellerizi sık sık yıkamayı ve solunum cihazlarının temizlenmeyi unutmayınız.

DIŞ VE DIŞ ETLERİNE BAKIM

- Ağızda bulunan enfeksiyon kaynaklı hastalıklar tedavi edilmezse enfeksiyonlar vüda yayılabilir ve ciddi enfeksiyonlara neden olabilir.
- Dişlerin gıcık dişleri ile fırçalanması dişleri kırılmalara neden olabilir. dişleri fırçalamak için yumuşak diş fırçası kullanılmalıdır.
- Her 3 ayda bir diş hekimine gidilmelidir.
- Her 3 ayda bir diş hekimine gidilmelidir.
- Her 3 ayda bir diş hekimine gidilmelidir.



KOAH'ta Beslenme Nasil Olmalı?

- Beslenme ile düzenlenmesi, pulmonary rehabilitasyonun bir parçasıdır. Uzun süreli akciğer solunum hastalığı olan kişilerde kilo ve beslenme düzeni kontrolünü birleştirmek, nefes darlığı ve yetersizliğiyle ilgili beslenme ile ilgili problemleri tespit etmeye yardımcı olur. Nefes darlığı ve yetersizliğiyle ilgili beslenme ile ilgili problemleri tespit etmeye yardımcı olur.



Sağlıklı beslenmek için;

- Proteinler: Her gün alınması gerektirir. Et, balık, yumurta, peynir, süt ve tohumlar gibi besinler. Güneşten asitli içecekler tercih edilmelidir.
- Karbonhidratlar: Örneğin BCAA'sı enjekte edilmiş besinler tüketilmelidir.
- Nispetli olarak: Et, balık, patates, zencefil, mısır, makarna vs.

Ek 9. (Devam)



- Taze sebzeleri sofralarınıza koyarak, kızartarak, kızarmaz, taze, haşlanmış ya da çiğ olarak tüketebilirsiniz. Her gün en az 500 gram taze sebze tüketmeye çalışın.
- Tuzlu ya da şekerli yiyecekler çok fazla tüketmeyin. Özellikle tuzlu yiyecekler, tuzlu soslara dikkat edin. Tuzlu yiyecekler, tuzlu soslara dikkat edin. Tuzlu yiyecekler, tuzlu soslara dikkat edin.



- Sağlıklı yaşam tarzı benimseyin. Sigara kullanmayın, alkol tüketimden kaçınarak sağlıklı yaşam tarzı benimseyin.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.



Kilo vermeye çalışıyorsanız:

- Kilo vermeye çalışıyorsanız, her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için.

Hava yollarının temizlenmesi

- Hava yollarının temizlenmesi için her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.

ETKİLİ ÖKSÜRME



- Etkili öksürme için her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.

HUFF ÖKSÜRÜK



- Huff öksürük için her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.

KOAH'da Nefes Kontrolü

- Günde en az 2 kez nefes egzersizi yapın. Günde en az 2 kez nefes egzersizi yapın.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.



- Nefes kontrolü için her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.

Nefesi iyi kullanma ve gevşeme teknikleri:



- Nefes kontrolü için her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın. Her gün en az 30 dakika egzersiz yapın.
- Her gün en az 8 saat uyuyun. Her gün en az 8 saat uyuyun.
- Her gün en az 2 litre su için. Her gün en az 2 litre su için.

Ek 9. (Devam)

ROAH'da fiziksel aktivite nasıl alınabilir ?

- En basit ve önemli egzersiz, yürüyüştür. Sağlıkla beşyıl için her gün en az 20 dakika yürüyüş önerilmektedir.



```

graph TD
    A[Günlük yaşamdaki yürüyüşlerinide dikkat edilmesi gerekenler:] --> B[İki ile üçer kezden oluşan, kısa süreli yürüyüşler]
    B --> C[Her saatte bir yürüyüşe kısa süreli yürüyüşler]
    C --> D[Sağlıklı bir yürüyüşe kısa süreli yürüyüşler]
    D --> E[Yürüyüşün süresi, hızı, yönü, frekansı]
    E --> F[Yürüyüşün süresi, hızı, yönü, frekansı]
  
```

Günlük yaşamdaki yürüyüşlerinizde yapmaması önerilenler

[illegible]

Büyük dudak solunumu

- Genellikle büyük ve geniş boğazlı kişilerde görülür.
- Kızıl deri, genelde kızıl ve kızılmsıdır.
- Kızıl deri, genelde kızıl ve kızılmsıdır.
- Kızıl deri, genelde kızıl ve kızılmsıdır.



Yürürken:

- Her iki adımda yavaş bir şekilde burnunuzdan nefes alınız.
- Her dört adımda dudaklarınızın arasını (dişler gibi) büzerek nefesinizi veriniz.



- **Otururken:**
- Kollarınızı karnınızın üzerinde kavuşturunuz.
- Yaklaşık üçe kadar sayarak burnunuzdan yavaşça nefes alınız.
- Öne doğru eğiliniz.
- Rüzrülen dudaklarınızın arasından yediye kadar sayarak yavaşça nefesinizi veriniz.

DİYAFRAGMATİK SOLUNUM



- Konvulsiyon olarak tanımlanan bu tip yutkunma davranışları nadirdir.
- Nefesin artırımlı olarak alınması ve nefesin diyaframatik olarak alınması gibi bu davranışların bir kısmı nörolojik bozuklukların belirtisi olabilir.
- Bu tür yutkunma alışkanlıkları ile ilgili bir yutkunma bozukluğu değerlendirilmelidir.
- Meditasyon ile diyaframatik nefes almayı öğrenen kişilerde, nefesin artırımlı olarak alınması ve diyaframatik olarak alınması arasında bir ilişki gözlemlenmiştir.
- Nefesin artırımlı olarak alınması, yutkunma ile ilgili bir bozukluk değildir.
- Bu davranışlar ile ilgili nefes almayı diyaframatik olarak almayı öğrenen kişilerde, yutkunma bozukluğu gözlemlenmemiştir.

Dirençli Solunum Egzersizleri

- Solunum egzersizlerinin düzenli olarak yapılması çok önemlidir. Öncelikle nefes alıp-verme tekniklerinin uygulanmasında buya-şajılandan sonra ileri doğru olan dirençli solunum egzersizlerini güçlendirici solunum kaslarını daha da güçlendirmeye hedeflenir.



Ek 10. (Devam)

Başarılı bir sistem tasarısının hedefleri şunlar olabilir:

- Sistemin belirli bir bütçeyle yapılması
- Sistemin belirli bir süre içinde yapılması
- Sistemin belirlenen işlevleri yerine getirmesi
- Sistemin belirlenen kullanıcılar tarafından kullanılması

- Hasta/hizmeti gerektikçe geliştirilmesi,
- Tedaviyi/fahriyetle durdurup/etkinleştirme ve aktif olması,
- Hastanın iyi değerlendirmesi ve tedaviyi, eylem süresi hastaların ortaya konması ve tedaviyi, tıbbi tedavileri iyi öğrenmesi gerçekleştirildi.



• Hasta ve hekimin birlikte tedavi hedeflerini tartışması ve bu konuda anlaşmaya varması, hastanın kendi kendini izlemesine yönelik yeterli bir eylem planının birlikte geliştirilmesi, düzenli araştırmalar tedavinin ve ağrının kontrol düzeyinin güdülerini göstermesi, tedavide de planla çıkan sonuçları

- Arteriyel tansiyon her hastanın hastalığı, diğer hastalıkları, kullandığı ilaçları, beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile değişebilir. Bu sebeple tansiyon her hafta ölçülmeli ve gerekirse ilaç dozları ayarlanmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 160/90 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın ilaç kullanması gerekir.
- Arteriyel tansiyon 140/90 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 130/80 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 120/80 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 110/70 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 100/60 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 90/50 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 80/40 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 70/30 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 60/20 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 50/10 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 40/0 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 30/0 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 20/0 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 10/0 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.
- Arteriyel tansiyon 0/0 mmHg'den fazla olursa, bu hastanın yaşam tarzı ve diyetine bakılmalıdır.

What

Business model is the way a company creates, delivers, and captures value. It is the logic of the company's economic proposition.

How

Business model is the way a company creates, delivers, and captures value. It is the logic of the company's economic proposition.



1. Berikan nama bagian berdasarkan gambar berikut ini!

2. Berikan fungsi bagian tersebut!

- Kortizon içeren ilaçlar;
- Kortizon içeren ilaçlar etkili ve güçlü ama sıkı kullanımdan kontrol edilmeli. Eczacı olarak ağızdan spray veya benzeri cihazlar ile kullanılırlar (inhaler benzeri).
- Kullanımları kullandırı kortizon ilaçları çok düşük dozda bile etkili için vücut üzerinde önemli yan etkileri yoktur.
- Bazen ses kısıtlılığı ya ağızdan pastörizasyon yapılmaması ya da alerji ile ilişkili bir kullanımdan sonra ağız-bağız ile enfeksiyon geçirebilir ya da bu da ağızdan geçişi önler.

- **Healthcare providers** are responsible for the health of the community and the environment. They are responsible for the health of the community and the environment.
- **Healthcare providers** are responsible for the health of the community and the environment. They are responsible for the health of the community and the environment.

Three pillars of the 2030 Agenda: People, Planet, Prosperity

People: Sustainable Development Goals

Planet: Sustainable Development Goals

Prosperity: Sustainable Development Goals

Sustainable Development Goals: People, Planet, Prosperity

Ek 10. (Devam)

Kısa etkili beta agonistler;

Nefes açıcı ve rahatlatıcı olarak en sık kullanılan ilaçlardır.

Genellikle hava yolu ile alınan formları (inhaler) tercih edilir.

Piyasada salbutamol ve terbutalin ena maddeleri için çok sayıda preparat bulunmaktadır.



- Kısa etkili beta agonistler genelde kortikosteroidlerle diğer grup ilaçların etkilerini artırır etkiyi artırır.
- Kişi için en uygun tedaviyi seçerken, hasta edem beklenmeden, hasta ile birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın tedavisinde diğer ilaçlarla çok iyi anlaşılmalı, uyumlanmalı ve her kortikosteroid ilacı kullanılır belirli gözlemler yapılmalıdır.

Uzun etkili beta agonistler;

Piyasada formoterol ve salmeterol adı verilen maddeleri içeren ilaçlar bulunmaktadır. Formoterolün etkiyi dakikalar içinde başlatır, 12 saat sürer. Bu nedenle hızlı etkili olarak da kullanılmaktadır. Salmeterolün etki süresi 20-30 dak. sonra başlar, 12 saat sürer.

• Teofilin kullanımı hakkında bilginin, yetersizliği nedeniyle ancak altta yatan EPOHun maskeleyenmesi nedeni olmaktadır. Bu nedenle de astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır.

• Dose aşımında çarpıntı, baş ağrısı, kanlı gırtlak ağrısı, kusma, bulantı, ishal, karaciğer enzimlerinin artması gibi yan etkiler ve görülebilir.

Teofilin;

Teofilin kullanımı hakkında bilginin, yetersizliği nedeniyle ancak altta yatan EPOHun maskeleyenmesi nedeni olmaktadır. Bu nedenle de astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır.

• Teofilin kullanımı hakkında bilginin, yetersizliği nedeniyle ancak altta yatan EPOHun maskeleyenmesi nedeni olmaktadır. Bu nedenle de astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır.

• Teofilin grup ilaçların kullanımı dâhil edilecek diğer bir nöbet de bronşit bulunan diğer ilaçlarla olan etkileşimleridir. Mutlaka kullanılan diğer ilaçlar hakkında takip eden doktor bilgilendirilmelidir.

• Astım ataklarında ena etkili nefes açıcılara ek olarak damardan (en az 20 dakikada) verilebilir. Hastanın önceden teofilin alıp almadığı önce sorgulanmalıdır. Dose aşımı halinde ciddi yan etkiler görülebilir.

Antikolinergik ilaçlar;

• Sadece inhaler yolla (hava yoluyla) kullanılan ilaçlardır.

• Acil durumlarda hasta yetersizliği kus kasılmaları gidermek için kullanılır yetersizliği giderir. Ağır astım tedavisinde diğer nefes açıcılara ek olarak kullanılmaktadır.

• Ağırda kusma ve soğuk tat yaratabilir.



• Kortikosteroidlerin kullanımı: Teofilin ile birlikte kullanılması, astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır. Bu nedenle de astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır.

Anti IgE;

• Genellikle teofilin kullanımı, astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır. Bu nedenle de astırda mutlaka kontrol edici ilaçlarla (kortikosteroid) birlikte kullanılmalıdır.

• Ayrı ayrı hastaların ilaçlarını alması ve uygun şekilde kullanmaları ilaç tedavisinin en önemli basamaklarıdır. Hastaların ilaclarını kullanışına göre ilaçlarını polikliniğe alması ilacı ancak 30-35'ye sığdırarak alınmalıdır. İlaçları geriye kalanları ise evinde kullanmalı ve ilacını kaybetmemelidir. Bu nedenle ilacı doğru kullanmalı, ilacı en uygun şekilde almalı, ilaçları saklamalıdır.

3- Bu çalışmada altı farklı bir kap türüne bağlı olarak hazırlanan buğday süzme unlu çöreklerin fiziksel, kimyasal ve mikrobiyal özellikleri araştırılmış ve buğday süzme unlu çöreklerin bu özelliklerindeki farklılıklar araştırılmıştır. Çalışma sonuçları aşağıdaki gibidir:

- İncisim;
- İncisimden ayrılmış bir kısıpın yitimi ve yerine yerleştirilmesi;
- İncisimden ayrılmış bir kısıpın yerini başka bir kısıpın alması;
- İncisimden ayrılmış bir kısıpın yerini başka bir kısıpın alması;
- İncisimden ayrılmış bir kısıpın yerini başka bir kısıpın alması;

- There are eight common, very powerful, strategies that teachers frequently use when on the scene or directly confronting disruptive behavior that put the students at risk
- When applied properly, these strategies strongly reduce the risk of an escalation of the behavior and can prevent the escalation of the behavior

4. Sprey-tyglų špagų gamybai yra būdingas greitis, tačiau špagų traukimo laisvė šlagų, užtaisų užpildymo metu išsivysto (šlagų bei užtaisų skilimo ribose spaudimo viduje didėja bei sukuria įtampą). Todėl, atliekant spaudimą, šlagų traukimo laisvė išsivysto mažiau. Šis laisvės laukimas yra kaiti: iš pradžių laisvės laukimas išsivysto greičiau, o po to laisvės laukimas mažėja. Šis laisvės laukimas mažėja, nes šlagų traukimo laisvė išsivysto mažiau, o po to laisvės laukimas mažėja.

- Spiega che l'abbondanza non è il solo criterio per valutare la qualità
- Perché deve essere chiaro agli studenti che non è sufficiente avere tante risorse
- Spiega che la qualità è un concetto più ampio che riguarda anche la gestione
- Che gli studenti possano capire che la qualità è un concetto più ampio che riguarda anche la gestione





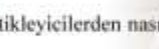
- 

-

abun. Haudalawene
ging kullawinawen
it rakkasabur. Hada
jarew. Iir kullawen
dauk ad karew
kawn dourawella
mukaw yam
an. Iir awen adun bu

- Itac, 2011

- 



Tetikleyicilerden nasıl korunmalı?

- Aduca kontrol altına alması ve kontrol edilmesi önemlidir. Ya da en az enfeksiyöz bir şekilde kaldırılması ve güvenli şekilde imha edilmesi.
- Yan, perdeli, kapalı odanın yatağı, yatağı, duvar, duvarın yanındaki duvarın altına, duvarın altına (duvar) ya da duvarın altına, duvarın altına.
- Temizlik, duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına.
- Duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına.
- Duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına.
- Duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına, duvarın altına.

- Adanya kontrol akses alam ke tempat-tempat tersebut, baik di zona air atau daratan, akan memperkecil kemungkinan terjadinya pencemaran lingkungan perairan tersebut.
- Peta, gambar, dan diagram yang menggambarkan bentuk, letak, dan luasnya suatu kawasan, sangat penting untuk keperluan perencanaan pembangunan.
- Tim yang terbentuk, bertanggung jawab, dan mampu melaksanakan tugas.
- Selain kemampuan teknis dan sikap, keuletan dan ketekunan sangat penting untuk keberhasilan pengumpulan dan pengolahan data.
- Tidak adanya norma baku akan menghambat keberhasilan suatu kegiatan.
- Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa:

Ek 10. (Devam)

Oda da bir tutacak fazla eşya bulundurulmamalı,

Evde hayvan beslenmemeli,

Yatak odasında hal bulunmamalı,

Evde bir nem ölçer bulundurarak nem oranını % 50'nin altında tutmalı,

Yapılan işlemler ve gereklilikler için aşağıdaki adımları izleyiniz:

1. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

2. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

3. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

1. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

2. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

3. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

1. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

2. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

3. Evde ve bahçede temizlik için, temizlik için gereklilikler.

Sigara

• Sigara içmek, kalp hastalıkları ve akciğer hastalıkları riskini artırır. Sigara içen kişilerde kalp hastalıkları ve akciğer hastalıkları riski daha yüksektir. Sigara içen kişilerde kalp hastalıkları ve akciğer hastalıkları riski daha yüksektir.

Astım ve fiziksel egzersiz

• Astım hastaları fiziksel egzersiz yaparken dikkatli olmalı ve egzersiz yaparken dikkatli olmalı. Astım hastaları fiziksel egzersiz yaparken dikkatli olmalı ve egzersiz yaparken dikkatli olmalı.

• Astım hastaları fiziksel egzersiz yaparken dikkatli olmalı ve egzersiz yaparken dikkatli olmalı. Astım hastaları fiziksel egzersiz yaparken dikkatli olmalı ve egzersiz yaparken dikkatli olmalı.

• Kişinin akciğer hastalıklarının durumuna göre hava kirliliği, toz, polen ve kükürün dış ortamda yoğun olduğu dönemlerde dış ortamlarda faaliyetler kısıtlanmalı, bu aylarda baş ve yüzü koruyucu kıyafetler giyilmeli, egzersiz sırasında ağzından ziyade burundan nefes alınması önerilmeli, egzersizler için dikkatli bir şekilde sarmal ve sığuna içi sarmal kullanılmalıdır.

• Egzersiz öncesi ve sonrası sıcak su duşu almak, egzersiz öncesi ve sonrası sıcak su duşu almak, egzersiz öncesi ve sonrası sıcak su duşu almak.

[illegible]

- Antieksidantlar, vücut hücreleri tarafından üretilen ya da gıdalarla alınan bir grup kimyasal maddelerdir. Salıyabildikleri haseleyle oksijen, vücut içinde "serbest radikaller" adı verilen ve okside (yaktır) etki gösteren bazı maddelerin oluşmasına neden olur. Vücudumuzda bulunan antioksidantlar, serbest radikale karşı etki göstererek bunların zarar vermesini önler. Gıdalara alınan en önemli antioksidantlar: A vitamini ve diğer maddeler olan beta-karoten, E ve C vitaminleridir.



Ek 11. Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarına Yönelik Eğitim Sunumu



Ek 11. (Devam)

• **KAN BASINCI YÜKSEKLİĞİ (HİPERTANSİYON)**; kan dolaşımını sürdürmemek için kalbinin daha fazla çalışmasına neden olur. Kan basıncının kontrolde alınması, kapı yerleştiği gelişme riskini artırır. Hipertansiyon tedavi edilebilir bir hastalıktır.

• **KALP KAPANI HASTALIKI; KALP KABI**
HASTALIKI VEYA ETARFI VE DOĞRUSAL
KALP HASTALIKI. Kalp kapakçıklarının
problemleri varsa her kapı açılmıyorsa akışın
etkilenmesi veya kapanmasıdır. Bu durumda
kalbinin yeterli miktarda kan dağıtması
güçsüzlüğüdür. Bu da farklı kapaklar
ilemde olan ve ya kapıyı geçmekte zorlanıyor
olar. Kalpörüngeyi denetler kapı kanı
hastalıklarında kapı kancası kancasına
seğirmesi veya kapıyı geçmekte güç
çektiğidir. Bu

- Myokarditi, perikarditi vilius endokarditais gydomi kaip bei infarktams.

Degdėjams labiau kyla infekciniai vėgų kaip abscesai ar normal

gelymenys, kuriems prireikus vėgų bei sklerozės problemos atsiradę. Tačiau su dešine širdimi kyla ypač kiaušio bei perikarditais susijusių bei kaip ypač sunkių galimybių.

Healthy heart

myocarditis

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

-  Sigara kullanımı
-  Alkol kullanımı
-  İlaç kullanımı (HDL kolesterolü düşürür ve trigliseridleri artırır)
-  Total kolesterolü, LDL'yi ve trigliseridleri artırır (HDL kolesterolünü düşürür)

Değiştirilebilir Risk Faktörleri



The diagram consists of five colored boxes arranged in two rows. The top row contains three boxes: an orange box labeled 'Diabet', a grey box labeled 'Hareketsiz bir yaşam tarzı', and a yellow box labeled 'Stres'. The bottom row contains two boxes: a blue box labeled 'Depresyon' and a green box labeled 'Sigaranlık (obezite)'. All boxes have a thin black border.

- Diabet
- Hareketsiz bir yaşam tarzı
- Stres
- Depresyon
- Sigaranlık (obezite)

```

graph TD
    A[Kronik Kalp Yetmezliğinin belirtileri nelerdir?] --> B[Nefes Darlığı]
    A --> C[Artmış Ödem ve/veya hızlı nefes alma]
    A --> D[Ödem]
    B --> B1[• Yürüyüşte ve dinlenirken nefes darlığına uğramak]
    B --> B2[• Nefes darlığı dinlenirken de artabilir]
    B --> B3[• Nefes alırken ses duyulabilir]
    B --> B4[• Nefes darlığı dinlenirken de artabilir]
    C --> C1[• Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı]
    C --> C2[• Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı]
    D --> D1[• Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı]
    D --> D2[• Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı]
    
```

Kronik Kalp Yetmezliğinin belirtileri nelerdir?

- Nefes Darlığı**
 - Yürüyüşte ve dinlenirken nefes darlığına uğramak
 - Nefes darlığı dinlenirken de artabilir
 - Nefes alırken ses duyulabilir
 - Nefes darlığı dinlenirken de artabilir
- Artmış Ödem ve/veya hızlı nefes alma**
 - Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı
 - Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı
- Ödem**
 - Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı
 - Akciğerde sıvı birikmesi nedeniyle nefes darlığı

Kısım halinde arama	• Çeşitli konuları araştırmak
Sorgulanak ve tutulmak	• Akademi çalışmaları ya da maddeleri bilgilerin doğruluğu yönünden kontrol etmek
İstisnalar ve tutarlar	• İstisnalar istisnalar ya da istisnalar istisnalar • İstisnalar istisnalar istisnalar istisnalar
Doğruları sıralamak	• Doğruları sıralamak • Doğruları sıralamak

Kronik Kalp Yetermezliğinde Semptom Kontrolü nasıl olmalıdır ?

- Kalp yetersizliği hastalarının semptomlarını günlük olarak izlemeleri ve yetersizlik belirtilerini erken fark edememeleri tedavi sürecine gireceği bulgularlarına neden olmaktadır.



- Ökolojik açıdan ve su kalitesi bakımından tehlikeli değildir
- İnsanların sağlığını tehdit etmez
- Ökolojik açıdan ve su kalitesi bakımından tehlikeli değildir
- İnsanların sağlığını tehdit etmez
- Ökolojik açıdan ve su kalitesi bakımından tehlikeli değildir
- İnsanların sağlığını tehdit etmez

Ek 11. (Devam)

- Kilo takibi her gün hastanede olsa, evde ise ağırlıkla aynı tartıya yapması gerekir. Ağırlıktaki hızlı bir düşüşte hastanın nefes alması zorlaşır, ayakta durma ve yürütme becerisi etkilenir, nefes alması zorlaşır ve nefes alması için aralı verilmesi gerekir.
- Hasta 171 olan hastalar ya da nefes alması zorlaşır ve nefes alması için aralı verilmesi gerekir.



- Hastanın yaşadığı bu semptomları gözleri, kolları, ayakları geçiren enfeksiyon enfeksiyonlarına bağlıdır. Hastanın her hangi bir kontrol/kontrol için hastaneye her gün bir günün sonunda nefes alması zorlaşır, nefes alması için aralı verilmesi gerekir.



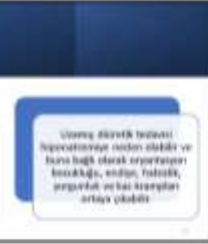
Kronik Kalp Yetmezliğinde İlaç Yönetimi nasıl olmalıdır ?

- KALP YETERLİLİĞİ İLAÇLARI** genel sağlık durumuna, hastanın yaşı ve hastalıklarına göre değişir. Hastanın nefes alması zorlaşır, ayakta durma ve yürütme becerisi etkilenir, nefes alması zorlaşır ve nefes alması için aralı verilmesi gerekir.




ACE inhibitörleri ve AKB

ACE inhibitörleri ve AKB kullanılarak hastaların nefes alması zorlaşır, ayakta durma ve yürütme becerisi etkilenir, nefes alması zorlaşır ve nefes alması için aralı verilmesi gerekir.



Elektrolit eksikliği ve yüksekliği yönünden laboratuvar sonuçları kontrol edile (potasyum, magnezyum, sodyum).

Günlük kilo takibi, aldığınız sıvı miktarı izlenir.

Renal fonksiyonları değerlendirmek için serum BUN ve kreatinin düzeyleri yükselme açısından izlenir.

Digoksinin tedavisi



Digoksinin tedavisi

- Digoksinin tedavisi hastanın nefes alması zorlaşır, ayakta durma ve yürütme becerisi etkilenir, nefes alması zorlaşır ve nefes alması için aralı verilmesi gerekir.



Yan Etkileri



Ek 11. (Devam)

- Diyabetin potasyum düzeylerinde toksik etkileri daha fazla ortaya çıkar. Önemli işlevi nörotransmisyon taşıyıcı salgılamasıdır diyet ve potasyum desteği veya yitimi arasında potasyum iyonları yitirirler (insülin ve potasyum aynı şekilde) önemli diyet tavsiyeleri uygulanır.



ACE INHİBİTÖRÜ
("Angiotensin converting enzyme" - ACE)

- Bu ilaçlar hipertansiyon ve kalp yetersizliği için kullanılır. ACE inhibitörleri, kan basıncını düşürür ve kalp yetersizliğini iyileştirir.
- ACE inhibitörleri, kalp yetersizliği için kullanılır. ACE inhibitörleri, kan basıncını düşürür ve kalp yetersizliğini iyileştirir.

DİGİTAL

- Digitalis, kalp yetersizliği için kullanılır. Digitalis, kalp yetersizliğini iyileştirir.
- Digitalis, kalp yetersizliği için kullanılır. Digitalis, kalp yetersizliğini iyileştirir.

- Kalp kırık belirtilerini apnemi için dijital preparat kalp ilaçları kullanılır. Üzerinde hasta ACE inhibitörleri ve diyetle ilgili tavsiyeler, diyetle ilgili dijital preparatları kullanılır.



- Kalp yetersizliği oluştuktan sonra da tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kalp yetersizliği ortaya çıkması yakamaları hastaların olan diğer grubunda, erken tanı, hastaların ciddiye alınması ve buna göre oluşturulacak tedavi planının yakını takip altında uygulanması diğer oranların azaltılması açısından önem arz eder.



- Bu hastalarda ilaç tedavileri ek olarak yaşam tarzı değişiklikleri (dusuk diyet, tuzlu meyve ve yağlı beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz programları vb.) ve genetik olarak kalp pili tedavi ve kalp pili hastaların oluşturulan uygun tedavi yaşam kalitesini düzeltme ve ölümün azaltılmasında etkilidir.



Kronik Kalp Yetersizliğinde beslenme nasıl olmalıdır ?

- Yüksek tansiyon hastaları için önerilir.
- Yüksek tansiyon hastaları için önerilir.



- Yüksek tansiyon hastaları için önerilir.
- Yüksek tansiyon hastaları için önerilir.



Yağlar

- Kalp sağlığı için önerilir.
- Kalp sağlığı için önerilir.



[illegible]

- 

Ek 11. (Devam)



Ek 12. Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü

Çocuklarda da Yüksek Tansiyon Olabilir

Üç yaş ve üzerindeki tüm çocukların herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvurdıklarında, muayene esnasında kan basınçları mutlaka ölçülmelidir. Risk faktörü olan çocukların ise doğumdan itibaren tansiyonları ölçülmelidir.



Çocuklarda kan basıncı yaş, cinsiyet ve boy'a göre değişiklik gösterir, yetişkindeki gibi tek bir sınır değeri yoktur. Çocukta her yaşta yüksek tansiyon olabilir. Çocukta yüksek tansiyon pek çok nedeni olabilir. Obezite (şişmanlık) yüksek tansiyon için çok önemli bir risk faktörüdür. Üç yaşından itibaren tüm muayenelerinde çocuğunuzun tansiyonunu ölçtürün.



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Yüksek tansiyonla nasıl başa çıkabiliriz?

- Tuz tüketimini azaltalım
- Kilo kontrolünü sağlayalım
- Sebzeye ve meyveye tüketimini arttıralım
- Hareket edelim
- Tansiyonumuzu düzenli ölçturalım



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



YÜKSEK TANSİYON HER YAŞTA GÖRÜLEBİLİR!

Kontrol altına alınmadığında

- Felç
- Kalp hastalığı
- Damarlarda daralma
- Körlik
- Böbrek yetmezliğine neden olabilir



Yüksek Tansiyon (hipertansiyon) Nedir?

Kan dolaşımı için damarlarımızda gerekli olan kan basıncının normalden fazla olmasıdır.

Yüksek tansiyonun en sık rastlanan belirtileri

- Baş dönmesi
- Baş ağrısı
- Kalp ağrısı
- Kulak çınlaması
- Nefes darlığı
- Çift veya bulanık görme
- Burun kanamaları
- Düzensiz kalp atışlarıdır



Yüksek Tansiyonun Nedenleri

Yüksek tansiyonu olan hastaların büyük çoğunluğunda neden belirlenemez. Birden fazla faktör sebep olabilir. Bu faktörler; kalıtım, cinsiyet, şeker hastalığı, şişmanlık, sigara, alkol, stres, fazla tuz kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve yaşlanmadır.



Bazen bir hastalığa bağlı olarak gelişebilir. Böbrek hastalıkları, hormonal bozukluklar, kan damarlarının yapısal bozukluklarında görülebilir. Gebelikte tansiyon yüksekliği gelişebilir.



Yüksek Tansiyon Niçin Tehlikelidir?

Yüksek tansiyon kontrol altına alınmazsa inme, kalp krizi, kalp hastalığı, damarlarda anevrizma oluşumuna, böbrek yetmezliği, körlüğe ve bilinç bozukluklarına neden olabilir. Şişmanlık, yüksek kolesterol değerleri, şeker hastalığı ile birlikte ise inme, kalp krizi, riski artar.

Önleme ve Tedavi

Tütün ve alkol kullanımından vazgeçilmesi, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, tuz tüketiminin azaltılması, fazla kilo veya şişmanlık varsa kilo verilmesi yüksek tansiyonun kontrol altına alınması için yeterli olabilir eğer yeterli olmazsa hekim kontrolünde ilaç başlanabilir.

Ek 13. Diyabet Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü



Diyabet Hapları Nelerdir?

Diyabet hapları diye isimlendirilen ilaçlar, kan şekeri kontrolünü sağlamak amacıyla ağzdan alınan haplardır. Bunlar yalnızca Tip 2 Diyabet hastalarında kullanılır.

Tip 2 Diyabette İnsülin Tedavisi Hangi Koşullarda Gerekli?

- Tip 2 Diyabetli hastalarda istenen kan şekeri kontrolü haplar ile sağlanamazsa,
- Hastada organ hasarı gelişmiş ise insüline geçilir.



İnsülin Tedavisine

Başladıktan Sonra Bırakılabilir mi?

Kan şekeri ayarı iyi olan ve insülin ihtiyacı sürekli azalan Tip 2 diyabetlilerde tekrar hap tedavisine geçilebilir.

Tip 2 Diyabet Tedavisinde Egzersiz Önemli midir?

Düzenli yapılan egzersiz;

- İnsülin direncini azaltır,
- Şekerli gıdaları tüketen,
- İyi kolesterolü artırır,
- Kötü kolesterolü düşürür,
- Kalp hastalığı riskini azaltır,
- Stresle karşı dayanıklılığı artırır.



Evide Kendi Kendine İzlem Önemli midir, Nelere Dikkat Etmeliyim?

Evide kan şekerinin düzenli aralıklarla ölçülmesi; diyet, egzersiz ve ilaç programınızı uygun olup olmadığını ortaya koyar.

- Bir diyabet hastası normal günlerde günde en az 2 kez kan şekerini ölçmelidir.

Hastanın organ hasarı varsa veya 10 yıldan uzun süredir diyabeti varsa günde 3-4 kez kan şekerini ölçmelidir.

- Evde kan şekerinizi hangi noktada ölçeceğinizi ve hedeflerinizin ne olduğunu doktorunuzdan veya diyabet hemşiresinden öğrenmelisiniz.

- Günlük öğünleriniz, aktivitenizi ve ilaç dozlarınızı ayarlamak için kan şekeri sonuçlarınızdan nasıl yararlanacağınızı öğrenmelisiniz.



Diyabetli Bireyin Yakınları Ne Yapmalıdır?

- Diyabetli kişiye karşı farklı davranış ve yaklaşımda bulunulmamalıdır.
- Etik olarak dinlenmelidir.
- Her sorunu tek başına başa çıkarmayacağını kabul ederek, uzman kişilerden yardım danışılmalıdır.
- Zorlayıcı olmamalıdır.
- Cesaretlendirici davranılmalıdır.
- Öncelikle olumlu davranışlar değerlendirilmelidir.



Diyabet Nedir?

Diyabet, insülin hormonunun yetersizliği veya yetersiz olması durumunda kan şekerinin hücre dışında ve kanda yükselmesi ile ortaya çıkan bir hastalıktır.

Diyabetin Hangi Tipleri Vardır?

- 1- Tip 2 diyabet- Toplumda daha sık görülen form
- 2- Tip 1 diyabet- Daha çok çocuk ve gençlerde görülen form
- 3- Gebelikte ortaya çıkan diyabet
- 4- Başka hastalıklar sonucu gelişen diyabet

Tip 2 Diyabet Nedir ve Nasıl Gelişir?

Tip 2 diyabete iki temel kuşak vardır. Bunlardan birisi insülin salgılanmasında bozukluk, diğeri ise insülin direncidir. Sonuçta insülin vücutta yeterince işi göremez ve kan şekeri yükselir.

Tip 2 Diyabet Neden Önemlidir?

- Diyabetin en sık görülen tipidir.
- Genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar.
- Ortaya çıktıktan sonra seyreder.
- Hastalık ortaya çıkmadan önce bulgı vermeyen gizli diyabet dönemi (10-15 yıl) vardır.

Tip 2 Diyabetin Belirtileri Nelerdir?

- ✓ Çok su içme
- ✓ Sık sık idrara çıkma
- ✓ Çok yeme
- ✓ Kilo kaybı
- ✓ Görme bulanıklığı
- ✓ Açık kaşıntısı
- ✓ Tekrarlayan enfeksiyon, mantar enfeksiyonu



Tip 2 Diyabet Her Zaman Belirti Verir Mi?

Tip 2 Diyabete belirtiler ortaya çıkmadan önce, belirsiz seyreder ve kişiden kişiye değişen uzun bir süre geçmektedir.

Tip 2 Diyabet Açısından Kimler Risklidir?

- Yakın aile bireylerinde diyabet öyküsü olanlar
- Kalp-damar hastalığı bulunmaları
- Obez kişiler
- Hipertansiyon hastaları
- Kan yağları yüksek olan kişiler
- Gebelikte diyabet geçirilenler
- Düşük veya ölü doğum yapanlar
- İri bebek doğuranlar
- 45 yaş üstü kişiler

Çocuklarda ve Gençlerde Tip 2 Diyabet Görülebilir mi?

Evet. Bununla birlikte Tip 2 Diyabet gelişme ihtimali yaş ilerledikçe artar.

Tip 2 Diyabetin Ortaya Çıkardığı Sağlık Sorunları Nelerdir?

- Böbrek bozuklukları
- Kalp-damar bozuklukları
- Beyin damarı bozuklukları
- Göz bozuklukları
- Kemik kaybı
- Cinsel sorunlar
- Sinir hasarı
- Diyabetik ayak



Diyabetin Yol Açtığı Sağlık Sorunları Önlenilebilir Mi?

Kan şekerinin stabil olduğunda normale yakın seviyelerde tutulması halinde göz, sinir ve böbrek hastalıkları, kalp krizi ve inme gibi sorunlarla karşılaşma riski azalır.

Tip 2 Diyabet Hastalığının Tedavisi Nasıldır?

Tedavide tıbbi beslenme tedavisi ile birlikte ağzdan alınan haplar ve/veya insülin kullanılabilir.

Nasıl Doğru Beslenebilirim?

Temel gıdalardaki besin öğeleri şunlardır;

- Yağlar

- Vitaminler
- Proteinler

- Karbonhidratlar



Besin grupları içinde kan şekeri düzeyini en fazla etkileyen besin öğesi karbonhidratlardır. Vücut için temel enerji kaynağıdır. Günlük enerji ihtiyacının % 45-60' ının karbonhidratlardan sağlanması önerilir.

1 g karbonhidrat 4 kalori enerji sağlar,

- Sağlıklı beslenmek için 3 ana öğün, 3 ara öğün yemek gerekir.
- Her öğünde mümkünse sebze ve salata yer almalıdır.
- Yağ ve tuz gereksinimimiz kadar alınmalı, fazlasından kaçınılmalıdır.
- Geniş prensipler dışında beslenme tedavisi kişiye özgü olmalıdır. Bunun için diyetisyen desteği alınması uygun olur.

Diyabetli bireylerin her öğünde salata ve sebze yemesi özellikle kan şekerini hızlı yükselten gıdalara uyumu kolaylaştırır.

Ek 14. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yönelik Bilgilendirme Broşürü

KOAH Tanısı Nasıl Konur?

- Bireyin şikayetlerinin sorgulanması
- Yaptığı işle ilgili detaylı bir öykü alınması
- Fiziksel muayene yapılması
- Solunum fonksiyonlarının ölçüldüğü
- Öfleme testlerinin (solunum fonksiyon testi) yapılması ile konur.

KOAH'tan Korunma

KOAH'tan korunmanın en etkili yolu tütün ve tütün mamüllerinin tüketilmemesi ve bu ortamlarda bulunulmamasıdır.

KOAH Tedavisi

- Sigara içmenin bırakılması
- Sigara bırakma konusunda tıbbi destek alınması
- Grip ve zatürre aşısının yapılması
- Nefes açıcı ilaçların düzenli ve kontrollü kullanılması

Hastalığın gerek başlangıcında gerekse ileri evresinde yakınmaları kontrol altına almak mümkündür.



**40 Yaş Üzerindeyseniz
Sigara kullanıyorsanız
Nefesiniz daralıyorsa
Uzun süredir öksürüğünüz
varsa KOAH olabilirsiniz.**

**Sağlık için geç kalmadan
doktorunuza başvurunuz!**



KOAH

KOAH "Kronik (süregelen, müzmin) Obstrüktif (tıkayıcı) Akciğer Hastalığı" akciğerin kronik ilerleyici bir hastalığıdır.

Acaba KOAH'lı mısınız?

- Sigara içiyor musunuz?
- Öksürüyor musunuz?
- Balgam çıkıyor musunuz?
- Nefesiniz daralıyor mu?

Bu sorulara cevabınız "EVET" ise 'KOAH'lı olabilirsiniz.

KOAH'a Neden Olan Etkenler

- Tütün ve tütün ürünleri (sigara, pipo, puro, nargile vs.) kullanılması (%90'ında).
- Organik yakıtların dumanının solunması (odun, kömür veya tezeğin kapalı ortamlar da ısınma ya da yemek pişirme amacıyla kullanılması).
- Mesleki nedenlerden dolayı toz, duman ve zararlı gazlara maruz kalınması (Metal, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği ile ulaşım sektörü ve odun/ kâğıt üretimi sektörü vb.).



Hastalık büyük oranda sigara dumanı ve bazı kişilerde diğer zararlı gaz ve parçacıklara bağlı olarak gelişen soluk yollarının mikrobik olmayan bir iltihabi sonucu oluşur. Bu iltihaplanma sonucu hava yolları daralır.

Normalde balon gibi rahatlıkla genişleyip daralabilen hava kesecikleri, bu özelliklerini yitirir, yıpranır ve normal boyutlarına geri gelemez hale gelir.

Birey soluk verdiğinde bir miktar hava akciğerlerde hapis kalır. Bu durum kirli havanın dışarı atılmasını ve temiz havanın içeri alınmasını güçleştirir ve akciğerde kalıcı hasar gelişir.



KOAH Görülme Sıklığı

Dünyada ve Türkiye'de her 10 kişiden ikisi KOAH'lıdır.

10 KOAH'lıdan 1'i hastalığını biliyor!



KOAH'ın Belirti ve Bulguları

- 40 yaş üzeri bireylerde
- Sinsi başlayan ve giderek şiddetini artıran nefes darlığı ve/veya kronik öksürük ve
- Balgam çıkarmadır.

Hastalar;

- KOAH'a ait belirti ve bulguları 50'li yaşlarına gelmeden farkedemeyebilir.
- KOAH bulgularını hekime başvurmayacağı kadar önemsemeyebilir.
- Bulguları yaşlanma, şişmanlık gibi başka nedenlere bağlayabilir.
- Hastalar sigara bırakmak istemediği için hastalığının erken döneminde hekime başvurmayı erteleyebilir.

Ek 15. Astım Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü

ASTIM

TEDAVİ EDİLEBİLİR Mİ?

Astım hastalığı günümüzde tedavi ile kontrol altına alınabilen bir hastalıktır. Düzenli ilaç kullanımı ve hekim kontrolü bu tedavide en önemli faktörlerdir. Kendiliğinden düzelebildiği gibi uygun ve yeterli astım tedavisi şarttır.



HASTANIN ALABİLECEĞİ ÖNLEMLER VAR MI?

Hekim ve hasta/aile arasındaki işbirliği ile belirtilerin tamamen kontrol altına alınması sağlanmaktadır. Bu nedenle hasta hekimle işbirliği yapmalıdır. Tetikleyicileri tanımalı ve onlardan kaçınmalıdır. Hastalar ilaçlarını düzenli kullanmalıdır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KURUM SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Hasta hekim işbirliğiyle yürütülen uygun takip ve tedavi hastaların normal bir yaşam sürmesini sağlar.

ASTİMINİZİ RAHATLATIN, HAYATINIZA SAĞLIK KATIN!



<http://genel.sag.gov.tr>

ASTIM NEDİR?

Hava yollarının daralması ile kendini gösteren ve ataklar halinde gelen bir hastalıktır. Hava yolu duvarı şiş ve ödemlidir. Bu durum akciğerlerin uyarılara aşırı duyarlı olmasına neden olur.



ASTIM HASTALIĞININ BELİRTİLERİ NASIL ORTAYA ÇIKAR?

Toz, duman, koku, allerjenler gibi çok çeşitli uyarılar ile temas sonrası öksürük, nefes darlığı ve göğüste baskı hissi gibi yakınmalar ortaya çıkar. Krizde hava yollarını saran kaslar kasılır, ödem ve şişlik artar, ilerleyen iltihapla birlikte hava yolu duvarı kalınlaşır. Tüm bunlar hava yollarını önemli ölçüde daraltır ve havanın akciğerlere girip çıkması engellenir. Bu durum; artan öksürük, nefes darlığı, hırıltı, hışıltı ile kendini göstermektedir.

ASTIM TANISI NASIL KONULUR?

Tanı için öykü önemlidir. Muayene bulguları, solunum fonksiyon testleri ve allerji deri testleri tanıyı destekler.

ASTIM, İKLİM VE HAVA KİRLİLİĞİ ARASINDA İLİŞKİ VAR MIDIR?

Anı nem ve ısı değişiklikleri, hatta rüzgar bile astım belirtilerini başlatabilir. Genellikle kışın ve yağışlı havalarda yakınmalar artar. Motorlu taşıtlardan, sanayi ve konutlarda kullanılan yakıtlardan kaynaklanan gaz ve tanecikler solunum yollarını tahriş eder.



ASTIMLI HASTALAR SPOR YAPABİLİR Mİ?

Astım hastalığı spor yapılmasına engel değildir. Astımlı hastalar hekimlerine danışarak ve çevresel tetikleyicilere dikkat ederek yürüyebilirler. Düzenli fiziksel aktivite hastalığın seyrini olumlu etkiler.



ASTIMLI HASTALAR NASIL BESLENMELİDİR?

Astımlı hastaların doktor tanıı besin alerjileri olmadıkça özel bir diyet yapmalarına gerek yoktur. Sağlıklı beslenmenin temel ilkeleri astımlı hastalar için de geçerlidir. Obezitesi olan astımlı hastalarda doktor ve diyetisyen gözetiminde kilo vermeleri hastalıkların seyrini olumlu etkileyecektir.

! Astımlı kişilerde solunum yolu enfeksiyonları astım ataklarını tetikleyebilir.

Ek 16. Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarına Yönelik Bilgilendirme Broşürü

Kalp ve Damar Hastalıklarından Korunmak İçin

Sağlıklı Beslenin



Hareket Edin



Alkol Kullanmayın



- Kan basıncınızı,
- Kan şekerinizi,
- Kolesterolünüzü,
- Beden kütle indeksinizi (BKI) düzenli aralıklarla ölçtürün.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ




Hekiminizin verdiği sağlıklı yaşam önerilerine uyun!

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sağlıklı Beslenin

Hareket Edin

Sigara ve Alkol Kullanmayın



KALBİNİZİ ÖDÜLLENDİRİN!

KALP SAĞLIĞINIZI KORUMAK İÇİN...

- Yeterli ve dengeli beslenin.
- Yeterli sebze-meyve tüketin.
- Posa içeren besinler tüketin.
- Hazır /işlenmiş gıdalardan uzak durun.
- Tuz, şeker ve yağ miktarını azaltın.



- Herhangi bir egzersize başlamadan önce hekiminize danışın.
- Merdiven kullanın, arabaya binmek yerine yürüyün.



- Kullanıyorsanız sigarayı bırakın. Sigarayı bıraktığınız hem kendi sağlığınızı hem de çevrenizdeki insanların sağlığını korur.
- Sigara dumanından korunmak kalp ve damar hastalığını önler.



- Daha küçük porsiyon ve sağlıklı besinler tercih edin.



- Haftada 5 defa en az 30 dakika orta yoğunlukta bir etkinlik gerçekleştirin (hafif koşu, bisiklete binme vs.).



- Sigarayı bıraktıktan sonraki 1 yıl içerisinde koroner kalp hastalığı riski sigara içen birinin yarısı kadar olur. 10 yıl içerisinde de koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen bir kişiyle aynı düzeye gelir.



- 2 Öztürk S, Çıracı Y, Nural N (2018). Quiet issue of cancer: Sexuality. Mascc-Isoo 2018 Annual Meeting on Supportive Care in Cancer, Viyana/Avusturya, 28-30 Haziran 2018, 115. Tam Metin Bildiri/Poster
- 3 Öztürk S, Hintistan S (2018). Yaşlılarda boş yuva sendromu. 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, 25-27 Kasım 2018, 750-755. Tam Metin Bildiri/Poster
- 4 Öztürk S, Nural N (2018). Yaşlıların ağrı prevalansı ve ağrıyla baş etme yöntemleri. 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, 25-27 Kasım 2018, 1037-1038 . Özet Bildiri/Sözlü Sunum
- 5 Öztürk S, Nural N, Demirbağ BC (2018). Kalp yetmezliğinde hemşirenin yardım sanatı: ernestine wiedenbach'ın kuralcı terorisine göre hazırlanmış olgu sunumu. 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, 25-27 Kasım 2018, 744-749 . Tam Metin Bildiri/Poster.
- 6 Öztürk S, Çıracı Y, Nural N (2018). Kanser hastalarının sessiz çılgılığı: Cinsellik. 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 10-14 Ekim 2018. 257. Özet Bildiri/Poster