

36.

BÖLÜM

Solunum Sistemi Hastalıklarının Evde Bakım ve Koruyucu Hemşirelik Girişimleri

Dr. Berna BAYIR

GİRİŞ

Solunum veya nefes almak vücudun hayatta kalabilmek için kendiliğinden yerine getirdiği bir işlemdir. Yaşamın devam edebilmesi için, vücudumuzun oksijene gereksinimi vardır. Gerekli olan oksijeni, taşıyan sistemin en önemli parçasını akciğerler oluşturur. Aynı zamanda karbondioksitin vücuttan atılması için akciğerlere ihtiyaç duyulur (1). Bu nedenle; akciğerlerin sağlığı ve solunum sistemi hastalıklardan korunma hayati derecede öneme sahiptir. Solunum sistemine ilişkin hastalıklar değerlendirilirken birçok faktör ele alınmalıdır. Çünkü bu hastalık grubundan birine sahip olan hastaların huzuru, aileleri ve hatta yaşadıkları toplumlar bile olumsuz etkilenebilmektedir. Sıklıkla; solunum hastasının yaşam kalitesi düşmekte ve bu hastalık türleri bireyler için engeller oluşturmaktadır (2, 3). Kronik solunum sistemi hastalıklarının, bireylerin yaşamını ciddi düzeyde sınırlandıran morbidite ve mortaliteye sebep olan önemli hastalıklar olduğu kabul edilmektedir (Şekil 36.1.) (4).

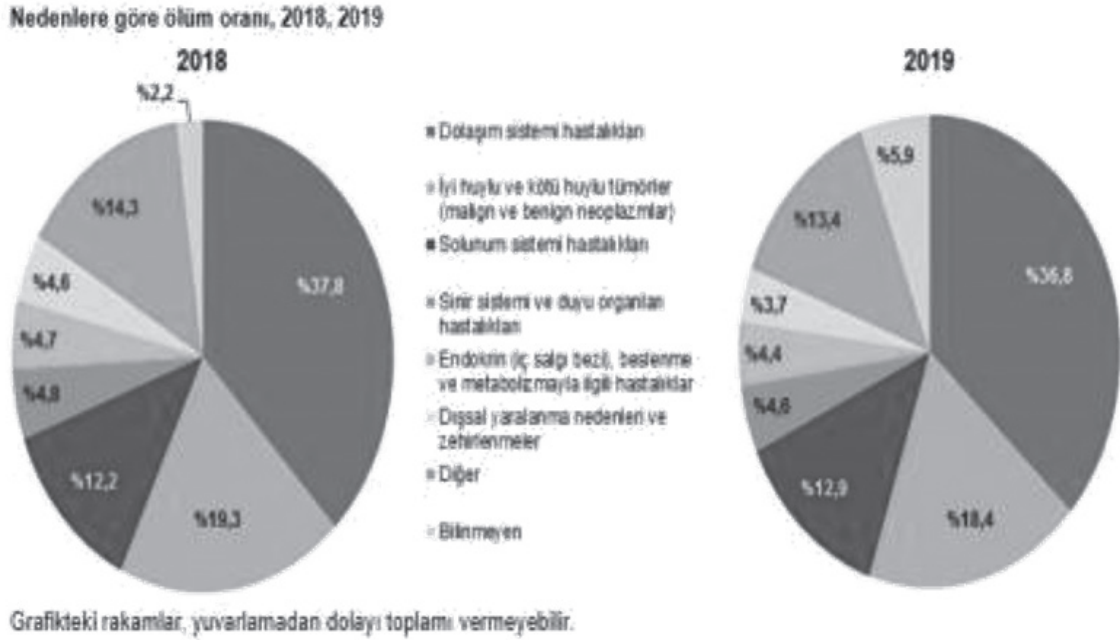
Genetik yatkınlık, enfeksiyonlar, yaş, cinsiyet ve ırk gibi sosyo-demografik faktörler solunum sistemi hastalıklarının oluşum nedenleri arasındadır. Bu faktörlerin yanı sıra; sigara içmek veya sigara nedeniyle pasif içiciliğe maruz kalmak, olumsuz çalışma ortamı, yaşanan coğrafi bölgenin kötü hava ve mevsim koşulları gibi çevresel sorunlar da solunum sistemi hastalıklarının gelişiminde önemli roller üstlenir (6). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), astım, so-

lunum yolu alerjileri, uyku apnesi, mesleki akciğer hastalıkları ve pulmoner hipertansiyon gibi solunum yolu hastalıkları, risk faktörleri ortadan kaldırıldığı takdirde, önlenebilir hastalıklardır (2). Risk faktörleri önlenemediğinde, hastalık maruziyeti gerçekleşebilir. Olası belirti ve bulgular akciğer fonksiyonlarında kayıplar, öksürük, balgam ve nefes darlığı (dispne) olarak sıralanabilir. Bireyin tıbbi yardım almak istemesi uzun bir süreci kapsayabilir (4,7). Bu grup hastalıkların önlenebilir özellik taşıyor olması ve sürecin yavaş ilerlemesi son yıllarda kronik hastalığa sahip bireylerin bakım sorununa en uygun çözümün evde bakım ve koruyucu sağlık hizmetleri olduğu görüşünü gündeme getirmiştir (8).

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDA EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Hedefler

Sağlık hizmetinin sunum biçimi olarak evde bakım hizmetleri her dönemde kullanılmış bir hizmet şeklidir. Fakat bu hizmet biçimi daha etkin kullanılırken bazı dönemlerde geri planda tutulmuştur. Özellikle on sekizinci yüzyılda evde sağlık uygulamaları, temel sağlık hizmeti sunum modeli olarak kullanılmıştır (9). 20. yüzyıla gelindiğinde ise bireyler bazı hizmetleri sadece hastanelerde bulabildikleri için, hastanelerde verilen hizmet modeli daha çok tercih edilen bir model olmuştur. Bu durum temel sağlık hizmetleri kap-



Şekil 36.1. Türkiye'de 2018 ve 2019 Yılındaki Ölüm Nedenleri ve Oranları

Kaynak: (5)

samındaki koruyucu hizmetlerin aktif kullanımının azalmasına neden olmaya başlamıştır.

Geçmiş yıllardaki deneyimler ve literatür bilgileri incelendiğinde; evde sağlık ve bakım uygulamalarının farklı kavramlarla kullanıldığı görülmektedir (10-13). Evde sağlık, evde bakım, ev ziyareti, evde tedavi, evde muayene ve evde sağlık uygulamaları gibi ifadelerin hepsi evde sağlık ve bakım uygulamalarını açıklamak için kullanılmaktadır. Farklı adlandırmaların nedeni, ev ortamında verilen hizmetin içeriği ve kapsamındaki değişikliklerdir (14).

Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelikte amaçlarını: "Gereksinimi olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi" olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda; bakanlık ve bağlı kuruluşlar tarafından evde sağlık hizmetlerinin donanımının sağlanması, sevk ve idaresi, koordinasyonuna dair usul ve esaslar belirlenmiştir. Bu

hizmetlerin sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanması sağlanmaktadır (15).

Evde sağlık hizmetlerinin genel hedefleri;

- Solunum sistemi hastalığına sahip bireyin sağ kalım süresini artırmak,
- Hizmet sunumunun yapıldığı toplumda hastalığa yakalanma oranını azaltmak,
- Hastaların fonksiyonel kapasitelerini yükseltmek,
- Hastalığın semptomlarını en aza indirerek hayat kalitesini artırmak,
- Öz bakımı ve öz-yeterliliği artırmak,
- Sağlık harcamalarını azaltmaktır

Terminal dönemdeki hastalar için hedefler ise;

- Fizyolojik, psikolojik ve sosyal refahı sağlamak,
- Yaşamın sonuna doğru hasta için iyi ölüm koşullarını sağlamaktır (16,17).

Solunum Sistemi Hastalıklarında Hastane Merkezli Evde Bakım Modelleri

Evde bakım hizmetlerinin Türkiye'deki modeli incelendiğinde, genellikle hastane merkezli bakım modelinin tercih edildiği görülmektedir. Aynı zamanda son dönemlerde hastanelerden bağımsız çalışan ve finansmanı birey tarafından karşılanan özel firmalar tarafından sunulan evde bakım hizmetleri sunumlarının da artış gösterdiği görülmektedir (18,19).

Başlıca hastane merkezli evde bakım modelleri şu şekildedir:

- i. Evde hastane uygulaması
- ii. Erken taburculuk (hastanede kalış süresi <48 saat)
- iii. Destekli taburculuk (hastanede kalış süresi >48 saat).

Solunum sistemi hastalıklarının evde bakımında farklı hizmet modelleri bulunmaktadır. Dünya ülkeleri değerlendirmesinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde evde bakım uygulamaları sağlık bakım sunumlarının; sıklıkla akut dönem sonrasında uygulanan epizodik bakım, palyatif ve yaşamın sonuna doğru uygulan hospis bakım, amaca yönelik yapılan saatlik uygulamalar için uzun süreli evde bakım hizmetleri ve

medikal cihazların evde kullanımının sağlanması gibi bakım modellerini kapsadığı görülmektedir (Şekil 36. 2.) (17).

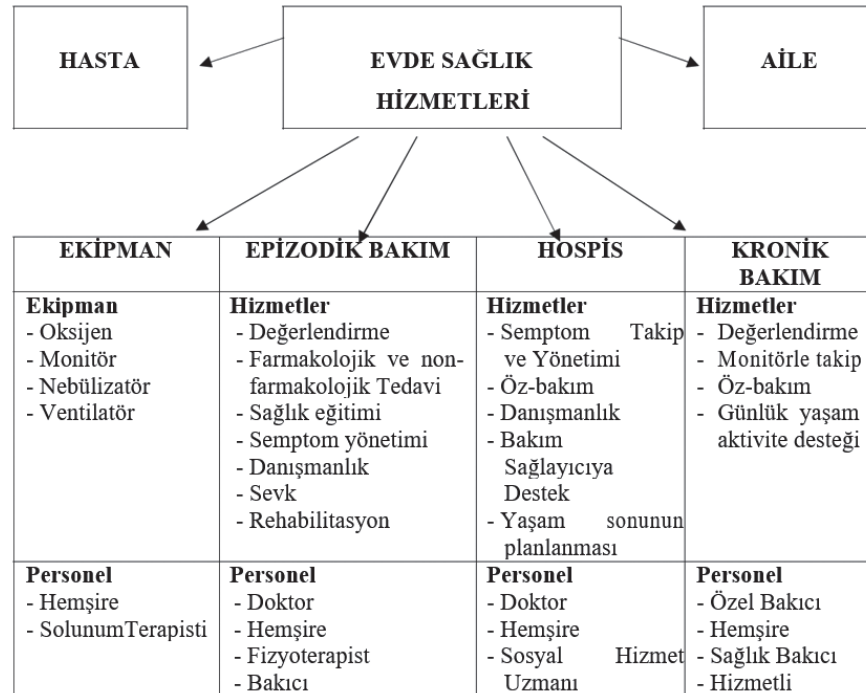
Solunum Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmetlerinde Multidisipliner Yaklaşım

Evde bakım hizmetleri, birçok meslek grubu ile iş birliği içinde planlı, kapsamlı ve sistematik bir şekilde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir (19,21). Kronik hastalıklar sınıfından olan solunum sistemi hastalıkları, multidisipliner yaklaşımla hizmet sunulması gereken hastalık gruplarındandır. Bu anlayışa göre görev alan meslek grupları şu şekilde sıralanabilir (17);

- i. Göğüs hastalıkları Uzmanı
- ii. Pratisyen hekim
- iii. Fizyoterapist
- iv. Hemşire
- v. Diyetisyen
- vi. İş- uğraşı terapisti
- vii. Çağrı merkezi sorumlusu
- viii. Sekreter
- ix. Şoför

Solunum Hastalıklarında Evde Sağlık

Şekil 36. 2. Solunum Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Uygulama Modelleri



Kaynak: (20)

Hizmetlerinden Yararlanma Kriterleri

Evde Sağlık hizmeti, evde yalnız yaşayan, kimsesiz veya ailesiyle yaşayan, ancak bakımı için başkalarına bağımlı olan bireyleri hizmet sunumu kapsamında değerlendirir. Özellikle yatağa bağımlı duruma gelmiş kronik hastalar, felçli, yaşlı veya engelli bireyler çalışma kapsamı içerisinde ön planda tutulmaktadır. Solunum sistemi hastalıkları açısından değerlendirildiğinde, Evde Sağlık Hizmeti akciğer kanseri, KOAH, kas hastaları, hastaneden taburcu edildikten sonra tedavisi evde devam eden hastalar, herhangi bir kaza sonrası bakıma gereksinim duyan hastalara verilebilir (22).

Evde Bakım Gerektiren Solunum Hastalıkları

- i. Tıkayıcı hava yolu hastalıkları; KOAH, astım, kistikfibroz, bronşektazi
- ii. Kısıtlayıcı hava yolu hastalıkları; göğüs duvarı deformasyonu, intersitisyel akciğer hastalıkları, pnömokonyoz (meslek hastalığı), tüberküloz sekelleri
- iii. Nöromusküler hastalıklar; *Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS)*, Musküler distrofi, Post Polio sendromu (PPS)
- iv. Solunum sorunları ilişkili uyku bozuklukları
- v. Diğer grup hastalıklar; toraks, akciğer ve kalbe ilişkin girişim uygulanmış hastalar, terminal dönem akciğer kanseri, pulmoner hipertansiyon, akciğer yetmezliği ve nakli, solunum cihazına bağımlı hastalar (17)

Evde bakım gereksinimi olan KOAH, astım, akciğer fibrozisi, kistik fibrozis, kifoskolyoz, bronşektazi ve kas hastalıklarının neden olduğu akciğer kompliyansında bozulmalar kronik ve ilerleyici özellik gösteren hastalıklardır. Bu hastalara uygulan ilaç ve oksijen tedavisinin, solunum cihazı desteğinin ve pulmoner rehabilitasyonunun sürekliliği büyük önem taşır. Hastalara bu çok yönlü tedavi ve bakım yaklaşımlarının evlerinde uygun şekillerde yürütülmesi gerekir (23,24).

Evde Bakımda Solunum Sistemi Hastalarına Yönelik Olarak Sunulan Hizmetler

Solunum sistemi hastalarına sunulan evde bakım hizmeti; hastayı toplum hayatı içerisinde tutmak için, farklı branşlarda çalışan birçok uzmanın uygun gördüğü hizmetlerin, hasta ve ailesine multi-disipliner yaklaşım anlayışıyla sunduğu bir hizmet türüdür (25). Verilen hizmetlerdeki temel amaç; bireyin günlük yaşam aktivitelerini aksatmadan, maksimum tedavi ve bakıma ulaşarak, hastalığın ve engelliliğin olumsuz etkilerini en aza indirmek, aynı zamanda hasta ve yakınlarının yaşama koşullarının niteliğini yükseltmektir (25,26).

Evde bakım hizmetleri kapsamında verilen sağlık hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu şekilde açıklanmıştır (27):

- i. Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme
- ii. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ikincil hastalıkların ve engelliliğin önlenmesi,
- iii. Tıbbi tedavi ve bakım
- iv. Hasta olan bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması
- v. Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkânının sağlanması
- vi. Evde rehabilitasyon hizmeti
- vii. Temel ve özel gereksinimlerin karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması, özelleşmiş destek hizmetleri (inkontinans durumu, demans ve diğer mental sorunlara yönelik)
- viii. Bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması (eğitim, bilgi, danışmanlık gibi konularda)
- ix. Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerin giderilmesi gibi)
- x. Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi

Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların mevcut sorunlarının tanılanması başvurdukları birimlere göre farklılık gösterirken, bu birimlerin verdiği hizmet türleri de farklı farklıdır (25).

Solunum Sistemi Evde Bakım Hemşiresinin Görevleri

Günümüz sağlık bakım sisteminde halk sağlığı hizmetlerinden “koruma tedaviden üstündür” ilkesi doğrultusunda; sağlığı korumak, geliştirmek, rehabilitasyonu sağlamak, bireylerin bakımlarına aktif katılmalarını ve maksimum bağımsızlıklarını sağlamaktır. Solunum sistemi hastalıkları; hastanın yanı sıra ailesini ve sosyal çevresini de etkileyen hastalıklardır. Bu hasta grubu için yapılan etkin evde bakım programları, bireylerin bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürmelerini ve bakımlarına aktif katılım sağlayıp sorumluluk almalarını, bakım güçlerinin artmasını, hayattan doyum alan, mutlu, üretken ve kaliteli bir yaşama sahip bireyler olmalarını sağlayabilir (28).

Hemşirelik girişimleri bu hizmeti alan bireyler için hayati derecede önem taşır. Bu hizmetler; hastanın kendisinin, ailesinin ya da hastanın yakın çevresinden herhangi birinin yerine getirmekte güçlük çektiği bakım türlerinden olabilir (29,30). Hemşireler bu bakım hizmetini yerine getirirken diğer sağlık disiplinleri ile verdiği ortak kararlar doğrultusunda rollerini, tanı ve tedavi girişimlerini yerine getirmektedir (30-32). Solunum hastalıklarında evde bakım sürecinde; hemşirenin bakım verici, eğitici, danışmanlık, iletişim, araştırmacı, yönetici, karar verici, tedavi edici ve rehabilite edici rolleri vardır.

Bakım Verici Rolü

Solunum sistemi hastalarının taburculuk sürecinden sonra, evde bakım kapsamında, hastalar kendi evinde sağlık durumuna göre belirli günlerde ya da saatlerde ziyaret edilerek bakımına ilişkin düzenlemeler anında yapılabilmektedir (33). Evde bakım hizmetlerini yürüten ekip üyelerinden biri olan hemşire, özellikle bakım verici rolü açısından bireyin mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok önemli bir etkiye sahiptir. Evde bakım hizmeti sunan hemşire, hastanın klinik veya hastaneye yatışı, süreci ve sonrası dönemi kapsayan bilgileri toplayarak, bu verileri bilgi akışını sağlayan bir kayıt sistemine kaydetmelidir. Evde bakım sürecinde yürüteceği girişimlerin bir bakım modelinin, bakım paketine veya hemşire-

lik sürecine göre düzenlenmesi gerekir (34,35).

Hemşirelik bakımı kapsamında solunum sistemi hastalıklarına sebep olan risk faktörleri belirlenmeye başladıktan sonra birçok etkili koruyucu önlemler alınabilmektedir. Risk faktörleri önlenerek bu hastalık grubunda olan hastaların yükü önemli düzeyde azalmaya başlamaktadır (36). Solunum sistemi hastalıklarının oluşum nedenleri ve gelişiminde sıklıkla karşılaşılan faktör tütün kullanımınıdır. Hastalar arasında, yaşamlarının bir sürecinde tütün ürünü kullanmış olanlarla, hiç kullanmamış olanlar karşılaştırıldığında, tütün kullananlarda solunuma yönelik belirtiler ve akciğer fonksiyon bozukluklarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (37).

Akciğer fonksiyonlarında meydana gelen bozukluklar geri dönüşlü olmayabilir. Ancak hastanın sigarayı bırakması, sağlık hizmeti sunan kişinin desteği ile pulmoner rehabilitasyonun sağlanması, zararlı gaz ve partiküllere maruziyetin azaltılması gibi uygulamalar, ortaya çıkan belirtilerin azalmasına, hastanın iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Grip aşısının da solunum yolu hastalarından korunmak için etkin bir yöntem olduğu bilinmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, hemşireler, bakım rollerini yerine getirmektedir (38,39).

Eğitici, Danışmanlık ve İletişim Rolü

Avrupa Solunum Derneği ve Amerikan Toraks Derneği solunum sistemi hastalıklarının bakımında, sağlıkta eşitsizlik kavramının sıklıkla yaşandığı görüşündedir (40). Her hastanın pulmoner eğitim programlarına ulaşamadığı ülkemiz koşullarında da durum benzerdir. Hastaların yaşadıkları sorunlara yönelik bilgilendirmesinde, hastalık risk faktörlerinden korunmak ve sağlığı geliştirmek için sağlık eğitimlerinin planlanıp uygulanmasında, kısaca solunum sistemi hastalıkları için etkin ve önleyici tedbirlerin alınmasında hemşirelerin önemli bir yeri bulunmaktadır (39).

Eşit olmayan koşullarla birlikte hastaların fonksiyonel durumunu iyileştirmek için, hemşirenin solunum sistemi hastalarının tümüne ulaşarak vereceği eğitimler son derece önemlidir. Hemşireler evde bakım uygulamalarıyla, bu eği-

tim programlarında; terapotik rejimi ve kronik durumla baş etme yollarını öğretebilir, değer, umut ve iyilik duygusunu artırabilir, pulmoner rehabilitasyon sağlayabilir ve sigara bıraktırma programlarına yönlendirme yapabilirler.

Verilen eğitimlerde asıl amaç kısa ya da uzun vadede gerçekçi ve uygulanabilir hedefler belirlemektir. Hastalığın ileri döneminde ise, tedavinin amacı; var olan akciğer kapasitesini korumak ve semptomları olabildiğince azaltmaktır. Hastalık orta düzeyde ise, hedef; akciğer fonksiyon kaybının ilerlemesini önlemek ve hastanın egzersiz toleransını arttırmaktır (28, 41). Solunum hastalıklarında hasta ve yakınlarına verilebilecek başlıca eğitim konuları şunlardır (28);

- i. Sigara bırakma eğitimleri
- ii. Zararlı gaz ve partiküllerden uzak durma
- iii. Akciğer enfeksiyonlarını önleme
- iv. İlaç tedavisi uygulamaları
- v. Ev ortamında oksijen tedavisi uygulaması
- vi. Akciğer fonksiyonunu arttırmak için solunum egzersizleri
- vii. Solunum sistemi hastalarında beslenme ve boşaltım
- viii. Sosyal aktiviteyi arttırmak ve iletişim devamlılığı
- ix. Kişisel temizliğin önemi ve giyinme
- x. Uyku kalitesi ve iş ortamında yapılacak uygulamalar

Araştırmacı Rolü

Hemşirelerin, bağımsız rollerinden olan araştırmacı rolünü üstlenerek, solunum sistemi hastalıklarında alan araştırmaları, kuramsal çalışmalar ve araştırmalar yapmaktadırlar. Bunun yanı sıra farklı meslek disiplinleri, bu alanda yapılan araştırma projelerinin içinde yer alabilmektedir. Ayrıca; her bireyi evinde değerlendirerek risk faktörleri ve çözüm yollarına ulaşmak için yapılan araştırmalar da hemşirenin araştırmacı rolü kapsamında yer almaktadır (30).

Yönetici Rolü

Solunum sistemi hastalıkları için yapılan evde bakım hizmetleri belirlenirken, hemşire-

lerin çağdaş yönetim bilgilerine ve becerilerine gereksinim vardır (42, 43). Hemşirenin yönetici rolü diğer rolleriyle bütünleşmiş olarak ortaya çıkmaktadır. Solunum hastalıklarının evde bakımında sıklıkla uygulanan hemşirelik rollerinden eğitim etkinlikleri, danışmanlık ve bakımın devamlılığı konularının yönetilmesi gibi açılımları bulunmaktadır (30).

Karar Verici Rolü

Hemşireler, ev ziyaretleri sürecinde hasta bireyle birlikte yapılacak bir girişimi uygulamadan önce onu biçimlendiren düşünsel süreci gözden geçirmek zorundadır. Mesleki karar vermeye yönelik olan bu süreçte, hastanın fizyolojik koşullarının, hasta ve ailesinin bakımdan beklentilerinin ve bakımı uygulayabilme olanaklarının, hizmeti birlikte yürüten diğer sağlık ekibinin görüşünün dikkate alınması gerekir. Solunum sistemi hastalıklarında hemşirelik bakımının amacı her bir hasta için en etkili bakım düzenini oluşturmaktır. Bunun için; planlanan uygulamaların her aşaması ve sözü edilen her kavram detaylıca gözden geçirildikten sonra karar verme sürecine tamamlanmalıdır (42,43).

Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Rolü

Solunum sistemi hastalıklarında; hemşirenin tedavi sürecine başlamadan hemen önce çevreyi hasta için güvenli hale getirmesi gerekir. Bu hastalık türlerinde güvenli çevre koşullarının oluşturulması ve sürdürülmesi oldukça önemlidir. Tedavi edici bakım süreci, özellikle hemşirelerin eğitici rollerinde yer alan gerekli bilgilendirmelerle başlamaktadır. Bunun yanı sıra hemşireler, hastaların aktifleşmeye başlayan yaşam şekline uyum sağlamaları, hasta için uygun ısıya sahip olan ve değişken nemliliğe sahip olmayan iklimlerde yaşamaları ve öksürük nöbetlerine sebep olacak duygusal sorunlardan uzak durmaları gerektiğini bilirler. Evde bakımda tedavi sürecine başlama, bu ön koşulları için zemin oluşturulduktan sonra tedaviye başlanır (44,45).

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDA EVDE TEDAVİ SÜRECİ

Solunum sistemi hastalıklarının evde tedavisinde başlıca amaçlar; hastalık semptomlarının ve hastalığın ileri evrelerinde karşılaşılabilecek risklerin en aza indirilmesidir. Günümüzde bu hastalık grubu için kullanılan ilaçların, akciğer fonksiyonlarında oluşan kaybın önüne geçemediği birçok çalışmada gösterilmiştir. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra destek tedavi, koruma ve sağlığı geliştirme uygulamalarından yararlandırıldığı belirlenmiştir (46,47). Destek tedavilerin taburculuktan sonra da devamlılığının sağlanması zorunluluğu, solunum sistemi hastalarının evde bakım hizmetlerinden yararlanma gereksinimini gündeme getirmektedir (24).

İlaç Tedavileri

Evde bakım sürecinde tedavi edicilik kavramından, ilaç tedavileri ele alındığında hemşirenin hekim istemine göre gerçekleştirdiği bağımlı rolleri bulunmakla beraber; solunum egzersizleri, sıcak-soğuk uygulamalar, postüral drenaj, masaj gibi bağımsız karar vereceği uygulamalar da bulunmaktadır (30). Solunum sistemi hastalarında sıklıkla kullanılan ilaçlar ve etkileri şu şekilde sıralanabilir:

Bronkodilatatörler

Bronkodilatatörler; hastalar ihtiyaç duyduğunda ya da düzenli olarak, hastalığın her aşamasında kullanılmaktadır. Bu tür ilaçlara karşı tedavi yanıtları değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle tedaviyi alan hastalar yakından gözlenmelidir. Hastalık semptomları, akciğer fonksiyonları, alevlenme sıklığı ve şiddeti ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmeli, buna göre bireysel tedavi planı oluşturulmalıdır. Tedavinin etkisi, kullanılan ilaçların etkinliğine, yan etkilerine, hastanın ilacı kullanma tekniğine ve ilaçlara sağladığı uyuma göre farklılık göstermektedir. İnhalerlerin doğru kullanım tekniği her hastaya öğretilmeli ve eğitimden sonra uygulama şekli izlenmelidir (46). Bu noktada evde bakım sürecinde yer alan

hemşirenin eğitici rolünü aktif bir şekilde kullanması oldukça önemlidir (24).

Antikolinergikler

Antikolinergikler merkezi sinir sisteminin bir parçası olan asetilkolinin etkisini bloke ederek bronş ve bronşioleleri genişletir ve hastanın rahatlamasını sağlamaktadır (48).

Diğer İlaç Tedavileri

Kortikosteroidler, inhaler kortikosteroidler, mukolitikler, immünoregülatörler, Alfa-1 antitripsin, antibiyotikler, vazodilatörler ve narkotiklerdir (49,50).

İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri

Hemşirelik rollerinin çoğu zaman bağımsız ve etkin kullanıldığı ilaç dışı yöntemler; hastaların tedavisi ve komplikasyonların önlenmesi çalışmalarında öncelikle risk faktörlerinin azaltılmasına ilişkin girişimleri içermektedir. Evde bakım sürecinde uygulanan bu girişimlerin, hastalık semptomlarını, alevlenme sıklığını, hastaneye tekrarlı yatışları, hastalığın ilerlemesini ve mortaliteyi azaltmada ilaç tedavisinden daha etkili olduğu görülmektedir.

Bireylerin yaşam koşullarına göre sigara dumanının, olumsuz çevre koşullarının ve karşılaştıkları mesleki tehlikelerin en fazla akciğerler üzerinde olumsuz etki yarattığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra; bu olumsuz koşullardan daha çok etkilemekte olan gruplar etnik azınlıklar ve düşük sosyoekonomik durumda bulunanlardır. Bu durum sağlık bakımı alma konusunda eşitsizlik kavramının da risk faktörleri sınıfına eklenmesi gerektiğini düşündürmektedir (40). Bu nedenlerle risk faktörlerini azaltmaya ilişkin çalışmalar dört başlıkta ele alınmaktadır:

- i. Her bireyin bakım almaya ilişkin haklarının iyileştirilmesi
- ii. Hastaların belirlenen risk faktörlerinden uzaklaştırılması
 - a) Sigara bırakma çalışmaları, sigara dumanından arındırılmış çevre koşullarının oluşturulması
 - b) Hava şartlarının iyileştirilmesi

- c) Çalışma alanlarındaki hava koşullarının iyileştirilmesi
- Fiziksel aktivite toleransının artırılması
 - Aşılama konusunda bilinçlendirme eğitimleri (51).

Hastalar için risk faktörleri azaltıldıktan sonra hava yolu açıklığının ve sıvı alımının sürdürülmesi, pulmoner rehabilitasyon ve beslenmenin düzenlenmesi solunum hastalarına uygulanması gereken ilaç dışı diğer yöntemlerdir (52).

Hava Yolu Açıklığının Sürdürülmesi

Solunum sistemi hastaları tedavi sürecindeyken, hastane koşullarında takibe alındıklarında, solunum şekilleri açısından yakından takip edilirler. Hastane sürecinde solunum yollarının açıklığının sağlanması için yapılan uygulamaların aynı şekilde taburcu edildikten sonra evde devam ettirilmesi gerekir. Bu tür hastalar için önerilen oksijen tedavisinde amaç; kandaki oksijeni %93 düzeyinin üzerinde tutmaktır. Hastanın oksijen tedavisine ihtiyacı varsa; oksijen, nazal kateter ya da maske ile nemlendirilerek uygulanabilir. Bu uygulamanın yapılabilmesi için evde oksijen tedavisine uygun koşulların sağlanması gerekmektedir. Oksijen tedavisi sürecince ağız ve burunda doku bütünlüğüne dikkat edilmeli, düzenli aralıklarla ağız bakımı yapılmalı ve bu uygulamalar aile bireylerine öğretilmelidir.

Hasta, daha rahat nefes alabilsin diye yarı oturur pozisyona getirilmelidir. Eğer nefes alma sırasında ağrı hissettiğini ifade ediyorsa, ihtiyaç durumunda kullanılmak üzere reçete edilen ağrı kesicileri uygulanabilir. Hava yollarını tıkayıcı özelliğe sahip olan sekresyonların, vücuttan kolay atılmasını sağlamak için, hastanın sıvı alımı desteklenir. Ayrıca; yine aynı nedenle her saat etkili derin öksürük ve nefes egzersizlerin uygulanması sağlanır. Hastalardan renk, miktar ve koku açısından değerlendirilebilmesi için çıkardıkları sekresyonları bir kaptaki biriktirmeleri istenir (53,54).

Evde bakım hemşiresi planladıkları girişimleri uygulamakla kalmayıp, hasta ve yakınlarına bakımlar konusunda eğitimler vermelidir. Hemşire tedavi süresince, oksijenin nasıl nemlendirileceği,

akım hızının kontrolü ve akım hızı farklılıklarının ne gibi tehlikeler yaratabileceği, oksijen tüpünün yanına ateşle yaklaşılmayacağı, kullanılan burun kanülü ve nemlendirme kabının hijyen ve bakımı konularında hasta ve yakınlarına eğitim vermelidir (55).

Sıvı Alımının Sağlanması

Hasta için sıvı artışının tavsiye edilmediği bir durum yoksa; solunum yollarından sekresyonların öksürük ile vücuttan atılmasını kolaylaştırmak için günlük sıvı alımının 2000-3000 mililitre aralığında olması önerilmektedir (56).

Pulmoner Rehabilitasyon

Evde bakım hemşireleri, çağdaş rollerini yerine getirerek sağlığı sürdürmeye ve geliştirmeye sağlamaya devam ederken, kronik hastalıkların rehabilitasyonunda da oldukça değerli görevler üstlenmektedirler (57). Avrupa Solunum Derneği ve Amerikan Toraks Derneğinin 2013 yılındaki güncellemesinde Pulmoner Rehabilitasyon; "Kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirmesini takiben her hasta için özel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, eğitim ve davranış değişikliği geliştirme gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı bir uygulama" olarak tanımlanmaktadır (58).

Pulmoner Rehabilitasyon programları, her hasta için, o hastaya uygun olacak şekilde hazırlanmalıdır. Hazırlanan bu program, hastalığın seyri, şiddeti, hastanın gereksinimleri ve genel durum değerlendirmelerine göre farklılık göstermektedir. Pulmoner Rehabilitasyon için ana hedefler (51);

- Hastalık semptomlarını azaltmak
- Hastanın genel durumu değerlendirilerek, günlük yaşam aktivitelerini desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak
- Hastalığın sisteme verdiği zararları azaltarak veya ilerlemesini önleyerek sağlık için harcanan maliyeti azaltmak
- Yapılan uygulamalardan sonra oluşan sağlıklı ilişkili olumlu davranış değişikliklerinin devamlılığını sağlamaktır.

Beslenmenin Sürdürülmesi

Solunum sistemi hastalıklarından birine sahip olan hastalarda, amfizeme bağlı kilo kaybı ve malnütrisyon sıklıkla karşılaşılan sorunlardandır. Bu hastalarda kilo kaybının asıl nedeni bilinmemektedir. Kilo kaybı yaşayan hastaya bu sorunu yaşama nedeninin eforlu solunum kaynaklı enerji harcaması olduğu ve bu nedenle yeterli kalori alımının sağlanması gerektiği açıklanmalıdır. Özellikle KOAH'ın ileri aşamalarında, hasta, beslenme sırasında bile enerjiye ihtiyaç duyabilir. Solunum sistemi hastalarında, aynı zamanda gastrointestinal bozukluklar, tat ve koku kayıpları yaşanabilmektedir. Yaşanan bu durumlar yetersiz beslenmenin nedenlerini açıklayan faktörlerdir. Evde bakım hemşiresinin, hastanın yeterli kalori ihtiyacını karşılayabilmesi ve kilo kaybını engelleyebilmesi için hasta ve yakınlarına önerilerde bulunması gerekir:

- i. Solunum sıkıntısı ve enerji kaybını azaltmak için hastalar yemeklerden en az 30 dakika önce dinlendirilmelidir.
- ii. Yemesi ve hazırlanması kolay olan yiyecekler tercih edilmelidir.
- iii. Egzersiz ve tedavi aktiviteleri yemeklerden 1 saat önce veya sonra olmayacak şekilde planlanmalıdır (57).

Evde bakım hemşiresi solunum sistemi hastasının beslenme programını planlarken her bireyi kendi evinde bireysel özelliklerine ve koşullarına göre değerlendirmelidir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığının seyri, antropometrik ölçümleri, uygulanan diğer tedavi yöntemleri ve etkileri, kemik mineral yoğunluğu, besin tüketimi ve aktivite düzeyi gibi faktörler hastaya uygulanacak beslenme tedavisini etkileyebilecek faktörlerdir (1).

Hemşireler takip ettikleri hastalar arasından akciğer kanseri olan bireyler için özel beslenme programlarına gereksinim duyabilirler. Hem akciğer kanserinden korunmak hem de tedavi sürecinde hastaya destek sağlamak amacıyla yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uyularak hazırlanan beslenme programlarının yapılması gerekir. Özellikle C vitamini desteğinin yeterince sağlanabilmesi için en iyi besin kaynakları taze sebze ve meyvelerdir. Bu nedenle meyve-sebze tüketimi-

nin artırılması ve bu besin öğelerinin diyeteye eklenmesi büyük önem taşır. Ayrıca bu hasta grubunun fazla yağlı besinlerden ve kavurma-kızartma gibi tekniklerle pişirilen yiyeceklerden uzak durmaları önerilmektedir. Beslenme yetersizlikleri daha çok kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda görülmektedir. Bu durumdaki hastalar için besin takviyeleri de kullanılabilir (1).

Solunum Hastalıklarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı genel olarak bireylerin aileleri, iş yaşantıları ve sosyo-ekonomik düzeyleri çerçevesinde ele alınmaktadır. Ancak evde bakım hemşiresinin bir bireyin yaşam kalitesini iyi değerlendirebilmesi için bunların yanı sıra bireylerin hayata dair hedeflerini, beklentilerini, umutlarını, düşlerini yaşamdan aldıkları doyum ve iyilik algısını da dikkate almak durumundadır (24).

Solunum sistemi hastalığı tanısı ile daha önce hastanede tedavi gören hastalar tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sorunları gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (59). Bu nedenle, solunum sistemi hastalığı olan bireyler için evde hemşirelik bakımı hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli kaynakların sağlanması ile başlar ve evde bakım kalitesi, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir yaklaşım ile sağlanır. Sağlığa yönelik değerlendirilen yaşam kalitesi esas olarak, kişinin var olan sağlık durumunun ve klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Bunun dışında bireyin hastalığını nasıl algıladığı ve uygulanan tedavilerin yaşamını nasıl etkilediğine ilişkin bakış açılarıdır. (24,59,60).

Solunum sistemi hastalığı tanısı ile daha önce hastanede tedavi gören hastalar tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sorunları gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (59). Bu nedenle evde bakım hizmet modeli; bireylerin yaşamını etkileyen hastalık seyrinin, günlük yaşam aktivitelerine etkisini ve başkalarına bağımlı olma düzeyini azaltma odaklı hizmet veren bir modeldir. Ayrıca; hastaların fonksiyon görme seviyesini ve yaşam

kalitesini kısa sürede artırmak amacıyla çabala-
yan profesyonel ve multidisipliner bir ekibin su-
nacağı kapsamlı bir hizmet modelidir (61). Evde
sağlık hizmetleri, sağlık hizmetinin evde veril-
mesinden çok daha fazla anlamlar içermektedir
(19,62). Alternatif sağlık hizmetleri sayesinde,
solunum sistemi hastaları tarafından sıklıkla kul-
lanılan hastane hizmetlerine olan ihtiyaç önemli
ölçüde azalmaktadır. Bu şekilde yalnızca hastalar
için değil hastaneler için de mali tasarruf sağlan-
maktadır. Ayrıca hizmet alıcıların yaşam kalite-
leri artarken, hastane ortamından kaynaklanabi-
lecek olası enfeksiyon riskleri de dolaylı yoldan
azalmaktadır (19,63).

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan biri
de bireylerin hastalık seyrine karşı gösterdikleri
psikolojik tepkilerdir. Evde bakım hemşiresinin
yaşam kalitesini değerlendirmesi ile psikolojik
tepkilerin ve uyum sorunlarının tespiti kolay-
laşmaktadır. Bununla birlikte; uygun baş etme
yöntemlerinin geliştirilmesine destek olabilecek
daha etkin bakım girişimleri uygulanabilmekte-
dir (24).

Sonuç olarak; evde bakım hemşireleri tarafın-
dan düzenli aralıklarla yapılan ev ziyaretlerinde
hasta ve ailesine verilen bakım, tedavi, eğitim, da-
nışmanlık gibi hizmetlerin hastalığın semptomla-
rı, ilerlemesi, hastanın uyumu ve yaşam kalitesi
üzerine olumlu etkiler yarattığı görülmektedir.
Bu nedenle; evde bakım hizmetlerinde hemşi-
relik girişimlerinin artırılması için planlamalar
yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çiftçi H, Akbulut G, Mercanlıgil SM. Solunum Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi. Edt. Çiftçi H. Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2010. Obesity and The Eco Nomics of Prevention: Fit Not Fat. Erişim 14.11.2020, <http://www.oecd.org/els/health-systems/46044572.pdf>
3. World Health Organisation (WHO). 2013 Millennium Development Goals. Erişim 14.11.2020, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/hunger/en/index.html
4. Robert CA. The Home Environment and Childhood Obesity. Yayınlanmamış doktora tezi, Virginia Polytechnic Institute, USA, 2010. http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd_08172010_090331/unrestricted/Robert_Courtney_D_2010_2.pdf
5. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Ististikleri-2018-33710>. (Erişim Tarihi: 18.11.2020).
6. Wells JCK. Obesity as Malnutrition: The Role of Capitalism in the Obesity Global Epidemic. *Am J. Hum Biol* 2012; 24: 261-276.
7. Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Test ile İlişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001;49(3): 338-344.
8. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5): 89-106.
9. Chakravarti DN. Role of Hospitals in Ambulatory and Domiciliary Medical Care, Second Report of the Expert Committee on Organization of Medical Care The Expert Committee on Organization of Medical Care. Geneva: WHO;1959.
10. WHO, Drug Acceptability in Domiciliary Tuberculosis Control Programs. *Bulletin of the World Health Organization*, 1963; 29(5):627-639.
11. Popov GA. Principles of Health Planning in the USSR. Geneva: WHO;1971.
12. Thome B, Dykes AK, Hallberg RI. Home Care With Regard To Definition, Care, Recipient, Care, Content, and Outcome: Systemetic Literature Review. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12:860-872.
13. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care Across Europe, Current Structure and Future Challenges, (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), The European Observatory on Health Systems, Copenhagen, Denmark: WHO; 2012.
14. Çobana M, Esatoğlu AE, İzgi MC. Türkiye'de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014;1(3):154-176.
15. Resmî Gazete, 2015, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>
16. Falter LB, Gignac MA, Cott C. Adaptation to Disability In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Neglected Relationship to Older Adults' Perceptions of Independence. *Disabil Rehabil* 2003; 25(1):795-806.
17. Ergün P, Çinal A, Yorgancıoğlu A, Yardım N. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı, Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu. Edt. Ergün P. Ankara, 2011.
18. Erdil F. Yaşlanan Toplum ve Yaşlının Evde Bakımı. 2009, Erişim Adresi: (http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf) (Erişim tarihi: 18.11.2020).
19. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi* 2018;(1): 45-56.
20. ATS Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. *Am j Respir Crit Care Med* 2005;171: 1463-1464.

21. Seyyar A, Genç Y. Sosyal Hizmet Terimleri: Ansiklopedik Sosyal Pedagojik Çalışma Sözlüğü. Sakarya Yayıncılık, Adapazarı, 2010: 214.
22. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerine Nasıl Başvurulur? <https://sesanltd.com.tr/saglik-bakanligi-evde-saglik-hizmetlerine-nasil-basvurulur/> (Erişim Tarihi: 18.11.2020).
23. Brown EL, Mcavay GJ, Raue PJ, Moses S. Recognition of Depression Among Elderly Recipients of Home Care Services. *Psychiatry Services* 2003; 54(1):208-213.
24. Aksu T, Fadiloğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013; 29 (2):1-12.
25. Kurt ME, Çemberlitaş İ, Şen MA. Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Tarafından Sunulan Hizmetlerin Sosyal Devlet Olma İlkesi Açısından İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2019; 9(18): 307-319.
26. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996; İstanbul, s.21.
27. World Health Organization Technical Report Series 898, 2000; "Home-Based Long-Term Care", Geneva. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, (Erişim Tarihi: 20.11.2020).
28. Kara M, Aşti T. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Evde Bakımı. *AUTD* 2002; 34: 75-81.
29. Ulusoy MF. Hemşirelik mesleği. Ulusoy MF, Görgülü RS, Hemşirelik Esasları: Temel Kavram, Kuram, İlke ve Yöntemler. 3. Baskı, Ankara, 72 TDFO, 1997.
30. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012.
31. Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 9. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2009.
32. T.C Resmi Gazete Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011, Sayı; 27910, <http://www.turkhemsirelendernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx> (Erişim Tarihi:11.11.2020).
33. Avrupalı Evde Bakım Hizmetleri, Araştırma 2005/2, Sağlıklı Nesiller Derneği Grubu <http://www.sagliklinesiller.org/yazilar/Evdebakim.doc> (Erişim Tarihi: 11.11.2020).
34. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38 (1): 57-65.
35. Sayan A. Günümüzde Evde Bakım. *Atatürk Ü Hemşirelik YO Dergisi* 2004; 7: 91-96.
36. Jeffery RW, Utter J. The Changing Environment and Population Obesity in the United States. *Obes Res* 2003; 11: 12-22.
37. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated,2014. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf
38. Güler Ç. Çevre Sağlığı. Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla). Edt. Güler Ç. Yazıt yayıncılık, Ankara, 2012: 39-50.
39. Özpuat F, Yıldırım A. Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2014; 23(4): 122-129.
40. Schraufnagel DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society Policy Statement: Disparities In Respiratory Health. *Eur Respir J* 2013;42: 906-915.
41. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*. 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2000: 446-460.
42. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*. 6th Ed., St Louis: Elsevier Mosby Company 2005.
43. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SF. *Medical- surgical nursing*. 7th Ed., Philadelphia: J.B. Elsevier Company, 2007.
44. Kohno S, Imamura Y, Shindo Y, et al. Clinical Practice Guidelines For Nursing- And Healthcare-Associated Pneumonia (NHCAP) [complete translation]. *Respir Investig* 2013; 51: 103-126.
45. Çağtay T. Toplum Kökenli Pnömoniler. Şen N. Özhan M. editörler. Pnömoni, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi. Ankara: Renkform Matbaa; 2016: 63-68.
46. Celli BR, MacNee W. Standards for the Diagnosis and Treatment of Patients with COPD: A Summary of the ATS/ERS Position Paper. *Eur Respir J* 2004;23: 932-946.
47. Jenkins CR, Jones PW, Calverley PM, et al. Efficacy of Salmeterol/Fluticasone Propionate by GOLD Stage of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Analysis from the Randomised, Placebo-Controlled TORCH Study. *Respir Res* 2009; 10: 59.
48. Kesten S, Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB. Improvement in Self-Reported Exercise Participation with the Combination of Tiotropium And Rehabilitative Exercise Training in COPD Patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3: 127-136.
49. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. www.goldcopd.org.
50. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2014 available from www.goldcopd.org.
51. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B ve ark. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014 Bölüm 5, Risk Faktörlerinin Azaltılması. *Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu* 2014; 2(15): 34.
52. Akman C, Çevik Akyıl R, Atlı T, ve ark. Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları. Edt. Ertürk A., Bahadır A., Koşar F. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 2018; Bölüm 32: 355-367.
53. Watson D. Pneumonia 2: Effective Nursing Assessment and Management. *Nursing Times* 2008; 104: 30-31.
54. Kohno S, Imamura Y, Shindo Y, et al. Clinical Practice Guidelines for Nursing- and Healthcare-Associated

- Pneumonia (NHCAP) [complete translation]. *Respir Investig* 2013; 51: 103-126.
55. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Edt. Erdiñ M., Gülmez İ. TTD Eğitim Kitapları Serisi. Ankara: Sentez Yayıncılık 2013: 44-45.
 56. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Lti. 2011: 368-372.
 57. Gwendolyn J. A Home Care Program for Patients with Chronic Lung Disease. *Nurs Clin North Am* 1981; 16: 259-273.
 58. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188:13-64.
 59. Aksu T, Fadıloğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalıklarında Evde Bakım Yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 2(3): 126-132.
 60. Andresen EM, Allan RM. Health-Related Quality of Life Outcomes Measures; *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(2): 30-45.
 61. Ekici B, Özdemir S. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Deđerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu* 2003; 6(4): 27-36.
 62. Tanlı S, Utku T. Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. *Türk Yođun Bakım Derneği Dergisi* 2008; 6(4): 58-63.
 63. Yılmaz M, Sametođlu F, Akmeşe G, Tak A, Yađbasan B, Gökçay S, Sađlam M, Doğanyılmaz S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi* 2010; *İstanbul Med J*, 11(3): 125-132.