



**KOAH HASTALARINDA PENDER'İN SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN
SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep YILDIRIM

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

Doktora Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KOAH HASTALARINDA PENDER'İN SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN
SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep YILDIRIM

**Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KOAH Hastalarının Bakımında Hemşirenin Rolü	5
2.2. KOAH Tanımı ve Önemi.....	6
2.2.1. KOAH Epidemiyolojisi	7
2.2.2. KOAH Fiziopatolojisi.....	9
2.2.3. KOAH Risk Faktörleri.....	10
2.2.4. KOAH'ın Belirtileri	12
2.2.5. KOAH'ta Tanı ve Tedavi	13
2.3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	14
2.3.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri.....	15
2.3.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Bakımı.....	17
2.4. Motivasyonel Görüşme.....	20
2.4.1. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları	21
2.4.2. Motivasyonel Görüşmenin Bileşenleri	23
2.4.3. Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri	24
2.4.4. Motivasyonel Görüşmenin Teknikleri	26

2.4.5. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik Bakımı	27
2.5. KOAH'ta Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar	29
2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşme Girişimi... 31	
2.7. KOAH'ta Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar, Motivasyonel Görüşme ve Hemşirenin Rolü	33
3. MATERYAL VE METOT.....	35
3.1. Araştırmanın Türü.....	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.3.1. Randomizasyon.....	38
3.3.2. Körleme	39
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.5. Veri Toplama Araçları	40
3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	40
3.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (mCOPD-PRO)	41
3.5.3. Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası.....	42
3.5.4. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)	42
3.5.5. Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli	43
3.6. Araştırmanın Uygulanması	43
3.6.1. Motivasyonel Görüşme Tekniğinde Kullanılan Teknikler	43
3.6.2. Pilot Uygulama	44
3.6.3. Hemşirelik Girişimi	45
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	55
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	55

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	55
4. BULGULAR.....	57
5. TARTIŞMA.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	82
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	82
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	83
EK-3. Kurum İzni Onay Formu	85
EK-4. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	92
EK-5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (mCOPD-PRO).....	93
EK-6. Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası	95
EK-7. KOAH Değerlendirme Testi (CAT).....	96
EK-8. Önem ve Güven – Yeterlilik Cetveli.....	97
EK-9. Değişim Planı.....	98
EK-10. Görüşme Planı.....	99
EK-11. Girişim Grubu Hastalarının Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	100
EK-12. Kontrol Grubu Hastalarının Bilgilendirilmiş Gönüllü Formu	102
EK-13. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi Katılım Belgesi.....	103
EK-14. Tez Adı Değişiklik Formu	104

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında rehberliğini ve desteğini esirgemeyen çok kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Mağfîret KAŞIKÇI'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım. Tezimin gelişimine katkı sağlayan, değerli görüş ve önerileriyle süreci zenginleştiren Sayın Prof. Dr. Emine KOL, Doc. Dr. Sayın Fatma TOK YILDIZ, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meltem ŞİRİN GÖK'e ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seda BAŞAK'a da içten teşekkür ve minnetlerimi sunarım. Ayrıca bu araştırmaya TDK-2024-14315 proje numarasıyla destek sağlayan Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne teşekkürlerimi sunarım.

Lisansüstü eğitim sürecini benim için yalnızca bir akademik yolculuk değil, aynı zamanda paylaşılan emeklerle dolu anlamlı bir dayanışma ortamına dönüştüren kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Asena KÖSE, Arş. Gör. Aytap DİNÇER, Arş. Gör. Gamze BULUT ÖZLÜ, Arş. Gör. Muazzez Merve TORAMAN, Öğr. Gör. Özkan SİR, Arş. Gör. Rumeysa Lale TORAMAN ve Arş. Gör. Sümeyye EKİCİ'ye gönülden teşekkür ederim.

Hayatımın her anında manevi destekleriyle yanımda olan, sabırları, sevgileri ve inançlarıyla bana güç veren kıymetli anneme, babama ve her daim desteğini hissettiğim sevgili kız kardeşlerime en içten şükranlarımı sunarım.

Zeynep YILDIRIM

ÖZET

KOAH Hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmenin Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, KOAH hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşmenin, hasta tarafından bildirilen sağlık sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Ön test-son test randomize kontrollü olan bu araştırmanın evrenini Aralık 2024 – Nisan 2025 tarihleri arasında Ardahan Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanılı hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini sağlayan randomize olarak atanan, kontrol grubunda 30 hasta girişim grubunda 32 hasta olmak üzere toplam 62 hasta oluşturdu. Veri toplama aşamasında ‘Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği’, ‘Modified Medical Research Council Dispne Skalası’, ‘KOAH Değerlendirme Testi’ ve ‘Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli’ kullanıldı. Girişim grubuna bireysel motivasyonel görüşmeler 3 seans yüz yüze, 3 gün arayla ve 3 seans çevrimiçi haftada bir, yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ise Ki kare değeri, Fisher Exact değeri, Fisher-Freeman-Halton Exact değeri, Paired Samples t testi, Independent Samples t testi, Cohen’in d değeri uygulandı.

Bulgular: Araştırmada girişim grubunun “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği”, “Modified Medical Research Council Dispne Skalası” ve “KOAH Değerlendirme Testi” puan ortalamalarının, son test ve izlem testi ölçümlerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p<0.05$). “Önem ve Güven – Yeterlilik Cetveli” sonuçlarında girişim grubunun “Önem” ve “Güven” puan ortalamalarının son testte kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarının hasta bildirimine dayalı sonuçlarını, dispne algısını, hastalığın şiddetini, hastalığın semptomlarını önemseme ve semptomları yönetirken kendine güvenme düzeyini iyileştirdiği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Hasta tarafından bildirilen sonuçlar, hemşire, KOAH, motivasyonel görüşme, Pender, sağlığı geliştirme modeli

ABSTRACT

Effect of Motivational Interviewing Based on Pender's Health Promotion Model on Patient-Reported Outcomes in Patients with COPD

Aim: This study aimed to evaluate the effect of motivational interviewing based on Pender's Health Promotion Model on patient-reported health outcomes in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Material and Method: This study, which is a pretest-posttest randomized controlled trial, included patients diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease who were hospitalized in the Chest Diseases Clinic of Ardahan State Hospital between December 2024 and April 2025. The sample of the study consisted of a total of 62 patients who met the inclusion criteria and were randomly assigned, with 30 patients in the control group and 32 patients in the intervention group. During the data collection phase, the “Patient Descriptive Information Form,” “Patient-Reported Outcome Scale Adapted for Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” “Modified Medical Research Council Dyspnea Scale,” “COPD Assessment Test,” and the “Importance and Confidence-Self-Efficacy Scale” were used. The intervention group received individual motivational interviews in three face-to-face sessions every three days and three online sessions once a week. For data analysis, Chi-square value, Fisher Exact value, Fisher-Freeman-Halton Exact value, Paired Samples t-test, Independent Samples t-test, and Cohen’s d value were used.

Results: In the study, it was found that the posttest and follow-up test mean scores of the intervention group on the “Patient-Reported Outcome Scale Adapted for Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” “Modified Medical Research Council Dyspnea Scale,” and “COPD Assessment Test” were significantly lower compared to the control group ($p<0.05$). In the “Importance and Confidence-Self-Efficacy Scale” results, it was determined that the “Importance” and “Confidence” mean scores of the intervention group were significantly higher than those of the control group in the posttest ($p<0.05$).

Conclusion: The study concluded that motivational interviewing based on Pender’s Health Promotion Model improved patient-reported outcomes, perception of dyspnea, disease severity, the importance attributed to disease symptoms, and self-confidence in managing symptoms in patients with COPD.

Key Words: COPD, health promotion model, motivational interviewing, nurse, patient-reported outcomes, Pender

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BOLD	: Burden of obstructive lung disease (Akciğer Hastalığının Yüğü)
CAT	: COPD assessment test (KOAİ Değerlendirme Testi)
CONSORT	: Consolidated standards of reporting trials
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
FEV₁	: Forced expiratory volume in 1 second (Zorlu ekspiratuar hacim - 1. saniye)
FVC	: Forced vital capacity (Zorlu vital kapasite)
GOLD	: Global initiative for chronic obstructive lung disease (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için küresel girişim)
KOAİ	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
mMRC	: Modifiye medical research council (Modifiye Medikal Araştırma Kurulu)
PLATINO	: Latin American project for the investigation obstructive lung disease (Obstrüktif akciğer hastalığının araştırılması için Latin Amerika projesi)
SFT	: Solunum fonksiyon testi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri	17
Şekil 2.2. Motivasyonel görüşmenin bileşenleri ve temel soruları.....	24
Şekil 3.1. G*Power örneklem büyüklüğünün hesaplanması	36
Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı.....	37
Şekil 3.3. https://www.random.org/ sitesinden elde edilen sayı listeleri.....	39
Şekil 3.4. Araştırma uygulama akış şeması	54



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. GOLD 2025'e göre KOAH sınıflandırılması	14
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	60
Tablo 4.2. mCOPD-PRO ve alt boyutlarının grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.3. mMRC dispne skalası grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması	65
Tablo 4.4. CAT grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması	66
Tablo 4.5. Önem ve güven-yeterlilik cetveli grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	67

1. GİRİŞ

İnsan gereksinimlerinden doğan hemşirelik, sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme amacı doğrultusunda birey, aile ve toplumu holistik bakış açısıyla değerlendirip gerekli sağlık hizmetini sunan bir meslektir (Potter ark., 2021). Hemşirelerin en önemli görevi bireylerin bakımını sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Bağrıaçık & Bayraktar, 2022). Bu doğrultuda hemşire; danışmanlık, eğitici, karar verici, yönetici, araştırmacı ve bakım verici vb. rollerini kullanarak görevlerini yerine getirir (Choi ark., 2024). Yaşam boyu bakım ve takip gerektiren kronik hastalıkların bakımında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Shamsollahi ark., 2021).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) yaşam boyu izlem ve bakım gerektiren önemli kronik hastalıklardan biridir. KOAH, ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize olan, geri dönüşümsüz bir hastalık olup, çeşitli semptomların eşlik ettiği, dünya genelinde yaygın olarak rastlanan, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip ciddi bir sağlık sorunudur (WHO, 2024). Her sene dünya genelinde yaklaşık 3.2 milyon kişi KOAH nedeniyle yaşamını yitirmekte olup, 2030 yılında bu hastalığın dünya genelinde üçüncü önde gelen ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir (GOLD, 2025). KOAH hastaları; ölüm korkusu, anksiyete, dispne, öksürük, yorgunluk ve iştahsızlık gibi semptomlar nedeniyle yaşam kalitesinde ciddi azalmalar yaşamakta, sık hastane yatışları, sosyal ve ekonomik kayıplar ile karşı karşıya kalmaktadır (Ekdahl ve ark., 2022; GOLD, 2025).

KOAH hastalarında hasta tarafından bildirilen sonuçlar; hastanın semptomlarını, semptomların yaşamları üzerine etkilerini ve uygulanan tedaviye yanıtlarını değerlendirmek için gereklidir (Afroz ark., 2020). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar doğrudan hastalar tarafından algılanan sağlık durumlarının raporlanmasını sağlar

(Nishimura ark., 2023). Hemşirelerin temel rolü bakım verme olmakla birlikte, eğitici, tedavi edici, danışmanlık ve araştırmacı rollerini de üstlenerek KOAH hastaların bakımına yönelik iyileştirici girişimlerde bulunmaktadır (Karaçar & Demirkıran, 2024).

KOAH'ın kontrol edilmesinin uzun vadeli yönetim hedefleri arasında mevcut semptomların ve gelecekteki risklerin azaltılması yer almaktadır (MacLeod ark., 2021). Bu hedefler hastaların sağlıklı davranışlar sergilemesini gerektirmektedir. Ancak literatür, KOAH hastalarının öz bakımlarının düşük düzeyde olduğunu, ilaçlara uymadıklarını, önlenabilir faktörler konusunda farkındalık eksikliği gösterdiklerini bildirmiştir (Rafii ark., 2024). Bu bağlamda, hastaların tedavi sürecine aktif katılımını sağlayacak, içsel motivasyonlarını artıracak ve sürdürülebilir sağlık davranışları kazandıracak yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (Karaçar & Demirkıran, 2024). Motivasyonel görüşme, didaktik eğitimi, problem çözme eğitimi gibi diğer yaklaşımlarla karşılaştırıldığında, bu niteliklerin çoğunu bünyesinde barındırır. Motivasyonel görüşme, "değişimin motivasyonunu ortaya çıkarmak ve güçlendirmek için işbirlikçi, birey merkezli bir rehberlik-danışmanlık biçimi" olarak tanımlanır (Ögel & şimşek, 2021). Motivasyonel görüşme tekniği, bireylerin davranış değişikliği yapmalarına yardımcı olma konusundaki etkinliği, empatik ve işbirlikçi yaklaşımı, içsel motivasyonu arttırma kabiliyeti ve dirençle baş etme stratejileri sayesinde diğer görüşme yöntemlerinden farklı ve üstün bir yaklaşımdır (Sato ark., 2024). Motivasyonel görüşme, hastanın içsel motivasyonunu arttırarak değişime teşvik etmeyi hedefler ve bu nedenle daha spesifik değişim hedefleri olan hastalar için özellikle etkilidir (Wood, 2020). Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde hemşireler, motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak hastaların tedaviye uyumunu arttırmakta ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmektedir. Örneğin, diyabet, hipertansiyon hastalarında motivasyonel görüşmenin etkililiğinin incelendiği ve randomize kontrollü çalışmaları dahil edildiği bir sistematik

incelemede (Steffen ark., 2021); motivasyonel görüşmenin diyabet ve arteriyel hipertansiyonu olan bireylerde kan basıncı seviyelerini ve hastalığa uyum seviyelerini iyileştirdiği sonucu bildirilmiştir. Wang ve ark. (2022) motivasyonel görüşmenin öz yeterlilik, akciğer fonksiyonu, yaşam kalitesi, duygu ve KOAH ile ilişkili hastaneye yatış üzerindeki olumlu etkilerinin olduğunu belirtmiştir.

KOAH hastalarının bakımında hemşirelik modellerinin kullanımı, daha iyi hasta sonuçları, daha yüksek hemşire memnuniyeti ve daha düşük sağlık hizmeti maliyetleri ile ilişkilendirilmiştir (Jalali ark., 2024). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, hemşirelere etkili bakım yürütmeleri ve bireylerin sağlık davranışlarına yönelik algılarını değerlendirmeleri için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır (Jalali ark., 2025; Pender ark., 2019). Model, bireylerin fiziksel çevre ve kişilerarası ilişkilerde bütüncül bir yapıya sahip olduğunu ve sağlıklarını koruma, geliştirmede aktif rol oynadığını varsaymaktadır (Javadzade ark., 2024). Modelin amacı, sağlıklı yaşam tarzına yönelik gerekli davranışların bileşenlerini açıklamak, bireyin deneyimlerini değerlendirmek ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri analiz etmek ve sağlıklı yaşam tarzı hedeflerini planlamak için bakım sağlayıcılara rehberlik etmektir (Pender ark., 2019). Bu bilgiler ışığında, motivasyonel görüşme ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin ortak amaçlarının olduğu ve birbirini destekleyici dinamiklere sahip oldukları fark edilmektedir. Literatürde, Sağlığı Geliştirme Modelinin motivasyonel görüşme ile entegrasyonunun etkili olduğu birçok çalışma ile desteklenmektedir. Örneğin, Uludağ ve Kaşıkçı (2024), diyabetli hastaların öz-yönetim davranışlarının gelişmesinde Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel görüşmenin etkili olduğunu belirlemişlerdir (Uludağ & Kaşıkçı, 2024). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve motivasyonel görüşmenin birlikte kullanılması, KOAH hastalarının semptomlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir (Cangol & Şahin, 2017; Tülüce ve ark., 2021).

Hemşireler, bakım verdikleri bireylerin potansiyel glerini kullanmalarını desteklemeli ve onlara sağlığı geliştirme programları aracılığıyla sağlık davranışları kazandırmalıdır (Alpay & şahin, 2024). Motivasyonel gşme ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin hem birey merkezli olmaları hem de davranış değişimini hedeflemeleri nedeniyle birbirini tamamlayıcı yapıda oldukları anlaşılmaktadır. Dolayısıyla bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması, KOAH hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri ve semptom ynetimini daha etkili şekilde gerçekleştirmeleri açısından önemli avantajlar sunmaktadır (Cangol & şahin, 2017; Tce ve ark., 2021). Bu bilgilerden yola çıkararak; KOAH hastalarının hem fiziksel hem de psikososyal açıdan yksek risk taşıyan bir grup olmaları, sağlık davranışları açısından desteklenmeye ihtiyaç duymaları ve motivasyonel gşme ile Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bu alana özgü etkili bir birleşim oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında, bu araştırmada Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel gşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerindeki etkisini belirlemek amaçlandı.

Araştırmanın hipotezleri

H₀: KOAH hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel gşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerine etkisi yoktur.

H₁: KOAH hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne motivasyonel gşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup hastaların günlük yaşamlarını, fiziksel kapasitelerini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (WHO, 2025). Bu nedenle, KOAH gibi kronik hastalıkların yönetiminde hasta merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımlarına olan gereksinim giderek artmaktadır. Hemşirelik, hastaların öz bakım becerilerini güçlendirme, sağlık davranışlarını olumlu yönde destekleme ve bireysel ihtiyaçlara göre planlanmış girişimler uygulama konusundaki önemli rolüyle bu sürecin merkezindedir (Yıldırım & Özer, 2020). Bu doğrultuda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, bireylerin kendi sağlıklarını geliştirme potansiyellerine odaklanarak davranış değişikliğini teşvik eden ve hasta bakımında yol gösterici bir model sunmaktadır (Pender ark., 2011). Ayrıca, motivasyonel görüşme, hastaların kendi sağlıklarını önemseme ve yönetme motivasyonlarını artıran, değişime dirençlerini azaltan etkili bir iletişim tekniği olarak vurgulanmaktadır (Miller & Rollnick, 2012). Nitekim yapılan çalışmalar, motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarının öz yönetim becerilerini güçlendirdiğini, dispne algısını azalttığını ve hastalıkla baş etme kapasitelerini iyileştirdiğini göstermektedir (Benzo ark., 2013; Wang ark., 2022). Bu bağlamda, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan motivasyonel görüşme girişimlerinin KOAH hastaları tarafından bildirilen sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.1. KOAH Hastalarının Bakımında Hemşirenin Rolü

Hemşire, bireyin, ailenin ve toplumun yaşam boyu hemşirelik girişimleriyle karşılanabilecek sağlık ihtiyaçlarını belirleyen, bu ihtiyaçlar doğrultusunda hemşirelik tanılama sürecine uygun olarak bakım planlayan, uygulayan, kontrol eden ve değerlendiren sağlık profesyonelidir. Hemşirenin en önemli sorumluluğu, sağlıklı veya

hasta bireylere ihtiyaçlarına uygun olarak bireysel ve bilimsel bakım sunmaktır (Potter ark., 2021).

Sağlık hizmetinin her kademesinde yer alan hemşireler, KOAH'lı hastaların bakımında da multidisipliner ekibin önemli bir parçasıdır. KOAH, tedavi ve bakım maliyetlerinin yanı sıra yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle tüm dünyada ciddi bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2024). KOAH'lı hastalar, oksijen tedarikinin kademeli olarak azalmasına bağlı hava akımı sınırlamasının neden olduğu dispne, öksürük, balgam, güçsüzlük ve yorgunluk gibi fizyolojik belirtiler yaşarlar. Bu fizyolojik belirtilerle birlikte depresyon, anksiyete, kaygı ve sosyal izolasyon gibi psikolojik belirtiler de yaşamaktadır (WHO, 2024). Bu belirtilerin yönetiminde hemşireler, bakım verici, eğitici, danışmanlık, rehberlik gibi rolleriyle bakım sağlamaktadır (Uslu & Canbolat, 2022).

Hemşirelerin, hastaların bireysel ihtiyaçlarını karşılamada sistematik bir yaklaşım sergilemeleri için hemşirelik modellerini kullanmaları oldukça önemlidir (Mudd ark., 2020). Hemşirelik modelleri, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel boyutlarını göz önünde bulundurarak bakım sürecinin planlanmasına rehberlik eder. Bu modeller, hemşirelerin bakım sürecini organize etmelerine, hasta ve ailelerini sürece aktif olarak dahil etmelerine yardımcı olur. Modeller ayrıca, bakımın standartlaştırılmasını ve kanıta dayalı yaklaşımların benimsenmesini sağlayarak hemşirelerin profesyonel kimliğini güçlendirir (Butts & Rich, 2021). KOAH gibi kronik ve komplike bir hastalıkta, hemşirelik modellerine dayalı bir yaklaşım, hastalık semptomlarının yönetimine, hastaların bakım sonuçlarının iyileştirilmesine önemli katkılar sunar (Uslu & Canbolat, 2022).

2.2. KOAH Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişim (GOLD) KOAH'ı, zararlı

partikül veya gaz maruziyeti nedeniyle gelişen, genellikle progresif olan ve geri dönüşümü olmayan hava yolu kısıtlanması ile karakterize kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (GOLD, 2025). KOAH, hava yollarında kronik inflamasyona bağlı olarak solunum yollarının daralması ve akciğer fonksiyonlarında bozulma ile seyreder. Hastalık sıklıkla kronik bronşit, amfizem ve küçük hava yolu hastalıklarının bir kombinasyonu olarak ortaya çıkar (WHO, 2024).

KOAH, yalnızca akciğerleri değil, aynı zamanda birçok organ ve sistemi etkileyen bir hastalıktır. Hastalığa kardiyovasküler komplikasyonlar, obstrüktif uyku apnesi, akciğer kanseri, beslenme bozuklukları, kaşeksi, psikolojik rahatsızlıklar, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve anemi gibi pek çok sağlık sorunu eşlik edebilir (Kotlyarov, 2022). Sigara kullanımı, çevresel faktörler ve genetik yatkınlık hastalığın başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (GOLD, 2025). Dünya genelinde artan prevalansı ve yüksek mortalite ile morbidite oranları, KOAH'ı önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (WHO, 2024). Tedavi ve bakım maliyetlerinin yüksekliği, iş gücü kaybı ve yaşam kalitesindeki belirgin düşüş, hastalığın birey, aile ve toplum üzerindeki etkilerini daha da artırmaktadır (Boers ark., 2023). Erken tanı, etkili tedavi ve bakım yönetimi, KOAH'ın ilerlemesini yavaşlatmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir (Adeloye ark., 2022).

2.2.1. KOAH Epidemiyolojisi

KOAH'ın prevalans ve morbidite açısından verilerin, genellikle semptomlar ortaya çıktıktan sonra şiddetleninceye kadar hastalığın tanısı konamadığından, bilinen değerlerin çok daha üstünde olduğu düşünülmektedir (Stolz ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre KOAH günümüzde dünya genelinde dördüncü ölüm nedeni ve kötü sağlığın sekizinci önde gelen nedeni haline gelmiştir. KOAH dünya genelinde tüm ölümlerin %5.5'inden sorumlu olduğu görülmüştür. 2021 yılında 3.5 milyon ölüme neden

olmuş ve bu dünya genelindeki ölümlerin yaklaşık %5'ini oluşturmuştur (WHO, 2024). Akciğer hastalığının yükü (BOLD) ve diğer büyük çaplı epidemiyolojik çalışmalara dayanarak, dünya genelinde KOAH prevalansının %10.3 olduğu tahmin edilmektedir (BOLD, 2024). Türkiye’de ise KOAH prevalansının %9.1 - 19.1 arasında değiştiği bildirilmiştir (TTD, 2023; Özdemir ark., 2020). Obstrüktif Akciğer Hastalıklarının Araştırılması için Latin Amerika Projesi (PLATINO) kapsamında Brezilya, Şili, Meksika, Uruguay ve Venezuela’nın büyük şehirlerinde yürütülen çalışmada, KOAH prevalansının ülkeler arasında farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Prevalans oranları Mexico City’de %7.8 iken, en yüksek oran Uruguay’ın başkenti Montevideo’da %19.7 olarak saptanmıştır (GOLD, 2025). Küresel Hastalık Yüğü veritabanından alınan risk faktörü verilerinin modellenmesiyle, 25 yaş ve üzeri bireylerdeki KOAH vakalarının sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında dünya genelinde %23 artacağı ve 2050 yılına kadar 600 milyon KOAH hastasına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Boers ark., 2023).

KOAH prevalans oranlarının ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içinde farklı gruplarda değişiklik göstermektedir (Adeloye ark., 2022). Bazı çalışmalar, KOAH prevalansının; sigara içenlerde ve sigarayı bırakanlarda sigara içmeyenlere kıyasla, 40 yaş ve üzeri olanlarda 40 yaş altındakilere kıyasla ve erkeklerde kadınlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (GOLD, 2025). PLATINO’nun, beş Latin Amerika ülkesinin büyük bir şehrinde (Brezilya, Şili, Meksika, Uruguay ve Venezuela) yaptığı çalışmada; KOAH prevalansı yaşla birlikte hızla artmış olup, en yüksek yaygınlık 60 yaş üzeri bireylerde bulunmuştur. Prevalansın, erkeklerde kadınlara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (GOLD, 2025). BOLD’un KOAH prevalansını incelediği çalışmada; KOAH prevalansı erkeklerde %11.8 iken kadınlarda %8.5 olarak bildirmiştir (BOLD, 2024). Benzer şekilde Türkiye’de yapılan bir çalışmada KOAH prevalansının erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özdemir ark., 2020). Düşük

ve orta gelirli ülkelerde sigara içme yaygınlığının artması ve yüksek gelirli ülkelerdeki yaşlanan nüfusla birlikte KOAH yaygınlığının da artması beklenmektedir (Fallahzadeh ark., 2022).

2.2.2. KOAH Fizyopatolojisi

KOAH, hava yollarında ve akciğer parankiminde ilerleyici inflamasyon ve yapısal değişikliklere neden olan kronik bir hastalıktır (GOLD, 2025). Bu süreç, sigara dumanı, çevresel kirleticiler ve mesleki iritanlara uzun süre maruziyet ile tetiklenir (Rodrigues ark., 2021). KOAH'ın temel patofizyolojik mekanizmaları, hava yollarında inflamasyon ve daralma, hava akımı kısıtlanması ile gaz değişim bozuklukları ve sistemik etkiler şeklinde ilerler (Barnes, 2022).

Hava yollarındaki inflamasyon, zararlı gaz ve partiküllerin epitel hücreleri ve makrofajlar aracılığıyla proinflamatuvar mediatörlerin salınımını artırmasıyla başlar (TTD, 2023). Bu mediatörler, nötrofiller ve T hücrelerinin akciğerlere göçüne neden olur. İnflamasyon sonucunda hava yollarında ödem, fibrozis ve mukus hipersekresyonu gelişir (GOLD, 2025). Küçük hava yollarının daralması ve mukus birikimi, ekspirasyon sırasında hava akımının kısıtlanmasına yol açar (Shamsollahi ark., 2021).

KOAH'ta hava akımı kısıtlanması ve gaz değişim bozuklukları, inflamasyonun neden olduğu yapısal değişikliklerle ilişkilidir (Gunjan ark., 2024). Hava yollarında kalınlaşma, mukus birikimi ve elastik liflerin yıkımı nedeniyle bronşiyal kollaps meydana gelir. Alveoller arasındaki duvarların yıkılması sonucu amfizem gelişir ve gaz değişim yüzeyi azalır (Navratilova ark., 2023). Akciğer elastikiyetindeki kayıp, hava hapsine neden olarak hiperinflasyona yol açar. Ventilasyon-perfüzyon dengesizliği sonucu hipoksi ve hiperkapni gelişir (Rodrigues ark., 2021).

İleri evrelerde KOAH'ın sistemik etkileri belirgin hale gelir. Kronik hipoksiye bağlı pulmoner arterlerde vazokonstriksiyon meydana gelir ve pulmoner hipertansiyon

gelişebilir. Uzun süreli pulmoner hipertansiyon, sağ kalp yetmezliği (kor pulmonale) ile sonuçlanabilir (Gredic ark., 2021). Ayrıca, kronik inflamasyon sistemik etkilere yol açarak kas kütlesi kaybı, kilo kaybı ve genel sağlık durumunun bozulmasına neden olabilmektedir (Gunjan ark., 2024). KOAH'ın bu patofizyolojik süreçleri, hastaların solunum fonksiyonlarında ilerleyici bozulmaya ve yaşam kalitesinde ciddi azalmaya yol açar (Navratilova ark., 2023; Shamsollahi ark., 2021). Bu patolojik değişiklikler, hastanın solunum fonksiyonlarında progresif bozulmaya ve yaşam kalitesinde ciddi azalmaya neden olur. KOAH tedavisi, bu inflamatuvar süreci kontrol altına almayı, hava akımını iyileştirmeyi ve semptomları hafifletmeyi hedeflemektedir (Barnes, 2022).

2.2.3. KOAH Risk Faktörleri

KOAH'ın gelişiminde birçok risk faktörü rol oynamaktadır ve bunlar hem çevresel hem de bireysel faktörleri içermektedir. Çevresel etkenler arasında sigara kullanımı, biyomas dumanına maruziyet, mesleki maruziyetler ve hava kirliliği önemli yer tutarken, düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz beslenme ve sağlık hizmetlerine erişim zorlukları da hastalığın gelişiminde etkili olabilir. Ayrıca, genetik yatkınlık (örneğin alfa-1 antitripsin eksikliği), cinsiyet, çocukluk çağında geçirilen solunum yolu enfeksiyonları ve astım öyküsü de KOAH için risk faktörleri arasındadır (GOLD, 2025).

Tütün ve Diğer İnhalanlar: KOAH için en önemli risk faktörlerinden biri aktif ve pasif sigara maruziyetidir (Holtjer ark., 2023). Sigara kullanan bireylerde, zorlu ekspiratuar volüm (FEV1) seviyesinde daha hızlı bir düşüş, hastalığa bağlı ölüm oranlarında artış, solunum semptomlarının daha sık görülmesi ve akciğer hasarının daha belirgin olması, sigara içmeyenlere kıyasla daha yaygındır (GOLD, 2025). Sigara içenlerin yaklaşık %15'i KOAH geliştirir (Adeloye ark., 2022). Tütün kullanımı KOAH vakalarının çoğundan sorumlu olsa da, gelişmekte olan ülkelerde hala kullanılan ve dünya çapında 3 milyar insanı etkilediği tahmin edilen biyokütle yakıt dumanı gibi bu hastalığın

gelişiminden sorumlu diğer inhalasyon ajanları da vardır (Pando-Sandoval ark., 2022). Ayrıca, toz, duman ve mesleki maruziyet kronik semptomların artan yaygınlığı, FEV 1'deki hızlanmış düşüş ve KOAH oluşumu ile ilişkilidir (Bağrıaçık & Bayraktar, 2022; Holtjer ark., 2023).

Sosyoekonomik Durum: Sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi, KOAH'ın gelişiminde ve artan mortalitesinde önemlidir ve sigaradan sonra ikinci en önemli risk faktörüdür (GOLD, 2025). Düşük sosyoekonomik düzeydeki kırsal bölgelerde, ısınma amacıyla soba ve benzeri cihazlarda biyokütle yakıtlarının kullanılması yaygındır. Bu uygulama, ev içi hava kirliliğini artırarak kadınlar ve küçük çocukların daha fazla dumanla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır (Holtjer ark., 2023).

Genetik Riskler: Genetik, KOAH gelişiminde önemli bir faktördür (TTD, 2023). Alfa-1 antitripsin eksikliği ile KOAH arasında yakın bir ilişki vardır, Ailevi vakalar, kalıtsal faktörlerin KOAH gelişiminde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Alfa-1 antitripsin eksikliği, karaciğer ve akciğerlerdeki doku hasarına neden olabilir ve KOAH riskini artırabilir (GOLD, 2025).

Cinsiyet: Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, tütün dumanına maruz kalmanın her iki cinsiyette de KOAH gelişimi için risk oluşturduğu görülmektedir (WHO, 2024). Bununla birlikte, kadınlar ev işleri ve yemek pişirme gibi sorumluluklar nedeniyle biyokütle yakıtlarının dumanına daha sık maruz kalmakta, bu da onların KOAH geliştirme riskini artıran önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (GOLD, 2025).

Enfeksiyonlar: Çocukluk döneminde yaşanan solunum yolu enfeksiyonlarının, ilerleyen yıllarda akciğer fonksiyonlarında bozulmalara yol açabileceği gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, KOAH hastalarında ani gelişen enfeksiyonlar, hava yollarında obstrüksiyonu tetikleyerek hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmektedir (Pando-Sandoval ark., 2022).

Havayo kirliliği: Hava kirliliği ile mesleki nedenlerden dolayı zararlı gaz ve partiküllere sürekli maruz kalmak, öksürük, artan balgam üretimi ve nefes darlığı gibi solunum belirtilerini ortaya çıkarabilir (Holtjer ark., 2023). Bu durumun uzun süre devam etmesi, akciğerlerde inflamasyona ve kalıcı hasarlara yol açarak KOAH gelişimini tetikleyebilir (WHO, 2024).

Astım: Astım, solunum yollarında kronik inflamasyona neden olan ve zaman zaman daralmaya yol açan bir solunum hastalığıdır. Astım hastalarında hava yolları aşırı duyarlı olduğu için çeşitli tetikleyicilere (alerjenler, hava kirliliği, enfeksiyonlar vb.) karşı şiddetli reaksiyon gösterebilir (Adeloye ark., 2022). Uzun süre kontrol altına alınamayan veya tedavi edilmeyen astım, hava yollarında kalıcı yapısal değişikliklere yol açarak KOAH gelişme riskini artırabilir (Fallahzadeh ark., 2022). Özellikle sigara içen veya mesleki maruziyeti olan astım hastalarında KOAH gelişme olasılığı daha yüksektir (GOLD, 2025).

2.2.4. KOAH'ın Belirtileri

KOAH'ın belirtileri genellikle zamanla kademeli olarak ortaya çıkar ve başlangıçta hafif seyredebilmektedir. Erken evrelerde, özellikle fiziksel aktiviteler sırasında nefes darlığı ve yorgunluk hissedilebilir. Bu durum, hastanın alışılmış egzersiz kapasitesini düşürebilir (GOLD, 2025). Tekrarlayan kuru veya balgamlı öksürük, KOAH'ın en yaygın belirtilerindendir ve zamanla artan balgam üretimi, akciğerlerdeki iltihaplanmanın bir göstergesi olarak kendini gösterir. Hastalık ilerledikçe, nefes darlığı günlük aktiviteler sırasında da belirginleşir; basit ev işlerini yapmak ya da yürüyüş yapmak bile zorlaşabilir (Boers ark., 2023). Nefes darlığının yanı sıra, hastalar göğüslerinde sıkışma hissi, hırıltılı solunum ve solunum güçlüğü yaşayabilirler. Bu belirtiler, akciğerlerdeki hava yollarının daralması ve tıkanıklık nedeniyle ortaya çıkar. Ayrıca, KOAH'lı bireylerde solunum yolu enfeksiyonlarına karşı duyarlılık artar. Soğuk

algınlığı, grip veya bronşit gibi enfeksiyonlar hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek belirtilerin daha da kötüleşmesine neden olabilir (Fallahzadeh ark., 2022). Bu durum, hastalığın atak şeklinde seyretmesine yol açabilir; ani nefes darlığı, artan öksürük ve yoğun balgam üretimi gibi belirtiler, hastaların yaşam kalitesinde belirgin düşüşe neden olur (Holtjer ark., 2023). İleri evre KOAH'ta, solunum yetmezliği riski artar ve hastalar oksijen desteğine ihtiyaç duyabilir. Uzun süreli düşük oksijen seviyeleri, kalp yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açarak genel sağlık durumunu daha da kötüleştirebilir. Ayrıca, kilo kaybı, kas erimesi ve genel güçsüzlük gibi sistemik belirtiler de görülebilir (Kotlyarov, 2022).

2.2.5. KOAH'ta Tanı ve Tedavi

KOAH tanısı, hasta öyküsü, fiziksel muayene, spirometri ve diğer tanı testlerinin kullanılmasıyla konulur. Tanı sürecinde, dispne, öksürük ve balgam gibi solunum semptomları detaylı olarak sorgulanır ve hastanın sigara kullanımı gibi risk faktörlerine maruz kalıp kalmadığı araştırılır (Papi ark., 2024). Eğer bu semptomlar ve risk faktörleri mevcutsa, hastaya spirometrik inceleme uygulanarak, zorlu ekspiratuvar birinci saniyede atılan hava hacmi (FEV1) ile zorlu vital kapasite (FVC) ölçümlenir. Bronkodilatör uygulamasının ardından FEV1/FVC oranı 0.7'nin altında tespit edilirse, kalıcı hava akımı kısıtlaması gösteren KOAH tanısı konur (GOLD, 2025). Günümüzde KOAH'ı sınıflandırmada en yaygın kullanılan standartlardan biri GOLD sınıflandırılmasıdır. Bu sistem, hastalığın şiddetini belirlemek için spirometrik ölçümler, semptomlar, akut alevlenme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi gibi faktörleri değerlendirir (Tablo 2.1) (GOLD, 2025).

Tablo 2.1. GOLD 2025’e göre KOAH sınıflandırılması

Bronkodilatör Kullanımı Sonrası FEV1/FVC		
GOLD 1	Hafif	$FEV1 \geq \%80$
GOLD 2	Orta	$\%50 \leq FEV1 < \%80$
GOLD 3	Ağır	$\%30 \leq FEV1 < \%50$
GOLD 4	Çok ağır	$FEV1 < \%30$

KOAH tedavisinin kronik bir hastalık olması nedeniyle, tedavi süreci genellikle ömür boyu devam eder. Tedavinin amacı semptomları kontrol altında tutmak, alevlenmeleri azaltmak ve böylece yaşam kalitesini iyileştirmektir. Tedaviye uyum ise tedavinin etkinliği açısından son derece önemlidir. Uygun tedaviye düzenli olarak uyum sağlamak, hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir ve semptomların kontrol altında tutulmasına yardımcı olabilir (GOLD, 2025). KOAH tedavisinde, sigara ve çevresel maruziyetten uzak durmak, bronkodilatör ve anti-inflamatuvar ilaçların kullanılması, solunum rehabilitasyonu programlarına katılım, gerektiğinde oksijen tedavisi veya cerrahi müdahalelerin uygulanması, grip ve pnömokok aşılarının yaptırılması ile hastaların düzenli olarak takip edilmesi gibi bütüncül yaklaşımlar benimsenmektedir (TTD, 2023).

2.3. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri – Herkes İçin Sağlık bildirgesinde vurgulanan sağlığı geliştirme kavramı, günümüzde bireylerin iyilik halini artırmada önemli bir yere sahiptir (WHO, 2025). Hemşireler, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde giderek daha aktif bir rol üstlenmektedir. Hastalıkları önlemenin yanı sıra, bireylerin uzun vadede sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmasını amaçlayan programların sayısı da artmaktadır (Ross ark., 2017). Bu eğilim, Sağlığı Geliştirme Modeli ile de örtüşmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli, Nola J. Pender tarafından 1982

yılında geliştirilmiş ve 1987, 1996 ve 2002 yıllarında revize edilerek son hali verilmiştir. Model, bireylerin sadece hastalıklardan korunmak için değil, genel iyilik halini artırmak amacıyla da sağlıklı davranışlar geliştirmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Pender ark., 2010).

Sağlığı Geliştirme Modeli, hemşirelere bireylerin sağlık davranışlarını anlamada rehberlik ederek, sağlıklı yaşam tarzını teşvik eden davranışsal danışmanlığın temelini oluşturur (Pender ark., 2019). Modelin temel amacı, sağlığı geliştiren davranışları açıklamak ve öngörmek, sağlık profesyonellerine bireylerin bu davranışlarını etkileyen faktörleri anlamada yardımcı olmak ve bireyin geçmiş deneyimlerini değerlendirerek sağlık algısını şekillendiren unsurları belirlemektir (Aqtam & Darawwad, 2018). Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, öz yeterlilik, kişilerarası ilişkiler, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi unsurlardan oluşur (Yıldırım Şişman, 2017). Model, bireylerin bu davranışlar konusunda bilinçlendirilmesinin ve danışmanlık almasının önemini vurgular (Pender ark., 2019). Hemşire ve bireyin iş birliği içinde çalışmasını esas alan model, sağlıklı yaşam biçimi kazandırmak amacıyla davranış değişikliğini destekler. Modelin temel kavramları arasında birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalık yer alır (Choi ark., 2024). Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerden çevresi tarafından etkilendiğini ve doğuştan gelen ya da sonradan kazanılan potansiyelini en iyi şekilde kullanabileceği bir ortam oluşturmayı hedeflediğini belirtir (Pender ark., 2019; Yıldırım Şişman, 2017). Başlangıçta bireysel hedefler doğrultusunda geliştirilmiş olsa da, modelin yapısı aileler, gruplar ve topluluklar için de uygulanabilir. Hemşireler, sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirirken kişisel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişsel faktörler ile davranış çıktısı olmak üzere üç temel alanı dikkate alır (Pender ark., 2010).

2.3.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Her birey, gelecekteki eylemlerini şekillendiren kendine özgü kişisel özelliklere ve deneyimlere sahiptir. Bireyin kişisel özellikleri ve deneyimleri, sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörler arasında yer alırken, hemşirelik uygulamaları bu faktörler üzerinde doğrudan değişiklik yapamaz (şekil 2.1.) (Pender ark., 2019).

Davranışa Özgü Bilişsel ve Duygusal Faktörler

Algılanan yararlar: Bireyin sağlığı geliştirme davranışından elde etmeyi beklediği olumlu sonuçlar, bu davranışı benimseme sürecinde önemli bir motivasyon kaynağıdır. Sağlık açısından yararlı olduğunu düşündüğü bir davranışı deneyimleyen birey, bu davranışı sürdürme konusunda daha istekli hale gelebilir (Sakraida, 2010; şişman, 2017).

Algılanan engeller: Sağlığı geliştirme davranışının uygulanmasını zorlaştıran etkenler veya bireyin bu davranışa yönelik olumsuz algıları, süreci olumsuz yönde etkileyebilir. Bu algılar, bireyin davranışı başlatma veya devam ettirme konusundaki kararlılığını zayıflatabilir (Heydari & Khorashadizadeh, 2014).

Algılanan öz yeterlilik: Öz yeterlilik, bireyin sağlığını geliştirme konusunda ne kadar etkili olabileceğine duyduğu inancı ifade etmektedir (Heydari & Khorashadizadeh, 2014). Bireyin kendine olan güveni arttıķa, sağlık davranışlarını sürdürme olasılığı da yükselir. Kendi yeteneklerine olan inancı düşük olan bireyler ise, sağlığı destekleyici eylemleri geręekleřtirme konusunda motivasyon eksikliği yaşayabilir. Öz yeterliliğin artırılması için eğitim programları, bilinęli farkındalık çalışmaları, motivasyonel görüşme teknikleri ve danışmanlık gibi yöntemlerden yararlanılabilir (Çövener, 2013).

Aktiviteye bağlı duygular: Sağlığı geliştirme davranışına yönelik bireyin hissettiği olumlu veya olumsuz duygular, davranışı başlatma ve sürdürme sürecinde önemli bir rol

oyunar. Bireyin, bu süreçte olumlu düşüncelere sahip olması, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmesini kolaylaştırabilir (Pender ark., 2019).

Kişiler arası etkiler: Bireyin sağlığı geliştirme davranışlarını benimsemesi ve sürdürebilmesi, çevresindeki kişilerle kurduğu etkileşimlerden büyük ölçüde etkilenir. Yakın çevresindeki bireylerin duygu, düşünce ve tutumları, bireyin davranış değişiklikleri üzerinde belirleyici bir rol oynayabilir (Pender ark., 2010).

Durumsal etkiler: Sağlık davranışlarını destekleyen ya da engelleyen çevresel faktörler, bireyin algısına bağlı olarak davranış sürecini şekillendirebilir. Yapılan araştırmalar, durumsal etkilerin sağlık davranışlarını belirleme noktasında önemli bir paya sahip olduğunu göstermektedir (Çöven, 2013).

Davranış Çıktısı

Birey, yukarıdaki faktörlerin etkisiyle sağlıklı geliştirme davranışını benimseyip benimsemeyeceğine karar verir. Eğer olumlu bir deneyim yaşarsa, bu davranışı tekrarlama olasılığı artmaktadır (Pender, 2011; Pender ark., 2010).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	Bireysel Özellikler ve Deneyimler - Bireysel özellikler - Deneyimler
	Davranışa Özgü Bilişsel ve Duygusal Faktörler - Algılanan yararlar - Algılanan engeller - Algılanan öz yeterlilik - Aktiviteye bağlı duygular - Kişilerarası etkiler - Durumsal etkiler
	Davranış Çıktısı - Sağlığı geliştirme davranışı

Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri

2.3.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Bakımı

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, hemşirelik bakımında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerini destekleyen önemli bir rehberdir. Bu model, hemşirelerin bireylerin sağlık algısını güçlendirmesine, öz yeterliliklerini artırmasına ve sağlığı geliştirici davranışları teşvik etmesine yardımcı olmaktadır (Bahar & Açıl, 2014). Hemşirelik bakımında yalnızca hastalıkları yönetmek değil, bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme süreçlerine rehberlik etmek de önemlidir (Jalali ark., 2025). Bu nedenle model, hemşirelerin bireysel ve çevresel faktörleri değerlendirerek danışmanlık ve eğitim yoluyla bireylerin sağlıklarını iyileştirmelerini desteklemelerine katkı sağlar (Choi ark., 2024).

Model, hemşireliğin eğitim, araştırma ve pratik alanında birçok farklı araştırmada temel alınmıştır. Özellikle hasta ve toplum eğitiminde, sağlığı geliştiren davranışlara teşvik etmek amacıyla modele dayalı eğitim programları uygulanmıştır (Jalali ark., 2024). Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve böbrek yetmezliği gibi hastalığa sahip olan bireylere yönelik eğitimler, modelin bileşenleri doğrultusunda planlanmıştır (Bağrıaçık & Bayraktar, 2022; Javadzade ark., 2024; Khodaveisi ark., 2017). Bunun yanı sıra, son yapılan bir çalışmada tip 2 diayebet hastalarında motivasyonel görüşme tekniğiyle birlikte kullanılarak hastaların sağlık davranışlarını değiştirme sürecine destek sağlandığı gösterilmiştir (Uludağ & Kaşıki, 2024).

Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumunu artırmak ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmek amacıyla modelden faydalanılmıştır (Masoudi ark., 2020; Shahabi ark., 2022). Fiziksel aktivite ve egzersiz programlarında da modelin etkili olduğu görölmektedir. Bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmaları ve egzersizi günlük rutinlerine dahil etmeleri için Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde çeşitli hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Karataş & Polat, 2021;

Khodaveisi ark., 2020; Sabuni ark., 2021). Aynı şekilde, sağlıklı beslenme davranışlarını teşvik etmek için beslenme ve diyet danışmanlığında da modelden yararlanılmıştır (Khodaveisi ark., 2017). Model ayrıca, kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinde de kullanılmıştır. Kalp yetmezliği (Heshmati ark., 2020) ve kanser (Zenoozadeh ark., 2023) gibi hastalıklarda, hastaların kendi sağlıklarını yönetme süreçlerinde öz bakım davranışlarını artırmaya yönelik müdahaleler Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda planlanmıştır.

Model, hem ergenlerde hem de yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını teşvik etmek amacıyla da kullanılmıştır (Jalali ark., 2024). Yapılan bir çalışmada, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı sanal atölyelere katılan ergenlerin sağlık davranışlarında olumlu değişiklikler ve özerklik düzeylerinde artış olduğu tespit edilmiştir (Santi & Baldissera, 2023). Atölyeler, hemşirelerin bu yaş grubunun özel ihtiyaçlarını karşılamada farkındalık ve güçlenmelerine destek olarak, ergenlerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarında olumlu gelişmeler kaydedilmesine katkıda bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerde de modelin öz yeterlilik algısını güçlendirdiği bulunmuştur (Jalali ark., 2025). Bu kapsamda model, farklı yaş gruplarındaki bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde şekillendirmek için hemşirelik uygulamalarında etkili bir çerçeve sunmaktadır. Uludağ ve Kaşıkçı Sağlığı Geliştirme Modeli ile hemşirelerin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarına yardım ederken, model ile birbirlerini tamamladığı düşünülen motivasyonel görüşmenin kullanılmasını önermişlerdir (Uludağ & Kaşıkçı, 2024).

Modelin KOAH hastalarındaki kullanımı literatürde sınırlı olmakla birlikte, Karasu ve Aylaz (2020), Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temelinde hazırlanan bakım rehberinin KOAH hastalarının tedaviye uyum sağlaması, semptomların kontrolü ve hastaneye yatışların azaltılmasında etkili olduğunu bildirmişlerdir. KOAH yönetiminde

yalnızca fizyolojik belirtilerin değil, hastaların psikososyal ve çevresel faktörlerinin de dikkate alındığı bütüncül bakım yaklaşımları büyük önem taşımaktadır (Smith & Jones, 2019). Biyopsikososyal model, hastaların hastalık algısı, motivasyonu ve sosyal desteğinin tedavi sürecine etkisini ortaya koyarak, tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini artırmada etkili bir çerçeve sunmaktadır (Brown, 2021). Bu yaklaşım, KOAH hastalarının tedavi süreçlerine aktif katılımını teşvik ederek multidisipliner tedavi ekipleri arasında koordinasyonu güçlendirmektedir (Wilson ark., 2022). Dolayısıyla, KOAH hastalarında çok boyutlu değerlendirme ve müdahaleleri içeren modellerin uygulanması, hastalık yönetiminin başarısını olumlu yönde desteklemektedir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ile biyopsikososyal modelin entegrasyonu, hem bireysel hem de çevresel faktörleri bütüncül şekilde ele alarak, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesinde tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Karasu & Aylaz, 2020; Wilson ark., 2022).

2.4. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, bireyin ambivalansını keşfedip çözümlemesine yardımcı olarak, davranış değişikliğini ortaya çıkartmak için motivasyon oluşturan, yönlendirici ve danışan merkezli bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (Miller, 2023; Miller & Rollnick, 2012). Bu yöntem, 1970'li yıllarda William Miller tarafından geliştirilmeye başlanmış ve ilk olarak Stephen Rollnick'un katkılarıyla 1983 yılında alkol bağımlılığına yönelik kısa süreli bir tedavi modeli olarak kullanılmıştır (Miller, 2023). Daha sonra 1990'lı yıllarda motivasyonel görüşmenin, fiziksel ve kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerde davranış değişikliğinin önemli bir zorluk olduğunu ortaya koymada etkili olduğu belirtilmiştir (Rollnick ark., 2008). Kullanım alanları daha da genişleyerek kardiyak bakım, kronik ağrı, kilo verme, alkol-madde ve tütün bağımlılığı, ilaca uyum, hastalığa uyum, depresyon, cinsel davranış değişikliği, beyin felci rehabilitasyonu, çocuk koruma,

diyabet-diyet, aile içi şiddetin önlenmesi, ek tanı tedavisi, evlilik danışmanlığı, anksiyete bozukluğu gibi alanlarda kullanılmaktadır (Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme, bireylerin davranış değişikliğine yardımcı olma noktasında etkinliği, empatik ve işbirlikçi yaklaşımı, içsel motivasyonu artırma kabiliyeti ve dirençle baş etme stratejileri ile geleneksel görüşme yöntemlerinden farklı ve üstün bir yaklaşımdır (Afriwilda & Mulawarman, 2021).

Ambivalansın çözümünde, değişim konuşmasını ifade etmesi gereken temel kişi danışanın kendisidir. Bu yüzden danışman, bireylerin mevcut davranışlarını değerlendirmelerine olanak tanıyan, yapıcı ve destekleyici bir ortam sunar (Wood, 2020). Danışman, direnç gelişmemesi için doğrudan baskı yapmaktan kaçınır ve destekleyici bir ortam sağlayarak danışanın mevcut durumu ile ideal hedefleri arasındaki uyumsuzluğu fark etmesine yardımcı olur. Böylece, bireylerin farkındalık geliştirmesi ve değişim yönünde adım atması desteklenir (Miller, 2023). Bireyin özerkliğine saygı, bu sürecin merkezinde yer alır (Miller & Rollnick, 2012; Ögel, 2009).

Bu bilgiler doğrultusunda motivasyonel görüşmenin özellikleri:

- Birey değişme ve değişmeme nedenlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur.
- Birey değişim yönünde karar vermedikçe, motivasyonel görüşme sırasında çözüm önerileri sunulmaz.
- Birey merkezlidir.
- Uzman kendi düşüncelerini empoze etmez. Birey neredeyse oraya gider.
- Bir güreş değil, bir danstır. Eşlik etmedir. Yargısız kabullenmedir.
- Bir ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir. Bireyin davranışları ile ilgili özerkliğine, tercih yapma hakkına saygı duyulur.
- Direnç ve inkâr, kişinin özellikleri değil, uzmana yönelik geribildirim olarak değerlendirilir (Ögel, 2009).

2.4.1. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları

Motivasyonel görüşme iki temel aşamada gerçekleşir. Birinci aşama, değişimin meydana gelmesi için motivasyonun oluşturulmasıdır. Bu aşamada, bireyin değişime olan isteği, konuya verdiği önem ve kendine duyduğu güven belirleyici faktörlerdir. Değerlendirme sürecinde "önemlilik" ve "güven-yeterlilik" kavramları öne çıkmaktadır (Doğasal & Karakartal, 2022).

Önemlilik: Bireyin değişime verdiği önem, değişim konuşmasının temel bileşenlerinden biridir. Hemşire, bireyin değişime verdiği önemi anlamak için derecelendirme cetveli kullanabilir. "Değişim sizin için ne kadar önemli?" sorusu, 0'dan 10'a kadar bir ölçekte yanıtlanabilir. Birey düşük bir puan verdiğinde, "Neden 1 değil de 4?" veya "4 değil de 7 olması için ne gerekir?" gibi sorular sorularak bireyin farkındalığı artırılabilir (Rollnick ark., 2008).

Güven-Yeterlilik: Bireyin kendine olan güveni, değişim sürecine olan bağlılığını etkileyen bir diğer önemli unsurdur. Burada bahsedilen güven, bireyin değişim için gereken becerilere sahip olduğuna dair duyduğu inancı ifade etmektedir. Hemşire, "Eğer bu değişikliği yapmayı düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz?" veya "Kendinize olan güveniniz 0'dan 10'a kadar bir cetvel olarak düşünüldüğünde hangi sayıyı kendinize uygun görürsünüz?" gibi sorularla bireyin yeterlilik algısını değerlendirebilir (Ögel & Şimşek, 2021).

Eğer birey düşük bir puan verirse, "Neden 1 değil de 4?" veya "4 değil de 7 olması için ne gerekir?" gibi sorular sorularak bireyin kendine olan güveni desteklenebilir. Geçmişte yaşadığı olumlu deneyimler hatırlatılarak değişim yönünde cesaretlendirme sağlanabilir (Miller, 2023).

Değerlendirme ve Yönlendirme

- Önemlilik ve güven-yeterlilikten hangisinin üzerinde durulacağı bireysel değerlendirme sonucu belirlenmelidir.
- Önemlilik düşükse, bireyin değişime verdiği önemi artırmak öncelikli olmalıdır.
- Güven-yeterlilik düşükse, bireyin yeterliliğine olan inancı desteklenmelidir.
- Her ikisi arasında ciddi bir fark varsa, düşük olan faktöre yönelik müdahale edilmelidir.
- İkisinin de eşit seviyede olduğu durumda, ilk olarak önemlilik üzerinde durulmalıdır.
- Her ikisinin de çok düşük derecelenmesi halinde, kullanılan yöntemin uygunluğu sorgulanmalı ve farklı yöntemlere başvurulmalıdır (Ögel & Şimşek, 2021).

Değişim Planını Geliştirme ve Bağlılığı Güçlendirme: motivasyonel görüşmenin ikinci aşaması, değişim planını oluşturma ve bireyin bu plana bağlılığını artırma sürecidir. Bu aşamada, bireyin durumunu değerlendirmek, sorunların ve değişim ihtiyacının özetini sunmak, uygun anahtar sorularla bireyi düşünmeye teşvik etmek oldukça önemlidir. Gerekli durumlarda bilgi ve tavsiyeler sunularak bireyin değişim yönünü belirlemesine yardımcı olunmalıdır (Rollnick ark., 2008).

Sonuç olarak, değişim konuşması motivasyonel görüşmenin temel bileşenlerinden biri olup, bireyin değişime olan bağlılığını ve bu süreci kabullenmesini desteklemektedir. Etkili bir motivasyonel görüşme yürütebilmek için değişim konuşmasının aktif olarak teşvik edilmesi, bireyin farkındalığını artıracak tekniklerin kullanılması ve direnç oluşturmaktan kaçınılması gerekmektedir (Wood, 2020).

2.4.2. Motivasyonel Görüşmenin Bileşenleri

Motivasyonel görüşmenin bileşenleri katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlama olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır (Şekil 2.2.) (Ögel & Şimşek, 2021).

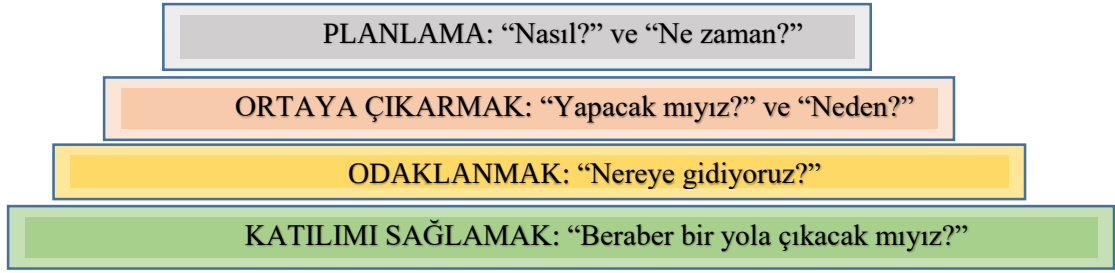
Katılımı Sağlamak: Danışanın katılımı olmadan değişim sağlamak imkânsızdır. Güven ve iş birliği oluşturarak danışanın sürece aktif katılımını teşvik etmektir. Danışanın değişimle ilgili güçlü yanlarını ve değişim sürecinde nerede zorlandığının keşfedildiği aşamadır. Katılımı sağlamak bütün hikâyeyi dinlemekle başlar. Sadece bilgi almak amacıyla soru-cevap yapılmaz, aynı zamanda ilişki de geliştirmeye çalışılır (Wood, 2020).

Odaklanmak: Görüşmenin belirli bir hedef doğrultusunda yönlendirilmesini sağlayan ve değişime yönelik net bir konu belirleyen aşamadır (Ögel & Şimşek, 2021).

Ortaya Çıkarmak: Danışanın değişimle ilgili iç motivasyonunu keşfetmesine yardımcı olmak ve değişim konuşmasını teşvik etmektir. Danışanın değişime yönelik cümleleri ifade ettiği aşamadır (Miller & Rollnick, 2012).

Planlama: Danışanın değişim sürecinde somut adımlar belirlemesini ve eyleme geçmesini destekleyen aşamadır. Ortaya çıkarma aşamasında danışanın değişime yönelik cümlelerinden harekete geçerek, somut bir plana dökerek planlama aşaması uygulanır (Ögel & Şimşek, 2021; Rubak ark., 2005).

Bileşenler bir sıra izler fakat aynı zamanda geçişkendir. Örneğin, planlama aşamasındayken, katılımı sağlamaya devam etmek gerekebilir. Motivasyonel görüşmenin her aşamasında danışanın içinde bulunduğu durumu ve sürecin amacını anlamayı kolaylaştıran, her aşamanın temel amacını veya odaklandığı sorunu özetleyen kılavuz sorular aşağıda yer almaktadır (Şekil 2.2.) (Ögel & Şimşek, 2021).



Şekil 2.2. Motivasyonel görüşmenin bileşenleri ve temel soruları

2.4.3. Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri

Empati Gösterilmesi: Bireyin duygularını, düşüncelerini ve bakış açısını yargılamadan ve eleştirmeden, ona saygı duyup destekleyen bir yaklaşımı kapsar (Rollnick ark., 2008). Danışmanın bu tutumu, bireyi tamamen onayladığı ya da onunla aynı fikirde olduğu anlamına gelmez. Burada eleştirilen ya da onaylanmayan birey değil, yalnızca problemlili davranışlardır (Dicle, 2017). Empati kurma sürecinde danışman, yansıtıcı dinleme tekniğini görüşmenin başlangıcından itibaren ve motivasyonel görüşme süreci boyunca aktif bir şekilde kullanmalıdır (Miller, 2023; Ögel & Şimşek, 2021).

Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması: Bu ilke, bireyin mevcut davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri fark etmesine yardımcı olmayı amaçlar. Bu süreçte, bireyin şu an bulunduğu durum ile ulaşmayı arzuladığı yer arasındaki farklara dikkat çekilir (Dicle, 2017). Danışman, bireyin birbiriyle çelişen veya uyumsuz düşüncelerini fark etmesini sağlayarak, değişim yönünde motive olmasını destekler. Bu amaçla, danışman genellikle açık uçlu sorular tekniğini kullanır. Bu sorular, bireyin kendi düşüncelerini açıklamasına ve davranışlarıyla hedefleri arasındaki çelişkileri kendi bakış açısından değerlendirmesine olanak tanır (Ögel, 2009; Ögel & Şimşek, 2021).

Direnci Çözme: Motivasyonel görüşme tekniği, danışan ile danışman arasında bir çatışma durumu değildir. Bu süreçte kazanan ya da kaybeden bir taraf bulunmaz (Ögel, 2009). Danışmanın amacı, bireye yeni hedefler dayatmak yerine, değişim sürecine

yönelik güncel bir yaklaşım sunarak davranış değişikliği konusunda farklı bir bakış açısı kazandırmaktır (Filgona ark., 2020). Bu noktada, danışman ısrarcı bir tutum sergilemekten kaçınmalı, bireyi ikna etmeye çalışmamalı ve onun kendi çözümlerini üretmesine destek olmalıdır. Ayrıca, değişim niyetini, değişimin avantajlarını ve değişime yönelik olumlu bir perspektifi ön plana çıkarmalıdır (Rubak ark., 2005).

Kendine Yeterliliği-Öz Yeterliliği Destekleme: Motivasyonel görüşmede, bireyin öz yeterliliğini desteklemek, davranış değişikliği açısından büyük bir öneme sahiptir (Wood, 2020). Görüşme sürecinde danışmanın, bireyin öz yeterliliğini artırmasına ve değişimle karşılaşabileceği zorlukları aşabileceğine dair bir inanç geliştirmesine yardımcı olması gerekir. Bu süreçte danışman, bireyle kurduğu iletişimde onaylama ve özetleme gibi tekniklerden yararlanır. Bu teknikler, bireyin değişim sürecine uyum sağlamasına katkı sağlar (Ögel & Şimşek, 2021; Rubak ark., 2005).

2.4.4. Motivasyonel Görüşmede Temel Teknikler

Motivasyonel görüşme sürecinde açık uçlu soru sormak, desteklemek, yansıtıcı dinleme ve özetleme teknikleri kullanılmaktadır. Bu teknikler İngilizce’de OARS (open ended questions, affirmations, reflective listening, summarizing) olarak kısaltılmıştır. OARS motivasyonel görüşmenin her aşamasında en sık ve yaygın kullanılan tekniklerdir (Wood, 2020).

Açık Uçlu Sorular Sormak: Açık uçlu sorular, danışanın direnç göstermesini önler, düşüncelerini açığa çıkarmasını sağlar ve görüşlerini geniş bir perspektiften değerlendirmesine olanak tanır. Detaylı yanıtları teşvik eden bu sorular, danışanın kendisini rahatça ifade etmesine ve iletişimin derinleşmesine katkıda bulunurken, danışmanın empati kurmasını da kolaylaştırır (Ögel & Şimşek, 2021).

Desteklemek: Danışanın güçlü yönlerini fark etmesini sağlamak ve değişim sürecinde gösterdiği her türlü ilerlemeyi, küçük ya da büyük demeden ön plana

çıkarmaktır. Bu destekleyici yaklaşım, gerçekçi ve uyumlu olmalıdır. Kişi, kendine olan güvenini artırdıkça, hedeflediği davranış değişikliğini gerçekleştirme olasılığı da yükselir. Destekleme sürecinde verilmek istenen mesaj “eğer istersen kendini değiştirebilmen için sana yardım ederim” şeklindedir (Alpay & Şahin, 2024; Ögel & Şimşek, 2021).

Yansıtmalı Dinleme: Motivasyonel görüşmenin en temel becerilerinden biri etkili dinlemedir. Dinleme, karşıdaki kişinin söylediklerini anlamayı içerirken, yansıtmalı dinleme ise bu ifadelere nasıl karşılık verileceği ile ilgilidir. Yansıtmalı dinlemede önemli olan, bireyin ifade ettiklerinin anlamını tahmin edebilmek ve bunu uygun bir şekilde geri yansıtmaktır. Yansıtmalı dinlemenin amacı kişinin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Uzmanın değişimle ilgili olumlu cümleleri vurgulamasını sağlar (Rubak ark., 2005).

Özetleme: Özetleme, görüşme sırasında ele alınan konuları birleştirmek, pekiştirmek ve ambivalansın ortaya konması için kullanılan bir tekniktir. Bu yöntem, hem danışanın söylediklerini desteklediğinizi hem de onu dikkatle dinlediğinizi gösterir. Ayrıca görüşmecinin kontrolü elinde tutmasının bir yoludur. Özetlemede “Doğru anladıysam...” ile başlamak doğrudur ve “ama” kullanılmaz. Özetlemenin sonunda değişimi arttırıcı ifadeler yer almakatadır. Bu yöntem, hastanın değişim sürecini bir kez daha duymasına ve farkındalığının artmasına yardımcı olur (Filgona ark., 2020; Ögel, 2009).

OARS (open ended questions, affirmations, reflective listening, summarizing) için örnek:

- Bu durumdan çok sıkıldım.

Bu konuda neler yapmak planlıyorsun? (açık uçlu sorular)

- Spora başlamak için gidip spor ayakkabısı aldım.

Çok iyi fikir (destekleme)

- Artık değişmem lazım, şart oldu.

Değişmen gerektiğini düşünüyorsun (yansıtmalı dinleme)

- Burada iyi kazanıyorum ama daha iyi bir işe sahip olmak istiyorum.

Doğru anladıysam; bu iş yerinde iyi para kazanıyorsun ve daha iyi bir işe sahip olmak istiyorsun (özetleme) (Ögel & Şimşek, 2021).

2.4.5. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelik Bakımı

Motivasyonel görüşme, bireyin davranış değişikliğini desteklemek amacıyla kullanılan hasta merkezli bir yaklaşımdır ve hemşirelik bakımının temel ilkeleriyle örtüşmektedir (Gabarda ark., 2023). Hemşirelik, yalnızca fiziksel bakım sağlamakla kalmayıp, sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde bireye rehberlik etmeyi de içerir (Potter ark., 2021). Bu bağlamda, motivasyonel görüşme hemşirelerin hastalarla empatik iletişim kurmalarına, onların değişim motivasyonlarını anlamalarına ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerini desteklemelerine yardımcı olmaktadır (Coke, 2024). Bakım sürecinde, motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması, özellikle kronik hastalık yönetimi, yaşam tarzı değişikliği ve sağlığı geliştirici davranışların teşvik edilmesinde etkili olup, hasta sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynar (Alpay & Şahin, 2024).

Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde hemşireler, motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak hastaların tedaviye uyumunu artırmakta ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmektedir. Örneğin, diyabet, hipertansiyon (Steffen ark., 2021) ve KOAH (Wang ark., 2022) gibi hastalıklarda, hemşireler motivasyonel görüşme yoluyla hastaların kendi sağlıklarını yönetme becerilerini destekleyerek öz bakım süreçlerini güçlendirmektedir. Böylece, hemşirelik bakımı sadece hastalığın yönetimini değil, aynı zamanda bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırmasını da hedeflemektedir (Wang ark., 2022).

Hastaların bağımlılıkla mücadelede karşılaştıkları engelleri aşmalarına ve tedavi sürecine aktif katılımlarına yardımcı olmak, hemşirelik bakımının temel işlevlerinden biridir. Mujika ve ark.nın (2014) yaptığı çalışmada, hemşirelerin motivasyonel görüşme temelli sigara bırakma girişiminin, bireylerin sigara bırakma davranışını olumlu etkilediği saptanmıştır. Amiri ve ark.nın (2022) yaptıkları çalışmada, motivasyonel görüşmenin şekerli yiyecek tüketme ve obetizde azalma konusunda etkili olduğu bulunmuştur. Beslenme danışmanlığında da hemşireler, motivasyonel görüşmeyi kullanarak bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmalarına katkı sağlamaktadır (Sato ark., 2024).

Motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarında hastalıkla başa çıkma becerilerini geliştirdiği ve sağlıkla ilgili karar verme süreçlerinde katılımı artırdığı çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Lee & Kim, 2021). Örneğin, Naderloo ve ark. (2018) motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarında tedaviye uyumu arttırdığını belirlemiştir. Tülüce ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir başka çalışmada ise, motivasyonel görüşme seansları ve eğitim müdahaleleriyle desteklenen hasta grubunun hastalık bilgisi ve tedaviye uyum düzeylerinin yükseldiği, aynı zamanda kontrol grubuna göre ölüm oranlarının anlamlı şekilde düştüğü gösterilmiştir. Rehman ve ark.nın (2017) motivasyonel görüşme temelli sağlık koçluğu uyguladığı araştırmada ise, hastaların nefes darlığı düzeylerinde önemli iyileşme görülmüş, yaşam kalitesiyle ilgili emosyonel durum, yorgunluk ve hastalıkla baş etme gibi alanlarda da gelişmeler sağlanmıştır. Bu veriler, motivasyonel görüşmenin KOAH yönetiminde hastaların kendi sağlıklarını kontrol etme kapasitesini güçlendiren, tedaviye uyumu artıran ve hastalık sonuçlarını olumlu yönde etkileyen etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Tüm bu uygulamalar, motivasyonel görüşmenin hemşirelik bakımına entegre edilmesinin hasta sonuçlarını iyileştirdiğini ve bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmelerine yardımcı olduğunu göstermektedir. Motivasyonel görüşme,

hemşirelerin danışmanlık ve eğitim rollerini güçlendiren etkili bir iletişim yöntemi olarak, hasta bakım kalitesini artırmada önemli bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (Gabarda ark., 2023).

2.5. KOAH'ta Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar

KOAH, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik iyilik hallerini önemli düzeyde etkileyebilmektedir (BOLD, 2024). Bu etkilenmeler, semptom şiddeti, fonksiyonel kısıtlılıklar ve duygusal durum gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir ve hastalar tarafından çeşitli biçimlerde ifade edilebilmektedir (MacLeod ark., 2021). KOAH hastalarında, hasta tarafından bildirilen sonuçlar, hastaların hastalıklarıyla ilgili yaşadıkları semptomları, duygusal ve fiziksel durumlarını yansıtmaktadır (Li ark., 2020). Ayrıca hasta tarafından bildirilen sonuçlar, hastaların deneyimlerini ve algılarını yansıtarak, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu bilgiler genellikle hastalığın yönetimi, tedaviye yanıtlar ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Sazak & Olgun, 2025).

Hasta tarafından bildirilen sonuçlar, genellikle KOAH semptomlarının şiddetini, hastaların tedaviye olan yanıtlarını ve yaşamlarını ne ölçüde etkilediğini gösterir (Li ark., 2020). Bu sonuçlar arasında, öksürük, balgam, dispne, nefes darlığı ve yorgunluk gibi fizyolojik semptomlar yer alırken, aynı zamanda hastaların ruhsal durumlarına dair bilgiler de içermektedir (GOLD, 2025). KOAH hastalarında sıkça görülen depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon gibi psikolojik etkiler de hastaların genel sağlık durumunu doğrudan ve/veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir (Sazak & Olgun, 2025).

Çevresel faktörler de hastaların hastalık sürecindeki deneyimlerini önemli düzeyde etkileyebilmektedir. Soğuk hava, nemli ortamlar veya kirli hava koşulları gibi çevresel faktörler, KOAH semptomlarını tetikleyebilmektedir (Gayle ark., 2021). Bu faktörler hastaların dışarıda geçirdiği zamanı kısıtlayabilmektedir. Hastaların arkadaşları,

aileleri ve meslektaşlarıyla olan ilişkileri de hastalık nedeniyle kısıtlanabilmekte, bu da sosyal destek ve psikolojik iyilik halleri üzerinde belirleyici bir etki oluşturmaktadır (Mete, 2024). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar, yalnızca hastaların fiziksel sağlık durumlarını değil, aynı zamanda onların duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını da ortaya koymaktadır (Sazak & Olgun, 2025). Bu bilgiler, hemşirelerin hastalara bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımı geliştirmelerine yardımcı olabilir ve KOAH tedavisinde hasta merkezli bir yaklaşımın temelini oluşturur.

2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşme

Girişimi

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, bireylerin sağlık davranışlarını çevresel, kişisel ve davranışsal faktörlerin etkileşimiyle şekillendiğini vurgulayarak, sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik eden teorik bir çerçeve sunar (Jalali ark., 2025). Bu model, bireylerin sağlıklarını iyileştirmek için gerekli davranışları benimsemelerini ve motivasyonlarını güçlendirmelerini amaçlamaktadır (Pender ark., 2019). Motivasyonel görüşme ise bireylerin içsel motivasyonlarını keşfetmelerine ve sağlık hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olan bir danışmanlık yöntemidir. Değişim isteğini artırarak sağlıklı davranışlara geçişi destekleyen motivasyonel görüşme, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını ve davranış değişikliğine olan inançlarını güçlendirir (Wood, 2020). Sağlığı Geliştirme Modeli ve motivasyonel görüşme birlikte kullanıldığında, bireylerin sağlık davranışlarını geliştirme sürecinde güçlü ve tamamlayıcı bir yaklaşım sunar (Uludağ & Kaşıkçı, 2024).

Sağlığı Geliştirme Modeli ve motivasyonel görüşme, bireylerin sağlık davranışlarını geliştirmelerini destekleyen birbirini tamamlayan iki yaklaşımdır. Her ikisi de birey merkezli olup, kişisel deneyimleri, inançları ve motivasyonları temel alarak davranış değişikliğini teşvik eder (Cangol & Sahin, 2017). Sağlığı Geliştirme Modeli,

bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri teorik olarak açıklarken (Shahabi ark., 2022), motivasyonel görüşme bireyin değişime yönelik çelişkilerini azaltarak içsel motivasyonlarını güçlendirir (Miller, 2023). Öz yeterliliğin artırılması her iki yöntemin de temel unsurlarından biridir; Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin sağlık davranışlarını sürdürebilmesi için öz yeterliliği vurgularken (Jalali ark., 2025), motivasyonel görüşme bireyin kendi çözümlerini üretmesini sağlayarak bu yeterliliği destekler (Karaçar & Demirkıran, 2024). Ayrıca, Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin karşılaştığı engelleri ve destekleyici faktörleri tanımlarken (Shahabi ark., 2022), motivasyonel görüşme bu faktörler üzerindeki algıyı değiştirerek davranış değişikliğini kolaylaştırır (Heshmati ark., 2020). Her iki yöntem de bireyin değerlerine ve hedeflerine uygun, kişiselleştirilmiş stratejiler geliştirerek sürdürülebilir sağlık davranışlarını teşvik eder. Bu yönleriyle Sağlığı Geliştirme Modeli ve motivasyonel görüşme, bireyin sağlık gelişimini destekleyen bütüncül ve etkili bir çerçeve sunar (Cangol & Sahin, 2017).

Literatürde, Sağlığı Geliştirme Modeli'nin motivasyonel görüşme ile entegrasyonunun etkili olduğu birçok çalışma ile desteklenmektedir. Örneğin, Uludağ ve Kaşıkçı (2024), diyabetli hastaların öz-yönetim davranışlarının gelişmesinde Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel görüşmelerin etkili olduğunu bulmuşlardır (Uludağ & Kaşıkçı, 2024). Ayrıca, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin, sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemede yaygın olarak kullanıldığı ve sağlıksız davranışların değiştirilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Cangol & Sahin, 2017).

Sağlığı Geliştirme Modeli ile desteklenen motivasyonel görüşme girişimleri, sağlık davranışlarını değiştirme sürecinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yaklaşım, bireylerin içsel motivasyonlarını harekete geçirerek, sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri ve sürdürülebilir sağlık davranışları geliştirmeleri için güçlü bir temel

oluşturur. Motivasyonel görüşme, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin vurguladığı kişisel ve çevresel faktörleri dikkate alarak, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde olumlu değişiklikler yapmalarını sağlar. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak, bireylerin sağlıklarını iyileştirme süreçlerinde daha etkili olmaları mümkündür.

2.7. KOAH'ta Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar, Motivasyonel Görüşme ve Hemşirenin Rolü

KOAH'ta hasta tarafından bildirilen sonuçlar, bireylerin sağlık durumlarını, semptomlarını, tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini kendi bakış açılarıyla değerlendirdikleri ölçümler olup, hasta merkezli bakımın temel bileşenlerinden biridir (Li ark., 2020). Bu sonuçlar, hastaların ihtiyaçlarını ve deneyimlerini sağlık hizmeti sunucularına doğrudan iletmelerini sağlayarak, daha kişiselleştirilmiş ve etkili müdahalelerin geliştirilmesine olanak tanır. Kronik hastalıklar, özellikle KOAH gibi ilerleyici ve yönetimi zorlayıcı durumlarda, hastaların kendi deneyimlerine dayalı değerlendirmeleri, tedavi süreçlerinin uyarlanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sazak & Olgun, 2025). Ancak hastaların bu sürece aktif katılımı ve sağlık davranışlarını sürdürebilmeleri için etkili bir destek mekanizmasına ihtiyaç vardır.

Bu noktada motivasyonel görüşme, hastaların içsel motivasyonlarını keşfetmelerini ve sağlıkla ilgili kararlarını bilinçli bir şekilde almalarını destekleyen bir yaklaşım olarak hasta tarafından bildirilen sonuçlar ile güçlü bir etkileşim içindedir (Sazak & Olgun, 2025). Motivasyonel görüşme, bireylerin sağlık davranışlarına yönelik dirençlerini anlamalarına ve bu dirençleri aşarak sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerine yardımcı olur (Miller, 2023). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar ile elde edilen veriler, bireyin yaşadığı semptomlar ve tedavi sürecine dair algısı hakkında önemli ipuçları sunarken (Li ark., 2024), motivasyonel görüşme bu bilgileri kullanarak

hastanın değişime yönelik istekliliğini artıran bir rehberlik süreci sunar (Gabarda ark., 2023). Böylece, hasta tarafından bildirilen sonuçlar ile hastanın sağlık durumu daha iyi anlaşılırken, motivasyonel görüşme ile hastanın bu durumu yönetme becerisi güçlendirilmiş olur.

Hemşireler, hasta merkezli bakımın önemli bir parçası olarak hasta tarafından bildirilen sonuçlar ve motivasyonel görüşmeyi entgre ederek hastaların sağlık davranışlarını destekleme sürecinde kilit bir rol oynarlar. Hasta tarafından bildirilen sonuçlar ile hastaların bireysel deneyimleri ve ihtiyaçları belirlenirken (Nishimura ark., 2023), hemşireler motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak hastaların değişime yönelik farkındalıklarını artırabilir, tedaviye uyumlarını güçlendirebilir ve onları kendi sağlık yönetimlerinde daha aktif hale getirebilir (Sato ark., 2024). Empatik iletişim, hasta ile iş birliği ve bireye özel müdahaleler sunma gibi hemşirelik becerileri, hem hasta tarafından bildirilen sonuçların etkin kullanılmasını hem de motivasyonel görüşmenin başarılı uygulanmasını destekler (Arabacı ark., 2018). Böylece, hemşireler yalnızca semptom yönetimi ve tedaviye uyum süreçlerinde değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini iyileştirme sürecinde de belirleyici bir rol üstlenirler.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön-test son-test girişim ve kontrol gruplu randomize kontrollü tasarımı yürütüldü. Bu araştırma sürecinde tasarımdan raporlama için CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) protokolü dikkate alındı. Araştırma ClinicalTrials.gov veri tabanına NCT06783582 numarasıyla 15 Ocak 2025 tarihinde kayıt edildi.

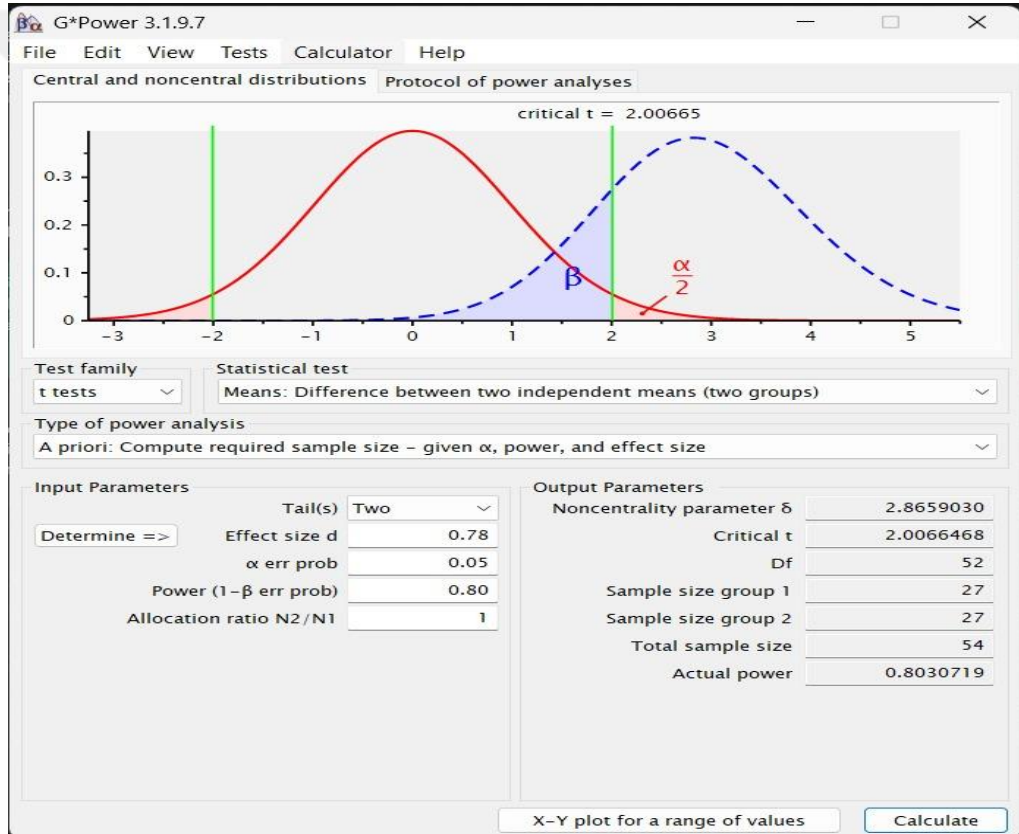
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mart 2024 - Temmuz 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma verileri ise Aralık 2024 - Nisan 2025 tarihleri arasında, Ardahan ilinde yer alan Ardahan Devlet Hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde toplandı. Göğüs hastalıkları kliniği 12 oda 22 yataklıdır. Klinikte 9 hemşire ve 2 hekim çalışmaktadır.

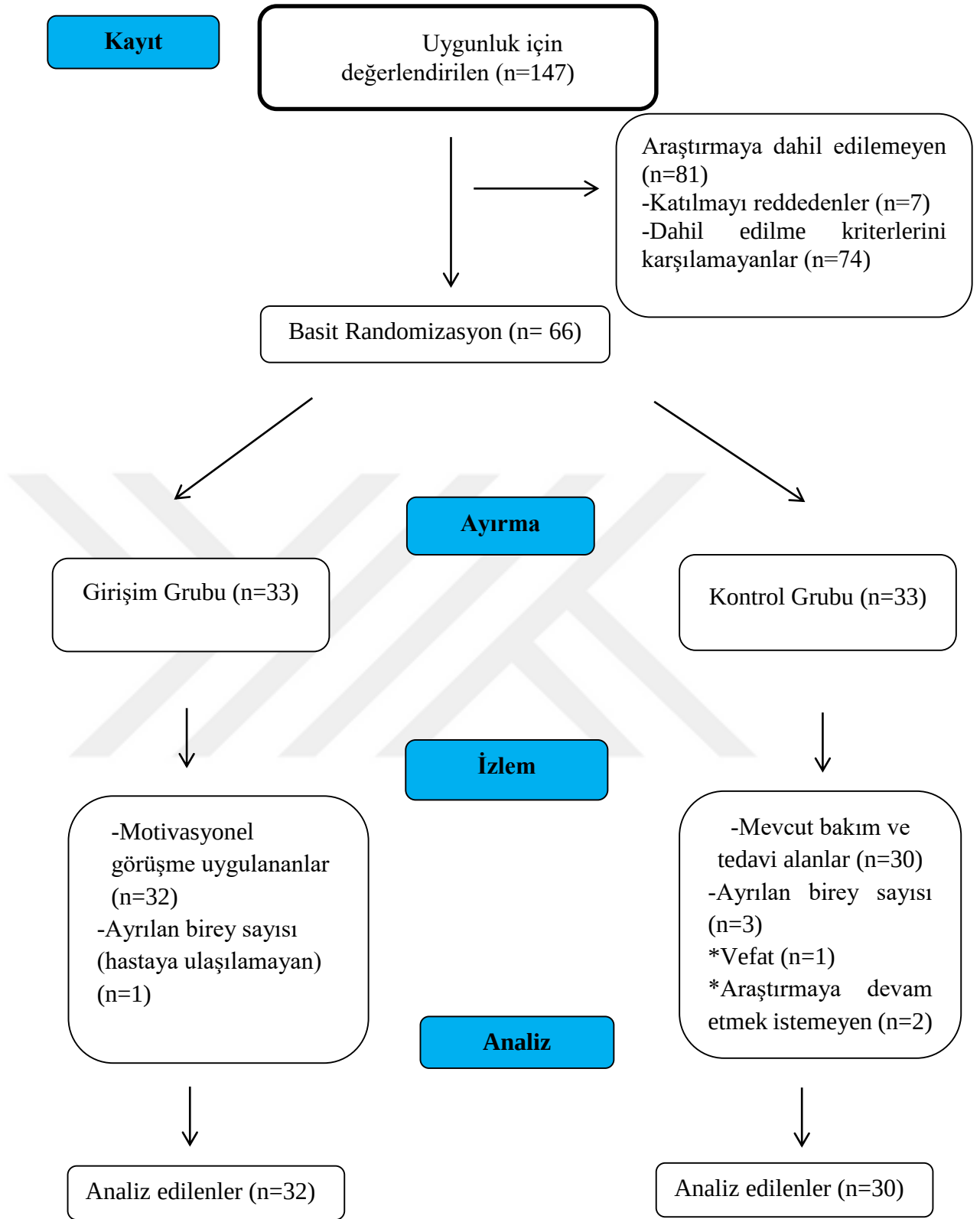
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ardahan il merkezinde yer alan Ardahan Devlet Hastanesi Göğüs hastalıkları kliniğine Aralık 2024 - Nisan 2025 tarihleri arasında yatarak tedavi gören KOAH tanılı hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme G*power 3.1.9.41 analizi ile belirlendi. Araştırmanın örnekleme yapılan güç analizinde çalışmanın güven aralığı %95, gücü %80, alpha 0.05 hata payı ve Cohen d 0.78 (yüksek düzey) etki büyüklüğü baz alınarak gruplarda en az 27'şer kişi olması gerektiği belirlendi (Cohen, 2013). Araştırmanın etki büyüklüğünde Li ve ark.nın 2024 yılında aynı hasta grubuyla yaptıkları çalışmada girişim grubu Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği puan ortalaması ön test ve son test verileri baz alınarak belirlendi (Şekil 3.1) (Li ark., 2024). Araştırmanın tüm aşamalarında veri kayıpları olabileceği (%20 veri kaybı öngörüsüyle) göz önünde bulundurularak (Akl ve ark., 2012), girişim grubu için 33, kontrol grubu için 33 hasta olmak üzere toplamda 66 hasta

araştırmanın örneklemini oluşturdu (Şekil 3.2). Araştırma sürecinde toplam 147 hasta uygunluk açısından değerlendirilip, 81'i araştırmaya dahil edilemedi. Bunların 7'si çalışmaya katılmayı reddedip, 74'ü ise dahil edilme kriterlerini karşılamadı. Randomizasyon sonrasında girişim grubuna 33, kontrol grubuna ise 33 katılımcı atandı. İzlem sürecinde, girişim grubunda 1 hastaya ulaşılamadığı için hasta motivasyonel görüşmeye katılamadı, kontrol grubunda ise 1 hasta vefat ettiğinden, 2 hasta devam etmek istemediğinden araştırmadan dışlandı. Böylece araştırma, girişim grubunda 32, kontrol grubunda 30 hasta ile tamamlandı (Şekil 3.2).



Şekil 3.1. G*Power örneklem büyüklüğünün hesaplanması



Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı (2010)

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- GOLD Evre II ve III KOAH olma,
- 6 aydan daha uzun süre KOAH tedavisi alma,
- 18 yaş üzeri olma,
- Okur-yazar olma,
- Online görüşmeler için akıllı telefona sahip olma,
- Türkçe iletişim kurabilme,
- İşitme ve görmeyle ilgili duyuşal kaybı olmama,
- Psikiyatrik tanı öyküsü olmama,
- İşbirliğine açık, koopere olma,
- Ciddi pulmoner ve malign hastalığa sahip olmama,
- Alevlenme belirtilerinin olmaması.

Araştırmadan Ayrılma/Sonlandırma Kriterleri

- Hastaneye yatarken yoğun bakıma alınma,
- Araştırma devam ederken hastanın araştırmadan ayrılmak istemesi,
- Hastanın taburcu olması.

3.3.1. Randomizasyon

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların belirlenmesinde random.org sitesinde yer alan Numbers alt başlığında bulunan Random Sequence Generator yöntemi ile basit randomizasyon yöntemi ile atama yapıldı. Yatış sırasına göre 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 17, 18, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 37, 38, 40, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 58, 63, 64, 65, 66 numaralı hastalar girişim grubunu temsil ederken; 1, 2, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 50, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62 numaralı hastalar kontrol grubunu temsil etti. Araştırmada kura yöntemiyle yapılan atama

sonucunda, sol sütunda yer alan sayılar girişim grubunu, sağ sütunda yer alan sayılar ise kontrol grubunu temsil etmektedir (Şekil 3.3).

RANDOM.ORG - Sequence Generator

[Home](#) [Games](#) [Numbers](#) [Lists & More](#) [Drawings](#) [Web Tools](#) [Statistics](#) [Testimonials](#) [Learn More](#) [Login](#)

True Random Number Service

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

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

Timestamp: 2024-12-14 22:04:35 UTC

[Again!](#) [Go Back](#)

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

© 1998-2025 RANDOM.ORG
Follow us: [Twitter](#) | [Mastodon](#)
[Terms and Conditions](#)
[About Us](#)

Şekil 3.3. <https://www.random.org/> sitesinden elde edilen sayı listeleri

3.3.2. Körleme

Araştırmanın doğası gereği çift yönlü bir körleme uygulanamadı. Yanlılığı önlemek için verilerin istatistiği araştırmadan bağımsız bir istatistikçi tarafından yapıldı. Veriler istatistikçiye gönderilirken girişim ve kontrol grubu istatistikçiye A ve B grubu şeklinde körlendi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği, Modified Medical Research Council Dispne Skalası, KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli puan ortalamaları.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Motivasyonel görüşme, hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile tipi, meslek/çalışma durumu ve sağlık güvencesi varlığı) ve KOAH'ıyla ilgili (sigara kullanımı, KOAH tanısını alma zamanı, KOAH dışında başka bir kronik hastalığı varlığı ve KOAH ile ilgili evde kullanılan cihaz varlığı) durumlarıdır.

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, sigara kullanımı, KOAH tanısını alma süresi, KOAH dışında başka bir kronik hastalık varlığı ve evde KOAH ile ilgili kullanılan cihaz varlığı kontrol edilen değişkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği”, “Modified Medical Research Council Dispne Skalası”, “KOAH Değerlendirme Testi (CAT)” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür (Karaçar & Demirkıran, 2024; Sazak & Olgun, 2025) doğrultusunda oluşturuldu. Form, hastaların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile tipi, meslek/çalışma durumu ve sağlık güvencesi varlığı) içermektedir. Ayrıca, KOAH konusunda tutum ve alışkanlıklarına ilişkin bilgileri (sigara kullanımı, KOAH tanısını alma zamanı, KOAH

dışında başka bir kronik hastalığın varlığı ve KOAH ile ilgili evde kullanılan cihaz varlığı) kapsayan bölümlerden oluşmaktadır (EK-4).

3.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (mCOPD-PRO)

Li ve ark. (Li ark., 2020) tarafından 2020 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sazak ve Olgun tarafından 2023 yılında tez çalışması olarak yapılmıştır (Sazak & Olgun, 2025). Ölçek, KOAH hastalarının fizyolojik, psikolojik ve çevresel alanlardaki hastalığa özgü sağlık durumunu kapsamlı biçimde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçek üç alt boyut 27 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; fiziksel alan (17 madde), psikolojik alan (7 madde) ve çevresel alan (3 madde) olarak sınıflanmaktadır. Ölçek 5'li likert tiptedir (9. Madde için; 0= Hiç, 1= Çok hafif, 2= Orta düzeyde, 3= Belirgin, 4= Çok belirgin, diğer tüm maddeler için; Hiçbir zaman 0, Neredeyse hiç 1, Birkaç kez 2, Birçok kez 3, Neredeyse her zaman 4). Ölçekte 13. Madde ters puanlanmalıdır. Bu yüzden 13. Maddeye ilişkin elde edilen puan 4'ten çıkarılarak puanlanır. Ölçeğin toplam puanı, tüm maddelere verilen puanların toplamının, madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Benzer şekilde, alt boyut puanları ise her bir alt boyutta yer alan maddelerden elde edilen toplam puanın, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle belirlenmektedir. Dolayısıyla ölçekten elde edilen en düşük puan 0, en yüksek puan ise 4'tür. Ölçekte daha düşük puan, hastanın daha iyi bir sağlık durumuna sahip olduğunu göstermektedir. (Sazak & Olgun, 2023). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı ön testte 0.91, son testte ise 0.96 olarak bulunmuştur (Sazak, 2023). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı ölçek genelinde 0.95 olarak saptandı (EK-5).

3.5.3. Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası

1952 yılında Fletcher'ın geliştirilmiş olduğu dispne skalası, akciğer hastalığına sahip bireyler ile sahip olmayan bireylerin aktivite esnasındaki dispne seviyelerini karşılaştırmak için kullanılmıştır (Flecher, 1952). Daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC) tarafından, hastalıkların seyrinin değerlendirilmesi amacıyla skala revize edilmiştir. Dispneyi belirlemede çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulan skala 5 maddeden oluşmakta ve 0 puan ile 4 puan arasında puanlanmaktadır. Skalada dispne açısından en düşük dispne düzeyi 0 puan iken, en şiddetli dispne düzeyi ise 4 puan olarak tanımlanır. Puanın yüksek olması algılanan dispnenin şiddetli olduğunu göstermektedir. (EK-6) (Bestall ark., 1999). Ölçek tek yönlü bir skala olması nedeniyle Cronbach alfa katsayısı değerlendirilmemiştir.

3.5.4. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

2009 yılında Jones ve ark. tarafından geliştirilen (Jones ve ark., 2009) ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2012 yılında Yorgancıoğlu ve ark. yapmıştır (Yorgancıoğlu ark., 2012). CAT'ta yer alan 8 soru; öksürük, balgam, nefes darlığı, yorgunluk semptomları, uyku gibi durumları değerlendirerek, hastalığın şiddetini belirlemektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak saptanmıştır. Testteki soruların skorları "0-40" arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması hastanın sağlık durumunun kötü olduğunu göstermektedir. CAT skoruna göre; 0–10 puan hastalığın düşük şiddette, 11–20 puan hastalığın orta şiddette, 21–30 puan hastalığın yüksek şiddette, 31–40 puan ise hastalığın çok yüksek şiddette olduğunu göstermektedir (EK-7). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. (Yorgancıoğlu ark., 2012). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulundu.

3.5.5. Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli

Önem ve güven-yeterlilik cetvellerinin uygulanması motivasyonel görüşmenin temel parametrelerindendir. Bu cetvel “önem ve güven-yeterlilik” olmak üzere iki farklı boyutun puan ortalamasını sorgulamaktadır (Cangol & Sahin, 2017; Ögel, 2009). Önem cetveli 0 ila 10 puan aralığındadır. 0 puan “hiç önemli değil”, 10 puan ise “çok önemli” olarak değerlendirilir. Benzer şekilde “güven ve yeterlilik cetveli de” 0 ila 10 puan aralığında değerlendirilir. 0 puan “hiç güvenmiyorum/ yeterli değilim” 10 puan “çok güveniyorum/ çok yeterliyim” şeklindedir. Bu cetvellerden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 10’dur. Puanların yüksek olması; bireyin değişimi önemsedğini, aynı zamanda bu değişimi başarabileceğine olan güveninin ve yeterlilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir (Ögel & Şimşek, 2021). (EK-8).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşamalarına bu bölümde yer verildi. Bu kapsamda, verilerin toplanması ve girişim süreci ayrıntılı olarak açıklandı. Girişim grubuna uygulanan motivasyonel görüşme oturumları ile kontrol grubuna sunulan rutin hemşirelik bakımına ilişkin bilgiler detaylı bir biçimde sunuldu.

3.6.1. Motivasyonel Görüşme Girişiminde Kullanılan Teknikler

Bireylerin davranış değişikliğine yönelik motivasyonlarını artırmak amacıyla kullanılan hasta merkezli bir yaklaşım olan motivasyonel görüşme sürecinde kullanılan bazı temel teknikler şunlardır:

Açık uçlu soru: Hastanın düşüncelerini, hislerini ve deneyimlerini detaylandırmasını sağlamak için kullanılan sorulardır. Bu tür sorular, hastanın kendini ifade etmesine ve içsel motivasyonunu keşfetmesine yardımcı olur (Ögel & Şimşek, 2021).

Örnek: "KOAİ ile yaşamakta sizin için en zorlayıcı şey nedir?"

Destekleme: Bu yöntemle hastanın olumlu yönlerini ve değişime yönelik çabalarını fark etmesini sağlamak için teşvik edici ifadeler kullanılır. Bu yaklaşım, hastanın öz yeterliliğini artırır (Miller, 2023).

Örnek: "Sigara içme sıklığınızı azaltmaya çalışmanız gerçekten takdir edilesi bir çaba."

Yansıtma dinleme: Hastanın söylediklerini anlayarak ona geri yansıtma yapmaktır. Böylece hasta kendini anlaşıldığını hisseder ve konuşmasını derinleştirebilir (Steffen ark., 2021).

Örnek: Hasta: "Bazen nefes darlığım yüzünden hiçbir şey yapasım gelmiyor."

Görüşmeci: "Yani nefes darlığınızın günlük aktivitelerinizi kısıtladığını düşünüyorsunuz."

Özetleme: Görüşmenin belirli noktalarında hastanın söylediklerini toparlayarak tekrar etmek, önemli konuları vurgulamak ve hastaya duyulduğunu hissettirmek için kullanılan tekniktir (Ögel & Şimşek, 2021).

Örnek: "Bugün konuşmalarımızdan anladığım kadarıyla, KOAH ile yaşamak zaman zaman sizi zorlayabiliyor ama aynı zamanda semptomları yönetmek için bazı stratejiler geliştirmeye açıksınız."

3.6.2. Pilot Uygulama

Pilot uygulama, Ardahan Devlet Hastanesi göğüs kliğinde yatan ve dahil edilme kriterlerine uyan 5 KOAH'lı ile yapıldı (Thabane ark., 2010). Pilot uygulama ile görüşme ortamı, görüşme süresi gibi durumlar değerlendirildi. Ayrıca görüşme planının, değişim planının, veri toplama formlarının hastalar tarafından anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği değerlendirildi. Pilot uygulama sonucunda tanıtıcı hasta formunun anlaşılabilirliği artırmak için bazı cümlelerdeki kelimeler düzeltildi. Pilot uygulama sürecinde, geliştirilen değişim planının hastalar için karmaşık olduğu belirlendi. Bu doğrultuda, hastaların bireysel ihtiyaçları ve algı düzeyleri dikkate alınarak değişim planı daha sade, anlaşılır ve

uygulanabilir bir biçimde yapılandırıldı. Yapılan düzenlemeler, hastaların motivasyonel görüşme sürecine aktif katılımını desteklemek ve bilgi transferini kolaylaştırmak amacıyla gerçekleştirildi. Pilot uygulama yapılan bu hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.6.3. Hemşirelik Girişimi

Girişim Grubu: Araştırma hakkında bilgilendirilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile yazılı onamları alındı. Daha sonra ön test için “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “mCOPD-PRO”, “mMRC Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” uygulandı. Hastalara rutin hemşirelik bakımına ek olarak Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ne dayalı motivasyonel görüşme girişimi uygulandı. Motivasyonel görüşme, araştırmacılar tarafından oluşturulan Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli ile tasarlanan bir girişimdir. Bu girişim her hasta için bireysel planlanan üç oturum yüz yüze ve üç oturum online olmak üzere toplamda 6 oturum olarak gerçekleştirildi. Yüz yüze ve çevrimiçi görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika sürdü (Heshmati ark., 2020; Karaçar & Demirkıran, 2024). Hastanın kliniğe yatışının 1. gününde birinci motivasyonel görüşme, 4. gününde ikinci motivasyonel görüşme ve 7. gününde üçüncü motivasyonel görüşme yapıldı (Şekil 3.4.). Yüz yüze oturumlar tekli odada olan hastaların kendi odasında, iki kişilik odada olan hastalar için ise hastanenin eğitim odasında araştırmacı tarafından yapıldı ve hastalardan iletişim bilgileri alındı. Daha sonraki üç hafta hastalarla haftada bir kez mobil uygulama aracılığı ile online olarak toplam üç görüşme gerçekleştirildi. Görüşmelerden en az iki gün önce hasta ile iletişime geçilip randevu alınarak görüşme günü ve saati belirlendi. Mobil uygulama kullanım sıklığı ve kolaylığından dolayı tercih edildi. Her hasta ile birebir görüşmeler, ilgili mobil uygulamanın görüntülü konuşma özelliği kullanılarak gerçekleştirildi. Bu oturumlarda motivasyonel görüşme girişiminin ruhuna uygun şekilde; KOAH’ta yaşanan en büyük sorun, düzenli ilaç kullanımının zorluğu, dispne yönetimi,

öksürük-solunum egzersizleri, yürüyüş, sosyal destek gibi görüşme konuları yer aldı. Bu konular hastaya sunuldu ve hasta görüşmenin gündemini belirledi. Hastada oluşan ambivalanslar çözülmeye çalışıldı. Hastanın değişim aşaması belirlenip, değişim için kendine olan güveni ve değişime ne kadar önem verdiği sorgulandı. Araştırmacı ilk görüşme sırasında hasta ile birlikte değişim planı hazırladı. Değişim planı (EK-9) araştırmacı tarafından biri araştırmacıda diğeri ise hastada kalacak şekilde iki adet olarak dolduruldu. Daha sonraki görüşmelerde plana uyum izlendi ve gerektiğinde değişim planında değişiklikler yapıldı. Ayrıca görüşmeler boyunca hastanın semptom yönetimine ilişkin algıladığı faydalar, yaşadığı problemler, problemlerin nedenleri ve semptom yönetimi davranışlarını sürdürmenin önündeki engeller hasta ile konuşuldu ve hastada farkındalık oluşturulmaya çalışıldı. İlk verilerden 4 hafta sonra son test verilerinin toplanması için “mCOPD-PRO”, “mMRC Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” hastalara online olarak uygulandı. Son test verileri toplandıktan 8 hafta sonra izlem testi verilerinin toplanması için “mCOPD-PRO”, “mMRC Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” online olarak uygulandı (Şekil 3.4.).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşme Planı

Plan, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşme yaklaşımını kullanarak KOAH hastalarının semptom yönetimini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Görüşme planının içeriği, araştırmacı tarafından modelin temel bileşenlerini (bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa yönelik bilişsel ve duyuşsal faktörler, davranış çıktısı) kapsayacak şekilde yapılandırıldı (Pender ark., 2019). Görüşme planı, motivasyonel görüşme tekniği, KOAH yönetimi ve Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli konularında bilgi ve deneyime sahip bir klinik hemşireye ve altı akademisyen hemşireye gönderildi. Uzmanların önerileri doğrultusunda içerikte gerekli revizyonlar yapılarak görüşme planına son hali verildi (EK-10).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler

Birinci Motivasyonel Görüşme

Hasta hastanede yatarken hemodinamik göstergeleri normal olduğunda motivasyonel görüşme gerçekleştirildi. Birinci motivasyonel görüşmede, terapötik bir ortam oluşturulmuş, hasta ile güvene dayalı bir ilişki kurulmuş ve ardından hastanın kararsızlık yaşadığı noktaların ele alınarak değişime yönelik motivasyon geliştirmesi hedeflendi (Miller & Rollnick, 2012; Ögel & Şimşek, 2021).

- Hasta ile tanışma, araştırmacının ve danışanın çalışma sürecindeki rolü, danışandan beklentiler, ilk oturumun ortalama süresi hakkında bilgi sağlandı.
- Gündem oluşturulurken; “-Bugün neler konuşacağız (Bugün hangi konuda konuşmak istersiniz? İlaçların düzenli kullanımı, solunum egzersizleri, sağlıklı beslenmek, dispneyi azaltmak gibi konularla ilgili konuşabiliriz. Ya da sizin tercih ettiğiniz KOAH sürecinizle ilgili herhangi bir konu)? Şeklinde bir yol izlendi.
- Hastanın değişim aşamasını belirlemek için; hastanın Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenleri olan bireysel özellikler ve KOAH'a ilişkin deneyimler soruldu (Daha önce KOAH semptomlarınızı yönetmek için hangi yöntemleri denediniz? Bu yöntemler ne kadar etkili oldu? KOAH ilaçlarını düzenli kullanımla ilgili ne düşünüyorsunuz? KOAH tanısı aldıktan bu yana sağlığınıza korumak için neler yaptınız?).
- Ayrıca hastanın değişim aşamasını belirlemek için; Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin durumsal etkiler bileşenine dayalı olarak “Yaşadığınız şehir ve ortam/çevre varsa iş hayatınız KOAH semptomlarınızı nasıl etkiliyor?” sorusu soruldu. Hastadan bilgiler alınırken konuşma çağrışım yaptıran açık uçlu sorularla, desteklemeyle, yansıtıcı dinleme ve özetlemelerle desteklendi.

- Değişim aşaması belirlendikten sonra, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşeni olan her hastanın bireysel özellikleri doğrultusunda istenilen davranış değişikliğine özgü iki adet (biri araştırmacı diğeri de hastada kalacak şekilde) değişim planı araştırmacı tarafından doldurularak hazırlandı.
- Hastanın davranışı gerçekleştirme konusunda; Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşeni olan algılanan öz yeterlilik kapsamında “KOAH'nınızı ve semptomlarınızı yönetme konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” sorusu soruldu. Bunun için motivasyonel görüşme tekniğinde kullanılan 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş önem- güven skalasından yararlanıldı.
- Son aşamada, görüşme süresi dikkate alınarak ilk görüşmenin önemli bölümleri özetleme tekniği ile vurgulandı, hastaya eklemek istediği şeyler için söz hakkı verilerek ve ikinci görüşmenin günü hatırlatılarak oturum sonlandırıldı.

İkinci Motivasyonel Görüşme

Hasta hastanede yatarken sonrası ve hemodinamik göstergeleri normal olduğunda ikinci motivasyonel görüşme uygulandı. Bu görüşmede hastanın değişim sürecine olan bağlılığının artırılması amaçlanmış ve bu hedef doğrultusunda bir eylem planı oluşturuldu (Miller, 2023; Ögel, 2009; Rollnick ark., 2008). Bu oturumda hastanın hangi süreçte olduğu dikkate alınarak görüşme sürdürüldü. Değişim planı hasta ile birlikte tekrar gözden geçirildi. Değişim konuşmasına Pender'in modelinin bileşenlerine dayalı olarak açık uçlu sorular, destekleme, yansıtma dinleme ve özetlemeler ile desteklenerek devam edildi.

- İlk oturumunun özeti yapılarak ve değişim planına göz atılarak görüşme başlatıldı. Değişim planına ekleme/çıkarma yapılma konusunda hastaya danışıldı. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşeni olan aktiviteye bağlı duygular bileşenini kapsayan “KOAH semptom yönetimine ilişkin davranışlarınızda neler

hissediyorsunuz?” sorusu sorularak değişim kararının bireyde oluşturduğu hisler sorgulandı.

- Hastanın davranışı gerçekleştirme konusunda; Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’nin bileşeni olan algılanan öz yeterlilik kapsamında “KOAH’ınızı ve semptomlarınızı yönetme konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” sorusu soruldu.
- Değişim planı tartişması aşamasına gelindiğinde (motivasyonel görüşme ile karar dengesi kurma); değişimin gerçekleşmesi yönünde algılanan engellerin belirlenmesinde “KOAH’ınızın ve semptom yönetiminde en büyük engellerinizin neler olduğunu düşünüyorsunuz? Örneğin, fiziksel aktivitelerde zorlanma, bulunduğum şehrin hava koşulları, ilaçların yan etkileri, sosyal destek eksikliği gibi faktörler sizi nasıl etkiledi?” gibi sorular soruldu. Daha sonra bu engellere yönelik neler yapılabilir bunlar tartişıldı.
- Değişim planı tartişması aşamasına gelindiğinde (motivasyonel görüşme ile karar dengesi kurma); değişimin gerçekleşmesi yönünde algılanan faydaların belirlenmesinde “KOAH’ınızın ve semptom yönetiminde size en çok neyin yardımcı olduğunu düşünüyorsunuz? rn; ksrk-solunum egzersizleri, düzenli ilaç kullanımı, yürüyüş gibi.” gibi sorular soruldu.
- Son aşamada, görüşme süresi dikkate alınarak ilk görüşmenin önemli bölümleri özetleme tekniği ile vurgulandı, hastaya eklemek istediği şeyler için söz hakkı verildi ve üçüncü görüşmenin günü hatırlatılarak oturum sonlandırıldı.

nc Motivasyonel Görüşme: Hasta hastanede yatariken ve hemodinamik göstergeleri stabilken üçüncü motivasyonel görüşme uygulandı. Bu görüşmede, değişim konuşmasına Pender’in modelinin bileşenlerine dayalı olarak açık uçlu sorular, özetlemeler, onaylama ve yansıtmalı dinleme ile desteklenerek devam edildi.

- İkinci motivasyonel görüşmenin özeti yapılarak görüşmeye başlandı.
- Her hasta için bireysel oluşturulan eylem planı doğrultusunda hastada hangi konu üzerinde ambivalans geliştiği göz önünde bulundurularak, gündem oluşturuldu.
- KOAH ile baş etmek için kim/kimlerden destek alıyorsunuz? Aileniz, arkadaşlarınız veya sağlık profesyonelleri size ne kadar yardımcı oluyor?
- Değişim ile ilgili bireyin deneyimlediği algılanan yararlar üzerine tekrar tartışıldı.
- Değişim ile ilgili bireyin deneyimlediği algılanan engeller üzerine tekrar tartışıldı.
- Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin dayalı olarak değişim sürecinde hastanın yaptığı aktivitelerin hastaya nasıl hissettirdiği (Daha kolay nefes aldığınızda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Egzersiz yaptıktan sonra ruh halinizde bir değişiklik oluyor mu? İlaçları düzenli kullanmaya çalıştığınızda karşılaştığınız olumsuz düşünceler nelerdir?) ile ilgili sorular soruldu.
- Görüşme yeniden düzenlenen değişim planını gözden geçirilerek, çevrimiçi görüşme hakkında bilgi verilerek, bir sonraki görüşme günü planlanarak kapatıldı.

Dördüncü Motivasyonel Görüşme: Mobil uygulama ile çevrimiçi olarak dördüncü motivasyonel görüşme uygulandı. Görüşmede değişim konuşmasına Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenlerine dayalı olarak açık uçlu sorular, özetlemeler, onaylama ve yansıtımlı dinleme teknikleri ile desteklenerek devam edildi.

- Açık uçlu sorular, özetlemeler, onaylama ve yansıtımlı dinleme teknikleri kullanılarak hastanın sürece aktif katılımı desteklendi.
- Görüşme, hastanın bulunduğu değişim aşamasına göre şekillendirildi.
- Değişimin sürdürülmesinde karşılaşılabileceği güçlükler ve bu konudaki endişelerini ifade etmesi için hasta teşvik edildi.

Beşinci Motivasyonel Görüşme: Mobil uygulama ile çevrimiçi olarak beşinci motivasyonel görüşme uygulandı. Görüşmeler Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin

bileşenlerine dayalı olarak açık uçlu sorular, özetlemeler, onaylama ve yansıtma dinleme teknikleri ile desteklendi.

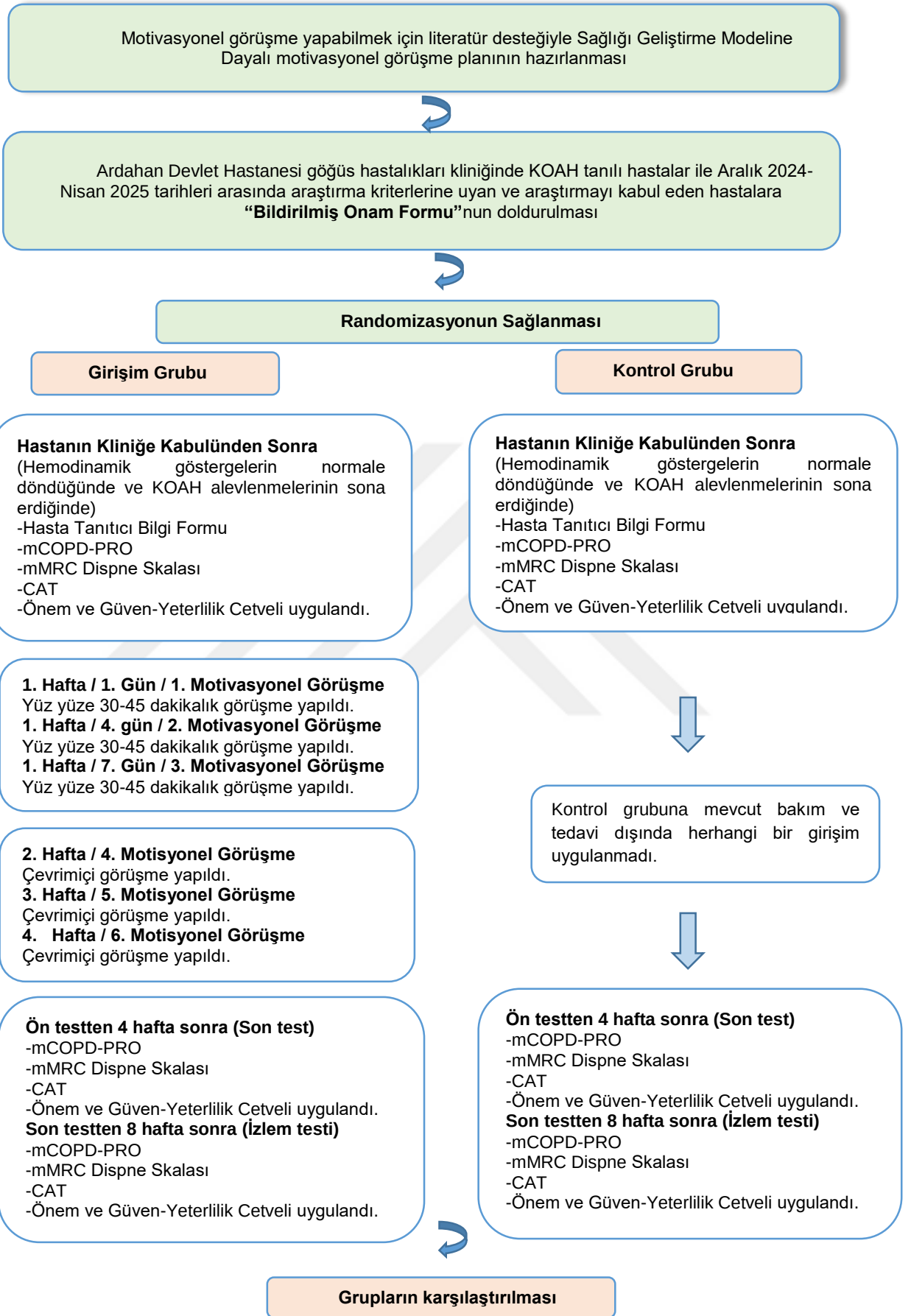
- Önceki görüşmelerde ele alınan konular üzerinden hastanın geldiği nokta değerlendirildi.
- Değişim planındaki hedeflere ne ölçüde yaklaşıldığı konuşularak, hasta kendi sürecini değerlendirmeye teşvik edildi.
- Hastanın duygularını paylaşması için cesaretlendirici bir tutum benimsendi.

Altıncı Motivasyonel Görüşme: Mobil uygulama ile çevrimiçi olarak altıncı motivasyonel görüşme uygulandı. Görüşmeler Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenlerine dayalı olarak açık uçlu sorular, özetlemeler, onaylama ve yansıtma dinleme teknikleri ile desteklendi.

- Her görüşme hastanın bulunduğu aşamaya göre sürdürüldü.
- Değişimin sürdürülmesinde karşılaşacağı güçlükler ve bunlara ilişkin endişelerini paylaşması için hasta desteklendi.
- İlk görüşmeden son görüşmeye kadar geline nokta hasta ile birlikte gözden geçirildi.
- Hastanın değişim planındaki hedefine/hedeflerine ne kadar yaklaştığı konuşuldu ve hasta duygularını paylaşması için cesaretlendirildi.
- Görüşmenin sonunda genel bir özet yapıldı ve hastaya paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri sorularak son görüşme olduğu hatırlatıldı ve teşekkür edilerek görüşme sonlandırıldı. Son testler bu görüşmenin sonunda online olarak toplandı.

Kontrol Grubu: Araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan hastalar yüz yüze görüşme yöntemi ile gönüllülük onam formu ile yazılı izinleri alındı. Araştırmacı tarafından hastalarla birebir görüşülüp araştırmanın amacı ile ilgili bilgiler verildi. Ardından hastalara “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “mCOPD-PRO”, “mMRC

Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” hastanede yüz yüze uygulanarak ön test verileri toplandı. İlk veriler toplandıktan sonra hastalara rutin hemşirelik bakımı dışında herhangi bir girişim yapılmadı. Bu bakım; hastanın vital bulgularının izlenmesi, oksijen tedavisi uygulanması, solunum egzersizleri hakkında bilgilendirme, beslenme ve sıvı alımının desteklenmesi, yatak içi mobilizasyonun sağlanması ve genel sağlık durumu ile ilgili gözlem ve raporlama gibi hemşirelik girişimlerinin içermektedir. Bu kapsamda, hemşireler tarafından hastalara özel bir eğitim ya da motivasyonel görüşme müdahalesi uygulanmadı. Bu gruptaki hastalara araştırmacılar tarafından ilk değerlendirmeden 4 hafta sonra online olarak “mCOPD-PRO”, “mMRC Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” uygulandı. Son test verileri toplandıktan 8 hafta sonra izlem testi verilerinin toplanması için “mCOPD-PRO”, “mMRC Dispne Skalası”, “CAT” ve “Önem ve Güven-Yeterlilik Cetveli” online olarak uygulandı (Şekil 3.4). Kontrol grubundaki hastalara eşitlik ilkesini sağlamak için son test verileri toplanıktan sonra hastaların doktor kontrolüne geldiği vakitte hastanenin eğitim biriminde bir oturum motivasyonel görüşme girişimi yüz yüze yapıldı.



Şekil 3.4. Araştırma uygulama akış şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23 Paket Programı ile analiz edildi. Ölçümlerin güvenirliği Cronbach Alpha değerleri ile incelendi. Skewness ve Kurtosis (+3, -3) değerleri ile normallik dağılımı incelendi (Blanca ark., 2013). Ölçümlerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Tanıtıcı özelliklerin analizinde yüzde ve sıklık analizi kullanıldı. Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırılmasında; kategorik değişkenler için “ki kare”, sürekli değişkenler için ise “Bağımsız Gruplarda t Testi” kullanıldı. Ölçekler puan ortalamaları ve standart sapma değerleri kullanılarak tanıtıldı. Girişim ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında “Bağımlı Gruplarda t Testi” kullanıldı. Üç ve daha fazla bağımlı ölçüm arasındaki fark “Tekrarlı Ölçümlerde Anova testi” kullanılarak karşılaştırıldı. İki bağımsız ölçüm arasındaki fark “Bağımsız Gruplarda t Testi” ile karşılaştırıldı. Etki büyüklükleri “Tekrarlı Ölçümlerde Anova Testi” için “kısmi eta kare” değeri ile, “Bağımlı Gruplarda t Testi” için Cohen’s d değeri ile verildi. İstatistiksel anlamlılık değeri 0.05 kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, verilerin toplandığı dönemde araştırmanın yürütüldüğü kurumdaki göğüs hastalıkları kliniğinde yatan örneklem ile sınırlıdır. Bu yüzden tüm KOAH tanılı hastalara genellenememektedir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan B.30.2.ATA.0.01.00/258 sayılı 29/03/2024 tarihli etik kurul onayı alındı. Ardahan İl Sağlık Müdürlüğü’nden E-26687954-799-2623033367 sayılı 13/12/2024 tarihli kurum izin alındı. Motivasyonel görüşme yapabilmek için uygulamayı yapacak araştırmacı 19-21 Şubat 2024 tarihinde motivasyonel görüşme teknikleri eğitimi aldı. Ardından araştırmada kullanılacak ölçekler için geçerlik güvenirlik çalışmalarını

yapan yazarlardan mail yoluyla izin yazısı alındı. Araştırma grubu kriterlerine sahip bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Bireylere söz konusu verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verildi. Araştırma insandan elde edilen verilerin kullanımına dayalı olduğu için “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük” ve “Gizliliğin Korunması” ilkelerine uyuldu. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden araştırma süreci boyunca İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu’na sadık kalındı.



4. BULGULAR

Bu bölümde, KOAH hastalarına Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı gerçekleştirilen motivasyonel görüşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlara etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmanın bulguları verildi. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması (n=62)

Değişkenler		Gruplar				Test ve p değeri
Kategorik değişkenler		Girişim Grubu (n=32)		Kontrol grubu (n=30)		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	11	34.4	16	53.3	x ² =2.264 p=0.132 ^a
	Erkek	21	65.6	14	46.7	
Medeni durum	Evli	28	87.5	16	53.3	x ² =11.823 p=0.002
	Bekâr	4	12.5	14	46.6	
Eğitim	Okuryazar	12	37.5	13	43.3	x ² =1.222 p=0.967
	İlkokul-Ortaokul	17	53.1	15	50.0	
	Lise	3	9.4	4	13.3	
Aile tipi	Çekirdek	27	84.4	17	56.7	x ² =6.003 p=0.031
	Geniş	5	15.6	11	36.7	
	Yalnız yaşıyor	0	0	2	6.7	
Meslek	Çalışmıyor	21	65.6	18	60.0	x ² =3.160 p=0.585
	İşçi	1	3.1	2	6.7	
	Memur	3	9.4	2	6.7	
	Emekli	7	21.8	8	26.7	
Sağlık güvencesinin varlığı	Var	21	65.6	26	86.7	x ² =3.738 p=0.053 ^a
	Yok	11	34.4	4	13.3	
Sigara kullanımı	Devam ediyor	3	9.4	1	3.3	x ² =3.567 p=0.202
	İçip bırakmış	22	68.8	16	53.3	
	Hiç içmemiş	7	21.9	13	43.3	
Gelir düzeyi	Düşük	18	56.3	13	43.3	x ² =2.392 p=0.302 ^a
	Orta	11	34.4	10	33.3	
	Yüksek	3	9.4	7	23.3	
KAOH dışında ek kronik rahatsızlık durumu	Var	20	62.5	20	66.7	x ² =0.117 p=0.732 ^a
	Yok	12	37.5	10	33.3	
Sürekli değişkenler						

Tablo 4.1. Devamı			
	66.50±11.27	65.43±11.15	t=0.374
Yaş			p=0.709 d=0.095
	35.71±13.42	23.95±13.08	t=2.927
Sigara kullanım süresi (yıl)			p=0.006 d=0.886
	9.25±6.89	11.57±6.47	t=-1.362
KOAH tanısı alma süresi (yıl)			p=0.178 d=0.346

x²: Ki-kare Testi a: Fisher Exact Test b: Fisher Freeman Holton Exact Test p: Anlamlılık Düzeyi t: Bağımsız Gruplarda t Testi d:Cohen's d Değeri

Girişim grubundaki hastaların %65.6'sının erkek olduğu, %87.5'inin evli olduğu, %53.1'inin ilkokul-ortaokul mezunu olduğu, %65.6'sının çalışmadığı, %65.6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %68.8'inin daha önce sigara içip bıraktığı, %56.3'ünün gelirinin düşük olduğu, %62.5'inin KOAH dışında başka kronik hastalıklarının da olduğu belirlendi. Ayrıca girişim grubundaki hastaların yaş ortalamasının 66.50±11.27 olduğu ve KOAH tanısı alma süresinin 9.25±6.89 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki hastaların %53.3'ünün kadın olduğu, %53.3'ünün evli olduğu, %50'sinin ilkokul-ortaokul mezunu olduğu, %60'ının çalışmadığı, %86.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %53.3'ünün daha önce sigara içip bıraktığı, %43.3'ünün gelirinin düşük olduğu, %66.7'sinin KOAH dışında başka kronik hastalıklarının da olduğu belirlendi. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 65.43±11.15 olduğu ve KOAH tanısı alma süresinin 11.57±6.47 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.1). Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler (medeni durum ve aile tipi dışında) bakımından benzerlik gösterdiği saptandı (p>0.05) (Tablo 4.1).

Hastaların mCOPD-PRO Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2. Hastaların mCOPD-PRO ve alt boyutlarının grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

		Gruplar		Test değeri ve Önemlilik ^x
		Girişim Grubu	Kontrol grubu	
		(n=32)	(n=30)	
		X±SD	X±SD	
Fizyolojik alan	Ön test ¹	2.20±0.62	2.35±0.42	t=-1.073, p=0.287, d=0.273
	Son test ²	1.76±0.48	2.42±0.47	t=-5.526, p<0.001 , d=1.404
	İzlem Testi ³	1.93±0.50	2.35±0.42	t=-3.535, p<0.001 , d=0.898
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=47.433	F=1.738	
		p<0.001	p=0.187	
		η ² =0.605	η ² =0.056	
		1-2, 1-3, 2-3		
Psikolojik alan	Ön test ¹	2.06±0.95	1.97±0.63	t=0.448, p=0.656, d=0.112
	Son test ²	1.58±0.68	2.10±0.73	t=-2.922, p=0.005 , d=0.743
	İzlem Testi ³	1.69±0.67	2.01±0.61	t=-1.983, p=0.052, d=0.504
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=24.791	F=2.475	
		p<0.001	p=0.093	
		η ² =0.444	η ² =0.079	
		1-2, 1-3		
Çevresel alan	Ön test ¹	2.56±0.90	2.29±0.54	t=1.461, p=0.150, d=0.366
	Son test ²	2.06±0.87	2.29±0.61	t=-1.183, p=0.237, d=0.301
	İzlem Testi ³	2.19±0.88	2.30±0.77	t=-0.532, p=0.597, d=0.135
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=16.870	F=0.007	
		p<0.001	p=0.993	
		η ² =0.352	η ² =0.001	
		1-2, 1-3		
mCOPD-PRO	Ön test ¹	2.27±0.69	2.20±0.37	t=0.523, p=0.603, d=0.131
	Son test ²	1.80±0.56	2.27±0.46	t=-3.597, p<0.001 , d=0.914
	İzlem Testi ³	1.94±0.56	2.22±0.45	t=-2.206, p=0.031 , d=0.561
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=52.047	F=1.784	
		p<0.001	p=0.177	
		η ² =0.627	η ² =0.058	
		1-2, 1-3, 2-3		

x: Gruplar arası test değeri ve önemlilik F: Varyans Analizi testi p: Anlamlılık Düzeyi y: Tekrarlı Ölçümlerde Anova testi t: Bağımsız Gruplarda t Testi d:Cohen's d değeri η²: Eta kare değeri

Hastaların Grup İçi “Fizyolojik Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim grubunun “Fizyolojik alan” boyutu ön test puan ortalamasının 2.20 ± 0.62 , son test puan ortalamasının 1.76 ± 0.48 ve izlem testi puan ortalamasının 1.93 ± 0.50 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi “puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=47.433$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test, ön test- izlem testi ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Kontrol grubunun “Fizyolojik alan” boyutu ön test puan ortalamasının 2.35 ± 0.42 , son test puan ortalamasının 2.42 ± 0.47 ve izlem testi puan ortalamasının 2.35 ± 0.42 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($F=1.738$, $p=0.187$) (Tablo 4.2).

Hastaların Gruplar Arası “Fizyolojik Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “Fizyolojik alan” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=-1.073$, $p=0.287$, $d=0.273$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “Fizyolojik alan” alt boyutu son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-5.526$, $p<0.001$, $d=1.404$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “Fizyolojik alan” alt boyutu izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-3.535$, $p<0.001$, $d=0.898$) (Tablo 4.2).

Hastaların Grup İçi “Psikolojik Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim grubunun “Psikolojik alan” boyutu ön test puan ortalamasının 2.06 ± 0.95 , son test puan ortalamasının 1.58 ± 0.68 ve izlem testi puan ortalamasının 1.69 ± 0.67 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=24.791$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test ve ön test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Kontrol grubunun “Psikolojik alan” boyutu ön test puan

ortalamasının 1.97 ± 0.63 , son test puan ortalamasının 2.10 ± 0.73 ve izlem testi puan ortalamasının 2.01 ± 0.61 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=2.475$, $p=0.093$) (Tablo 4.2)

Hastaların Gruplar Arası “Psikolojik Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “Psikolojik alan” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=0.448$, $p=0.656$, $d=0.112$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “Psikolojik alan” alt boyutu son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-2.922$, $p=0.005$, $d=0.743$). Girişim ve kontrol grubunun “Psikolojik alan” alt boyutu izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=-1.983$, $p=0.052$, $d=0.504$) (Tablo 4.2).

Hastaların Grup İçi “Çevresel Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim grubunun “Çevresel alan” boyutu ön test puan ortalamasının 2.56 ± 0.90 , son test puan ortalamasının 2.06 ± 0.87 ve izlem testi puan ortalamasının 2.19 ± 0.88 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=16.870$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test ve ön test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Kontrol grubunun “Çevresel alan” boyutu ön test puan ortalamasının 2.29 ± 0.54 , son test puan ortalamasının 2.29 ± 0.61 ve izlem testi puan ortalamasının 2.30 ± 0.77 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=0.007$, $p=0.993$) (Tablo 4.2)

Hastaların Gruplar Arası “Çevresel Alan” Alt Boyutu Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “Çevresel alan” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=1.461$, $p=0.150$, $d=0.366$).

Girişim ve kontrol grubunun “Çevresel alan” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=-1.183$, $p=0.237$, $d=0.301$). Girişim ve kontrol grubunun “Çevresel alan” alt boyutu izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=-0.532$, $p=0.597$, $d=0.135$) (Tablo 4.2).

Hastaların Grup İçi “mCOPD-PRO” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim grubunun “mCOPD-PRO” ön test puan ortalamasının 2.27 ± 0.69 , son test puan ortalamasının 1.80 ± 0.56 ve izlem testi puan ortalamasının 1.94 ± 0.56 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=52.047$, $p<0.001$). Bu farkın ön test-son test, ön test- izlem testi ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Kontrol grubunun “mCOPD-PRO” ön test puan ortalamasının 2.20 ± 0.37 , son test puan ortalamasının 2.27 ± 0.46 ve izlem testi puan ortalamasının 2.22 ± 0.45 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=1.784$, $p=0.177$) (Tablo 4.2)

Hastaların Gruplar Arası “mCOPD-PRO” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “mCOPD-PRO” ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($t=0.523$, $p=0.603$, $d=0.131$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “mCOPD-PRO” son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-3.597$, $p<0.001$, $d=0.914$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “mCOPD-PRO” izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-2.206$, $p=0.031$, $d=0.561$) (Tablo 4.2).

Hastaların “mMRC Dispne Skalası”na ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’te sunuldu.

Tablo 4.3. Hastaların mMRC dispne skalası grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

	Gruplar		Test değeri ve Önemlilik ^x	
	Girişim Grubu	Kontrol grubu		
	(n=32)	(n=30)		
	X±SD	X±SD		
mMRC	Ön test ¹		t=-2.104,	p=0.040,
	3.34±0.65	3.67±0.55	d=0.535	
	Son test ²		t=-8.397,	p<0.001,
	2.44±0.62	3.63±0.49	d=2.134	
	İzlem Testi ³		t=-2.978,	p=0.004,
	2.94±0.67	3.47±0.73	d=0.757	
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=60.009	F=1.250	
		p<0.001	p=0.294	
		η ² =0.659	η ² =0.041	
		1-2, 1-3, 2-3		

x: Gruplar arası test değeri ve önemlilik F: Varyans Analizi testi p: Anlamlılık Düzeyi y: Tekrarlı Ölçümlerde Anova testi t: Bağımsız Gruplarda t Testi d:Cohen's d değeri η²: Eta kare değeri

Hastaların Grup İçi “mMRC Dispne Skalası” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim grubunun “mMRC Dispne Skalası” ön test puan ortalamasının 3.34±0.65, son test puan ortalamasının 2.44±0.62 ve izlem testi puan ortalamasının 2.94±0.67 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı (F=60.009, p=0.001). Bu farkın ön test- son test, ön test- izlem testi ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. Kontrol grubunun “mMRC Dispne Skalası” ön test puan ortalamasının 3.67±0.55, son test puan ortalamasının 3.63±0.49 ve izlem testi puan ortalamasının 3.47±0.73 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı (F=1.250, p=0.294) (Tablo 4.3).

Hastaların Gruplar Arası “mMRC Dispne Skalası” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Kontrol grubunun girişim grubuna göre “mMRC Dispne Skalası” ön test

puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü ($t=-2.104$, $p=0.040$, $d=0.535$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “mMRC Dispne Skalası” son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-8.397$, $p<0.001$, $d=2.134$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “mMRC Dispne Skalası” izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-2.978$, $p=0.004$, $d=0.757$) (Tablo 4.3).

Hastaların “CAT”e ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’te sunuldu.

Tablo 4.4. Hastaların CAT grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

	Gruplar		Test değeri ve Önemlilik ^x
	Girişim Grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=30)	
	X±SD	X±SD	
CAT	Ön test ¹		$t=-1.579$, $p=0.120$, $d=0.401$
		26.66±6.50	
	Son test ²		$t=-6.031$, $p<0.001$, $d=1.533$
		20.63±5.71	
	İzlem Testi ³		$t=-4.773$, $p<0.001$, $d=1.213$
		22.47±5.22	
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=118.922	F=0.373
		$p<0.001$	$p=0.690$
		$\eta^2=0.793$	$\eta^2=0.013$
		1-2, 1-3, 2-3	

x: Gruplar arası test değeri ve önemlilik F: Varyans Analizi testi p: Anlamlılık Düzeyi y: Tekrarlı Ölçümlerde Anova testi t: Bağımsız Gruplarda t Testi d:Cohen’s d değeri η^2 : Eta kare değeri

Hastaların Grup İçi “CAT” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim grubunun “CAT” ön test puan ortalamasının 26.66±6.50, son test puan ortalamasının 20.63±5.71 ve izlem testi puan ortalamasının 22.47±5.22 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=118.922$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test, ön test- izlem testi ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı.

Kontrol grubunun “CAT” ön test puan ortalamasının 28.93 ± 4.63 , son test puan ortalamasının 28.93 ± 5.09 ve izlem testi puan ortalamasının 28.67 ± 4.99 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=0.373$, $p=0.690$) (Tablo 4.4).

Hastaların Gruplar Arası “CAT” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “CAT” ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($t=-1.579$, $p=0.120$, $d=0.401$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “CAT” son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-6.031$, $p<0.001$, $d=1.533$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “CAT” izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-4.773$, $p<0.001$, $d=1.213$) (Tablo 4.4).

Hastaların “Önem Yeterlilik Cetveli” ve “Güven Yeterlilik Cetveli”ne ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te sunuldu.

Tablo 4.5. Hastaların önem ve güven-yeterlilik cetveli grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

		Gruplar		Test değeri ve Önemlilik ^x
		Girişim Grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=30)	
		X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	
Önem Skalası	Ön test ¹	7.06 $\pm$ 0.88	6.97 $\pm$ 0.93	t=0.418, p=0.667, d=0.106
	Son test ²	8.38 $\pm$ 0.75	6.87 $\pm$ 0.86	t=7.365, p<0.001, d=1.872
	İzlem Testi ³	7.25 $\pm$ 0.72	6.97 $\pm$ 0.93	t=1.349, p=0.182, d=0.343
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=48.967 p<0.001 $\eta^2=0.612$ 1-2, 2-3	F=0.554 p=0.578 $\eta^2=0.019$	
Güven Skalası	Ön test ¹	3.66 $\pm$ 2.29	3.80 $\pm$ 1.63	t=-0.283, p=0.778, d=0.072
	Son test ²	6.22 $\pm$ 1.54	3.63 $\pm$ 1.52	t=6.650, p<0.001, d=1.609
	İzlem Testi ³	4.34 $\pm$ 1.68	3.67 $\pm$ 1.65	t=1.602, p=0.114, d=0.407
Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=46.277 p<0.001 $\eta^2=0.599$ 1-2, 2-3	F=0.649 p=0.527 $\eta^2=0.022$	

x: Gruplar arası test değeri ve önemlilik F: Varyans Analizi testi p: Anlamlılık Düzeyi y: Tekrarlı

Ölçümlerde Anova testi t: Bağımsız Gruplarda t Testi d:Cohen’s d değeri η^2 : Eta kare değeri

Hastaların Grup İçi “Önem Yeterlilik Cetveli” Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim grubunun “Önem Yeterlilik Cetveli” ön test puan ortalamasının 7.06 ± 0.88 , son test puan ortalamasının 8.38 ± 0.75 ve izlem testi puan ortalamasının 7.25 ± 0.72 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=48.967$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı. Kontrol grubunun “Önem Yeterlilik Cetveli” ön test puan ortalamasının 6.97 ± 0.93 , son test puan ortalamasının 6.87 ± 0.86 ve izlem testi puan ortalamasının 6.97 ± 0.93 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü ($F=0.554$, $p=0.578$) (Tablo 4.5).

Hastaların Gruplar Arası “Önem Yeterlilik Cetveli” Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “Önem Yeterlilik Cetveli” ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($t=0.418$, $p=0.667$, $d=0.106$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “Önem Skalası” son test puan ortalamasının düşük olduğu saptandı ($t=7.365$, $p<0.001$, $d=1.872$). Girişim ve kontrol grubunun “Önem Yeterlilik Cetveli” izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($t=1.349$, $p=0.182$, $d=0.343$) (Tablo 4.5).

Hastaların Grup İçi “Güven Yeterlilik Cetveli” Puan Ortalamaları

İncelendiğinde; Girişim grubunun “Güven Yeterlilik Cetveli” ön test puan ortalamasının 3.66 ± 2.29 , son test puan ortalamasının 6.22 ± 1.54 ve izlem testi puan ortalamasının 4.34 ± 1.68 olduğu bulundu. Girişim grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($F=46.277$, $p<0.001$). Bu farkın ön test- son test ve son test- izlem testi arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı. Kontrol grubunun “Güven Yeterlilik Cetveli” ön test puan

ortalamasının 3.80 ± 1.63 , son test puan ortalamasının 3.63 ± 1.52 ve izlem testi puan ortalamasının 3.67 ± 1.65 olduğu bulundu. Kontrol grubunun grup içi ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=0.649$, $p=0.527$) (Tablo 4.5).

Hastaların Gruplar Arası “Güven Yeterlilik Cetveli” Puan Ortalamaları İncelendiğinde; Girişim ve kontrol grubunun “Güven Yeterlilik Cetveli” ön test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($t=-0.283$, $p=0.778$, $d=0.072$). Kontrol grubunun girişim grubuna göre “Güven Yeterlilik Cetveli” son test puan ortalamasının düşük olduğu saptandı ($t=6.650$, $p<0.001$, $d=1.609$). Girişim ve kontrol grubunun “Güven Yeterlilik Cetveli” izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($t=1.602$, $p=0.114$, $d=0.407$) (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, KOAH hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel görüşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerine etkisi değerlendirildi. Elde edilen bulgular, benzer amaçlarla yapılan literatürdeki diğer çalışmaların bulguları ile tartışıldı ve yorumlandı.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, girişim grubuna uygulanan Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşmenin, hastaların hasta bildirimine dayalı sonuçlarını anlamlı düzeyde iyileştirdiğini ortaya koydu (Tablo 4.2). Benzer şekilde, girişim grubunun “Fizyolojik Alan” alt boyutunda da iyileşmeler olduğu görülmektedir. Bu durum, fizyolojik semptom yönetiminde motivasyonel görüşmenin olumlu etkiler oluşturduğunu göstermektedir (Tablo 4.2). Aynı zamanda bu bulgular, literatürde motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarında semptom yönetimi ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili olduğunu gösteren çalışmalarla paralellik göstermektedir. Örneğin, Tülüce ve ark. (2021), motivasyonel görüşme uygulanan KOAH hastalarının, sonuç parametrelerinde anlamlı iyileşmeler olduğunu bildirmiştir (Tülüce ark., 2021). Benzer şekilde, Rehman ve arkadaşları (2017), motivasyonel görüşme müdahalesinin KOAH hastalarının dispne ve yorgunluk gibi fizyolojik semptomları üzerinde anlamlı iyileştirmeler sağladığını bildirmiştir (Rehman ark., 2017). Özellikle nefes darlığı ve yorgunluk gibi fizyolojik semptomlarda görülen iyileşme, motivasyonel görüşmenin bireyleri bu semptomlarla baş etme konusunda farkındalık oluşturma ve motive hâle getirmesiyle açıklanabilir. Bu sonuçlar, KOAH gibi kronik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin ruhunda yer alan birey merkezli ve empatik yaklaşımların semptom yönetimini güçlendirebileceğini düşündürmektedir.

Benzer şekilde, girişim grubunun “Psikolojik Alan” alt boyutunda da iyileşmeler olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Bu bulgu, motivasyonel görüşmenin psikolojik

semptomlar üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. KOAH hastalarının sıklıkla yaşadığı anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik sorunlar, hastalığın yönetimini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Yohannes & Alexopoulos, 2014). Wang ve ark.'nın (2022) yaptığı meta-analiz çalışması, Motivasyonel görüşmenin hastaların psikolojik semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir (Wang ark., 2022). Bu kapsamda elde edilen bulgular, motivasyonel görüşmenin birey merkezli ve empatik yapısının KOAH hastalarında ruhsal iyi oluşu destekleyici bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışma sonucunda girişim grubunun “Çevresel Alan” alt boyutunun iyileştiği bulundu. Bu bulgu, motivasyonel görüşmenin çevresel stresörlere yönelik bireysel baş etme becerilerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2). Bu alt boyut, hastalığın hava koşulları, solunan havanın kalitesi, sosyal çevreyle etkileşim ve günlük yaşam ortamının düzeni gibi dışsal etkenlerle ilişkisini kapsamaktadır. KOAH hastalarında, özellikle hava kirliliği, sıcaklık değişimleri, nem, kapalı ortamlar ve sosyal izolasyon gibi çevresel faktörlerin, solunum semptomlarını tetiklediği ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Cazzola, 2015; Schraufnagel ark., 2019). Literatürde, olumsuz çevresel faktörlerin KOAH semptomlarını şiddetlendirdiği ve bireylerin bu koşullarla baş etme yeterliklerinin düşük olması durumunda fiziksel ve psikolojik zorlukların arttığı belirtilmektedir (Kianmehr ark., 2022). Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli çerçevesinde çevresel etmenler, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen dönüştürülebilir dış faktörler arasında yer almaktadır. Bu yaklaşım, bireyin çevresine yönelik algısını geliştirerek onu sağlık yönünden daha bilinçli kararlar almaya teşvik etmektedir (Pender ark., 2011). Karaçar ve Demirkıran’ın (2024) çalışmasında motivasyonel görüşme uygulanan KOAH’lı hastaların çevre/hava koşulları alt boyutunda girişim sonrasında anlamlı fark bulunmuştur. Wang ve ark.nın (2022) meta-analiz

çalışmasında da motivasyonel görüşmenin bireylerin çevresel stres faktörlerini tanımlamalarını kolaylaştırdığı ve yaşam alanlarını daha yönetilebilir hâle getirmelerine katkı sağladığı belirtilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulguları, motivasyonel görüşmenin KOAH'lı bireylerde çevresel stres kaynaklarına karşı daha dirençli ve uyumlu yaşam alışkanlıkları geliştirmeyi teşvik ettiğini ortaya koymaktadır.

KOAH hastalarında yapılan motivasyonel görüşmenin, girişim grubunun dispne algısında anlamlı düzeyde iyileşmeler sağladığı saptandı (Tablo 4.3). Bu bulgu, literatürdeki benzer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Örneğin, Tülüce ve arkadaşları (2021), motivasyonel görüşme girişiminin KOAH hastalarının dispne algısını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu bildirmiştir. Rehman ve ark.nın (2017) KOAH hastalarında motivasyonel görüşmenin etkililiğini değerlendirdikleri çalışmada, motivasyonel görüşme dispne algısını anlamlı düzeyde azaltmıştır. Benzer şekilde Karaçar ve Demirkıran'ın (2024) çalışmasında da motivasyonel görüşme uygulanan KOAH hastalarının algılanan dispne skalasında anlamlı düzeyde bir azalma görülmüştür. Benzo ve ark.nın (2013) KOAH hastalarında motivasyonel görüşme tekniğinin etkisini inceledikleri randomize kontrollü deneysel çalışmada, dispne, yorgunluk, duygusal durum ve hastalıkla baş etme alt boyutlarında olumlu yönde değişim bildirilmiştir. Bu sonuçlar, motivasyonel görüşmenin hastalara semptom yönetimi konusunda farkındalık ve baş etme becerisi kazandırarak dispne deneyimlerini hafifletme potansiyeline sahip olduğuna işaret etmektedir.

Girişim grubunun, KOAH hastalarında KOAH şiddetinin iyileştiği bulundu (Tablo 4.4.). Bu sonuç, motivasyonel görüşme uygulamasının hastaların KOAH'a özgü semptomlarını ve yaşamlarını etkileyen faktörleri daha etkili şekilde yönetebilmelerine katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır. Literatür, hasta merkezli ve destekleyici iletişim tekniklerinin hastaların kendi sağlık durumlarını değerlendirme ve kontrol etme

becerilerini artırabileceğini, bu sayede hastalık şiddetinin hasta bildirimine dayalı ölçümlerle daha düşük algılanabileceğini desteklemektedir (Tülüce ark., 2021; Rehman ark., 2017). Dolayısıyla, bu çalışmada elde edilen bulgular, motivasyonel görüşmenin KOAH hastalarının hasta sonuçlarının iyileştirme potansiyelini güçlendirerek hastalık algısını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, KOAH yönetiminde motivasyonel görüşme gibi hasta katılımını destekleyici uygulamaların benimsenmesini destekleyebilir.

“Önem Güven - Yeterlilik Cetveli” puanları incelendiğinde, girişim grubunun “Önem Yeterlilik Cetveli” son test puan ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde, girişim grubunun “Güven Yeterlilik Cetveli” son test puan ortalamasının da kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.5.). “Önem Güven - Yeterlilik Cetveli” puanları incelendiğinde, girişim grubunun hem “Önem Yeterlilik Cetveli” hem de “Güven Yeterlilik Cetveli” son test puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olması, motivasyonel görüşmenin hastaların kendi sağlık davranışlarını değiştirme konusundaki farkındalık ve özgüvenlerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. “Önem” boyutunda gözlenen iyileşme, girişim grubundaki hastaların sağlıklarını iyileştirmenin kendileri için değerli ve öncelikli bir konu olduğunun daha fazla bilincine vardıklarını; “Güven” boyutundaki iyileşme ise bu değişimi gerçekleştirebileceklerine olan inançlarının güçlendiğini ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, motivasyonel görüşme tekniklerinin hastaların davranış değişikliğine hazırlık düzeylerini artırarak kendi sağlıklarını yönetme konusunda daha istekli ve kararlı hale gelmelerine katkı sağladığı belirtilmektedir (Miller & Rollnick, 2013; Tülüce ark., 2021). Nitekim KOAH gibi kronik hastalıklarda hasta katılımının artırılması, hem semptom yönetimi hem de tedaviye uyum açısından kritik öneme sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, motivasyonel görüşmenin hastaların kendi

durumlarının önemini kavramasına ve öz yeterlik algılarının gelişmesine katkı sunarak olumlu bir değişim sürecini desteklediği söylenebilir (Arnett ve ark., 2022; Locatelli ve ark., 2022). Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen bulgular, motivasyonel görüşme uygulamalarının hastaların sağlıklarını iyileştirmeyi daha önemli görmelerine ve bu değişikliği başarabileceklerine dair inançlarını güçlendirerek öz yönetim becerilerini artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir (Al Ksir ve ark., 2022; Yoon ve ark., 2024). Bu durum, klinik uygulamalarda motivasyonel görüşmenin kronik hastalık yönetimine entegrasyonunun hem hasta uyumu hem de uzun vadeli sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından önemli bir müdahale stratejisi olabileceğini düşündürmektedir.

Motivasyonel görüşmenin başlangıçta olumlu etkilere sahip olmasına karşın, bu etkinin zamanla azalabileceği veya yalnızca uzun süreli ve tekrarlayan müdahalelerle sürdürülebileceği bildirilmektedir (Wood, 2020). Nitekim bu araştırmanın sonuçları da, motivasyonel görüşmenin kısa dönemde etkili olduğunu ancak uzun vadeli izlemlerde etkinin sürdürülmesinin ek uygulamalarla desteklenebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, KOAH gibi kronik hastalıkların yönetiminde yalnızca kısa süreli girişimlerin değil, aynı zamanda periyodik izlem ve güçlendirici görüşme oturumlarını içeren uzun dönemli programların planlanmasının gerekliliğine işaret etmektedir (Chair ve ark., 2013). Yapılacak araştırmalarda, motivasyonel görüşmenin hastaların semptom yönetimi, öz yeterlik ve motivasyon düzeylerine olan etkilerinin zaman içindeki değişimini değerlendirebilmek için daha uzun takip süreleriyle planlanan müdahalelerin uygulanması önemli görünmektedir. Ayrıca, motivasyonel görüşmenin farklı kronik hastalık gruplarındaki (örneğin diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi) benzer sonuç değişkenleriyle karşılaştırmalı şekilde ele alınması, yöntemin hangi hasta popülasyonlarında daha güçlü veya daha sürdürülebilir etkiler gösterdiğini anlamamıza katkıda bulunacaktır. Böylelikle, motivasyonel görüşmenin yalnızca KOAH özelinde

değil, daha geniş bir kronik hastalık yelpazesinde de uzun vadeli ve çok yönlü etkilerini aydınlatmak mümkün olabilecektir. Sonuç olarak, bu bulgular motivasyonel görüşmenin sürdürülebilirliğinin desteklenmesine yönelik program geliştirme, uygulamaların periyodik tekrarlanması ve hasta ihtiyaçlarının değişen koşullara göre uyarlanması gerekliliğini vurgulamakta; yapılacak çalışmalara uzun vadeli, karşılaştırmalı ve çok merkezli araştırmalarla bu etkinin daha net şekilde ortaya konulmasını önermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH hastalarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşmenin hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı motivasyonel görüşmenin, nefes darlığı, yorgunluk gibi fizyolojik belirtilerde; olumsuz psikolojik durumlarda ve çevresel faktörlerle baş etme becerilerinde anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı görüldü.
- Motivasyonel görüşmeye katılan hastaların dispne algısında iyileşme sağladığı sonucuna varıldı.
- Motivasyonel görüşmeye katılan hastaların, KOAH hastalık şiddetinin iyileştiğini gösterdi.
- Motivasyonel görüşmeye katılan hastaların, sağlıkla ilgili davranış değişikliğini gerçekleştirme konusundaki algıladıkları önem düzeylerinin ve kendilerine duydukları güvenin iyileştiği görüldü.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH hastalarının hem bireysel hem grup eğitim programlarında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak yapılandırılmış motivasyonel görüşme oturumlarının KOAH hasta bakım planına entegre edilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelerin KOAH semptom yönetimi, motivasyonel görüşme teknikleri ve davranış değişikliği stratejileri konusunda uygulamalı eğitimlerle desteklenmesi, hastaların semptom yönetimlerine katkı sağlayacaktır.
- İleride yürütülecek çalışmalarda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin dayalı müdahalelerin uzun vadeli etkilerini incelemek üzere daha geniş örneklemelerle ve uzun izlem süreleriyle planlanan araştırmalar yapılması önerilmektedir.

- KOAH yönetiminde bireyi bütüncül ele alan motivasyonel görüşme programlarının planlanarak uygulanması teşvik edilmelidir.
- Araştırma bulguları, KOAH yönetiminde motivasyonel görüşmenin etkilerini kanıta dayalı şekilde ortaya koymakta olup, bu verilerin klinik uygulamalar ve sağlık politikalarının oluşturulmasında rehber olarak kullanılması önerilmektedir.
- Motivasyonel görüşmenin etkilerini değerlendirmek amacıyla, hasta bildirimlerine ek olarak objektif klinik verilerle desteklenen çalışmaların planlanması önerilmektedir.
- Davranış değişikliğinin kalıcılığını desteklemek amacıyla, motivasyonel görüşme içeriklerinin hazırlanarak podcast gibi dijital platformlarla hastalara sunulması önerilmektedir.
- Motivasyonel görüşmenin farklı kronik hastalık gruplarındaki etkilerini inceleyen uzun vadeli izlem çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adeloye, D., Song, P., Zhu, Y., Campbell, H., Sheikh, A., & Rudan, I. (2022). Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 447–458. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(21\)00511-7](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(21)00511-7)
- Afriwilda, M. T., & Mulawarman, M. (2021). The effectiveness of motivational interviewing counseling to improve psychological well-being on students with online game addiction tendency. *Islamic Guidance and Counseling Journal*, 4(1), 106–115. <https://doi.org/10.25217/igcj.v4i1.1235>
- Afroz, N., Gutzwiller, F. S., Mackay, A. J., Naujoks, C., Patalano, F., & Kostikas, K. (2020). Patient-reported outcomes (PROs) in COPD clinical trials: trends and gaps. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1789–1800. <https://doi.org/10.2147/COPD.S235845>
- Akl, E. A., Briel, M., You, J. J., & Guyatt, G. H. (2012). Potential impact on estimated treatment effects of information lost to follow-up in randomized trials: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e2809. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2809>
- Al Ksir, K., Wood, D. L., Hasni, Y., Sahli, J., Quinn, M., & Ghardallou, M. (2022). Motivational interviewing to improve self-management in youth with type 1 diabetes: A randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, e116–e121. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.06.007>
- Alpay, S., & Şahin, E. (2024). Türkiye’de Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ve Ebelik Lisansüstü Tezlerinde Motivasyonel Görüşme Tekniği Kullanımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 104–118.

- Amiri, P., Mansouri-Tehrani, M. M., Khalili-Chelik, A., Karimi, M., Jalali-Farahani, S., Amouzegar, A., & Kazemian, E. (2022). Does motivational interviewing improve the weight management process in adolescents? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1–26. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09994-w>
- Aqtam, I., & Darawwad, M. (2018). Health promotion model: An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*, 8(07), 485. <https://doi.org/10.4236/ojn.2018.87037>
- Arabacı, Z., Doğru, A., & Yıldırım, J. G. (2018). Kronik Hastalıklarda Transteoretik Modele Dayandırılarak Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Health Academy Kastamonu*, 3(2), 136–147. 10.25279.sak.337571
- Arnett, M. C., Rogers, K. M., Evans, M. D., & Reibel, Y. (2022). Effectiveness of brief motivational interviewing on perceived importance, interest and self-efficacy of oral health behaviors: A randomized clinical trial. *PEC Innovation*, 1, 100092. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100092>
- Bağrıaçık, E., & Bayraktar, N. (2022). Evaluation of the effect of training given according to Pender's Health Promotion Model on psychological insulin resistance. *Human Nutrition & Metabolism*, 29, 200153. <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2022.200153>
- Bahar, Z., & Açıl, D. (2014). Sağlık geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59–67.
- Barnes, P. J. (2022). Oxidative stress in chronic obstructive pulmonary disease. *Antioxidants*, 11(5), 965. <https://doi.org/10.3390/antiox11050965>
- Benzo, R., Vickers, K., Ernst, D., Tucker, S., McEvoy, C., & Lorig, K. (2013). Development and feasibility of a COPD self-management intervention delivered with motivational interviewing strategies. *Journal of Cardiopulmonary*

Rehabilitation and Prevention, 33(2), 113–121.

<https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31827d0c9b>

Bestall, J., Paul, E., Garrod, R., Garnham, R., Jones, P., & Wedzicha, J. (1999).

Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 54(7), 581–586. <https://doi.org/10.1136/thx.54.7.581>

Blanca, M. J., Arnau, J., López-Montiel, D., Bono, R., & Bendayan, R. (2013). Skewness and kurtosis in real data samples. *Methodology*. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000057>

Boers, E., Barrett, M., Su, J. G., Benjafield, A. V., Sinha, S., Kaye, L., Zar, H. J., Vuong, V., Tellez, D., & Gondalia, R. (2023). Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. *JAMA Network Open*, 6(12), e2346598–e2346598. [10.1001/jamanetworkopen.2023.46598](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46598)

BOLD. (2024). *BOLD study, Burden of Obstructive Lung Disease*. Retrieved 22 December from <https://www.imperial.ac.uk/nhli/bold/>

Butts, J. B., & Rich, K. L. (2021). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.

Cangol, E., & Sahin, N. H. (2017). A model of breastfeeding support: motivational interviews based on Pender's health promotion model/Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sagligi gelistirme modeline dayali motivasyonel gorusmeler. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(1), 98–104.

Cazzola, M. (2015). Introducing COPD research and practice. *COPD Research and Practice*, 1(1), 6. [10.1186/s40749-015-0007-9](https://doi.org/10.1186/s40749-015-0007-9)

- Chair, S. Y., Chan, S. W.-C., Thompson, D. R., Leung, K. P., Ng, S. K., & Choi, K. C. (2013). Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(12), 1107–1117. <https://doi.org/10.1177/0269215513490527>
- Choi, M. J., Kim, S., & Jeong, S. H. (2024). Factors associated with health-promoting behaviors among nurses in south korea: systematic review and meta-analysis based on pender's health promotion model. *Asian Nursing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.04.007>
- Cohen, S. (2013). What do accelerators do? Insights from incubators and angels. *Innovations: Technology, Governance, Globalization*, 8(3), 19–25.
- Coke, L. A. (2024). Behavior Change. In *Preventive Cardiovascular Nursing: Resilience across the Lifespan for Optimal Cardiovascular Wellness* (pp. 291–310). Springer.
- Çövener, Ç. (2013). *Sağlığı geliştirme modeli. hemşirelikte kavram, kurum ve model örnekleri*. . İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
- Dicle, A. N. (2017). Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, 4(15), 2043–2053. <https://doi.org/10.26450/jshsr.299>
- Dobber, J., Snaterse, M., Latour, C., Peters, R., Ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., ... & van Meijel, B. (2021). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for smoking cessation in patients with coronary artery disease: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 12, 599203. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.599203>

- Doğasal, O., & Karakartal, D. (2022). Motivational interviewing technique. *The Online Journal of New Horizons in Education*, 12(1), 48.
- Ekdahl, A., Söderberg, S., & Rising-Holmström, M. (2022). Living with an ever-present breathlessness: women's experiences of living with chronic obstructive pulmonary disease stage III or IV. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), 1064–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12998>
- Fallahzadeh, A., Sharifnejad Tehrani, Y., Sheikhy, A., Ghamari, S.-H., Mohammadi, E., Saeedi Moghaddam, S., Esfahani, Z., Nasserinejad, M., Shobeiri, P., & Rashidi, M.-M. (2022). The burden of chronic respiratory disease and attributable risk factors in North Africa and Middle East: findings from global burden of disease study (GBD) 2019. *Respiratory Research*, 23(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02187-3>
- Filgona, J., Sakiyo, J., Gwany, D., & Okoronka, A. (2020). Motivation in learning. *Asian Journal of Education and social studies*, 10(4), 16–37. [10.9734/AJESS/2020/v10i430273](https://doi.org/10.9734/AJESS/2020/v10i430273)
- Flecher, C. (1952). The clinical diagnosis of pulmonary emphysema-an experimental study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 45, 577–584.
- Gabarda, A., Butterworth, S., Liang, Q., & Beckjord, E. (2023). Pilot study of a motivational interviewing training on practitioners' skill set for patient centered communication. *American Journal of Health Promotion*, 37(8), 1070–1077. <https://doi.org/10.1177/08901171231191130>
- Gayle, A. V., Quint, J. K., & Fuertes, E. I. (2021). Understanding the relationships between environmental factors and exacerbations of COPD. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 15(1), 39–50. [10.1080/17476348.2020.1801426](https://doi.org/10.1080/17476348.2020.1801426)

- GOLD. (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2025 Report)*. Retrieved 22 December from <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
- Gredic, M., Blanco, I., Kovacs, G., Helyes, Z., Ferdinandy, P., Olschewski, H., Barberà, J. A., & Weissmann, N. (2021). Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Pharmacology*, 178(1), 132–151. <https://doi.org/10.1111/bph.14979>
- Gunjan, K., Chanchal, K., Sitabja Mukherjee, C.-M. C., & Pandey, R. P. (2024). comprehensive insights into COPD: From pathophysiology to immunology and therapeutic perspectives. [Preprint]. Preprints.org. <https://doi.org/10.20944/preprints202411.1195.v1>
- Heshmati, R., Alizadeh, M., Javadpour, S., & Alizada, N. (2020). Psychosocial determinants of self-care behavior in outpatients with heart failure: a test of Pender's health promotion model. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 22(12). 10.32592/ircmj.2020.22.12.141
- Heydari, A., & Khorashadizadeh, F. (2014). Pender's health promotion model in medical research. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64(9), 1067–1074.
- Holtjer, J. C., Bloemsma, L. D., Beijers, R. J., Cornelissen, M. E., Hilvering, B., Houweling, L., Vermeulen, R. C., Downward, G. S., & Maitland-Van der Zee, A.-H. (2023). Identifying risk factors for COPD and adult-onset asthma: an umbrella review. *European Respiratory Review*, 32(168). <https://doi.org/10.1183/16000617.0009-2023>
- Jalali, A., Rajati, F., & Kazeminia, M. (2025). Empowering the older people on self-care to improve self-efficacy based on Pender's health promotion model: A

- randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 61, 574–579.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.020>
- Jalali, A., Ziapour, A., Ezzati, E., Kazemi, S., & Kazeminia, M. (2024). The impact of training based on the Pender Health Promotion Model on self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 38(7), 918–929. <https://doi.org/10.1177/08901171231224101>
- Javadzade, H., Vahedparast, H., Khodaminasab, A., Tahmasebi, R., Reisi, M., & Kiani, J. (2024). The effect of web-based education on self-care behaviors in cardiovascular patients: application of the pender's health promotion model. *Archives of Public Health*, 82(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01299-0>
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Leidy, N. K. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648–654.
<https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>
- Karaçar, Y., & Demirkıran, F. (2024). Effect of motivational interview-based self management programme on self-efficacy in individual with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Current Psychology*, 43(11), 10103–10116. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05104-z>
- Karataş, T., & Polat, Ü. (2021). Effect of nurse-led program on the exercise behavior of coronary artery patients: Pender's Health Promotion Model. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.003>
- Khodaveisi, M., Jafari, A., Omid, A., Roshanaei, G., & Sazvar, A. (2020). The effect of a Pender's health promotion model-based educational intervention on physical

- activity in office staff. *Sport Sciences for Health*, 16, 31–38.
<https://doi.org/10.1007/s11332-019-00568-8>
- Khodaveisi, M., Omidi, A., Farokhi, S., & Soltanian, A. R. (2017). The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(2), 165. PMID: 28409170; PMCID: PMC5385239.
- Kotlyarov, S. (2022). Involvement of the innate immune system in the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(2), 985. <https://doi.org/10.3390/ijms23020985>
- Lee, H., Park, G., Jin, H., Chun, K. J., & Kim, J. H. (2021). The effects of nurse-led motivational interviewing on exercise and quality of life among Koreans with heart failure: A randomized controlled trial. *Korean Journal of Adult Nursing*, 33(6), 628–639. <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.628>
- Li, J., Wang, J., Xie, Y., & Feng, Z. (2020). Development and validation of the modified patient-reported outcome scale for chronic obstructive pulmonary disease (mCOPD-PRO). *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 661–669. <https://doi.org/10.2147/COPD.S240842>
- Li, J., Zhang, H., Wang, J., Lu, X., Zuo, M., Jiao, L., Lu, X., & Wang, Y. (2024). Efficacy and safety of Supine Daoyin in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 17(3), 654–666. <https://doi.org/10.1111/jebm.12650>
- Locatelli, G., Zeffiro, V., Occhino, G., Rebora, P., Caggianelli, G., Ausili, D., ... Vellone, E. (2022). Effectiveness of motivational interviewing on contribution to self-care, self-efficacy, and preparedness in caregivers of patients with heart failure: A secondary outcome analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial.

- European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(8), 801–811.
<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac039>
- MacLeod, M., Papi, A., Contoli, M., Beghé, B., Celli, B. R., Wedzicha, J. A., & Fabbri, L. M. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: diagnosis, treatment, prevention and disease impact. *Respirology*, 26(6), 532–551.
<https://doi.org/10.1111/resp.14041>
- Masoudi, R., Lotfizade, M., Gheysarieha, M. R., & Rabiei, L. (2020). Evaluating the effect of Pender's health promotion model on self-efficacy and treatment adherence behaviors among patients undergoing hemodialysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 197. 10.4103/jehp.jehp_747_19
- Mete, R. E. (2024). Examining the impact of social support on psychological well-being among canadian individuals with COPD: implications for government policies. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 97(2), 125. 10.59249/OKAB8606
- Miller, W. R. (2023). The evolution of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 616–632.
<https://doi.org/10.1017/S1352465822000431>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3652–3666.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15420>
- Mujika, A., Forbes, A., Canga, N., de Irala, J., Serrano, I., Gascó, P., & Edwards, M. (2014). Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: an

- exploratory randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1074–1082. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.001>
- Naderloo, H., Vafadar, Z., Eslaminejad, A., & Ebadi, A. (2018). Effects of motivational interviewing on treatment adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled clinical trial. *Tanaffos*, 17(4), 241–248.
- Navratilova, Z., Kominkova, E., & Petrek, M. (2023). The immune response in the pathophysiology of pulmonary diseases. In *Human Physiology Annual Volume 2024*. IntechOpen. 10.5772/intechopen.112587
- Nishimura, K., Kusunose, M., Sanda, R., Mori, M., Shibayama, A., & Nakayasu, K. (2023). Comparison of predictive properties between tools of patient-reported outcomes: risk prediction for three future events in subjects with COPD. *Diagnostics*, 13(13), 2269. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13132269>
- Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2(2), 41–44.
- Ögel, K., & Şimşek, M. (2021). *Motivasyonel Görüşme Tekniği*. İş Bankası Yayınları.
- Özdemir, T., Demirci, N. Y., Kiliç, H., Koc, O., Kaya, A., & Öztürk, C. (2020). An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(1), 132–140. <https://doi.org/10.3906/sag-1908-35>
- Pando-Sandoval, A., Ruano-Ravina, A., Candal-Pedreira, C., Rodríguez-García, C., Represas-Represas, C., Golpe, R., Fernández-Villar, A., & Pérez-Ríos, M. (2022). Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in never-smokers: A systematic review. *The Clinical Respiratory Journal*, 16(4), 261–275. <https://doi.org/10.1111/crj.13479>

- Papi, A., Alfano, F., Bigoni, T., Mancini, L., Mawass, A., Baraldi, F., Aljama, C., Contoli, M., & Miravitlles, M. (2024). N-acetylcysteine treatment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Chronic Bronchitis/Pre-COPD: distinct meta-analyses. *Archivos de Bronconeumología*, 60(5), 269–278. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2024.03.010>
- Pender, N. (2011). *Health promotion model*. Burlington, MA, USA: Jones & Bartlett Learning.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2010). Health promotion in nursing practice.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing-e-book*. Elsevier health sciences.
- Rafii, F., Soleimani Babadi, A., & Heidari-Beni, F. (2024). Prevention as a prominent self-management strategy in men with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 34(3), 444–460. <https://doi.org/10.1080/10911359.2023.2185722>
- Rehman, H., Karpman, C., Vickers Douglas, K., & Benzo, R. P. (2017). Effect of a motivational interviewing-based health coaching on quality of life in subjects with COPD. *Respiratory Care*, 62(8), 1043–1048. <https://doi.org/10.4187/respcare.04984>
- Rodrigues, S. d. O., Cunha, C. M. C. d., Soares, G. M. V., Silva, P. L., Silva, A. R., & Goncalves-de-Albuquerque, C. F. (2021). Mechanisms, pathophysiology and currently proposed treatments of chronic obstructive pulmonary disease. *Pharmaceuticals*, 14(10), 979. <https://doi.org/10.3390/ph14100979>

- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2008). Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. In: Taylor & Francis.
- Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. *AORN Journal*, 105(3), 267–275. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Sabuni, M., Kheirkhah, M., Seyedoshohadaee, M., & Haghani, S. (2021). The effect of Pender's health promotion model-based education on the physical activity among pregnant women. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(3), 3643–3661.
- Sakraida, T. J. (2010). Health promotion model. *Nursing Theorists and Their Work*, 7, 434–453.
- Santi, D. B., & Baldissera, V. (2023). Adolescent health promotion: Nola Pender's model through participatory virtual workshops. *Rev. Enferm. UFSM*. [Access at: Year Month Day], 13, e40.
- Sato, E., Shomura, M., Mizuno, M., Yokoyama, K., Terao, M., Tsuda, B., Hanamura, T., Okamura, T., Fukai, K., & Niikura, N. (2024). Efficacy of nursing interventions using motivational interviewing aimed at weight loss in overweight/obese breast cancer patients undergoing endocrine therapy. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 49(1), 35–42.
- Sazak, Y., & Olgun, N. (2025). The effect of Chronic Care Model-based follow-up on self-efficacy and patient-reported outcomes in COPD patients: A randomized

controlled study. *BMC Nursing*, 24(1), 578. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-XXXX-X>

Schraufnagel, D. E., Balmes, J. R., Cowl, C. T., De Matteis, S., Jung, S. H., Mortimer, K., ... & Wuebbles, D. J. (2019). Air pollution and noncommunicable diseases: a review by the forum of international respiratory societies' environmental committee, part 2: air pollution and organ systems. *Chest*, 155(2), 417-426. 10.1016/j.chest.2018.10.042

Shahabi, N., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., Ghanbarnejad, A., & Behzad, A. (2022). Application of Pender's health promotion model for type 2 diabetes treatment adherence: protocol for a mixed methods study in southern Iran. *Trials*, 23(1), 1056. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-07027-9>

Shamsollahi, H. R., Jahanbin, B., Rafieian, S., & Yunesian, M. (2021). Particulates induced lung inflammation and its consequences in the development of restrictive and obstructive lung diseases: a systematic review. *Environmental Science and Pollution Research*, 28, 25035–25050. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13559-5>

Steffen, P. L., Mendonça, C. S., Meyer, E., & Faustino-Silva, D. D. (2021). Motivational interviewing in the management of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: an RCT. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(5), e203–e212. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015>

Stolz, D., Mkorombindo, T., Schumann, D. M., Agusti, A., Ash, S. Y., Bafadhel, M., Bai, C., Chalmers, J. D., Criner, G. J., & Dharmage, S. C. (2022). Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a lancet commission. *The Lancet*, 400(10356), 921–972.

- Şişman, N. Y. (2017). Nola J. Pender: sağığı geliştirme modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri: Akademi basın ve yayıncılık*. Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- Tülüce, D., Köktürk, N., Geniş, B., Kayalar, A., Gürhan, N., & Kutlutürkan, S. (2021). The effect of education and motivational interviewing on COPD management and outcome parameters in COPD patients. *Turkish Thoracic Journal*, 22(5), 399-412. 10.5152/TurkThoracJ.2021.0004
- Türk Toraks Derneğı, TTD (2023). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tani ve tedavi raporu 2014. In.
- Uludağ, E., & Kaşıkçı, M. (2024). Motivational interviewing with pender's health promotions model: diabetics self-management behavior. *Nursing Science Quarterly*, 37(3), 255–265. <https://doi.org/10.1177/08943184241247011>
- Uslu, A., & Canbolat, Ö. (2022). Nursing care of the chronic obstructive pulmonary disease patient according to orem's theory of self-care deficiency: a case report. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(2).
- Wang, C., Liu, K., Sun, X., Yin, Y., & Tang, T. (2022). Effectiveness of motivational interviewing among patients with COPD: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3174–3185. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.019>

- WHO. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved 22 December 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))
- WHO. (2025). *Health for All in the 21st Century* Retrieved January from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/121615/em_rc44_10_annex_en.pdf
- Wood, A. (2020). *The motivational interviewing workbook: Exercises to decide what you want and how to get there*. Rockridge Press.
- Yıldırım Şişman, N. (2017). Nola J. Pender: Sağlığı geliştirme modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara (Eds.), *Hemşirelik Teori ve Modelleri* (1. ed.). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Yıldırım, O. Y., & Özer, N. (2020). Effect of anastomosis technique on pancreatic fistula formation in proximal pancreaticoduodenectomy. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 30(5), 480–484. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2020.05.480>
- Yoon, S., Tang, H., Tan, C. M., Phang, J. K., Kwan, Y. H., & Low, L. L. (2024). Acceptability of mobile app–based motivational interviewing and preferences for app features to support self-management in patients with type 2 diabetes: Qualitative study. *JMIR Diabetes*, 9(1), e48310. <https://doi.org/10.2196/48310>
- Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Yılmaz Demirci, N., Kırkıl, G., Naycıatış, S., ... & Günakan, G. (2012). Reliability and validity of Turkish version of COPD assessment test. *Tuberkuloz ve Toraks*, 60(4), 314–320. <https://doi.org/10.5578/tt.3709>
- Zenoozadeh, V., Payandeh, A., & Seraji, M. (2023). Effect of educational intervention based on pender's health promotion model on self-care behaviours of patients with

colorectal cancer undergoing chemotherapy: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 17(9). 10.7860/JCDR/2023/59380.18446



EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zeynep YILDIRIM	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program	Doktora	
Türü		
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%6	% 15
II. Genel Bilgiler	%6	% 35
III. Materyal ve Metod	%6	% 35
IV. Bulgular	%14	% 15
V. Tartışma	%5	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		

EK-2. Etik Kurul Onay Formu

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Bölümü : Dekanlık Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ 258 Konu : Etik Kurul Kararı	
29.03.2024	
Sayın: Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "KOAH'lı Hastalarda Pender'in Sağlık Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmenin Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar Üzerine Etkisi" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.	



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		KOAH'lı Hastalarda Pender'in Sağlık Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmenin Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar Üzerine Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:2 Karar No:41	Tarih:29.03.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. Kurum İzni Onay Formu



T.C.
ARDAHAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-26687954-799-262303367
Konu : Tez Çalışması

13.12.2024

Sayın: Arş.Gör. Zeynep YILDIRIM
Ardahan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgi : 29.11.2024 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçeniz ve ekleri incelenmiş olup, 'KOA Hastalarda Pender'in Sağlık Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmenin Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar Üzerine Etkisi' konulu Doktora tez çalışmanız için etik kurul raporu ve anket soruları incelenmiş olup, çalışma sonucunun kurumumuzla paylaşılması, hasta mahremiyetine önem verilmesi ve kişisel verilerin korunması kanununa riayet edilmesi şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

Hasta Grubu:

Hasta No:

Hasta Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

1) Yaş:

2) Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek () Diğer

3) Medeni Durumu: ()Evli ()Bekar ()Dul ()Boşanmış ()Ayrı yaşıyor

4) Eğitim Durumu: () Okur-yazar değil ()Okur-yazar () İlköğretim - Ortaokul () Lise () Üniversite

5) Aile tipi: ()Çekirdek aile ()Geniş aile ()Yalnız

6) Meslek/çalışma durumu: ()Çalışmıyor ()İşçi ()Çiftçi ()Memur ()Emekli ()Diğer.....

7) Sağlık güvencesinin varlığı: ()Var ()Yok

8) Sigara ve alkol kullanım durumu:

Sigara: () Halen içiyorum ()İçtim, bıraktım ()Hiç içmedim

Süresi:

Günlük Tüketim Miktarı:

Alkol: () Halen içiyorum ()İçtim, bıraktım ()Hiç içmedim

9) Sosyoekonomik durum: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

10) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısını ne zaman aldınız?.....

11) KOAH dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

()Evet (Belirtiniz.....)

()Hayır

12) Hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı?

()Nebulizatör ()Oksijen tüpü ()Oksijen konsantretörü ()Bipap cihazı ()Diğer.....

EK-5: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (MCOPD-PRO)

Değerli katılımcı; lütfen aşağıdaki her bir soruyu okuyunuz ve **son 2 hafta** içinde nasıl hissettiğinizi en iyi açıklayan yanıt numarasının altına veya kutucuğa (**X**) işareti koyunuz. Her soru için yalnızca **bir** yanıt seçtiğinizden emin olunuz.

Örnek: Nefes nefese kaldınız mı?

Hiçbir zaman	Neredeyse hiç	Birkaç kez	Birçok kez	Neredeyse her zaman
0	1	2	3	4

1. Bölüm Fizyolojik alan

1. Öksürüğünüz oldu mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

2. Balgamınız var mıydı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

3. Göğsünüzde sıkışma oldu mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

4. Nefes nefese kaldığınız oldu mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

5. Nefes darlığınız oldu mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

6. Konuşurken kendinizi güçsüz hissettiniz mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

7. Yorgunluk yaşadınız mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

8. Kendinizi ruhsal olarak kötü hissettiniz mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

9. Vücudunuzda siyanoz (morarma) fark ettiniz mi (dudaklarınız, tırnaklarınız, cildiniz vb. morardı mı)?

Hiç 0 Çok hafif 1 Orta Düzeyde 2 Belirgin 3 Çok belirgin 4

10. Rüzgârda (soğukta) kalmaktan korktunuz mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

11. Karnınızda şişkinliğiniz/gaz birikiminiz oldu mu?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

12. Sık sık soğuk algınlığına yakalandınız mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

13. Dışarıya yalnız çıkabildiniz mi? (yürümek, alışveriş, otobüse binmek gibi)

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

14.1 Günlük aktiviteler öksürüğünüzü şiddetlendirdi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

14.2 Günlük aktiviteler göğüs sıkışmanızı şiddetlendirdi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

14.3 Günlük aktiviteler nefes nefese kalmanızı arttırdı mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

14.4 Günlük aktiviteler nefes darlığınızı artırdı mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

2. Bölüm Psikolojik alan

15. Kendinizi sık sık keyifsiz hissettiniz mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

16. Kendinizi sık sık üzgün hissettiniz mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

17. Hastalığınız için endişelendiniz mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

18.1 Ruh halinizdeki değişimler öksürüğünüzü şiddetlendirdi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

18.2 Ruh halinizdeki değişimler göğüs sıkışmanızı şiddetlendirdi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

18.3 Ruh halinizdeki değişimler nefes nefese kalmanızı artırdı mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

18.4 Ruh halinizdeki değişimler nefes darlığınızı artırdı mı?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

3. Bölüm Çevresel alan

19. Hastalığınız; arkadaşlarınız, meslektaşlarınız veya komşularınızla olan ilişkilerinizi etkiledi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

20. Hastalığınız; hava değişimlerinden (bulutlu, sisli, nemli ve bunaltıcı günler vb.) etkilendi mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

21. Hastalığınız; kapalı veya yetersiz havalandırılmış bir ortamda daha da kötüleşti mi?

Hiçbir zaman 0 Neredeyse hiç 1 Birkaç kez 2 Birçok kez 3 Neredeyse her zaman 4

EK-6. Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası

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

EK-7. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

Değerlendirilen parametreler	Derecelendirme	Değerlendirilen parametreler
Hiç öksürmüyorum.	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum.
Akciğerlerimde hiç balgam yok.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu.
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum.	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var.
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor.	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor.
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum.	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum.
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya hiç çekinmiyorum.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden çıkmaya çekiniyorum.
Rahat uyuyorum.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum.
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum.	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum.

EK- 8. Önem ve Güven – Yeterlilik Cetveli

-KOAH semptomlarınızı yönetmek sizin için ne kadar önemli?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç önemli değil

Çok önemli

-KOAH semptomlarınızı yönetirken kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç güvenmiyorum

Çok güveniyorum



EK-9. Değişim Planı

DEĞİŞİM PLANI
Gerçekleştirmek istediğim değişiklikler: 1. 2. 3.
Hedeflere ulaşmak için planladıklarım: 1. .../.../..... tarihine kadar yapacağım 2. .../.../..... tarihine kadar yapacağım 3. .../.../..... tarihine kadar yapacağım
Planımı engelleyebilecek faktörler 1. 2. 3.
Planımı destekleyecek faktörler 1. 2. 3.
Planımı gerçekleştirirken bana yardım edebilecek kişiler: 1. 2. 3.

EK-10. Görüşme Planı DAVRANIŞA ÖZGÜ BİLİŞSEL FAKTÖRLER

BİREYSEL ÖZELLİKLER VE DENEYİMLER

Bireysel özellikler (MG ile hastanın Değişim Aşamasını Belirleme):

Yaş, Cinsiyet, Ekonomik durum, Yaşanılan ortam, Çalışma durumu, Sosyal destek vb.

KOAH'a İlişkin Önceki deneyimler (MG ile hastanın Değişim Aşamasını Belirleme):

KOAH belirtilerini yönetmek için daha önce herhangi bir yönteme başvurdunuz mu? Başvurduysanız hangi yöntemleri denediniz? Bu yöntemler etkili oldu mu?

KOAH ilaçlarınızı düzenli kullandığınızı düşünüyor musunuz?

KOAH tanısı aldıktan sonra bu yana sağlığını korumak için neler yaptınız?

KOAH takiplerine ne kadar sıklıkla ve kimlerle birlikte gidiyorsunuz?

Algılanan Yararlar (MG ile karar dengesi kurma): KOAH'ınızın ve semptom yönetiminde size en çok neyin yardımcı olduğunu düşünüyorsunuz? Örn; düzenli ilaç kullanımı, öksürük-solunum egzersizleri, yürüyüş gibi.

Algılanan Engeller (MG ile karar dengesi kurma): KOAH'ınızın ve semptom yönetiminde en büyük engellerinizin neler olduğunu düşünüyorsunuz? Örneğin, nefes darlığı/solunum sıkıntısı, günlük aktivitelerde(hareket, yemek, alışveriş vb.) zorlanma, ilaçların yan etkileri, sosyal destek eksikliği gibi faktörler sizi nasıl etkiledi?

Bu engelleri aşmak için daha önce neler denediniz? Hangi yöntemler işe yaradı ya da yaramadı?

Algılanan Öz yeterlilik (MG ile önem, güven-yeterlilik skalası): KOAH'ınızı ve semptomlarınızı yönetme konusunda kendinize güveniyor musunuz? Ne kadar güvendiğinizi 0-10 puan arası değerlendirebilirsiniz?

Geçmişte KOAH'ınızı kontrol altına aldığınız bir zamanı hatırlıyor musunuz? O dönemde neleri doğru yaptığınızı düşünüyor ve bu deneyimi nasıl sürdürebilirsiniz?

Aktiviteye Bağlı Duygular (MG ile belirleme): KOAH semptom yönetimine ilişkin davranışlarınızda neler hissediyorsunuz?

Daha kolay nefes aldığınızda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?, Egzersiz yaptıktan sonra ruh halinizde bir değişiklik oluyor mu? İlaçları düzenli kullanmaya çalıştığınızda karşılaştığınız olumsuz düşünceler nelerdir?

Kişiler Arası Etkiler (MG ile güven-yeterlilik skalası): KOAH ile baş etmek içi kim/kimlerden destek alıyorsunuz? Aileniz, arkadaşlarınız veya sağlık profesyonelleri size ne kadar yardımcı oluyor?

Sosyal çevrenizden aldığınız desteğin sizin için yeterli olduğunu düşünüyor

Durumsal Etkiler (MG ile hastanın Değişim Aşamasını Belirleme): Yaşadığınız şehir ve ortam/çevre, varsa iş hayatınız KOAH semptomlarınızı nasıl etkiliyor?

DAVRANIŞ ÇIKTISI

-Hasta tarafından bildirilen sonuçlarda iyileşme görülmesi.
-mMRC dispne skalasında iyileşme görülmesi.
- KOAH değerlendirme testinde iyileşme görülmesi.
- Önem ve Güven – Yeterlilik derecesinde iyileşme görülmesi.

EK-11. Girişim Grubu Hastalarının Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel görüşmenin, hastaların kendi bildirdiğı sağıkla ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yürütölmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde, önce sizinle yüz yüze görüşölerek kimlik ve hastalık bilgilerinizi içeren Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulacak, ardından sağık durumunuzla ilgili bazı ölçekler uygulanacaktır. Daha sonra, rutin hemşirelik bakımınıza ek olarak, sağığınızı geliştirmeye yönelik olarak planlanmış motivasyonel görüşmeler yapılacaktır. Bu görüşmeler, sizin ihtiyaçlarınıza göre belirlenen konular etrafında yürütöllecek, her biri yaklaşık 30-45 dakika sürecek ve toplamda üçü hastanede yüz yüze, üçü ise WhatsApp uygulaması aracılığıyla görüntölü olarak gerçekleştirilecektir. Görüşmelerde KOAH ile ilgili yaşadığınız zorluklar, ilaç kullanımınız, nefes darlığı yönetimi, egzersizler, sosyal destek gibi konular ele alınacak; sizin değişim isteğiniz, bu değişimi ne kadar önemli bulduğunuz ve kendinize olan güveniniz değerlendirilecektir. Ayrıca sizinle birlikte bir değişim planı hazırlanacak ve sonraki görüşmelerde bu plana ne ölçüde uyduğunuz izlenecektir. Araştırma sürecinde ilk görüşmeden yaklaşık 4 hafta sonra ve 8 hafta sonra olmak üzere yeniden bazı ölçekler uygulanarak sağık durumunuzdaki değişiklikler değerlendirilecektir. Katılımınız tamamen gönüllüdür; istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeksizin çalışmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız ya da çalışmadan ayrılmanız, alacağınız sağık hizmetlerini hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Çalışma sırasında elde edilen tüm bilgileriniz gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Aklınıza takılan soruları araştırma süresince araştırmacı sizi telefonla aradığı zaman araştırmacıya iletebilirsiniz. Bilgileriniz yalnızca çalışma kapsamında kullanılacak ve başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman araştırmacıya sorabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU

**ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA
OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası Zeynep
YILDIRIM



EK-12. Kontrol Grubu Hastalarının Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı motivasyonel görüşmenin, hastaların kendi bildirdiği sağlıkla ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, sizinle yüz yüze görüşülerek kimlik ve hastalık bilgilerinizi içeren Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulacak ve sağlık durumunuzu değerlendirmek amacıyla bazı ölçekler uygulanacaktır. Bu çalışmada, kontrol grubunda yer alan katılımcılara hastanede verilen mevcut rutin hemşirelik bakımı dışında ek bir görüşme ya da eğitim uygulanmayacaktır. Ancak araştırmanın başında, 4. haftasında ve 8. haftasında olmak üzere toplam üç kez bazı anket ve ölçekler yeniden uygulanarak sağlık durumunuzdaki değişiklikler izlenecektir. Bu süreç tamamlandıktan sonra, hastaneye rutin doktor kontrolünüz için geldiğinizde size yüz yüze bir kez motivasyonel görüşme yapılacaktır. Bu görüşme, KOAH yönetimiyle ilgili farkındalığınızı artırmaya ve sizi desteklemeye yönelik olacaktır. Bilgileriniz yalnızca çalışma kapsamında kullanılacak ve başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman araştırmacıya sorabilirsiniz.

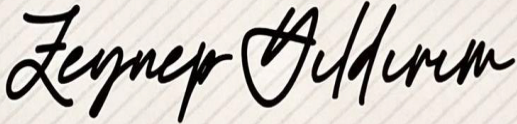
Zaman ayırdığınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası Zeynep YILDIRIM

EK-13. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi Katılım Belgesi

Belge / Doc No:	 BAŞKENT PSİKOLOJİ ATÖLYESİ	Kimlik / ID No:
Motivasyonel Görüşme Motivational Interviewing Teknikleri Techniques		
Eğitim Sertifikası Certificate of Training		
		
Başkent Psikoloji Atölyesi ve Bağımlılık Akademisi işbirliği ile 19-21 Şubat 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen 9 Saatlik "Motivasyonel Görüşme Teknikleri" uygulayıcı eğitim programını tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.		The recipient of this certificate has received this document to acknowledge their participation in the 9-hour training program on "Motivational Interviewing Techniques" held from February 19th to February 21st, 2024 in cooperation with Başkent Psikoloji Atölyesi and Bağımlılık Akademisi.
19.02.2024 - 21.02.2024 TARİH/DATE		
bağımlılıkakademisi		

EK-14. Tez Adı Değişiklik Formu



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zeynep YILDIRIM
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan ana bilim dalımız öğrencisinin tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 17.07.2025

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Değişiklik Türü	Tez adı değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	KOAH'LI HASTALARDA PENDER'İN SAĞLIK GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ
Tezin Yeni Adı	KOAH HASTALARINDA PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ
Tezin İngilizce Adı	EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING BASED ON PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL ON PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN PATIENTS WITH COPD
Değişikliğin Gerekçesi	Tez izleme komitesi jüri üyelerinin önerisi doğrultusunda değiştirildi.