



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) OLAN
HASTALARIN SIK HASTANEYE YATIŞLARININ RUHSAL
DURUMLARINA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DUYGU TÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL

İSTANBUL-2006

I. TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında, destekleyici ve iten tavırlarıyla büyük özveri gösteren, fikirleri ile beni yönlendiren Yrd.Doç. Dr. Özlem Işıl'a,

Yapmış olduğum çalışma boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili dostlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Yaşantımın her aşamasında her türlü maddi ve manevi desteği esirgemeyen, attığım her adımda yanımda olan değerli ailem ve eşime TEŞEKKÜR'Ü bir borç bilirim.

II. İÇİNDEKİLER

I) TEŞEKKÜR.....	I
II) İÇİNDEKİLER.....	II
III) KISALTMALAR.....	III
1. ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	6
4.2.Ayırıcı Tanı.....	7
4.3.Epidemiyoloji.....	8
4.4.Risk Faktörleri.....	9
4.5.Tanı Yöntemleri.....	13
4.6. Tedavi.....	13
4.7. Yaşam Kalitesi.....	14
4.8. KOAH'lı Hastalarda Ruhsal Sorunlar.....	16
4.8.1. Anksiyete.....	18
4.8.2. Depresyon.....	19
4.8.3. Beyin İşlevlerine Etkisi.....	20
4.8.4.Cinsel İşlev Bozukluğu.....	21
4.9. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı.....	21
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
5.1. Araştırmanın Şekli.....	23
5.2. Araştırmanın Yeri.....	23
5.3. Evren ve Örneklem.....	23
5.4. Veri Toplama araçları.....	24
5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24
5.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
5.4.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	25
5.5. Verilerin Toplanması.....	26
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
6. BULGULAR.....	27
7.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	56
7.1. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	56
7.2. KOAH'lı Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	60
7.3. KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Boyut Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	65
8. EKLER.....	74
9. KAYNAKLAR.....	82
10. ÖZGEÇMİŞ.....	87
11. ETİK KURUL ONAYI.....	88

III. KISALTMALALAR

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SF- 36 : Short Form Health Survey- 36

FEVI : Tanı yöntemlerinde spirometre ile yapılan birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü

FCV : Zorlu vital kapasite

HAD : Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

1.ÖZET

Bu çalışma, İstanbul il sınırları içinde bulunan bir göğüs ve kalp damar hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi, göğüs hastalıkları servislerinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) olan hastaların, sık hastaneye yatışlarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitesine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Ocak ve Mart 2005 tarihleri arasında hastaneye yatan ve araştırma kriterlerine uygun olan 150 KOAİ'lı hasta örnekleme alınmıştır.

Verilerin toplanmasında üç form kullanılmıştır. Birinci form; araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak geliştirilen, sosyodemografik özellikleri, aile özelliklerini ve desteğe olan gereksinimlerini belirlemeye yönelik toplam 10 soruluk "bilgi formu"dur. İkinci form; yaşam kalitesini ölçmek üzere Ware tarafından geliştirilen (53), Pınar (44) tarafından ülkemize uyarlanan SF-36 (Short form health survey-36) ölçeğidir. Üçüncü olarak ise; Zigmond tarafından geliştirilen(57), Aydemir (8) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır (HAD).

Anksiyete ve depresyon ölçeği ile; çalışma durumu, çevreden alınan destek ve günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede gereksinim duyma arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarını puan ortalamaları ile; hastalık süresince aile ve çevreden alınan desteğe göre, günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe ihtiyaç duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

KOAİ'lı hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları ile HAD ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucuna göre fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ile bireylerin toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: KOAİ, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Hastane

2. SUMMARY

DEFINE THE EFFECTS OF HOSPITALIZATION FREQUENCY TO PSYCHOLOGICAL MOOD AND QUALITY LIFE OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD).

This study has been designed and performed to define the effects of hospitalization frequency to psychological mood and life quality of chronic obstructive pulmonary disease(COPD) patients. The participants were chosen among the COPD patients who were treated in the thoracic diseases department of a Cardio-Thoracic Diseases Research Hospital in Istanbul as inpatients.

The universe consisted of 150 COPD patients who were hospitalized between the dates of January 2005 to March 2005 and suitable for the criteria of the research.

There were three questionnaire forms. The 'first' questionnaire was developed according to the current literature, with the aim of defining the socio-demographic features, family characteristics and the need of support of the COPD patients.

The 'first' questionnaire consisted of 10-question-form that goaled to collect data belonging to the participants.

The 'second' questionnaire was the SF-36 (Short Form Health Survey-36) scale that was developed by 'Ware (53)' to define the life quality level, and adapted to Turkey by 'Pinar (44)'

The 'third questionnaire' was 'Hospital Anxiety & Depression(HAD)' scale which was developed by 'Zigmond et al (57)' and adapted to Turkey by 'Aydemir(8)'

There is a statistical difference between the work-status being supported by the environment and managing the daily activities according to Anxiety & Depression scale ($p < 0.05$).

There is a statistical difference between the average score of the subgroups of SF-36 Scale, physically being fit/exhausted, changes in health status in time, and being supported by environment (family, friend...etc) ($p < 0.05$).

According to the 'Correlation Analysis' that has been performed to define the relation between HAD Scale score and the scores of Life Quality Scale subgroups, there is statistical difference between functional status of the person (managing daily life), well-being status, general 'health' perception of the COPD patients ($p < 0.05$).

Key Work: COPD, Life Quality, Anxiety, Depression, Hospital

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik bronşit ve amfizeme bağlı genellikle geri dönüşümsüz hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalık durumudur (22).

KOAH, ABD' de ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken, Avrupa ülkelerinde astım ve pnömoni ile birlikte üçüncü ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyada 600 milyonun üzerinde KOAH'lı hasta bulunmaktadır (37).

Ülkemizde kesin rakamlar tam bilinmemekle beraber astım ile birlikte KOAH mortalite oranı Sağlık Bakanlığı verilerine göre (1997) 23/100.000 olarak saptanmıştır (22,46,47).

KOAH' ta hastalık ilerledikçe hava yolu obstrüksiyonunun şiddetinde artma ve dispne, yorgunluk gibi semptomlarda giderek kötüleşme görülür. Bu belirtiler genellikle yürüme, banyo yapma ve hatta yemek yeme gibi günlük yaşamsal işlevlerin bozulmasına ve hastaların başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olabilir (7,26).

KOAH tanısı almış hastalarda uygun olmayan yaşam koşulları sık tekrarlayan ataklara ve hastalığın ilerlemesine neden olabilmektedir (48).

Kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Hastaneye yatan hastaların büyük çoğunluğunda kronik hasta olmalarına bağlı olarak depresyon ve anksiyetenin ortaya çıkması (53), ilaç gereksinimlerinin, fiziksel belirtilerin, tetkik ve kısıtlamaların artması, hastaneye yatış sayısının çok olması ve bu durumun yaşam kalitesinde azalmaya neden olması da en sık karşılaşılan sorunlardır.

Yaşam kalitesi kavramı içinde , fiziksel ve ruhsal sağlık , bağımsızlık düzeyi , kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler, alışkanlıklar, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve aktiviteler yer almaktadır (4).

Solunum sisteminin kronik hastalıklarında fiziksel bozukluklar kadar ruhsal bozukluklara da sıklıkla rastlanılmaktadır. Kaygı ve depresif duygulanım en yaygın görülen ruhsal belirtilerdir. Kronik hastalarda yaşam kalitesi hastalığa eşlik eden depresyonla daha

da bozular (24). KOAH 'da depresif belirtiler, depresif mizaçlı uyum güçlüğünden, intihar riski ile seyreden majör depresyona kadar uzanabilir (34,38).

Kronik hastalıklar , organlarda işlev kaybına neden olmalarının yanısıra, sürekli ilaç kullanımı gibi faktörler nedeni ile de geleceğe dair endişeleri arttırarak, kaygı ve ümitsizliğe yol açabilirler (4). Akciğer hastalığının en önemli belirtisi olan nefes darlığının, diğer kronik hastalıkların belirtilerine göre yaşam kalitesini önemli derecede bozduğu literatürlerde belirtilmektedir (1).

KOAH'ın kronik bir hastalık olması nedeni ile hastalığın tekrarlanması ve hastaneye yatış sıklığının artması, hastaların ruhsal durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (26).

KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasında, kaygı ve depresif belirtilerin azaltılmasında hemşirenin rolü, hastanın gereksinimlerini tanımak, bu gereksinimleri saptamak, olası riskleri belirlemek ve hastanın yeni yaşam biçimine uyumu için hastaya eğitim vermektir (4).

Bu çalışma KOAH'lı hastalarda atakların artması ve buna bağlı olarak hastaneye yatış sıklığının artması sonucu oluşan ve ruhsal durumlarını etkileyen, kaygı, depresif belirtiler ve bunların yaşam kalitesine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) terimi, hava yollarında kronik obstrüksiyon ile karakterize, aşırı sekresyon birikimi, ödem, bronkospazm veya akciğer doku harabiyeti sonucu oluşan oldukça sık rastlanılan bir akciğer hastalığıdır. KOAİ terimine alternatif, günümüze dek pek çok terim kullanılmıştır. Bunlardan başlıcaları “Kronik Obstrüktif Hava Yolu Hastalığı”, “Kronik Obstrüktif Bronşit” ve “Generalize Obstrüktif Akciğer Hastalığı” terimleridir (48). Hava akımı sınırlanması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül ve gazlara karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıtla ilişkilidir (37).

KOAİ orta ve ileri yaştaki kişileri etkiler. Fizik muayenede akciğerlerde aşırı havalanma belirtileri, yardımcı solunum kaslarının belirgin olarak devreye girmesi, solunum seslerinde azalma ve özellikle zorlu ekspiryumda belirginleşen yaygın wheezing bulguları vardır. Hastanın genel durumu, kaşektik yapıdan, ödemli ve siyanotik görünümüne kadar değişebilir. Hastalığın erken döneminde fizik muayene bulguları normal olabilir ve tanı, laboratuvar çalışmalarında ekspiryum akım hızında yavaşlamanın belirlenmesiyle konur. Akciğer fonksiyon testlerinde genellikle vital ve total akciğer kapasitesinde artma gözlenir.

KOAİ terimi ile kronik bronşit, amfizem, bronşektazi ve astım gibi obstrüktif hastalıklar ifade edilse de son literatürde astım ve bronşektazi KOAİ’den ayrılmaktadır.

KOAİ’nin tanımlanmasında en önemli hareket noktası, semptomların kronik ve yineleyici niteliğidir. Bu nedenle öksürük ve balgam çıkarma yakınmasıyla başvuran bir hastanın akut bir infeksiyon mu geçirmekte olduğu, yoksa kronik bir gidiş sırasındaki semptom artışlarından mı yakındığı sorgulanmalıdır. KOAİ’li hastalar etiyolojik faktöre(genellikle sigara) uzun süre maruz kaldıktan sonra genellikle öksürük, daha sonra da dispne yakınırırlar. Sigara içenler, hafif başlayıp zamanla yaşamlarının bir parçası olan öksürüğü önemsemezler ve “sigara öksürüğü” olarak tanımlarlar. Bu nedenle bir sağlık yardımı aramaya gereksinim duymazlar. Ancak öksürük artıp rahatsız edecek bir boyuta

ulaştığında hastaneye başvururlar. Dolayısıyla, hasta bu yakınmalarla ilk kez hastaneye başvuruyor olsa bile, semptomlarının kronik olup olmadığı araştırılmalıdır.

4.2. Ayırıcı Tanı

Hastalığın oluşum mekanizmalarının bir sonucu olarak ya da predispozisyon oluşturması nedeniyle KOAH, diğer akciğer hastalıkları ile bir arada bulunabileceği gibi, ileri dönemlerinde eklenen komplikasyonlar da hastalık tablosunu değiştirebilir. Ancak KOAH'ta ayırıcı tanı, özellikle dispneye neden olan ve hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden hastalıklar yer almaktadır. Kronik bronşit ve amfizem hastalıklarının başında astım gelmektedir. KOAH hastalığı ile hava akımı kısıtlamasının olduğu yaşlı astım hastalarının ayırıcı tanısı oldukça zor olmaktadır. Bazı klinik ve işlevsel özelliklerin varlığı bu hastalıkların ayırımına yardımcı olmaktadır.

Kronik bronşit, ardı ardına iki yıl, yılda üç ay boyunca öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarının varlığı olarak tanımlanır. Bu yakınmalara sebep olacak başka bir hastalık bulunmaması gereklidir.

Amfizem ise, terminal bronşiyolün distalinde kalan anatomik yapıların destrüksiyon nedeniyle kalıcı olarak genişlemesi halidir. Bu alan akciğerde gaz değişiminin sağlandığı bölgedir. Ancak ne kronik bronşitteki semptomlar, ne de amfizemde bozulan işlevler KOAH'ı tek başına açıklayamaz. Öksürük ve balgam çıkarma semptomunu bazı hastalarda dispne takip ederken, bazı hastalarda dispne, öksürük ve balgam olmadan da başlayabilir (4,20,21,37,48).

Bazı klinik ve işlevsel özellikler bu iki hastalığın ayırt edilmesine yardımcıdır. Sigara içme öyküsü, radyolojik amfizem, difüzyon kapasitesinde düşüklük ve kronik hipoksemi KOAH tanısını desteklerken, atopi ve reversibilite bulunması astım tanısı lehine bulgulardır (15,21,37,48).

Hava yollarındaki obstrüksiyonun tamamen geri dönüşlü olduğu astım hastaları KOAH'lı kabul edilmez. Obstrüksiyonun geri dönüşsüz olduğu astım hastalarını, hava yollarında hiperaktivite ile birlikte kısmen geri dönüşlü obstrüksiyon bulunan kronik bronşit ve amfizem hastalarından ayırt etmek çok güçtür. Hava yolu obstrüksiyonuna sahip kronik bronşit ve amfizem genellikle birlikte bulunur ve bazı olgularda bu iki hastalığa

astım da eşlik eder. Sigara dumanı gibi kronik iritanlara maruz kalan astımlılarda, kronik bronşitin özelliği olarak bilinen kronik öksürük gelişebilir. Hava yollarında obstrüksiyon bulunmayan kronik bronşit ve/veya amfizem hastaları KOAH'lı olarak değerlendirilmez (11,12, 20,21,32,48).

4.3. Epidemiyoloji

KOAH tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü 2002 Dünya Sağlık Raporu'na göre her yıl 2.7 milyon kişi ölüm nedenleri sıralamasında beşinci olan KOAH nedeniyle ölmektedir ve hastalığın prevalansı ve mortalitesinde önümüzdeki yıllarda önemli artışlar beklenmektedir (WHO, 2002 World Health Report).

KOAH ve diğer hava yolu hastalıklarıyla ilgili mortalite hızları, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Risk faktörleri ile karşılaşmadaki farklılıkların ve metodolojik farklılıkların(ölüm kayıtlarında ve kodlamada) bu sonuçlardan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Avrupa ülkelerinde KOAH, astım ve pnömoniden oluşan hastalık grubu ölüm nedenleri içinde üçüncü sırayı alırken, ABD'de KOAH tek başına dördüncü ölüm nedeni olarak izlenmektedir(1991). Bugün tüm dünyada en sık rastlanan ölüm nedenleri içinde beşinci sırada yer alan KOAH'ın, 2020 yılında 3. ölüm nedeni haline gelmesi beklenmektedir. ABD'de 1966-1986 yılları arasında diğer tüm hastalıklardan (kap hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar dahil) kaynaklanan ölümlerde %22 azalma görülürken, yaşa göre düzenlenmiş ölüm hızları KOAH'ta %71 artmıştır. Bu özellikleri ile KOAH, çoğu gelişmiş ülkede modern bir veba özelliği taşıırken, üçüncü dünya ülkelerinde en hızlı artan hastalıkların arasında yer almaktadır.

Türkiye'de 1976 yılında Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada, 40 yaş üstündeki KOAH prevalansının %13.6 olduğu (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) bildirilmiştir. Mevcut veriler ülkemizde yaklaşık iki-üç milyon KOAH'lı hastanın bulunduğuna işaret etmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1965-1997 yılları arasında kronik bronşit, amfizem ve astım tanısıyla hastanelerden taburcu edilen hastaların sayısı 3.1 kat(100 binde 65.9'dan 202.9'a) ve bu hastalar arasında ölümler 5.1 kat (100 binde 0.46'dan 2.33'e) artmıştır.1997 yılı verilerine göre 126 832 hasta kronik bronşit, amfizem

veya astım tanıları ile hastanelerden taburcu edilmiş ve bunların 1460'ı ölmüştür. Bu verilere göre KOAH, hastanelerde gerçekleşen en yaygın ölüm nedenleri sıralamasında 11.sırada yer almaktadır (4,15,22,28,32,37,47).

4.4. Risk Faktörleri

KOAH, ilerleyici hava yolu obstruksiyonu ile karakterize olup, patolojik değişikliklere neden olan aşırı inflamatuvar yanıt genellikle birden çok risk faktörünün etkileşimi ile ortaya çıkar. Hastalığın tedavisi kadar, sorumlu risk faktörlerinin de bilinerek önlenmesi çok önemlidir. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bilgilerin çoğu neden-sonuç ilişkisinden çok, etkenlerin birlikteliklerini tanımlar. Bu nedenle çalışmalar hastalığın progresyonunu moniterize etmede yetersiz olduğu için pek çok risk faktörünün ne derece sorumlu olduğu henüz tam olarak net değildir. KOAH gelişiminden sorumlu risk faktörleri kişiye ait faktörleri ve çevresel etkenleri içerir (Tablo1). Kesin olarak kanıtlanmış risk faktörleri antitripsin yetmezliğine neden olan genetik anormallik, sigara içimi ve mesleki ajanlara maruz kalmadır.

Tablo 1: KOAH İçin Risk Faktörleri

	Çevresel faktörler	Kişiye bağlı faktörler
Kesin olduğu bilinen risk faktörleri	-Sigara içimi -Mesleki toz, dumanlar -Hava kirliliği	- Genetik faktör - Diğer genetik faktörler
Olası risk Faktörleri	- Soysa ekonomik faktörler -Beslenme - Solunum yolu fonksiyonları	- Cinsiyet, ırk - Düşük doğum ağırlığı - Akciğer gelişimi -Hava yolu aşırı duyarlılığı, -Aile öyküsü

Bu risk faktörleri arasındaki etkileşimleri araştırmak, KOAH' da halen devam eden araştırmalar için önemli bir alan oluşturmaktadır. Örneğin, benzer sigara öyküsü olan kişiler arasında genetik yatkınlık ve yaşam tarzları ile ilgili olarak KOAH gelişiminde farklar olabilmektedir. Benzer şekilde, inhale edilen etkenler (sigara dumanı, hava kirliliği, mesleki toz ve kimyasallar) kişisel risk faktörlerini artıran additif etkili ajanlar olarak karşımıza çıkar.

4.4.1. Sigara İçimi

Sigara içiciliği KOAH için en önemli risk faktörü olarak kabul edilir. Sigara içen kişilerde kronik bronşit ve amfizemden ölüm hızları, solunum semptomları prevalansı, akciğer fonksiyon testlerinde anormallik. Gelişmiş ülkelerde görülen KOAH' da riskin %80-90'ından sigara sorumludur. Amerika'da KOAH mortalitesinin erkeklerde %85'inden, kadınlarda ise %69'undan sigara sorumlu tutulmaktadır.

Sigara içenlerde görülen bu etkiler sigara içiminin yoğunluğu ile doğru orantılı olarak artar. Sigaraya başlama yaşı, total sigara paket-yılı ve sigara içiciliğinin o andaki durumu KOAH mortalitesinin ön göstergeleridir. Pek çok ülkede popüler olan pipo ve puro içimine bağlı olarak KOAH mortalite ve morbiditesi sigara içmeyen kişilere göre yüksek olmakla birlikte, sigara içicilerde görülenden daha düşüktür.

Sigara içenlerin sadece yaklaşık %15'inde klinik olarak belirgin KOAH gelişmektedir. Bu kişilerde duyarlılığın neden arttığı kesin olarak bilinmemesine de, hem genetik faktörlerin hem de diğer çevresel risk faktörlerinin etkileşimi söz konusu olabilir.

Sigara içmeyenlerin sigara dumanına maruz kalmasını ifade eden pasif sigara içiciliği de solunum semptomlarına ve KOAH gelişimine neden olabilir. Sigara içen ebeveynlerin çocuklarında solunum semptomu ve solunum yolu hastalığı prevalansı yüksektir. Bu çocukların akciğer fonksiyon testlerinde de sigara içmeyen ailelerin çocuklarına göre küçük ama ölçülebilir farklar görülmüştür.

4.4.2. Mesleki Tozlar ve Kimyasallar

Kimyasal dumanlar, organik ve inorganik tozlarla yeterince yoğun ve uzun süre karşılaşma, sigara etkisinden bağımsız olarak hava yolu aşırı cevaplılığında, FEV1 azalma hızında ve KOAH mortalitesinde artışa neden olur. Bu etkenlere birlikte maruz kalma

KOAH gelişimi için ilave etki oluşturur. Çiftçilik (tahıl ve pamuk gibi) veya tozlu ortam olan mesleklerde (madenciler, metal işçileri, odun işçileri, inşaat işçileri gibi) çalışma kronik bronşit gelişme riskini iki-üç kat artırırken, sigara içimi ile birlikte bu risk altı kat artmaktadır. Tek başına kömür tozuna maruz kalma hava akım sınırlaması yapabilmektedir. Özellikle astım ve sigara dumanı gibi nedenlerle zaten hasarlanmış olan hava yollarında bu etki daha belirgindir. Ancak yine de sigaranın etkileri mesleksi etkenlerden çok daha fazladır.

4.4.3. İç ve Dış Ortamdaki Hava Kirliliği

Büyük kentlerdeki hava kirliliğinin yüksek düzeylerde olması kalp ve akciğer sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ancak hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki rolünün, sigaraya göre oldukça az olduğu tahmin edilmektedir. Hava kirliliğinin hangi spesifik elementlerinin zararlı olduğu açıkça bilinmese de 10 mikrondan küçük partiküllere yoğun maruz kalma KOAH gelişiminden sorumlu olabilir.

Havalandırması iyi olmayan evlerde ısınma ve yemek pişirme amacı ile kullanılan bitkisel ve hayvansal yakıtlar (biomass yakıtlar) akciğerler için iriten özelliktedir. Nitrik oksit, karbon monoksit, kükürt dioksit ve azot dioksit üreterek KOAH gelişimine katkıda bulunabilirler (15,22,37,52).

4.4.4. Sosyodemografik Durum ve Beslenme

KOAH gelişme riski ile sosyoekonomik durum arasında ters bir bağıntı vardır. Homozigot proteinaz inhibitör eksikliği olmadan da KOAH, bazı ailelerde daha sık görülebilmektedir. Nedeni tam olarak belli olmasa da dış ve iç ortam hava kirliliği, bedensel işlerde çalışma gibi başka faktörlerle de bağıntılı olabilir.

Malnutrisyon ve kilo kaybı solunum kaslarının gücünün ve kas kütesinin azalmasına neden olur. Deneysel çalışmalarda ölüm derecesinde açlık halindeki hayvanlarda anabolik/katabolik durumun amfizem gelişimi ile birlikte olduğu gösterilmiştir. Diyetle alınan antioksidan özellikteki vitaminlerin (vitamin A, C, E) ve doymamış yağ asitlerinin azlığının yanı sıra fazla tuzlu diyetin de KOAH gelişimi için olası birer risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (52).

4.4.5. Solunum Sistemi Enfeksiyonları

Çocukluk çağında geçirilen ciddi solunum yolu enfeksiyonları, özellikle viral enfeksiyonlar (RSV), inflamasyona predispozisyon yaratarak yetişkin yaşlarda solunum semptomlarında artış ve akciğer fonksiyonlarında azalmaya neden olabilmektedir. Sigara içen kişilerde bu etkilenme daha belirgin olmaktadır.

KOAH'lı hastalarda, normal bireylere göre viral DNA ekspresyonunun arttığı gösterilmiştir. Hayvan deneylerinde de kronik adenoviral enfeksiyonların, sigara dumanı ile indüklenen inflamasyonu ilerlettiği görülmüştür.

4.4.6. Cinsiyet ve Irk

Solunum semptomları prevalansı ve mortalitenin kadınlara göre erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu farkın, çevresel etkenlerle karşılaşma durumundan kaynaklanması olasıdır. Zira, gelişmiş ülkelerde yapılan son çalışmalar, sigara içiciliği paternindeki değişmeyi yansıtacak şekilde kadın ve erkekler arasında prevalansın hemen hemen eşit olduğunu göstermektedir. Kadınların erkeklere göre sigaranın etkisine ve ciddi KOAH gelişmesine daha duyarlı oldukları da bilinmektedir. KOAH' da mortalite oranlarının ise, beyaz ırkta diğer ırklara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (17).

4.4.7. Düşük Doğum Ağırlığı

Intrauterin hayatta karşı karşıya kalınan olumsuz etkenler (sigara, malnutrisyon) ve düşük doğum ağırlığı ileri yaşta ulaşılacak maksimum akciğer fonksiyonlarının normalden az olmasına yol açar. Gebelikte sigara içimi fetus için önemli bir risk faktörü olup, intrauterin büyümeyi ve immün sistem gelişimini olumsuz etkiler. Düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen çocukların, yetişkinlik dönemlerinde akciğer fonksiyonlarında azalma olduğu gibi KOAH risklerinin de arttığı bildirilmektedir (15,22,48).

4.4.8. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin KOAH gelişme riski ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu güne kadar kesin olarak ispatlanmış tek genetik risk faktörü herediter alfa-1 antitripsin yetmezliğidir. Bu patoloji resesif geçişli olup erken yaşta ve hızlı gelişen panlobuler amfizemden sorumludur. Bireyler arasında amfizemin şiddeti bakımından önemli farklar

vardır. Ancak diğerk kişisel risk faktörleri ve çevresel etkenlerle birlikte KAOH'a yol açtığı bildirilmiştir (4,11,15,22,32,37).

4.5 Tanı Yöntemleri

- Solunum fonksiyon testleri

KOAH'ta fonksiyon testleri hastalığın tanısında, hastalığın şiddetinin belirlenmesinde, hastalık seyrinin ve prognozunun değerlendirilmesinde kullanılır.

- Spirometrik ölçümler

KOAH'TA ,ekspiratuar akımın kısıtlandığı bir hastalıktır. Bu nedenle spirometre ile zorlu vital kapasite (FCV), 1.saniye zorlu ekspirasyon volümü (FEV1) ve zorlu ekspiratuar akım hızlarında azalmalar saptanır.

Spirometrede FEV1/VC'nin, kadınlarda beklenen oranın %89'unun, erkeklerde %88'inin altında olması, hava yollarında obstrüksiyonun olduğunu gösterir.

- Reversibilite testi

KOAH'ı astımdan ayırt etmekte, hastaların kortikostereoid tedavisinden yarar görüp görmeyeceklerini tahmin etmekte ve prognoz kullanılır.

Bronş hiperaktivitesi, direnç ölçümü, statik akciğer volümleri ve koplisans, difüzyon kapasitesi, solunum kasları fonksiyonu, arteriyal kan gazları gibi tanı yöntemleri de kullanılmaktadır.

4.6 Tedavi

KOAH kronik, büyük oranda geri dönüşsüz ve ilerleyici özellikte bir hastalıktır. KOAH tanısı konulduktan sonra hasta, hastalığı konusunda bilgilendirilip eğitilmeli, tedaviye aktif olarak katılması sağlanmalı ve olabildiğince aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmelidir.

KOAH tedavisinin amaçları:

- Hastalığın ilerlemesini önlemek
- Semptomları iyileştirmek
- Egzersiz toleransını artırmak

- Akut atakları önlemek ve tedavi etmek
- Komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek
- Yaşamı uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmek (22, 23,37,48).

Yaşı 35'in üzerinde, risk etmenleri olan (genellikle sigara) ve hareketle nefes darlığı, kronik öksürük, kronik balgam, sık kış bronşiti ya da hırıltısı olan hastalarda KOAH tanısı düşünülmelidir. Hava akım tıkanıklığı, spirometre testi ile kanıtlanmalıdır. KOAH hastalarının tedavisi ile ilgilenen tüm hekimlerin spirometre yaptırabilmeleri, değerlendirebilmeleri gereklidir. KOAH'lı hastalarda sigara bırakmanın sağlanması tedavilerinin en önemli bölümüdür. Sigara içmeyi sürdüren tüm KOAH hastalar, her fırsatta sigarayı bırakmaya özendirilmeli ve yardım sağlanmalıdır. Kısa etkili ilaçlarla sorunları süren hastalarda belirtileri kontrol etmek ve egzersiz kapasitesini geliştirmek için, uzun etkili bronkodilatörler kullanılmalıdır. Uygun tüm hastalara solunumsal rehabilitasyon yapılmalıdır.

KOAH alevlenmeleri sırasında tıbbi tedaviye yanıt vermeyen ve persistan hiperkapnik hastalara non-invaziv mekanik ventilasyon (NIV) tedavi seçeneği olarak sunulmalıdır. Bu tedavi, uygulama konusunda eğitim almış, kullanılması konusunda deneyimli ve kısıtlılıkların bilincinde olan personel tarafından uygulanmalıdır. Tedavi, hasta NIV'e bağlandığında kötüleşme durumunda ne yapılacağı konusunda açık bir planlamayı da içermelidir. Alevlenmelerin sayısı uygun inhale steroidlerle, bronkodilatörlerle ve aşılama ile azaltılmalıdır. KOAH tedavisi multi disiplinler bir ekip hizmeti biçiminde sunulmalıdır (6,29,30,48).

4.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça geniş kapsamlı ve çok boyutludur. Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesi tanımını, doyum, mutluluk, moral, pozitif etki, algı değerlendirmesi, sağlık, psikolojik esenlik gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanmışlardır. Genel anlamda bireysel “ iyi oluş” ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi kavramı yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder.

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadesidir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesinden söz ederken bireyin pek çok alanı ele alınarak incelenmektedir. Bunlar fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik alanlardır. Bireyin tüm bu alanlar dahil yaşamından doyum bulması, mutluluk duyması ve memnuniyeti ile yaşam kalitesinin artışı paralellik göstermektedir.

Fiziksel iyilik hali: Fiziksel iyilik halini yaşam kalitesinin objektif göstergeleri belirler. Bireyin mevcut durumuna karşın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi ve bunları yaparken zevk duymasıdır. Öz bakımının, solunumunun, beslenmesinin, aktivitesinin yeterli düzeyde olması ve bu durumdan mutluluk duyması, doyum bulmasıdır.

Psikolojik iyilik hali: Subjektif göstergeler temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Bireyin kendi yaşantısını değerlendirmesi, yaşamına dair hissettiklerinin ifadesidir. Farklı durumlara uyum sağlayabilmesi yeni stratejiler geliştirebilme yeteneğidir. Olumlu ve olumsuz duygular, bilişsel etmenler, duygu ve düşünceler öznel konular oldukları için ancak o birey tarafından algılanabilir ve değerlendirilebilir. İşte bu değerlendirme sonucunda bireyin yaşamından hoşnut olma durumu emosyonel iyilik halini oluşturmaktadır.

Sosyo-ekonomik anlamda iyilik hali: Bireyin sosyal güç yeterliliğine sahip olması, ekonomik yönden iyi olması, sosyal güvencesinin olması, gelir düzeyi belirli bir standartta olan işinin olması, toplum tarafından kabul görmesi, sosyal ilişkilerinde yeterli olması, tüm bunları yaşarken kendini yeterli görmesi, kendini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırması ya da özetle sosyo-ekonomik durum ile bireyin memnuniyetinin kesişmesidir. Ayrıca bireyin aile yaşamında duyduğu doyumun öznel yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır (2,4,48).

Kısaca yaşam kalitesi nelerden zevk aldığımızın, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizin ifadesidir

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin birçok yolu olabilir. En basit bir yaklaşımla, hastaya “nasılsınız” veya “bu hastalık günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor” gibi sorular yöneltilebilir. Fakat böyle bir soruya verilen yanıt, hem hastaya hem soran kişiye bağlı olarak, gerektiği kadar duyarlı olmaz. Bu nedenle yaşam kalitesini değerlendirirken

yeterince formel yol seçilmelidir. En formel yol anket kullanmaktır. Bu anlayışla hazırlanan yaşam kalitesi anketleri gelişmiş ve yaygınlaşmıştır. Kliniklerde çeşitli araştırmalarda, tedavi değerlendirilmesinde veya rehabilitasyon programlarının değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır.

Yaşam kalitesi anketleri, hastanın kendi hissettiklerini, hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkilerini, kendi görüş açısıyla yansıtan subjektif değerlendirme yöntemleridir. KOAH'lı olgulara uygulanacak tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde, fonksiyonel parametrelerin yanı sıra, özellikle hastalığın evresine göre değişebilen yaşam kalitesi de değerlendirilmelidir (4,7).

4.8. KOAH'lı Hastalarda Ruhsal Sorunlar

Kronik hastalıklar, yol açtıkları organlardaki işlev kaybı yanında sürekli hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebi ile geleceğe dair endişeleri arttırır, kaygıya yol açarlar. Bu hastalar için de, akciğer hastalıklarında görülen çoğu kronik hastalıktan daha fazla yetersizlik hissi yarattığı bilinmektedir. Bu nedenle de akciğer hastalıkları, diğer organ rahatsızlıklarına göre psikiyatrik bozukluklarla daha kuvvetli ilişki göstermektedir (38).

Solunum sistemi ile psişik durum arasında yakın ilişki ve etkileşim vardır. Duygu durumu ve değişiklikleri kardiyovasküler sistem ve solunum sistemine yansımaktadır. Doğumdan itibaren, solunum sisteminin duyguların ifade ve iletişimde işlevi vardır. Gülme, ağlama, kızgınlık, korku, cinsel uyarılma, kalp işlevleri ile solunum hız ve derinliğinde değişikliklerle ifade edilir. Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon, solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkiler ya da kaygı ve korkuya neden olur. Solunum sistemi hastalıklarının tedavisindeki ilaçlar beyin işlevlerini etkiler. Psikiyatrik komplikasyonlara yol açan solunum sistemi hastalıklarında, hastalığın etyolojisine, evresine, beyni etkileme derecesine, hastalığın komplikasyonlarına, hastanın yaşına, kişilik yapısına, yaşam dönemine bağlı olarak çeşitli psikiyatrik bozukluklar gelişir. Bu hastalıklarda organik beyin sendromu, uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon, kişilik değişiklikleri görülebilir (34).

Yapısal ve karakterolojik olarak olayları kaygılı algılayanlar ve panik etkisi gösterenler, bağımlılık gereksinimi fazla olanlar ve emosyonel güçlükler tanımlayanlar

genelde her türlü yakınma karşısında panik tepkisi gösterirler. Bu kişilerin hastane ve doktorlara başvuruları daha fazla olup, davranışsal olarak daha yüksek ilaç dozu gereksinimi gösterirler. İnkâr tepkisi gösterenler ise yeterli dozda ve düzeyde ilaç almazlar. Sürekli kaygılı olanlarda hastalıkları karşısında kayıp tepkisi gösterenlerde ve inkâr davranışı sergileyenlerde psikiyatrik müdahale önemlidir. Kaygı, olası dispnenin felaket gibi (katastrofik) algılanmasına yol açar. Bu durum da kaygıyı artırır. En küçük solunum yetmezliği panik yaratır, bu panik solunum sorununu artırır ve böylece kısır döngü gelişir. Diğer yandan kronik hastalığın yarattığı engellemeler, kısıtlamalar, güçlükler, çevre ilişkilerini, beden algısını, öz beğeni, cinsel işlevleri bozar.

Solunum sistemi hastalıklarında kaygı yaygın olarak görülür. Kaygı hali solunum sorununun ortaya çıkmasını kolaylaştıran, şiddetini arttıran bir durumdur. Kaygı hiperventilasyona yol açabilir. Kaygılı kişi varolan dispnesini daha da endişeyle yorumlar ve böylece korku artar. Bazı hastalar agorafobik olacak derecede her türlü dış etkinliklerden sakınırlar, hastalıklarını şiddetli yaşarlar ve ilaç gereksinimleri artar.

KOAH'lı hastada en sıklıkla kaygı bozukluğu görülür. Dispnenin kendisi ve boğulma ölüm korkusu en önemli faktördür. Nefes darlığı gelişeceği korkusu, en ufak fiziksel faaliyetin yapılmasında dahi sakınmaya yol açar.

Klinikte ve denetim altında tekrarlayıcı egzersiz uygulamalar yapılması, hastanın korku ve dispnesi ile belirli bir program içinde yüzleştirilmesi ve duyarsızlaştırıcı davranış tedavileri yararlıdır. Bu uygulama kaygı-dispne kısır döngüsünün kırılması, dispnenin tolere edilmesi, karamsarlığın giderilmesi ve gerçekçi yaşam amaçlarının sağlanmasını kolaylaştırmaktadır.(42)

Solunum sistemi hastalıklarında kaygı bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Özellikle kronik, komplikasyonları ve işlev kayıpları fazla olan olgularda depresyon gelişim riski artar. Depresif hastalık, depresif mizaçlı uyum güçlüğünden, intihar riski ile seyreden majör depresif hastalığa dek uzanır. Bu hastaların bir kısmında tedaviyi reddetme, uygun tedaviyi aksatma, açıkça ifade edilmeyen dolaylı intihar davranışları görülebilir. Kortikosteroid tedavisi altında olanlarda depresyon gelişimi ve intihar girişimi açısından özellikle dikkatli olunmalıdır (34).

KOAH, birçok kronik hastalığa benzer biçimde ciddi fiziksel zorluk ve belirgin düşme ile seyreder. KOAH yaşam kalitesi üzerine bir çok sistemik ekonomik maliyetin yanı sıra, ruh sağlığı, işlevsellik ve yaşam kalitesinde hastalık ve nörolojik durumdan daha fazla olumsuz etki yapabilir (38).

KOAH, yaşamı tehdit edebilen, kişiye otonomisini kaybettirebilen, hastanın en önemli aktivitelerinin veya ilişkilerinin değişmesine neden olabilen, dolayısıyla fiziksel ve ruhsal açıdan uyum gerektiren zorlu bir hastalıktır. Örneğin, hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastanın ev dışı aktivitelere katılımı sınırlanır, ilişkiler ya telefona bağlı hale gelir ya da tamamen kesilir. Bu izolasyon riski, özellikle yalnız yaşayanlar için önemlidir. Ya da sürekli oksijen verilmesi gerektiğinde, kendilerine devamlı hastalıklarını anımsatan oksijen tüplerine hastaların uyum sağlamaları zor olabilir. Tüm bu sorunlar utanç, kaygı, depresyon gelişimine katkıda bulunabilir (42).

4.8.1. Anksiyete

Kaygı, bunaltı ya da sıkıntı olarak da adlandırabileceğimiz anksiyete, herkes tarafından zaman zaman yaşanan korkuya benzer bir duygudur. Duygulanımda kaygı yönünde artış olduğunu ifade eder. Kişi bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi nedeni belirsiz bir endişe olarak algılar. Korku, dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepki biçimidir. Böyle gerçek bir tehlike ile karşılaşan her insan şiddetli bir korku duygusuyla beraber bedensel tepkiler de gösterir. Örneğin kalbi hızla çarpmaya başlar, titrer, terler, gözbebekleri büyür, ürperir, tüyleri diken diken olur vb. Anksiyete, nedeni bilincimizde olmayan yani nedeni hakkında net bir bilgimizin olmadığı, içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen ruhsal bir tepkidir ve korkuda olduğu gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği bir durumdur

.Anksiyete, çok hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir.

Anksiyete dış tehditlerden meydana gelebilir. Bilinmeyen yeni bir duruma ya da çevreye uyumun hissedilmesidir. Çok yönlü bir olay olan anksiyete tüm organizmayı etkiler (31,56).

4.8.2. Depresyon

Depresyon, psikiyatrinin yanı sıra genel tıp uygulamasında da yaygın olarak karşılaşılan bir bozukluk olup adeta psikiyatrinin “soğuk algınlığı”dır. Unipolar (tek uçlu) ve bipolar (iki uçlu) duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği ve çok değişik şiddette görülebileceği gibi duygulanım bozuklukları dışında birçok psikiyatrik ve tıbbi durumun sonucu olarak da görülebilmektedir (3, 31,41).

Depresif duygular sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak psikiyatride ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen depresyon, duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir durumdur. Temel özellikleri arasında kederli ve karamsar bir duygu hali, kötümser düşünceler, gelecek hakkında umutsuzluk, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri bulunur.

Kronik solunum sistemi hastalıklarında kaygı ve depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hastalığa eşlik eden depresyonla daha da bozulur. Kronik hastalığın yarattığı fiziksel septomlar ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açarken, depresyon da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır. Böylece hastalar bir kısır döngüye girerler. KOAH'ta depresif bozukluk, depresif mizaçlı uyum güçlüğünden, intihar riski ile seyreden majör depresyona kadar uzanabilir (34).

KOAH'lı hastada yaşam amaçları ve beklentiler zorlanır ve bunun sonucunda kayıp algı ve tepkileri gelişir. Fiziksel gücün ilerleyici kaybı, insanlar arası ve sosyal etkinlikleri yürütme güçlüğü, cinsel güç azalması, mesleği yürütme güçlükler ve benzeri sorunlar ve kayıplar hastanın özbeğeni ve güvenini azaltarak ve aile ve toplumdaki işlevleri ve yeterliliğinin azalmasına neden olur. Tüm bunlar depresyon gelişmesi açısından potansiyel risklerdir. İş ve ailede rol değişimleri, zorlanmalara neden olur. Erkek hastalarda işlerini istedikleri ölçüde yürütememeleri ve psikoseksüel işlevleri yerine getirememeleri, ev ve ev işlerine kapanma ciddi zorlanmalara yol açar (41).

KOAH'da depresyon ortaya çıkma sıklığı ve yaygınlığı açısından sistemli çalışma yoktur. Bunun bir nedeni de tanı koyma güçlüğüdür. Depresyonun somatik belirti ve bulguları ile KOAH belirti bulguları karışır. Yorgunluk bitkinlik, kilo kaybı, iştah azalması, uyku bozukluğu KOAH'a bağlı olabileceği gibi, psikomotor retardasyon ve ilgi-istek azalması ile belirgin depresyona da bağlı olabilir.

Öksürüğün sık oluşu uykusuzluk nedenidir. Elem hali, ilgi ve motivasyon azalması, değersizlik-yetersizlik-ölüm düşünceleri ciddi depresyonu düşündürür. Beden işlevleri ile aşırı uğraş, kardiyovasküler ve solunum sistemi açısından çoğul organ yakınmaları ile birlikte abartılı somatik yakınmalar depresyona ilişkin bulgulardır (24). Ayrıca hastanede yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin sık ortaya çıktığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda, bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması, anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olabilmektedir (13,38).

4.8.3. Beyin İşlevlerine Etkisi

KOAH'lı hastada hipoksi hiperkapni ve ilaç interaksiyonları beyin işlevlerini bozarak konfüzyonel ve delüzyonel durumlara neden olabilir. Hafif derecede hipoksemik hastaların % 10'unda, orta derecede hipoksemik hastaların % 2'sinde ve ileri hipoksemik hastaların % 40'ında depresyonla açıklanamayacak kognitif defisitler bildirilmiştir (Stoudemire, Angle). Akut solunum yetmezliğinde delirium gelişmesi riski vardır. KOAH'lı hastada delirium gelişince, kan gazlarının ölçümü yapılmalı ve oksijen tedavisine geçilmelidir.

Süreğen, tekrarlayan ve ilerleyici beyin hasarı, kronik beyin sendromu (demans) ve organik kişilik bozukluklarına neden olabilir.

KOAH akut hipoksi ve hiperkapni atakları ve daha da önemlisi kronik hipoksi ve hiperkapni atakları ile birçok organı etkilemekte, kognitif performansı düşürmekte ve yaşam aktivitesinde önemli kısıtlamalara neden olmaktadır. Akut hipoksi ve hiperkapnide ortaya çıkan nörolojik bulgular sık görülmekte ve iyi tanınmaktadır. Ancak kronik

hipoksinin sinsi serebral etkileri iyi bilinmemektedir. KOAH'lılarda sık bildirilen kognitif bozukluklar bu sinsi etkinin iyi bir göstergesidir (14).

Kişinin duygu durumu ve ruhsal yaşantısındaki herhangi bir zorlanma ve bozulma, psikofizyolojik solunum işlev değişikliğine yol açar. Diğer yandan solunum güçlüğü ve nefes açlığı panik, kaygı ve ölüm korkusuna yol açar. KOAH'lı hastada hastalıkla ilişkili ve kişiyi zorlayıcı bir dizi bozukluk vardır.

Nefes açlığı ve ölüm korkusu hastanın tüm ruhsal güçlerini zorlayan, akut katastrofik kaygıya yolaçabilir. Daha sıklıkla ise ilerleyici ve zorlayıcı bozukluklar gelişir. Bu hastalarda anksiyete, depresyon halleri, huzursuzluk ve geri çekilme şeklinde davranış değişiklikleri gibi çeşitli psikolojik savunmalar gözükebilir.

4.8.4. Cinsel İşlev Bozukluğu

KOAH'lı hastaların % 17 ile % 98'inde libido azlığı ve ereksiyon bozukluğu bildirilmiştir. Hastalar cinsel işlev bozukluğunu, nefes darlığı ve çabuk yorulma ile ilişkili yorumlarlar. Ancak ölçülebilen fizyolojik bozukluk ile cinsel işlevler arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Efor ve fiziksel etkinlik ile nefes darlığı ve boğulma hissi gelişeceği gibi, gerçekçi olmayan korkular diğer alanlarda olduğu gibi cinsel işlevsellikteki bozulmada da etkilidir. Fiziksel sebeplere bağlı cinsel güçlükler daha çok hastalığın ilerlemiş aşamalarında ve özellikle istirahatte de dispne geliştiği zaman söz konusudur. Diğer olgularda cinsel işlev bozukluğu hipoksi ve bozulmuş solunum işlevi ile doğrudan ilişkili değildir.

Açıklama, cinsel ilişkide fiziksel olarak daha pasif rol alma, cinsel ilişkiye eşlik edebilecek nefes darlığının diğer fiziksel faaliyetlerden daha tehlikeli olmadığı, tolere edilebileceğinin açıklanması önemlidir (42).

4.9. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalığın getirmiş olduğu yetersizlik bireyi göreceli bağımsızlıktan, belirli bir bağımlılığa itmektedir. KOAH ortalama yaşam sürecinin üçte ikisinden fazlasını etkileyen, yaşamın fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal boyutlarında önemli sınırlılıklara neden olan, günlük yaşam aktivitelerinde zorunlu değişikliklere yol açan ve

bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Hastalığın, hasta ve ailesine yaşattığı sıkıntılar bu bireylerin yaşam kalitesinin tartışılmasına yol açmıştır.

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için bireyin temel insan gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Hemşireliğin tanımında da belirtildiği gibi, hasta ya da sağlıklı bireyin hastalık vb. nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları zaman, onlar adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu hemşirelerin üstlendiği tüm hemşire kuramcılar tarafından ifade edilmektedir. Bağımlı bir yaşama doğru giden, yeterli ve dengeli beslenmeyen, uyku durumu bozulan, sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan ve ikincil enfeksiyon riski altındaki KOAH'lı hastanın varolan sorunlarını saptama ve çözüme hemşirelerin sorumlulukları vardır. Bir başka deyişle hemşire bilinen sorunları önlemek üzere harekete geçerek hastayı hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlatmalı ya da hastanın, bağımlılığını en aza indirerek kişisel bakımı için sorumluluk duygusunu uyandırmalıdır (1, 4, 27).

KOAH'lı hastalar hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerinin getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerindeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıyadırlar. KOAH'lı hastaların hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgi ve becerileri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkili yolu, planlı ve sürekli bir hasta-aile eğitimi olarak görülmektedir. KOAH'lı hastanın eğitiminin taburculuktan önceki dönemde hastanede başlatılması, evde de hemşireler tarafından sürdürülmesi, ailenin ve hasta için önemli olan kişilerin de eğitimin içine katılması önerilmektedir.

KOAH'lı hastaların sağlık ekibinden yeterince yardım ve destek görmesi, yaşam durumuyla ilgili iyi şeyler hissetmesine, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine ve hastaların hastalıkla daha uyumlu yaşamasına, yardım etmektedir (27,35). Ayrıca hastaların anksiyetenin ve depresyonun kaynağını, belirtilerini tanıyarak, uygun baş etme yollarını kullanarak, hastalığın yaratmış olduğu sıkıntıları en aza indirebileceği bilinmektedir.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Şekli

Bu çalışma KOAH'lı hastalarda atakların artması ve buna bağlı olarak hastaneye yatış sıklığının artması sonucu oluşan ve ruhsal durumlarını etkileyen, kaygı, depresif belirtiler ve bunların yaşam kalitesine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır

5.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma; İstanbul ilindeki bir Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servislerinde uygulanmıştır. Araştırmacıya görüşme ortamı, vaka yönlendirmesi gibi kolaylıklar sağladığı ve izlenen vaka sayılarının çok fazla olmasından dolayı bu servisler seçilmiştir.

Araştırma 1 Ocak – 15 Mart 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Konu ile ilgili yasal izinler ve etik kurul onayı yazılı olarak alınmıştır (EK 4-5).

5.3. Evren Örneklem

Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servislerinde bir yılda yatan 1200 KOAH'lı hasta evreni oluşturmaktadır. KOAH tanısı almış aşağıda belirtilen örneklem seçim kriterlerini karşılayan 150 hasta örneklem için seçilmiştir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(1500)^2 (1.96)^2 (0.10)(0.90)}{(0.05)^2 (1500-1) + (1.96)^2 (0.10) (0.90)}$$

n= 127 Toplanması gereken toplam olgu miktarı

Araştırmaya alınma kriterleri,

- 18 yaş üstü olan,
- İletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- En az iki defa hastaneye yatma öyküsü olan hastalar araştırmaya alınmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak geliştirilen, hastaların sosyodemografik özelliklerini, aile özelliklerini ve desteğe olan gereksinimlerini belirlemeye yönelik 10 soru içeren "bilgi formu", uzman görüşüne sunulurak hazırlanmıştır (EK 1).

5.4.2. SF-36 (Short Form) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Wore tarafından 1987 yılında geliştirilen (53), geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Pınar tarafından yapılan SF-36 (Short Form) yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır (44). Klinik araştırmalarda, kronik hastalığa sahip olan gruplarda uygulanabilir.

SF-36' nın özellikle başarılı olduğu ve yararlı bulunduğu hasta grubunun içinde KOAH'ın yer alması ve kullanımı konusunda basılı bir rehberin olması, ayrıca pek çok klinik araştırmada kullanılmış ve bu çalışmalarda, geçerlik ve güvenilirliğinin gösterilmiş olması özellikle tercih nedeni olmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddeden oluşmuştur. Üç ana başlık altındaki dokuz sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir (EK 2).

1. Fonksiyonel durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi

2. Esenlik

- Mental sağlık
- Beden ağrıları
- Canlılık (zindelik/yorgunluk)

3. Genel sağlık anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi
- Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler

 majör sağlık alanından elde edilen puanlar skalanın ham puanını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, fonksiyonel durum, iyilik hali ve genel sağlık anlayışı bölümlerinden elde edilen dönüştürülmüş puanların toplanmasıyla bireylerin yaşam kalitesi puanı elde edilmiştir (4).

S-F 36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak Şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Skala puanı 0-100 arasında değerlendirilmektedir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (9).

SF-36 gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta grubunda kullanışlı ve yararlı olmasıyla bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilir (9).

5.4.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon leği (HAD)

HAD Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen (57), ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir (1997) tarafından yapılmış olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır (8). (EK 3) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi ise depresyonu ölçmektedir. Her madde 0-3 puan aralığında puanlanır. Anketten alınan yüksek puanlar daha şiddetli anksiyete ve depresyon düzeyini gösterir .

5.5. Verilerin Toplanması

Örneklem kriterlerini karşılayan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenlere veri toplama formları uygulanmıştır.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında da Mann Whitmey U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi

6. BULGULAR

Çalışma 1 Ocak - 15 Mart tarihleri arasında İstanbul İlinde bir Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde KOAH tanısı ile yatan toplam 150 hasta ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler üç ana başlık altında toplanmıştır. KOAH'lı hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile ilgili bulgular, KOAH'lı hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile ilgili bulgular, KOAH'lı hastaların Yaşam Kalitesi Alt Boyut düzeyleri ile ilgili bulgulardır.

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı (N:150)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	41.3
	Erkek	88	58.7
Medeni Durum	Bekar	8	5.3
	Evli	120	80.0
	Eşinden ayrılmış	8	5.3
	Eşi ölmüş	14	9.3
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	28	18.7
	İlkokul	69	46.0
	Ortaokul	29	19.3
	Lise	9	6.0
	Yüksekokul	15	10.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	6.7
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor	61	40.7
	Ev kadını	35	23.3
	Emekli	44	29.3
Gelir Durumu	Yeterli	55	36.7
	Kısmen Yeterli	48	32.0
	Yetersiz	47	31.3

Not: Hastaların yaş ortalamaları 50-80 (min-max) arasında olduğundan dolayı demografik özelliklerde tekrar belirtilmemiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi hastaların % 41.3'ü kadın; % 58.7'si erkektir. Hastaların % 80'i evli iken, % 5.3'ü bekâr, % 9.3'ünün eşi ölmüş ve % 5.3'ü eşinden ayrılmıştır. Hastaların % 18,7'si okuma-yazma bilmekte, % 46'sı ilkokul, % 19.3'ü ortaokul, % 6'sı lise ve % 10'u yüksekokul mezunudur. Hastaların % 40.7'si hastalık nedeniyle çalışmadıklarını ifade ederken, % 6.7'si çalışmakta, % 29.3'ü emekli ve % 23.3'ü ev kadınıdır. Hastaların % 36.7'si gelirinin yeterli olduğunu belirtirken, % 31.3'ü yetersiz ve % 32'si kısmen yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2: Ailesel Özelliklerin Dağılımı (N: 150)

Ailesel Özellikler		n	%
Ailede birlikte yaşanan kişiler	Yalnız	15	10.0
	Anne-baba	10	6.7
	Eş	47	31.3
	Eş-çocuklar	63	42.0
	Çocuklar	15	10.0
Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumu	Etkilenmiyor	25	16.7
	Orta derecede etkileniyor	52	34.6
	Çok etkileniyor	73	48.7
Çevredeki kişiler tarafından tanımlanma	Uyumlu/neşeli	105	70.0
	Sinirli/mükemmeliyetçi	30	20.0
	Çekingen	15	10.0
Hastalık süresince aileden ve çevreden alınan destek	Destek yok	12	8.0
	Yetersiz	35	23.3
	İyi	69	46.0
	Çok iyi	34	22.7
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede destek gereksinimi	Evet	63	42.0
	Hayır	87	58.0

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hastaların % 10'u yalnız yaşıyorken, % 6.7'si anne-babasıyla, % 31.3'ü eşiyle, % 42'si eş ve çocuklarıyla, % 10'u çocuklarıyla yaşamaktadır.

Hastaların % 16.7'si aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini belirtirken, % 34.6'sı aile bireylerinin orta derecede, % 48.7'si ise çok etkilendiğini belirtmiştir.

Hastaların % 70'i çevrelerindeki kişiler tarafından uyumlu/neşeli olarak tanımlandığını; % 20'si sınırlı/mükemmeliyetçi ve % 10'u çekingen olarak tanımlandığını söylemiştir. Hastaların % 8'i hastalığı süresince ailesinden ve çevresinden destek almadığını söylerken, % 23.3'ü aldığı desteği yetersiz, % 46'sı iyi ve % 22.7'si ise çok iyi olarak tanımlamaktadır. Hastaların % 42'si günlük yaşam işlevlerini yerine getirirken desteğe gereksinim duyduklarını, %58'i ise gereksinim duymadıklarını söylemiştir.

Tablo 3: Demografik Özelliklerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (N:150)

Demografik Özellikler		Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği						p
		Normal		Sınırdaki Depresif		Depresif		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	-	-	6	9.7	56	90.3	$\chi^2:5.219;$ $p:0.074$
	Erkek	7	8.0	7	8.0	74	84.1	
Medeni Durum	Bekar	-	-	1	12.5	7	87.5	$\chi^2:4.577;$ $p:0.599$
	Evli	7	5.8	12	10.0	101	84.2	
	Eşinden ayrılmış	-	-	-	-	8	100.0	
	Eşi ölmüş	-	-	-	-	14	100.0	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	-	-	2	7.1	26	92.9	$\chi^2:13.064;$ $p:0.110$
	İlkokul	5	7.2	3	4.3	61	88.4	
	Ortaokul	1	3.4	2	6.9	26	89.7	
	Lise	-	-	2	22.2	7	77.8	
	Yüksekokul	1	6.7	4	26.7	10	66.7	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	-	-	-	-	10	100.0	$\chi^2:12.357;$ $p:0.050^*$
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor	3	4.9	10	16.4	48	78.7	
	Ev kadını	-	-	2	5.7	33	94.3	
	Emekli	4	9.1	1	2.3	39	88.6	
Gelir Durumu	Yeterli	4	7.3	8	14.5	43	78.2	$\chi^2:5.813;$ $p:0.214$
	Yetersiz	1	2.1	2	4.3	44	93.6	
	Kısmen Yeterli	2	4.2	3	6.3	130	86.7	

χ^2 : Ki-kare testi * $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

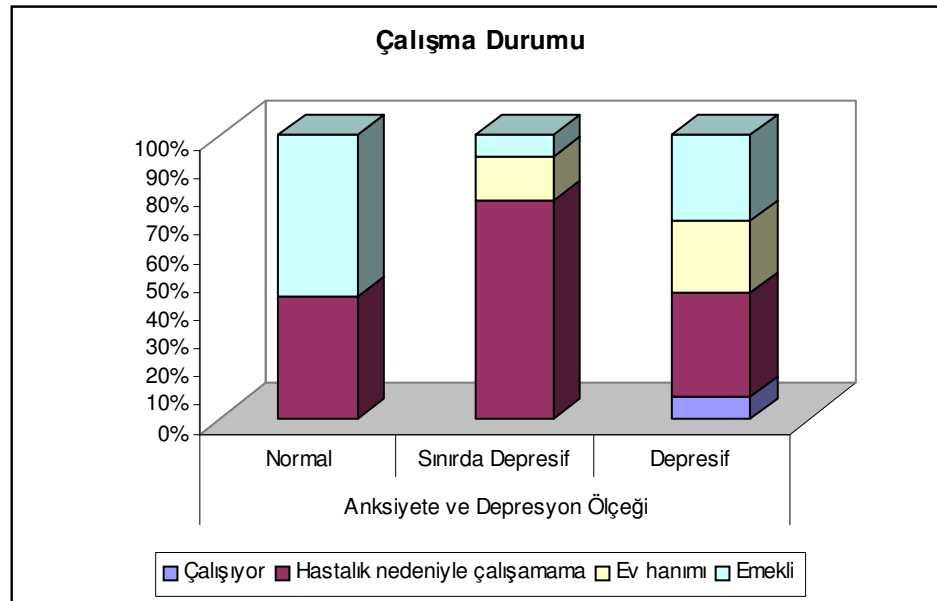
Tablo 3'de görüldüğü gibi, kadın hastaların %90.3'ünün depresif olma oranı % 90.3 iken; erkek hastaların depresif olma oranları % 84.1 olarak belirlenmiş olup, anksiyete ve

depresyon açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bekar hastaların % 87.5'i, evli olanların % 84.2'si depresif olarak bulunmuştur. Eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış hastaların tamamı depresiftir. Anksiyete ve depresyon açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Okur-yazar olmayan (% 92.9), ilkokul mezunu (% 88.4) ve ortaokul mezunu (% 89.7) olan hastaların depresif olma oranları, lise (% 77.8) ve yüksekokul (% 66.7) mezunu hastaların depresif olma oranlarından daha yüksektir. Anksiyete ve depresyon açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışan hastaların tamamının (% 100) depresif olduğu görülürken; ev kadınlarının % 94.3'ü, emekli hastaların % 88.6'sı depresif iken; en düşük depresif olma oranı hastalık nedeniyle çalışamayan (% 78.7) hastalarda görülmektedir. Anksiyete ve depresyon açısından çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0.05$).

Gelirinin yeterli olduğunu düşünen hastaların depresif olma oranları % 78.2 iken, gelirinin yetersiz olduğunu söyleyen hastaların % 93.6'sı ve kısmen yeterli olduğunu söyleyen hastaların % 89.6'sı depresiftir. Anksiyete ve depresyon açısından gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Şekil 1)



Şekil 1: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine göre ile çalışma durumu

Tablo 4: Aile Özelliklerinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (N:150)

Aile Özellikleri		Anksiyete ve Depresyon Ölçeği						p
		Normal		Sınırdaki Depresif		Depresif		
		n	%	n	%	n	%	
Ailede birlikte yaşanan kişiler	Yalnız	-	-	-	-	15	100.0	$\chi^2:7.738;$ $p:0.459$
	Anne-baba	-	-	1	10.0	9	90.0	
	Eş	2	4.3	6	12.8	39	83.0	
	Eş-çocuklar	5	7.9	6	9.5	52	82.5	
	Çocuklar	-	-	-	-	15	100.0	
Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumu	Etkilenmiyor	-	-	-	-	25	100.0	$\chi^2:6.160;$ $p:0.188$
	Orta derecede etkileniyor	2	3.8	4	7.7	46	88.5	
	Çok etkileniyor	5	6.8	9	12.3	59	80.8	
Çevredeki kişiler tarafından tanımlanma	Uyumlu/neşeli	7	6.7	10	9.5	88	83.8	$\chi^2:4.896;$ $p:0.298$
	Sınırlı/mükemmeliyetçi	-	-	3	10.0	27	90.0	
	Çekingem	-	-	-	-	15	100.0	
Hastalık süresince aileden ve çevreden alınan destek	Destek yok	2	16.7	-	-	10	83.3	$\chi^2:21.461;$ $p:0.002^{**}$
	Yetersiz	-	-	1	2.9	34	97.1	
	İyi	-	-	7	10.1	62	89.9	
	Çok iyi	5	14.7	5	14.7	24	70.6	
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede destek ihtiyacı	Evet	-	-	-	-	63	100.0	$\chi^2:16.711;$ $p:0.001^{**}$
	Hayır	7	8.0	13	14.9	67	77.0	

χ^2 : Ki-kare testi ** $p < 0.01$ ileri düzeyde anlamlı

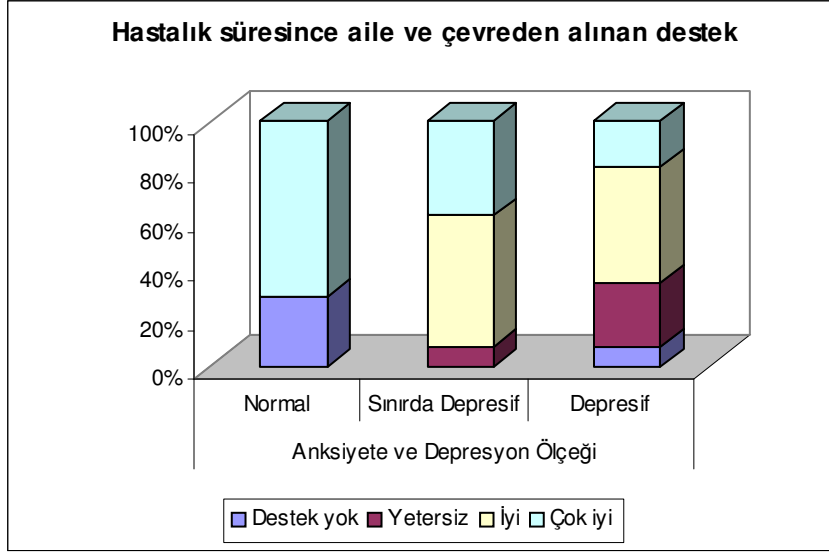
Tablo 4'de görüldüğü gibi, yalnız ve çocuklarıyla yaşayan hastaların tamamı depresif iken, anne-babasıyla yaşayan hastaların % 90'ı, eşiyile yaşayan hastaların % 83'ü ve eş-çocukları ile yaşayan hastaların % 82.5'i depresif olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon açısından ailede birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların tamamı (% 100) depresif iken, aile bireylerinin hastalıktan orta derecede etkilendiğini söyleyen hastaların % 88.5'i, çok etkilendiğini söyleyen hastaların ise % 80.8'i depresiftir. Anksiyete ve depresyon açısından aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

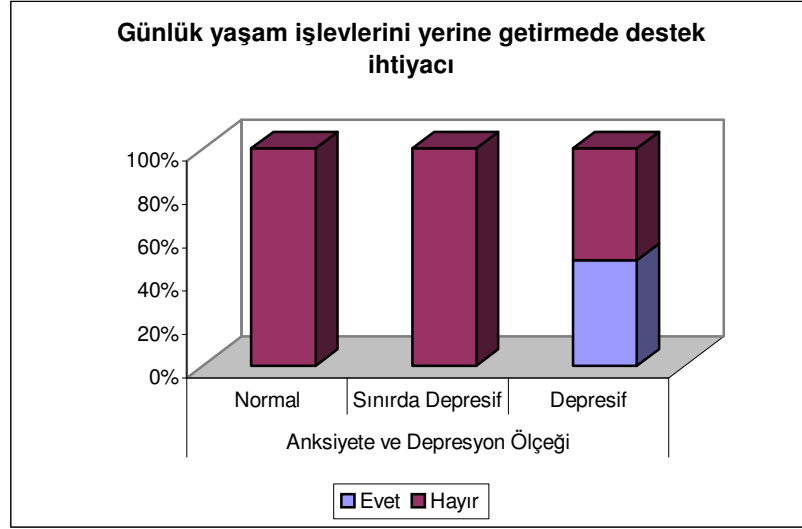
Çevresindeki kişiler tarafından çekingen olarak tanımlandığını söyleyen hastaların tamamı depresif iken, sinirli/mükemmelliyetçi olarak tanımlanan hastaların % 90'ı ve uyumlu/neşeli olarak tanımlanan hastaların % 83.8'i depresiftir. Anksiyete ve depresyon açısından çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Aile ve çevresinden aldığı desteği çok iyi olarak ifade eden hastaların depresif olma oranları (% 70.6); destek görmeyen (% 83.3), aldığı desteği yetersiz olarak ifade eden (% 97.1) ve iyi destek aldığını söyleyen (% 89.9) hastaların depresif olma oranlarından anlamlı şekilde düşüktür. Anksiyete ve depresyon açısından çevreden alınan destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$).

Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların tamamı depresif iken; günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların %77'si depresif olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon açısından günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyan ve duymayanlar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$), (Şekil 2,3)



Şekil 2: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine göre ile hastalık süresince aile ve çevreden alınan destek



Şekil 3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine göre ile günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede destek ihtiyacı

Tablo 5: Cinsiyet ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

SF-36 Alt Boyuları	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ort.± SD	Medyan	Ort.± SD	Medyan	
Fiziksel Fonksiyon	45.72±24.64	50	42.95±23.71	45	Z:-0.859; p:0.390
Sosyal Fonksiyon	38.53±18.19	38.9	41.67±16.53	44.4	Z:-1.082; p:0.279
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	Z:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	Z:0.000; p:1,000
Mental Sağlık	39.22±9,71	40	39.41±10.10	40	Z:-0.077; p:0.939
Zindelik / Yorgunluk	34.51±10.51	35	34.60±11.45	35	Z:-0.303; p:0.762
Ağrı	57.17±22.21	61.1	56.06±24.75	55.6	Z:-0.338; p:0,735
Genel Sağlık Anlayışı	32.09±11.82	30	32.50±11.09	35	Z:-0.247; p:0.805
Sağlıkta Değişiklik	33.06±29.95	25	28.41±25.19	25	Z:-0.688; p:0.491

Z: Mann Whitney U testi

Global Q02

Tablo 5'de görüldüğü gibi hastaların cinsiyet açısından fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik, alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 6: Medeni Durum ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Medeni Durum								p
	Bekar		Evli		Eşinden Ayrılmış		Eşi Ölmüş		
	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	47.50±30.00	60	45.42±23.29	45	45.62±23.21	47,5	30.00±25.57	22,5	<i>KW:4.656; p:0.199</i>
Sosyal fonksiyon	29.16±18.72	27.7	40.46±17.45	44,4	44.44±15.71	44,4	43.65±14.10	50	<i>KW:4.432; p:0.218</i>
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	<i>KW:0.000; p:1.000</i>
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	<i>KW:0.000; p:1.000</i>
Mental Sağlık	34.00±10.25	38	39.87±10.16	40	36.00±6.05	38	39.71±8.80	40	<i>KW:4.322; p:0.229</i>
Zindelik / Yorgunluk	25.00±16.90	27.5	34.75±10.76	35	35.2±7.29	35	37.86±9.14	40	<i>KW:4.651; p:0.199</i>
Ağrı	45.83±32.77	55.6	57.78±23.56	66,7	61.11±16.80	61.1	49.21±21.22	55,6	<i>KW:2.831; p:0.418</i>
Genel Sağlık Anlayışı	32.50±15.35	32.5	31.94±11.58	30	33.75±9.54	35	34.64±8.19	35	<i>KW:1.400; p:0.706</i>
Sağlıkta Değişiklik	28.12±28.15	25	30.41±27.34	25	25.00±18.90	25	33.93±31.93	25	<i>KW:0.272; p:0.965</i>

KW:Kruskal Wallis Testi

Tablo 6'da görüldüğü gibi medeni durum açısından hastaların yaşam kalitesi ölçeği; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 7: Eğitim Durumu ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

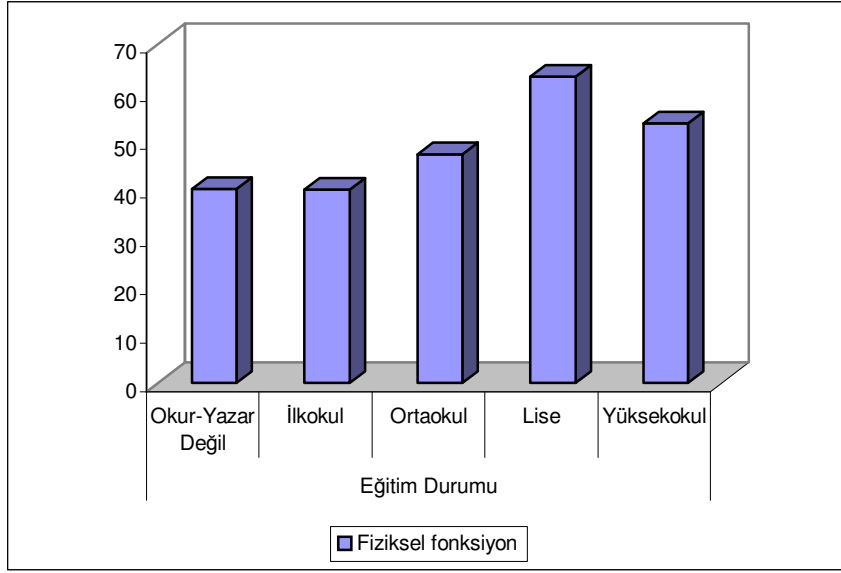
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Eğitim Durumu										p
	Okur-Yazar Değil		İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		
	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	
Fiziksel fonksiyon	40.00±25,60	45	39,85±22,23	45	47,24±24,51	50	63,33±9,68	65	53,67±27,61	60	KW:13,345; p:0,010*
Sosyal fonksiyon	42,46±18,41	44,4	40,25±17,58	44,4	43,68±16,25	44,4	37,03±19,24	33,3	32,59±12,92	33,3	KW:6,550; p:0,162
Fiziksel Rol Fonksiyonu	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	KW:0,000; p:1,000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	KW:0,000; p:1,000
Mental Sağlık	39,00±12,91	40	38,55±9,92	40	39,03±7,90	40	43,55±7,05	44	41,60±8,52	40	KW:3,151; p:0,533
Zindelik / Kısıtlaması	35,36±10,18	35	33,33±11,52	35	33,62±11,49	35	36,11±8,93	35	39,67±10,08	40	KW:5,976; p:0,201
Ağrı	53,57±25,85	66,7	56,20±25,05	66,7	58,24±22,74	55,6	61,73±11,26	55,6	57,04±21,77	55,6	KW:0,298; p:0,990
Genel Sağlık Anlayışı	31,07±12,65	30	33,04±11,73	35	30,00±10,35	30	35,00±8,29	35	34,33±11,47	35	KW:2,974; p:0,562
Sağlıkta Değişiklik	33,93±33,48	25	26,81±26,54	25	30,17±23,51	25	27,78±19,54	25	41,67±21,82	50	KW:4,035; p:0,401

KW:Kruskal Wallis Testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 7'de görüldüğü gibi Eğitim durumları açısından hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Lise mezunu hastaların; fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları okur-yazar olmayan ($p<0.01$) ve ilkokul mezunu ($p<0.01$) hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer eğitim düzeylerindeki hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Eğitim durumları açısından hastaların sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Şekil 4)



Şekil 4: Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 8: Çalışma Durumu ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Çalışma Durumu								p
	Çalışıyor		Hastalık Nedeniyle Çalışmama		Ev Hanımı		Emekli		
	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	57.50±28.98	67.5	47.95±23.76	55	42.71±24.11	45	36.82±21.54	35	KW:9.979; p:0.019*
Sosyal fonksiyon	45.55±16.93	44.4	38.98±18.10	33.3	39.05±16.91	44.4	42.17±16.53	44.4	KW:1.973; p:0.578
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	41.20±9.99	42	39.41±9.37	40	40.23±10.89	40	38.09±10.00	40	KW:1.974; p:0.578
Zindelik / Yorgunluk	42,50±6,77	45	34,51±11,57	35	32.43±9.89	30	34.54±11.40	35	KW:8.686; p:0.034*
Ağrı	48.89±19.03	55.6	56.83±24.77	66.7	60.00±22.74	66.7	55.05±23.96	55.6	KW:2.988; p:0.393
Genel Sağlık Anlayışı	37.50±13.59	37.5	33.03±11.91	35	30.86±12.21	30	31.36±9.11	30	KW:2.609; p:0.456
Sağlıkta Değişiklik	52.50±21.89	50.0	27.87±24.62	25	32.86±33.63	25	26.70±24.35	25	KW:8.686; p:0.034*

KW:Kruskal Wallis Testi

* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 8'de görüldüğü gibi emekli hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, çalışan ve hastalık nedeniyle çalışmayan hastaların puan ortalamalarından daha düşüktür.

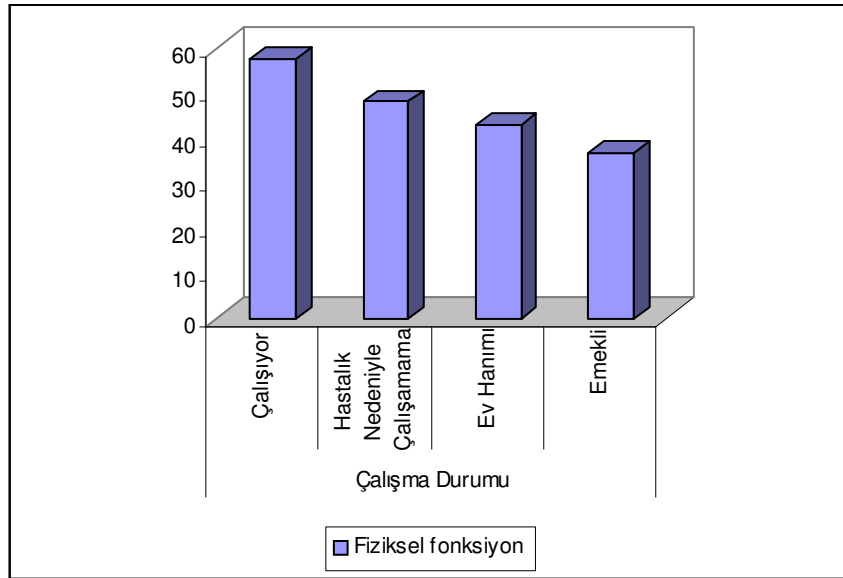
Çalışma durumları açısından hastaların fiziksel rol fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Çalışma durumları açısından hastaların sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

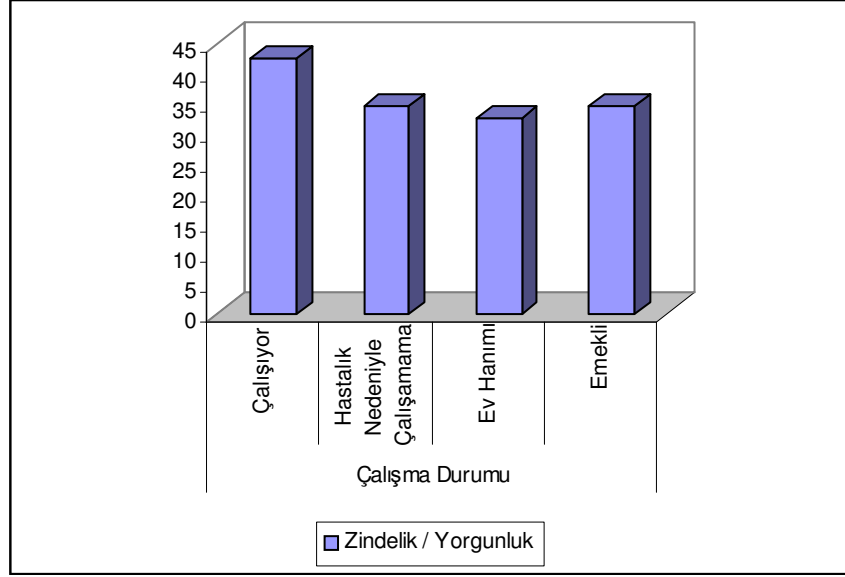
Çalışma durumları açısından hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışan hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları, hastalık nedeniyle çalışmayan, emekli ve ev kadını hastaların puanlarından daha yüksektir.

Çalışma durumları açısından hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

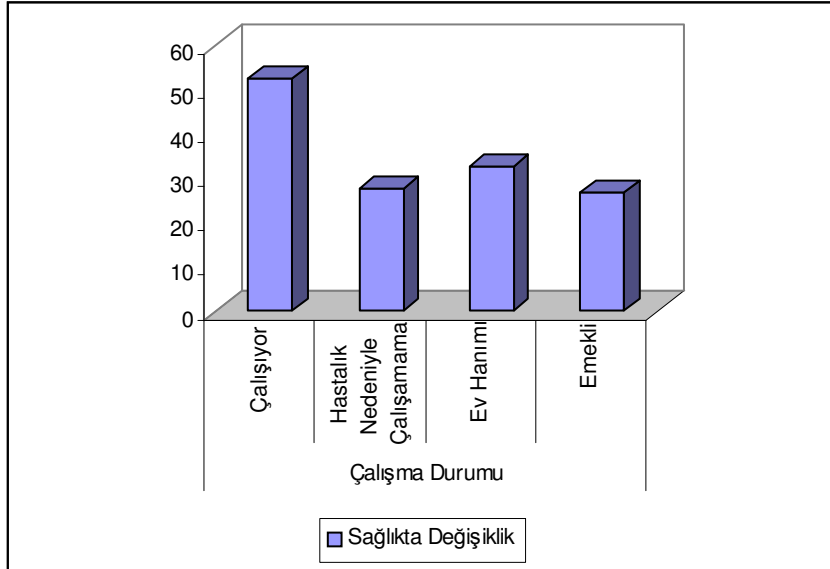
Çalışma durumu ile hastaların genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Şekil 5,6,7)



Şekil 5: Çalışma durumuna göre fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 6: Çalışma durumuna göre zindelik/yorgunluk puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 7: Çalışma durumuna göre sağlıktaki değişiklik puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 9: Gelir Durumu ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Gelir Durumu						p
	Yeterli		Yetersiz		Kısmen Yeterli		
	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	40.00±24.48	40	47.23±25.19	50	45.73±22.22	47.5	KW:2.372; p:0.305
Sosyal fonksiyon	42.02±15.07	44.4	42.08±16.04	44.4	36.80±20.26	33.3	KW:3.106; p:0.212
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.,000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00	0	KW:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	40.00±9.17	40	39.83±9.32	40	38.08±11.28	40	KW:0.318; p:0.853
Zindelik / Yorgunluk	36.45±9.06	40	35.32±10.80	35	31.67±12.81	30	KW:5.904; p:0.050*
Ağrı	61.2±22.1	66.7	53.19±22.34	55.6	53.3±25.3	55.6	KW:3,404; p:0,182
Genel Sağlık Anlayışı	33.9±10.	35	32.5± 12.4	30	31.4±11.9	30	KW:0.818; p:0.664
Sağlıkta Değişiklik	30.0±23.6	25	32.5± 30.36	25	28.64±28.24	25	KW:0.381; p:0.826

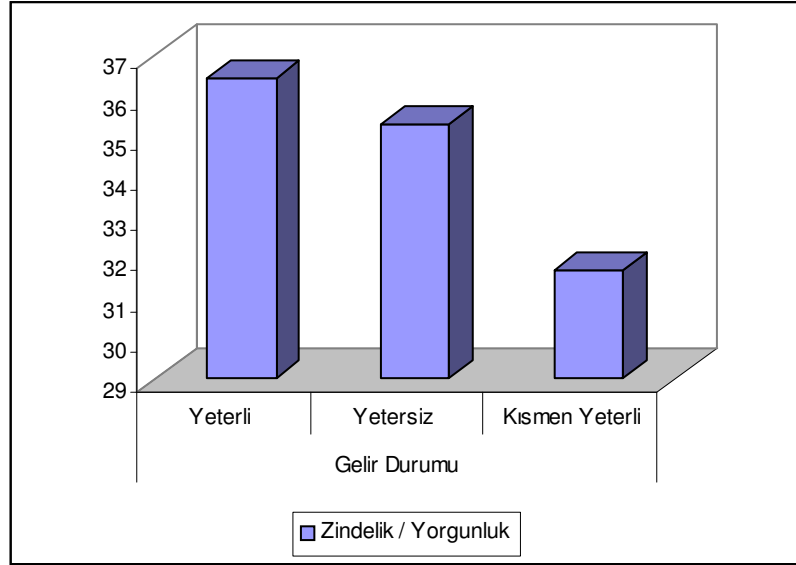
KW:Kruskal Wallis Testi

* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 9' da görüldüğü gibi gelir durumları açısından hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Gelir durumları açısından hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p<0.05). Gelirinin yeterli olduğunu düşünen hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları, kısmen yeterli olduğunu söyleyen hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (p<0.05). Diğer gelir durumlarına göre hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Gelir durumları açısından hastaların ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05)



Şekil 8: Gelir durumuna göre zindelik/yorgunluk puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 10: Ailede Birlikte Yaşanan Kişiler ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Ailede Birlikte Yaşanan Kişiler										p
	Yalnız		Anne-Baba		Eş		Eş-Çocuklar		Çocuklar		
	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	Ort.± SD	Med	
Fiziksel fonksiyon	41.33±26.01	45	43.50±29.82	50	43.83±24.05	45	47.85±22.94	50	32.33±21.45	25	KW:4.974; p:0.290
Sosyal fonksiyon	47.41±15.97	55.6	29.99±13.90	33.3	40.89±16.40	44.4	38.62±17.38	44.4	45.92±19.64	55.6	KW:9.025; p:0.060
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	35.73±6.13	36	33.60±11.34	36	41.19±7.95	40	39.55±11.56	40	40.00±8.68	40	KW:8.558; p:0.073
Zindelik / Yorgunluk	36.67±9.76	35	28.00±16.02	32.5	36.59±10.43	35	33.49±10.84	30	35.00±10.18	40	KW:4.093; p:0.394
Ağrı	51.11±17.72	55.6	43.33±30.74	50	57.68±22.66	66.7	59.61±24.71	66.7	54.07±20.94	55.6	KW:5.249; p:0.263
Genel Sağlık anlayışı	35.67±9.23	35	26.00±10.75	25	32.66±13.63	30	31.90±10.33	35	34.00±9.29	35	KW:5.209; p:0.267
Sağlıkta Değişiklik	30.00±27.06	25	30.00±30.73	25	31.91±28.88	25	30.16±28.09	25	26.67±17.59	25	KW:0.151; p:0.997

KW:Kruskal Wallis Testi

Tablo 10'da görüldüğü gibi ailede birlikte yaşanan kişiler açısından hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 11: Aile Bireylerinin Hastalıktan Etkilenme Durumu ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Aile Bireylerinin Hastalıktan Etkilenme Durumu						p
	Etkilenmiyor		Orta Derecede		Çok		
	Ort.±SD	Med.	Ort.±SD	Med.	Ort.±SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	27.80±18.89	20	49.52±23.03	50	45.82±24.22	50	KW:15.111; p:0.001**
Sosyal fonksiyon	45.33±14.32	55.6	47.43±15.58	50	33.63±16.87	33.3	KW:23.243; p:0.001**
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1,000
Mental Sağlık	39.36±8.99	40	40.15±8.56	40	38.74±11.11	40	KW:0.032; p:0.984
Zindelik / Yorgunluk	32.60±10.01	35	36.25±11.71	35	34.04±10.85	35	KW:1.852; p:0.396
Ağrı	51.55±23.10	55.6	56.41±22.95	55.6	58.29±24.41	66.7	KW:1.475; p:0.478
Genel Sağlık Anlayışı	26.40±11.59	25	34.04±11.88	35	33.15±10.36	35	KW:6.920; p:0.031*
Sağlıkta Değişiklik	17.00±20.05	0	32.21±28.15	25	33.56±27.71	25	KW:7.211; p:0.027*

KW:Kruskal Wallis Testi * $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ** $p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 11'de görüldüğü gibi aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre hastaların fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ile orta derecede etkilenen ($p<0.01$) ve çok fazla etkilendiğini ($p<0.01$) söyleyen hastaların puan

ortalamlarından düşüktür. Orta derecede etkilenme ile çok fazla derecede etkilenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Aile bireylerinin hastalıktan çok etkilendiğini söyleyen hastaların sosyal fonksiyon alt boyutu puanları, orta derecede etkilenen ($p<0.01$) ve etkilenmediğini ($p<0.01$) söyleyen hastaların puan ortalamalarından daha düşüktür. Orta derecede etkilenme ile etkilenmeme arasında sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

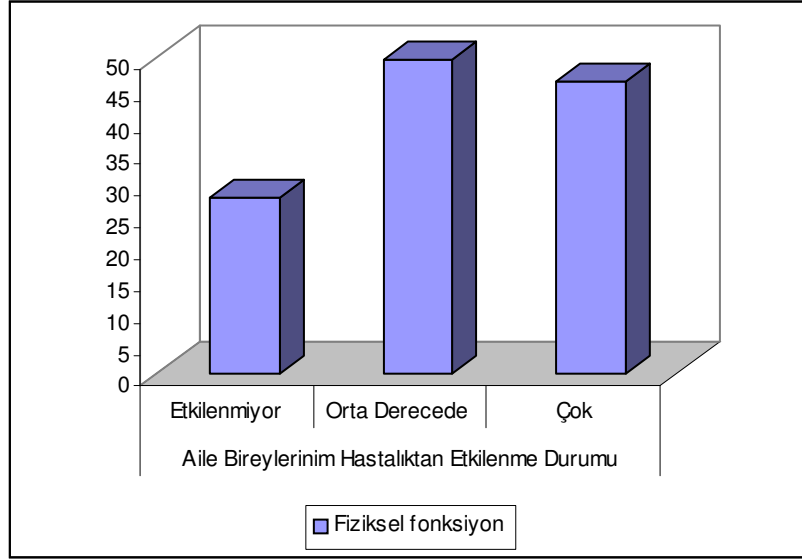
Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları açısından hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$).

Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları açısından hastaların; fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

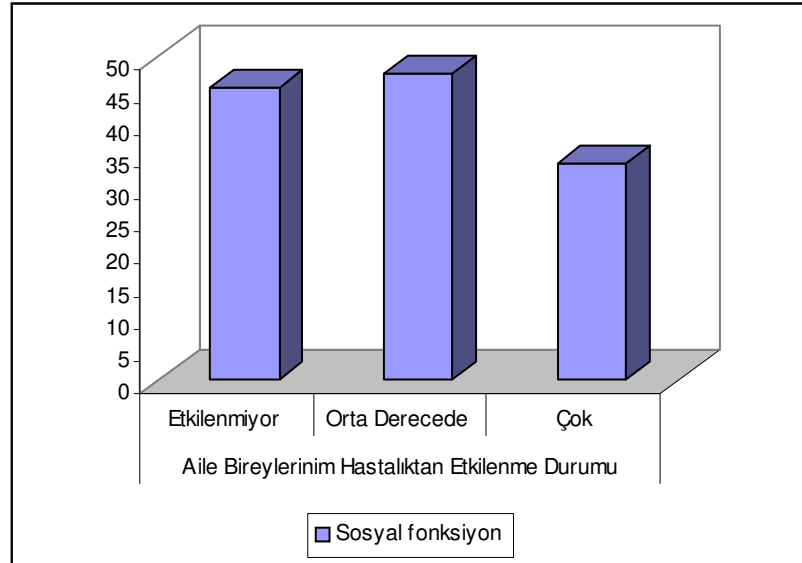
Aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamaları orta derecede etkilenen ($p<0.05$) ve çok fazla etkilendiğini ($p<0.05$) söyleyen hastaların puanlarından düşüktür. Orta derecede etkilenme ile çok fazla derecede etkilenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları ile hastaların genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamalarından, orta derecede etkilenen hastaların puan ortalamaları, çok fazla etkilendiğini söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.01$). Orta derecede etkilenme ile çok fazla derecede etkilenme arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

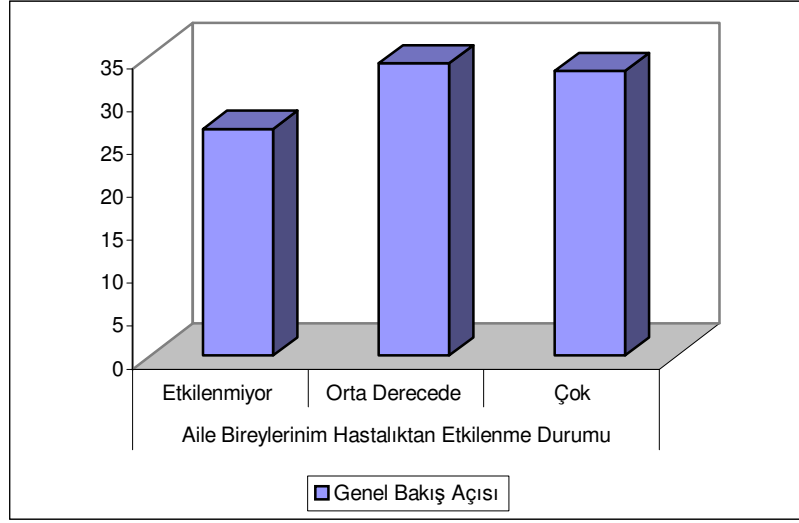
Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları ile hastaların geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$), (Şekil 9,10,11,12)



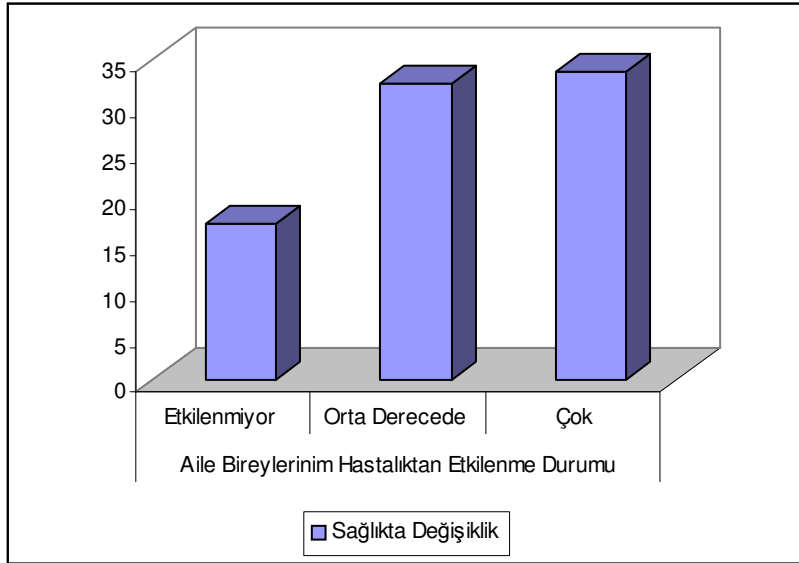
Şekil 9: Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 10: Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre sosyal fonksiyon puan ortalamalarının dağılım grafiği



Şekil 11: Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre genel bakış açısı puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 12: Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre sağlıktaki değişiklik puan ortalamalarının dağılımı

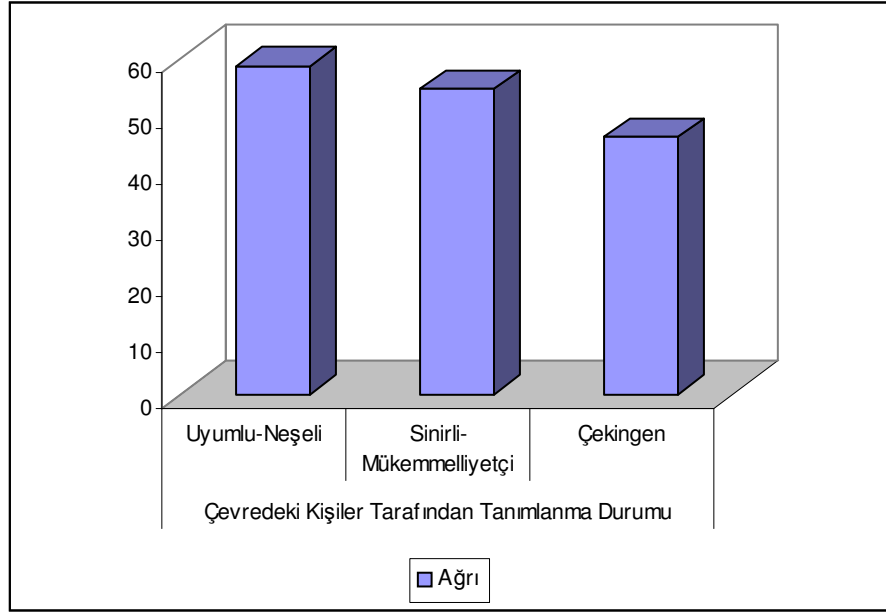
Tablo 12: Çevredeki Kişiler Tarafından Tanımlanma Durumları ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Çevredeki Kişiler Tarafından Tanımlanma Durumu						p
	Uyumlu/Neşeli		Sinirli/Mükemmeliyetçi		Çekingen		
	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	44.05±23.63	45	40.17±25.14	45	52.33±24.41	45	KW:2.520; p:0.284
Sosyal fonksiyon	40.95±18.06	44.4	37.40±16.37	33.3	42.22±12.74	44.4	KW:1.138; p:0.566
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	39.62±9.68	40	36.80±11.04	40	42.40±8.52	44	KW:2.475; p:0.290
Zindelik / Yorgunluk	35.76±10.4	35	31.33±11.59	30	32.67±11.16	30	KW:3.901; p:0.142
Ağrı	58.62±24.34	66.7	54.44±23.22	55.6	45.92±16.73	44.4	KW:6.904; p:0.032*
Genel Sağlık Anlayışı	32.33±10.81	35	32.83±13.87	30	31.33±10.26	30	KW:0.393; p:0.822
Sağlıkta Değişiklik	29.76±27.54	25	26.67±25.37	25	41.67±27.82	50	KW:3.486; p:0.175

KW:Kruskal Wallis Testi * p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 12'de görüldüğü gibi çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumu ile, hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çevredeki kişiler tarafından uyumlu/neşeli olarak tanımlanan hastaların ağrı puan ortalamaları, çekingen olarak tanımlanan hastaların ağrı alt boyutu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.05). Diğer tanımlanma durumlarına göre hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumu ile hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p<0.05). Çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumu ile hastaların genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05), (Şekil 13)



Şekil 13: Çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumuna göre ağrı puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 13: Hastalık Süresince Aile ve Çevreden Alınan Destek ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Aile ve Çevre Desteği								p
	Destek Yok		Yetersiz		İyi		Çok İyi		
	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	Ort.± SD	Med.	
Fiziksel fonksiyon	30.83±14.43	35	44.43±17.81	45	42.53±26.34	45	51.62±25.69	45	KW:8.593; p:0.035*
Sosyal fonksiyon	50.00±13.81	55.6	43.17±17.62	44.4	40.58±16.26	44.4	33.66±18.04	44.4	KW:9.574; p:0,023*
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	KW:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	36.33±8.77	34	41.37±7.57	40	39.36±9.32	40	38.23±13.07	40	KW:2.971; p:0.396
Zindelik / Yorgunluk	36.25±10.47	35	34.71±10.77	30	34.42±11.46	35	34.12±11.04	35	KW:0.411; p:0.938
Ağrı	54.63±26.99	55.6	52.38±20.62	55.6	57.16±23.12	55.6	60.13±26.68	55,6	KW:3.053; p:0.383
Genel Sağlık Anlayışı	31.67±8.35	35	31.71±12.06	30	34.27±11.25	35	29.26±11.42	35	KW:3.785; p:0.286
Sağlıkta Değişiklik	25.00±18.46	25	28.57±29.17	25	31.52±27.67	25	31.62±27.73	25	KW:0.740; p:0.864

KW:Kruskal Wallis Testi

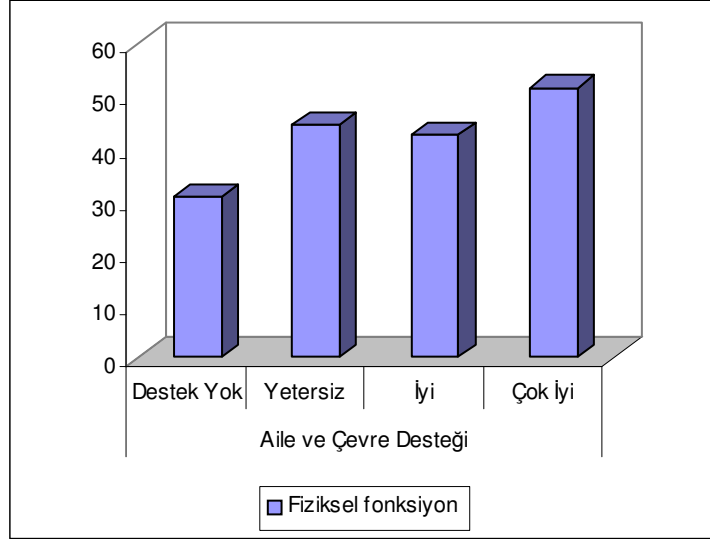
* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 13'de görüldüğü gibi hastalık süresince aile ve çevresinden destek görmediğini söyleyen hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları; aldığı desteği yetersiz ($p<0.05$), iyi ($p<0.05$) ve çok iyi ($p<0.05$) olarak nitelendiren hastaların puan ortalamalarından daha düşüktür.

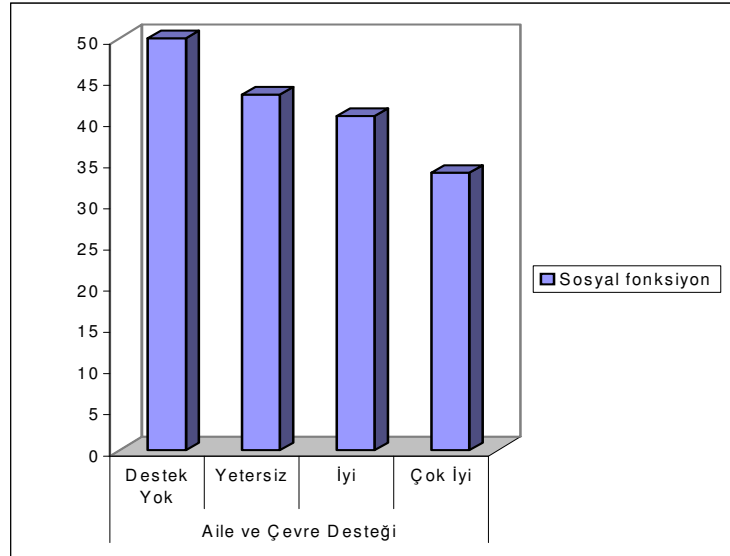
Hastalık süresince aile ve çevreden alınan destek açısından hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Aile ve çevresinden gördüğü desteği, çok iyi olarak nitelendiren hastaların; sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, destek almadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşükken ($p<0.01$), aldığı desteği yetersiz ($p<0.05$) ve iyi ($p<0.05$) olarak nitelendiren hastaların puan ortalamalarından daha düşüktür. Hastalık süresince aile ve çevreden alınan destek açısından hastaların sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Hastalık süresince aile ve çevreden alınan destek açısından hastaların fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Şekil 14,15)



Şekil 14: Destek ihtiyacına göre fiziksel fonksiyon ortalamalarının dağılımı



Şekil 15: Aile ve çevreden alınan desteğe göre sosyal fonksiyon ortalamalarının dağılımı

Tablo 14: Günlük Yaşam İşlevlerini Yerine Getirmede Desteğe gereksinim Duyma ile SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Desteğe Gereksinim Duyma				p
	Evet		Hayır		
	Ort.± SD	Medyan	Ort.± SD	Medyan	
Fiziksel fonksiyon	32.93±22.83	30	52.18±21.67	55	Z:-4.699; p:0.001**
Sosyal fonksiyon	37.74±18.88	33.3	42.27±15.79	44.4	Z:-1.443; p:0.149
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	Z:0.000; p:1.000
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	Z:0.000; p:1.000
Mental Sağlık	37.97±10.60	40	40.32±9.31	40	Z:-1.124; p:0.261
Zindelik / Yorgunluk	31.82±12.48	30	36.55±9.44	35	Z:-2.177; p:0.029*
Ağrı	47.09±27.05	44.4	63.35±18.18	66.7	Z:-3.978; p:0.001**
Genel Sağlık Anlayışı	29.60±10.21	30	34.31±11.79	35	Z:-2.125; p:0.034*
Sağlıkta Değişiklik	22.62±27.57	25	35.92±25.77	50	Z:-3.504; p:0.001**

Z: Mann Whitney U testi * p<0.05 düzeyinde anlamlı ** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 14'de görüldüğü gibi günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından anlamlıdır (p<0.01).

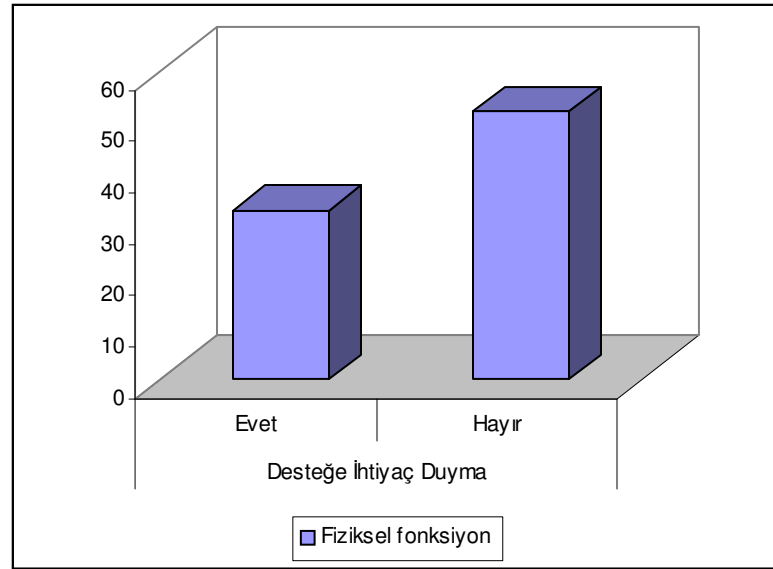
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyma açısından hastaların sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları, desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.05$).

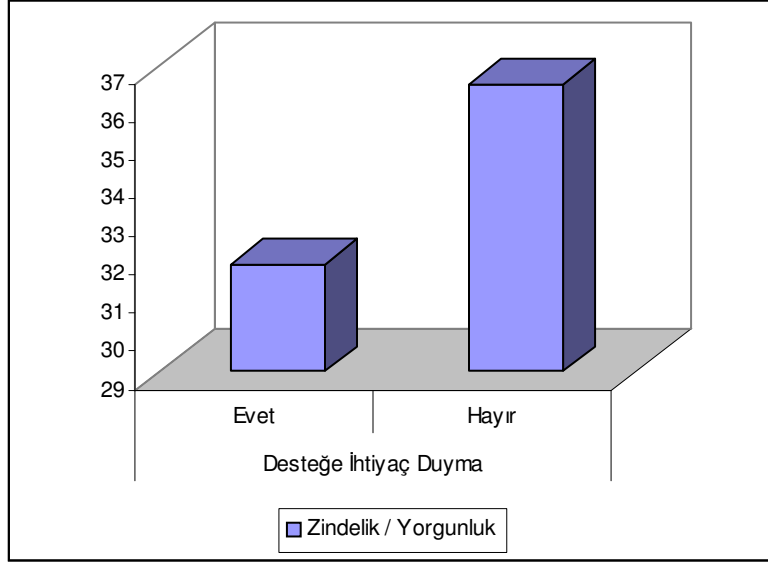
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamaları, desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.01$).

Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamaları, desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.05$).

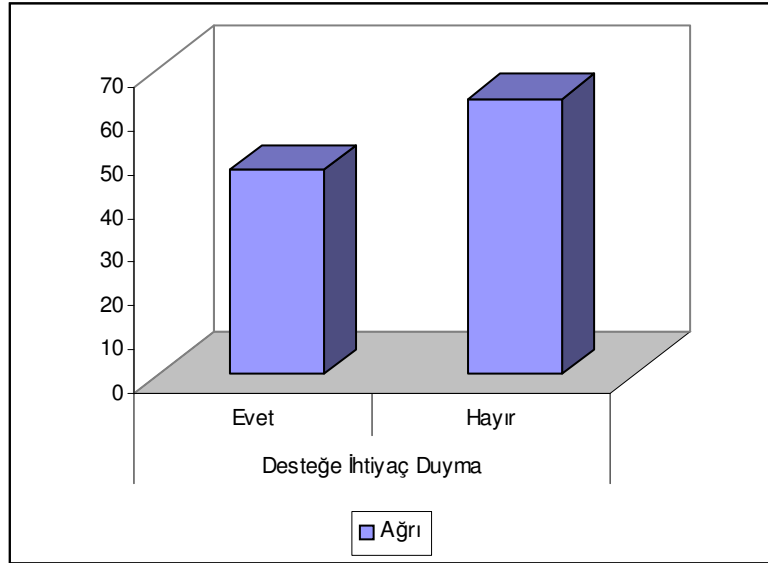
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları, desteğe gereksinim duymadığını söyleyen hastaların puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.01$), (Şekil 16,17,18,19,20)



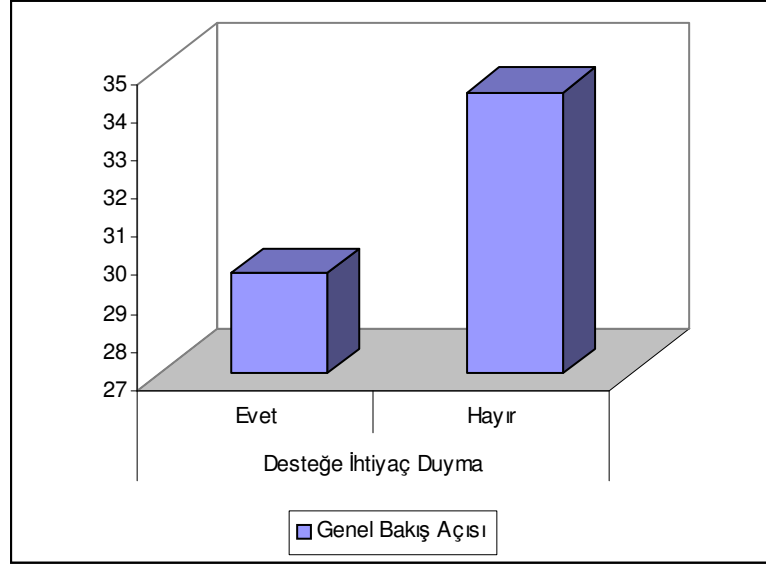
Şekil 16: Destek ihtiyacına göre fiziksel fonksiyon ortalamalarının dağılımı



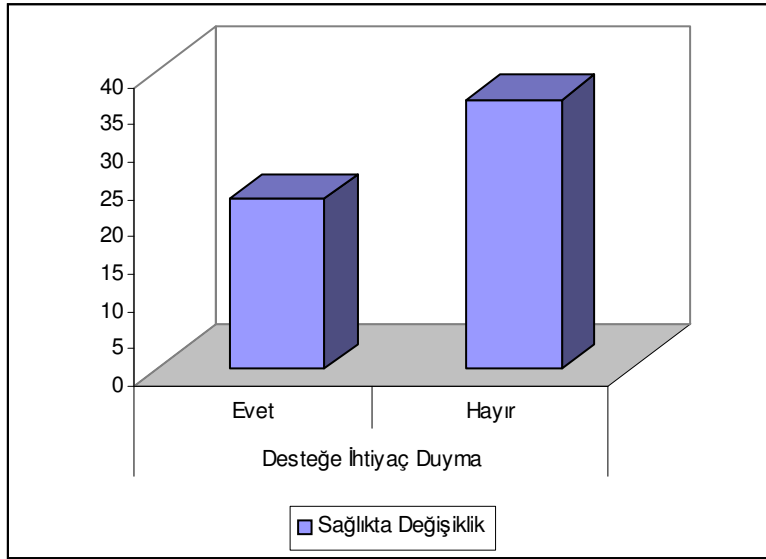
Şekil 17: Destek ihtiyacına göre zindelik/yorgunluk puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 18: Destek ihtiyacına göre ağrı puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 19: Destek ihtiyacına göre genel bakış açısı puan ortalamalarının dağılımı



Şekil 20: Destek ihtiyacına göre sağlıktaki değişiklik puan ortalamalarının dağılımı

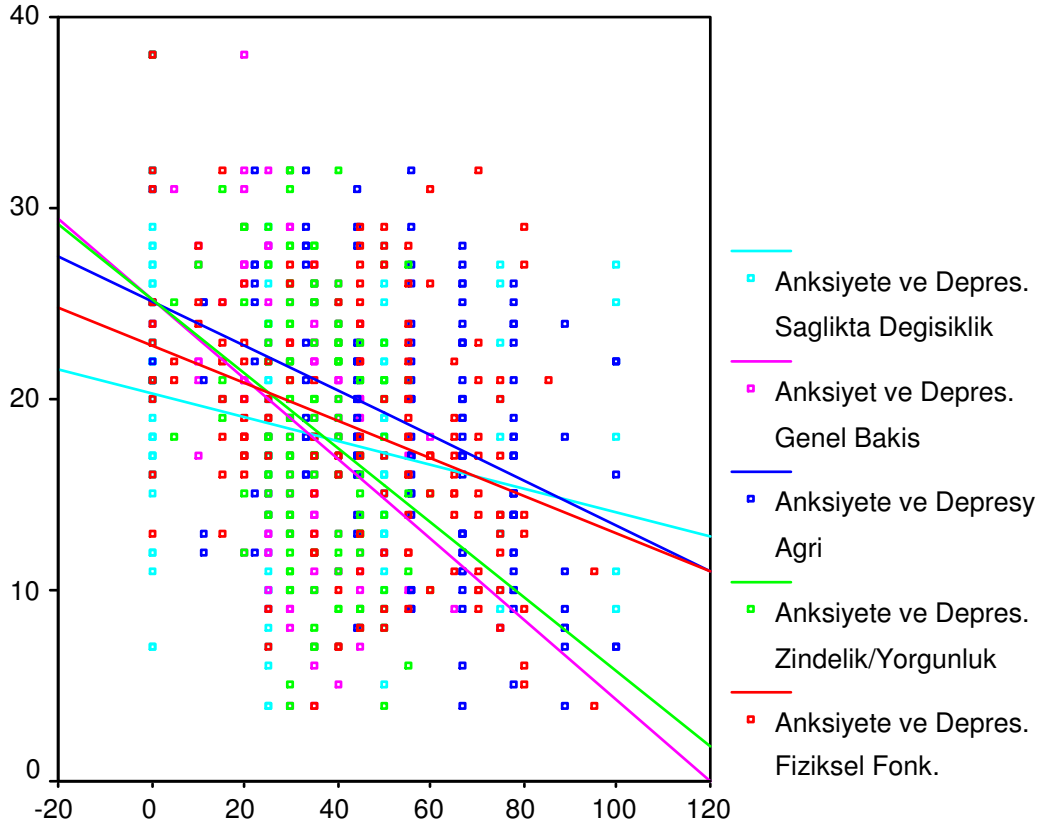
Tablo 15: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile SF-36 İlişkisi (N:150)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutu	Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	
	r	p
Fiziksel fonksiyon	-0.348	0.001**
Sosyal fonksiyon	-0.105	0.199
Fiziksel Rol Kısıtlaması	-	-
Emosyonel Rol Kısıtlaması	-	-
Mental Sağlık	-0.038	0.647
Zindelik / Yorgunluk	-0.275	0.001**
Ağrı	-0.396	0.001**
Genel Sağlık Anlayışı	-0.305	0.001**
Sağlıkta Değişiklik	-0,292	0.001**

r: Spearman's rho korelasyon testi ** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

NOT: Fiziksel ve emosyonel rol fonksiyonu puanları tüm olgularda sıfır olduğundan dolayı korelasyon hesaplanamamıştır

Tablo 15'de görüldüğü gibi Anksiyete ve depresyon ile sosyal fonksiyon ve mental sağlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı ve sağlıkta değişiklikler arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı ve sağlıkta değişiklik alt boyutu puan ortalamalarında azalma olduğu saptandı (Şekil 21).



Şekil 21: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile SF-36 İlişkisi

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Tüm dünyada en sık görülen KOAH, çoğunlukla geri dönüşümsüz hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize ilerleyici, solunum yolu hastalıklarından biridir (18). Ayrıca KOAH, yaşamı tehdit edebilen, kişiye otonomisini kaybettirebilen, hastanın en önemli aktivitelerinin veya ilişkilerinin değişmesine neden olabilen, dolayısıyla fiziksel ve ruhsal açıdan uyum gerektiren zorlu bir hastalıktır.

Araştırma, KOAH'lı hastaların hastaneye yatış sıklığının artması sonucu oluşan ve ruhsal durumlarını etkileyen kaygı, depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler üç ana başlık altında tartışılmıştır:

7.1. KOAH'lı hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

7.2. KOAH'lı hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile ilgili bulguların tartışılması

7.3. KOAH'lı hastaların Yaşam Kalitesi Alt Boyut düzeyleri ile ilgili bulguların tartışılması

7.1 KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

KOAH, 35-70 yaşları arasında görülen daha çok ileri yaş grubunun hastalığı olarak kabul edilmektedir (4). Yaş ilerledikçe hastalık semptomlarının şiddeti ve sıklığı artmaktadır (48).

Literatüre göre, ABD'de tanı konma hasta prevalansının yetişkin erkeklerde %4-6, kadınlarda ise %1-30 olduğu bildirilmiştir. 65-74 yaş grubundaki erişkinlerde ise, erkeklerin %13.6'sında, kadınların %11.8'inde KOAH saptanmıştır. Hastalığın erkekler arasında yaygın olduğu ve yaşla arttığı gözlenmiştir. Bu cinsiyet farklılığı, erkeklerin daha çok sigara içmesi ve meslek nedeniyle toksik maddelerle daha çok karşılaşması ile açıklanmaktadır. Sigara içme alışkanlığının kadınlarda giderek yaygınlaşması ile bu farkın

yakın gelecekte ortadan kalkacağı düşünülmektedir (22). Ama yine de sigara içme standardize edilse bile, erkeklerin kadınlardan daha fazla risk taşıdığı bilinmektedir (48).

Tablo 1'de görüldüğü gibi, çalışmamıza katılan hastaların %41.3'ünün kadın, %58.7'sinin erkek olduğu saptandı. Bu sonuç, erkek hastalarda KOAH'ın görülme oranının fazla olduğunu düşündürmektedir. Atagöz'ün (4) yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların %42'sinin kadın, %58'inin erkek olduğu; Acar'ın (1) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %49.1'inin kadın, %50.9'unun erkek olduğu gözlenmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamızla benzer niteliktedir.

Medeni duruma bakıldığında hastaların %80'inin evli olduğu görüldü. Literatürde medeni durumun KOAH'la ilişkisini açıklayan kaynağa rastlanmamıştır. Fakat bu durumun KOAH'ın ileri yaşlarda görülmesinden kaynaklandığını düşündürebilir.

Araştırmamıza katılan hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça tedavi görmek amacıyla hastaneye yatanların sayısının azaldığı, en büyük grubu %46 (69kişi) ile ilkokul mezunlarının oluşturduğu görüldü. Literatürde bireylerin eğitim durumları arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlar ile daha kolay başa çıktıkları, uyumlarının iyi olduğu, tedaviyi ve verilen eğitimi daha çok benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmektedir (1,4).

Araştırmamıza katılan hastaların çalışma durumları incelendiğinde, %40.7'si (61kişi) hastalık nedeniyle çalışmadığını ifade ederlerken %29.3'ü (41kişi) emekli olduğu saptandı. KOAH'ın ileri yaş grubunun hastalığı olması nedeniyle hastaların çoğu emeklilik yaşına gelmiştir. Çalışmamızın büyük çoğunluğunu emekliler oluşturmaktadır. Hastaların %40.7'sinin hastalık nedeni ile çalışmadığı görüldü. Acar (1) yapmış olduğu çalışmada hastaların %77.3'ünün fiziksel aktivitede bulunmadıklarını, bunun nedeninin daha çok ağır aktivitelerin hastalık semptomlarını arttırmasından kaynaklandığını belirtmiştir. Bu sonuç

bizim bulgumuzu desteklemektedir. Literatürde de KOAH'lı hastaların uzun eforu gerektiren bir iş yapamadıkları, hastaların efor gerektiren aktivitelerden kaçındıkları, hatta öz bakım aktivitelerini bile yapmakta istekli olmadıkları belirtilmektedir (6,13,17).

Araştırmada, hastaların %36.7'si gelirlerinin yeterli olduğunu belirtirken, %31.3'ü yetersiz ve %32'sinin kısmen yeterli olduğunu belirttiler. Literatürde, KOAH'ın sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bunu meslek, sigara içme, hava kirliliği, beslenme gibi diğer faktörlerden ayırmak oldukça zordur. Fakat pek çok çalışmada bu risk faktörleri dışlanıp sadece aylık gelire göre yapılan değerlendirmelerde KOAH'ın yoksul bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır (1,4,15,22,48). Ayrıca Ulubaş (50) ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, hastaların çoğunun gecekondü ve diğer müstakil konut tiplerinde oturmakta olduklarını, bu hastaların en sık ısınma aracı olarak (ekonomik olduğu için) sobayı (%83.9) kullandıklarını saptamışlardır. Isınma ve pişirme amacıyla kullanılan bu sobaların ev içi hava kirliliğini arttırdıklarını ve hastalığın doğal gidişini hızlandırdıklarını belirtmişlerdir (51). Bu bulgular çalışmamızdaki gelir durumu ile ilgili sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, çalışmamızda hastaların %42'si eş ve çocuklarıyla, %31.3'ü ise sadece eşiyile yaşamaktaydı. Acar (1), birey sayısının 8 kişiden daha fazla olan kalabalık ailelerde yaşayanlarda KOAH görülme oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ulubaş (51)ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise aynı evde yaşayan birey sayısının yaşam standardını doğrudan etkilemekte olduğunu, kalabalık ortamlar sonucu, tekrarlayan atakların gelişebileceğini belirtmişlerdir. Bu bulgular bizim çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hasta ailesinin hastalıktan etkilenme durumlarına bakıldığında %48.7'sinin çok etkilendiği, %34.6'sının ise orta derecede etkilendiği saptandı. Literatürde de belirtildiği gibi, KOAH'lı hasta grubunun sosyo ekonomik durumunun düşük olması,

hastalık nedeni ile çalışmamaları, çoğunun eş ve çocuklarına bakmakla yükümlü olmaları sonucu, ailenin hastalıktan etkilenme oranının yüksek olabileceğini düşündürmektedir (42).

Çalışmamızdaki hastaların %70 gibi büyük çoğunluğu hastalanmadan önce çevredeki kişiler tarafından uyumlu/neşeli olarak tanımlandıklarını belirtti. Hastalık ilerledikçe yaşam amaçları ve beklentiler zorlanır ve kayıp algı tepkileri gelişir. Fiziksel gücün ilerleyici kaybı, insanlararası ve sosyal etkinlikleri yürütme güçlüğü, cinsel güç azalması, mesleği yürütme güçlükleri ve benzeri sorunlar, aile ve toplumdaki işlevleri ve yeterliliği azaltır (42).

KOAH'lı hastada ortaya çıkan sağlık ve işlev yitimi hastanın aile içindeki rolüne ve işlevine göre, yakın çevresi açısından da ciddi sorunlar yaratabilir. Aile üyelerinden birine yeti yitimine neden olabilecek kronik bir hastalık tanısı konması, ailenin fiziksel, sosyal ve psikolojik dengelesini bozabilir (25).

Çalışmamızdaki hastaların %46'sı hastalığı süresince aileden aldığı desteği iyi bulurken, %23.3'ü bu desteği yetersiz bulduğu saptandı. Ayrıca %42'si günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyarken, %58'in desteğe gereksinimleri duymadıkları saptandı. Hastaların, ailelerinden aldıkları desteğin iyi olması sonucu, günlük işlevleri yerine getirmede daha başarılı oldukları ve sorunlarla daha kolay başa çıkabildikleri gözlenmiştir (53). Ayrıca literatüre göre, hastalık semptomlarının bireyi tıbbi yardım arayışına zorlayacak aşamaya gelmesinin hastalığının 20., 30. yılına denk gelmesi belki de daha uzun bir döneminde olduğu belirtilmektedir. Destek gereksiniminin yaşla da doğru orantılı olduğunu düşünebiliriz. Ayrıca KOAH'lı hastaların sağlık ekibinden yeterince destek görmesi, yaşam durumları ile ilgili iyi şeyler hissetmesine, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine ve hastaların hastalıkla daha uyumlu yaşamasına yardım etmektedir (49).

7.2 KOAH'lı Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Anksiyete; otoimmün sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe hissinin eşlik etmesiyle karakterize patalojik bir durumdur. Kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur.

Depresyon, bireyin duygu durumunda kederlilik ve huzursuzlukla seyreden bir bozukluktur (33). Depresyon, sıklıkla bir başka hastalık tarafından maskelendiği için, genellikle gözden kaçabilmektedir. Anksiyete sık olarak depresyona eşlik eder. Depresyon olgularında anksiyetenin varlığı depresyonu karmaşık hale getiren ve tedaviyi zorlaştıran bir durumdur (24).

Bedensel hastalığı olanlarda psikiyatrik bozuklukların önemli bir kısmını anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır. Kronik bedensel hastalığı olan kişilerde düzeltilmiş yaşam boyu anksiyete bozukluğu, bu tür hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (55).

Bu bölümde KOAH'lı hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon düzeyi ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Literatüre göre hastanede yatan hastaların %30-60'ında tıbbi hastalıklarıyla ilişkili bir psikiyatrik sendrom gözlenmektedir. Hastaneye yatıştan yedi gün sonraki ve yatıştan önceki psikiyatrik bozukluk oranlarını karşılaştıran bir çalışmada DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan hastaların oranı %27 olarak bulunmuştur (56). Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler (41).

Kömürcüoğlu (34) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada poliklinikten izlenen ve yatarak tedavi olan KOAH'lı hasta gruplarının karşılaştırılmasında, yatarak tedavi olan

KOAH'lı hasta grubunun depresyon skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (34). Sözer (45) ve arkadaşları depresyon ve anksiyetenin KOAH'lı hastalarda sağlıklı bireylere göre yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Literatüre göre toplumda depresyon prevalansı değerleri kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık iki katı sıklıkla görülmektedir. KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla beraber, kadın-erkek grupları arasında depresyon sıklığı açısından literatürde farklılık belirtilmemiştir. Kömürcüoğlu (34) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 64 erkek hastadan 19'unda depresyon saptanmıştır.

Atacanlı (5) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadınlardaki artmış depresyon oranlarının erkeklerle giderek eşitlenmekte olmasının, son dönemlerde kadının sosyoekonomik düzeyindeki iyileşme ve klasik kadın rolündeki değişim ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir.

Yazıcı (56) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınlarda depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu ancak depresif belirtilerin yaş, eğitim, medeni hal, toplumsal destek, yattığı klinik ve hastanede yatış süresi ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Cinsiyet, yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Özol (38) ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada kadın hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. İki cins arasındaki kişilik farklarının yanında, ülke koşullarını, kadınların aynı zamanda ev işlerinde daha aktif rol üstlenmelerinin ve ekonomik özgürlüklerinin kısıtlı olmasının etkili olabileceğini düşünmüşlerdir. Bizim çalışmamızda kadın hastaların %90.3'ü, erkek hastaların %84.1'i depresif olarak saptandı.

HAD açısından cinsiyet arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Literatürde, partneri olmayan ve yalnız yaşayan kişilerde depresyon oranlarının fazla olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış hastaların tamamı(%100) depresif olarak bulunurken, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Yazıcı (56) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri arttıkça depresyon düzeyinde düşme gözlemlenmiştir. Gülseren (24) ve arkadaşları ise destekleyici diabet eğitimi programı ve bilişsel-davranışçı terapiyi birlikte alan hastaların depresyonunun düzeldiğini saptamışlardır.

Bizim çalışmamızda okur-yazar olmayan (%92.9) ilkokul mezunu, (%88.4) ve ortaokul mezunu (%89.7) olan hastaların depresif olma oranlarının lise (%77.8) ve yüksekokul (%66.7) mezunu hastaların depresif olma oranlarından daha yüksek bulundu, fakat HAD'a göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Literatüre göre eğitim düzeyi düşük olanlarda ve yoksul hastalarda depresyon atağı geçirme olasılığı artmaktadır. Bu bireylerin tedaviye yanıt olasılıkları da daha düşüktür. Aynı şekilde, eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyi ters ilişki göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile baş etmede etkin beceriler geliştirebilirler. Buna bağlı olarak da yeni çevre ve olayların yarattığı baskıları tehdit edici olarak algılamazlar. Böylece kaygı seviyesinde yükselme olmaz. Üskül (52) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, hastaların eğitim düzeyleri ile ters bir ilişki saptamışlardır. Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi, çalışan hastaların tamamı (%100) depresifken, ev kadınlarının %94.3'ü, emekli hastaların %88.6'sı, hastalık nedeniyle çalışamayanların da

%78.7'sinin depresif olduğu görüldü ve aralarında istatiksels olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Atagöz'ün (4) KOAH'lı hastalarda, hastalık nedeni ile fiziksel aktivitelerinde belirgin bir azalma olduğu ve bu durumun hastaların ruhsal durumunu büyük ölçüde etkilediğini belirtmiştir. Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Sosyoekonomik düzey ile depresyon ilişkileri incelendiğinde; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek depresyon hızları olduğu çeşitli araştırmalarda ileri sürülmüştür. Ancak kronik fiziksel hastalıkla eş zamanlı depresyon birlikteliğinde; sosyoekonomik düzeyin daha düşük olduğu bilinmektedir. Atacanlı (5) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada sosyoekonomik düzeylerine göre depresyon arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Literatürde KOAH'ın yoksul ve kalabalık yaşam şartlarına sahip, iyi havalanmayan ev ortamında yaşayan kişilerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (52). KOAH'ta sosyoekonomik düzeyin, bozuk solunum fonksiyonları ve yüksek mortalite/morbiditeyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Kömürcüoğlu (34) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da beklenenin aksine depresyon varlığı ile sosyoekonomik faktörler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da gelir durumuyla depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların; işlerinden, hobilerinden, günlük yaşam aktivitelerinden ve aile çevrelerinden giderek uzaklaşmaları hastalık tablosunda da artmalara, anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olmaktadır.

Çalışmamızda HAD ile ailede birlikte yaşanan kişiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Kömürcüoğlu (34) ve arkadaşlarının da yapmış oldukları çalışma ailede birlikte yaşanan kişiler arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bizim çalışmamızda bu sonuçla paralellik göstermektedir.

KOAH'lı hastaların birçoğu, streslerini azaltmak için sosyal ilişkilerini kısıtlar ve sosyal açıdan izole hale gelir, çevresindekiler tarafından sosyal olmayan kişiler olarak nitelendirilirler. Bunun sonucunda karşılaştıkları olumsuz tutumlar nedeniyle daha da izole olabilirler (40).

Tablo 4'de görüldüğü gibi, çalışmamızda çekingen hastaların tamamı (%100), sınırlı/ mükemmelliyetçi hastaların %90'ı, uyumlu ve neşeli hastaların ise %83.8' depresif belirti gösterdiği saptandı. Bu durum bize çekingen kişilerin daha içe dönük olabileceklerini, başa çıkma yetilerinin ve destek alma gereksinimlerinin daha zayıf olabileceğini düşündürmüştür. HAD açısından çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumları arasında da anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

KOAH'la mücadele eden hastaya yakınlarının destek verebilmesi önemlidir. Yakınları ile birlikte yaşayanların hayatta kalma sürelerinin yalnız yaşayanlara göre daha uzun olduğu literatürlerde belirtilmektedir. Özellikle, bakım veren aile üyesi, sosyal ve ekonomik alanlarda roller üstlenerek stres altında kalacağı için yüksek depresyon riski taşıyacaktır (40).

Özgür (39) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hemodiyaliz hastalarının psikiyatrik tedaviye değil, psikolojik desteğe gereksinimleri olduğunu, aile fertlerine yönelik girişimin olması gerektiğini belirtmişlerdir. Beşer (10) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kemoterapi alan lenfomalı hastalara, aile beraberliği, arkadaşlar ve sağlık çalışanları, ümidi azalmış bireyleri destekleyerek, yaşam olaylarına karşı pozitif bakış açısı kazandırıp ümidi arttırabileceklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da çevreden alınan destek arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0.01$). Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

İnce (26) ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, KOAH'ta hastalık ilerledikçe, dispne ve yorgunluk gibi semptomlar nedeni ile fiziksel aktivite düzeyinde azalma meydana geldiğini, günlük yaşamdaki performanslarına ilişkin algılamalarını belirgin şekilde etkilediklerini ifade ederler. Fiziksel aktivitenin sürdürülebilmesi için psikolojik iyi olma halinin devamlılığının önemli olduğu sonucunu desteklemektedirler. Tuna (50) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise, egzersiz kapasitesinin düşük olmasında akciğer mekanikleri ve solunum kaslarının işlevsel bozukluğu, kardiyolojik işlev bozuklukları, kötü ve yetersiz beslenme, kondisyon bozukluğu ve değişik derecedeki psikolojik bozuklukların rol oynadığını belirtmişlerdir. Fiziksel aktivitelerdeki yetersizliklerin bireyin ruhsal durumunu etkilemesi nedeniyle bu aktiviteleri yerine getirmede başkalarına gereksinim duymalarının KOAH'lı hastaları olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir. Ayrıca hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastanın ev dışı aktivitelere katılımı sınırlanır, ilişkiler ya telefona bağlı hale gelir ya da tamamen kesilir. Bu izolasyon riski, özellikle yalnız yaşayanlar için önemlidir (40). Çalışmamızda günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyan hastaların tamamının (%100) depresif olduğu saptandı ($p<0.05$).

7.3. KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalite Alt Boyut Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi, doyum, mutluluk, moral, pozitif etki, algı değerlendirmesi, sağlık, psikolojik esenlik gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Genel anlamda bireysel "iyi oluş" ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi kavramı yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (4).

Yaşam kalitesi, arzu edilen ve mevcut olan yaşam biçimi arasındaki farkı yansıtır (7).

KOAH'ta bronş obstrüksiyonunun yanında egzersiz kapasitesinin azalması sonucu günlük yaşamdaki pek çok aktivite bozulur. Yorgunluk, iş gücü kaybı, emosyonel

değişiklikler, uyku bozukluğu, mental kısıtlanma, sosyal kısıtlanma gibi günlük yaşamı etkileyen birçok problem ortaya çıkar.

Tablo 5'de görüldüğü gibi cinsiyet ile yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p<0.05$). Eren ve arkadaşları (16) diyabet hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada, diabetik hasta kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu bildirmişler, genel popülasyonda da kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğunu söylemişlerdir. Acar'ın (1) yapmış olduğu çalışmada fiziksel aktivitede bulunma oranının cinsiyete göre dağılımında, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla fiziksel aktivitede bulunduğu saptamışlardır. İnce (26) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada şiddetli obstrüksiyonu olan hastalarla, hafif ve orta derecede obstrüksiyonu olan hastalar karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinde belirgin bir etkilenme olduğunu, yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Atagöz'ün (4) yapmış olduğu çalışmada ise cinsiyet ile yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlarla bizim sonuçlarımız uyum göstermektedir.

Tablo 6'da görüldüğü gibi medeni durumlarına göre yaşam kalite puan ortalamalarına bakıldığında bekar, evli, eşinden ayrılmış ve eşi ölmüş grupların yaşam kalitesi alt boyutlarında birbirlerine yakın sonuçların olduğu saptanmış, aralarında fark bulunmadı ($p<0.05$). Atagöz'ün (4) yapmış olduğu çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçlarla bizim sonuçlarımız uyum göstermektedir.

Literatürde bireylerin eğitim durumları arttıkça hastalığın getirmiş olduğu kısıtlamalar ile daha iyi başa çıktıkları, uyumlarının iyi olduğu, tedaviyi ve verilen eğitimi daha çabuk benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin de arttığı bildirilmektedir (52).

Tablo 7'de görüldüğü gibi çalışmamızda eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt boyutu arasında sadece fiziksel fonksiyon alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Tel'in (49) yapmış olduğu çalışmada, KOAH'lı hastaların hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomları ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgi ve becerilerin gerekli olduğunu belirtilmiştir. Güner (25) ve arkadaşları, hastaların eğitim öncesi bilgi düzeylerinin benzer ve düşük olmasına rağmen eğitimden sonra anlamlı ölçüde arttığını, eğitimin önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Tablo 8'de görüldüğü gibi araştırmamızda çalışma durumu ile hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ile zindelik/yorgunluk, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Atagöz'ün (4) yapmış olduğu çalışmada hastaların çalışma yıllarındaki artış, hastalıkları sonucu fiziksel fonksiyonlarını yerine getirememesi, iş doyumunu ve başarısının azalması, hatta iş kayıpları ile paralellik gösterdiğini belirtmişlerdir. Acar'ın (1) yapmış olduğu çalışmada aylık geliri yeterli olan 39 kişiden 15'i fiziksel aktivitede bulunurken, yeterli olmayan 71 kişiden 10'u fiziksel aktivitede bulunmaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Tablo 9'da görüldüğü gibi gelir durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları arasında (%36.45) anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Beser (10) ve arkadaşının kemoterapi alan lenfomalı hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ekonomik sorun yaşayanların (%82.5) yaşam kalitesinin, ekonomik sorun yaşamayanlara (%17.5) göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Hastaların gelir durumu yükseldikçe hastalıkla daha iyi başa çıktıkları, hastalığın yol açtığı stres yanında, maddi sıkıntıların yarattığı olumsuzluklarla çok fazla uğraşmamalarının zindelik/yorgunluk durumlarında artışa neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 10'da görüldüğü gibi KOAH'lı hastada ortaya çıkan sağlık ve işlev yitimi hastanın aile içindeki rolüne ve işlevine göre, yakın çevresi açısından ciddi sorunlar yaratabilir. Bireyin ve ailesinin olaylarla başa çıkabilme gücünün etkilendiği, akut bir kriz durumu yaşanabilir (7).

Tablo 11'de görüldüğü gibi aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumları ile hastaların, yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel bakış açısı ve hastaların geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik puan ortalamaları arasında anlamlı sonuçlar bulundu ($p<0.05$).

Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (10).

Tablo 12'de görüldüğü gibi çevredeki kişiler tarafından tanımlanma durumları açısından yaşam kalitesi alt boyutlarından sadece ağrı alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Çevredeki kişiler tarafından uyumlu/neşeli olarak tanımlanan hastalara göre çekingen olarak tanımlanan hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamaları daha yüksektir. Literatürde bu konu ile ilgili bilgiye rastlanılmamıştır. Uyumlu/neşeli olan hastaların ağrıya ilişkin kendilerini daha iyi ifade edebildiklerini düşünmekteyiz.

Tablo 13'de görüldüğü gibi hastalık süresince aile ve çevreden alınan destek ile hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Tablo 14'de görüldüğü gibi günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim olduğunu söyleyen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı ve geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Bireylerin diğer insanlara göre daha sık hasta olması, sağlık algılarını olumsuz etkilemektedir. Atagöz'ün (4) yapmış olduğu çalışmada KOAH'lı hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını içeren genel sağlık alanı ile toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmektedirler. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Tablo 15'de görüldüğü gibi anksiyete ve depresyon ölçeği ile fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönde ilişki bulundu. Zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalaması, ağrı alt boyutu puan ortalaması, genel bakış açısı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu ($p<0.05$). Anksiyete ve depresyon durumu arttıkça zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamalarında azalma olduğu saptandı. KOAH'ın fiziksel hastalıklar nedeniyle kendine yetememe, bağımlılık durumu ve hastalığın sonuçlarının neler olacağını bilememenin yüksek anksiyeteye yol açtığı, bu durumun yaşam kalitesinde azalmalara sebep olduğu gözlemlendi.

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hastalığa eşlik eden depresyonla daha da bozulur. Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açarken, depresyon da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır. Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabını, prognozunu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkiler (41,42).

Üskül (52) ve arkadaşları KOAH'lı hastalarda hastalık sürelerinin uzun olmasının, bu hasta gruplarında anksiyete ve depresyonun daha sık görülmesine neden olabileceğini belirtmişlerdir. Literatürde ise hastaneye yatıştan yedi gün sonraki ve yatıştan önceki psikiyatrik bozukluk oranlarını karşılaştıran bir çalışmada ise DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan hastaların oranı %27 bulunmuştur (28).

Hastaların KOAH ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesi sonucunda, bireyin anlama ve kavrama düzeyi bozulmakta, duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma becerileri azalmakta, sosyal etkileşimde bulunma ve sosyal destek alma zorlaşmakta, hastalıkla savaşıma gücü azalmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Çalışmada anksiyete ve depresyonu olan hastalarda yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik, fiziksel, rol ve emosyonel alandaki semptomlarda azalma olduğu görülmüştür. Anksiyete ve depresyonun artması yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz.

SONUÇ

KOAH'lı hastaların atakları ve buna bağı olarak hastaneye yatış sıklığının artması sonucu oluşan ruhsal durumlarındaki ve yaşam kalitelerindeki değişikliklerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmada, elde edilen verilerin incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Yapılan araştırmada kadın hastaların depresif olma oranı %90.3 iken, erkek hastaların %84.1'i depresif olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Yapılan araştırmada bekar hastaların %87.5'i depresif, eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış hastaların tamamı (%100) depresif bulunmuştur. Medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Eğitim durumu düşük okur-yazar olmayan %92.9 hasta gruplarının depresif olma oranları daha yüksek bulunmuştur. Eğitimi yüksek olan lise mezunu hastaların %63.3'ünün yaşam kalitesi alt boyutlarından sadece fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Çalışan hastaların tamamının (%100) depresif olduğu görölürken, çalışma durumuyla yaşam kalitesi alt boyutlarına bakıldığında, hastalık nedeni ile çalışamayan hastaların, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, sağlıktaki değişiklik ve geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Gelirlerinin yetersiz olduğunu söyleyen hastaların %93.6'sının depresif olduğu görölürken, gelirin yetersiz olduğunu söyleyen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından zindelik/yorgunluk alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Yalnız ve çocuklarıyla yaşayan hastaların tamamının (%100) depresif olduğu görülürken, yaşam kalitesi alt boyutlarına baktığımızda aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Aile bireylerinin hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların tamamının (%100) depresif olduğu görülürken, hastalıktan etkilenmediğini söyleyen hastaların fiziksel, sosyal fonksiyon, genel bakış ve geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p<0.05$).

Çevredeki kişiler tarafından çekingen olarak tanımlandığını söyleyen hastaların tamamının(%100) depresif olduğu görülürken, çekingen kişilerle yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Aile ve çevresinden aldığı desteği yetersiz olarak ifade eden hastaların %97.1'inin depresif olduğu görülürken, aile ve çevresinden aldığı desteğin yetersiz olduğunu söyleyen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$).

Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyduğunu söyleyen hastaların tamamının (%100) depresif olduğu görüldü. Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinin olduğunu söyleyen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı, sağlığa genel bakış açıları, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyutu puan ortalamaları ile aralarında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

KOAH'lı hastaların hastane anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutlarını karşılaştırmak amacı ile yapılan korelasyon analizi sonucunda;

Anksiyete ve depresyon ölçeği ile fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönde ilişki bulundu. Zindelik/yorgunluk alt boyutu puan ortalaması, ağrı alt boyutu puan ortalaması, genel bakış açısı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu ($p<0.05$). Anksiyete ve depresyon durumu arttıkça zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel bakış açısı alt boyutu puan ortalamalarında azalma olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz:

- KOAH'lı hasta ve ailesinin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması için tedavi çalışmalarına ekip anlayışı içinde yaklaşımın sağlanması,
- KOAH'lı hastaların muayenelerinin bir parçası olarak görülüp psikolojik açıdan değerlendirilmesi, tedavide konsültasyon- liyezon psikiyatrisi ile beraber yürütülen daha planlı çalışmaların yapılması,
- KOAH olan hastaların fiziksel performansını korumak, geliştirmek ve başa çıkma yöntemlerini öğrenebilmesi için evde bakım programlarının oluşturulmasının sağlanması,
- Hastanın KOAH ile ilişkili inançları, korkuları ve genel psikolojik yanıtının araştırılmasını sağlayacak prosedürlerin geliştirilmesi, hastaya her türlü bilgi verilerek özgüven oluşmasının sağlanması,
- Planlı hasta eğitimi (KOAH'ın tanımı, baş etme yöntemlerinin belirlenmesi, beslenmenin önemi, risk faktörlerinin belirlenmesi, hava yolu hijyeni, egzersizin önemi, sigarayı bırakmanın önemi) ile KOAH'lı hastaların hastaneye tekrarlı yatış sayısı azaltılabildiğinden, bireyin gereksinimlerine yönelik olarak planlanan hasta öğretiminin hemşirelik protokolleri içinde rutin olarak yer almasının sağlanması,
- KOAH'ta solunum fonksiyonlarını korumak ve fonksiyonlardaki düşüşü engellemek için hemşirelik uygulamalarında egzersiz kapasitesini arttıracak işlemlerin yer alması sonucu, yaşam kalitesinin korunup yükselmesinin sağlanması,

8. EKLER

EK.1 BİLGİ FORMU

- 1- Cinsiyetiniz
1- Kadın 2- Erkek
- 2- Medeni Durumunuz
1- Evli 2- Bekar 3- Eşinden Ayrılmış 4- Eşi Ölmüş
- 3- Eğitiminiz
1- Okur yazar değil 2- İlköğretim 3- Ortaöğretim 4- Yükseköğretim
- 4- Çalışma durumunuz.
1- Tam gün çalışma 2- Yarım gün çalışma 3- Hiç çalışmama
4- Hastalık nedeni ile çalışmama
- 5- Gelir durumunuz
1- Yeterli 2- Yetersiz
- 6- Ailede birlikte yaşadığınız kişiler
1- Yalnız 2- Anne-Baba 3- Eşim-Çocuklarım 4- Diğer
- 7- Aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumu?
1- Etkileniyor 2- Orta derecede etkileniyor
3- Çok etkileniyor 4- Diğer, belirtiniz
- 8- Genelde çevrenizdeki kişiler tarafından nasıl tanımlanırsınız?
1- Uyumlu/Neşeli 2- Sinirli/Mükemmeliyetçi
3- Çekingen 4- Diğer, belirtiniz
- 9- Hastalığınız süresince ailenizden ve çevrenizden aldığınız desteği nasıl buluyorsunuz?
1- Hiç destek almadım 2- Çok iyi 3- İyi 4- Yetersiz
- 10- Günlük yaşam işlevlerini (beslenme, banyo, giyinme vs.) yerine getirmede desteğe gereksinim duyuyor musunuz?
1- Hayır 2- Evet (hangi işlevlerde)

EK.2

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi tanımamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, ‘ patlayacak gibi ’ hissediyorum.
 - Çoğu zaman
 - Bir çok zaman
 - Zaman zaman, bazen
 - Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - Aynı eskisi kadar
 - Pek eskisi kadar değil
 - Yalnızca biraz eskisi kadar
 - Nerdeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.
 - Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
 - Evet, ama çok da şiddetli değil
 - Biraz, ama beni endişelendiriyor
 - Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - Her zaman olduğu kadar değil
 - Şimdi pek o kadar değil
 - Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor
 - Çoğu zaman
 - Bir çok zaman
 - Zaman zaman, ama çok sık değil
 - yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum
 - Hiçbir zaman
 - Sık değil
 - Bazen
 - Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi hissediyorum.
 - Kesinlikle
 - Genellikle
 - Sık değil
 - Hiçbir zaman

- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum
- Hemen hemen her zaman
 - Çok sık
 - Bazen
 - Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum
- Hiçbir zaman
 - Bazen
 - Oldukça sık
 - Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim
- Kesinlikle
 - Gerektiği kadar özen göstermiyorum
 - Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
 - Her zaman ki kadar özen gösteriyorum
- 11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum
- Gerçekten de çok fazla
 - Oldukça fazla
 - Çok fazla değil
 - Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum
- Her zaman olduğu kadar
 - Her zamankinden biraz daha az
 - Her zamankinden kesinlikle daha az
 - Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- Gerçekten de çok sık
 - Oldukça sık
 - Çok sık değil
 - Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- Sıklıkla
 - Bazen
 - Pek sık değil
 - Çok seyrek

EK.3.

SF -36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun **sağ tarafındaki bosluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

	Evet Çok	Evet Biraz	Hayır
<u>AKTİVİTELERİNİZ</u>	Engelliyor	Engelliyor	
<u>Engellemiyor</u>			

a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar

<u>gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde</u>	1	2	3
---	---	---	---

b. Masayı, elektrik süpürmesini itmek gibi

Orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket ve çanta taşıırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	2
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizde <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla</u> sınırlandınız mı?	1	2
c. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk <u>çektiniz mi?</u> (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

EVET

HAYIR

- a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı? 1 2
- b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı Verimli oldunuz? 1 2
- c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız? 1 2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığımız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkinizi ne dereceye kadar etkiledi?

- Pek etkilemedi 1
- Çok az 2
- Orta 3
- Oldukça 4
- Aşırı 5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

- Hiç 1
- Çok hafif 2
- Hafif 3
- Orta 4
- Fazla 5
- Çok Fazla 6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakam işaretleyiniz)

Çok az	1
Az	2
Orta	3
Oldukça Fazla	4
Aşırı	5

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AYBOYUNCA

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz Fazla	Bazen	Çok Az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiç şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6

h. Hiç mutlu oldunuz mu?

1 2 3 4 5 6

i. Yorgun hissettiniz

1 2 3 4 5 6

j. Sağlığınız akraba veya arkadaş

ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi

sınırladı mı?

1 2 3 4 5 6

10. Aşağıdaki ifadeler size ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlanmaktadır.

Kesinlikle Çoğunlukla Emin Çoğunlukla Kesinlikle Doğru
Doğru Değilim Yanlış Yanlış

a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim

1 2 3 4 5

a. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım

1 2 3 4 5

c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum

1 2 3 4 5

d. Sağlığım mükemmel

1 2 3 4 5

9. KAYNAKLAR

1. Acar N.: KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. M.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman: Doç. Dr. Olgun N.)
2. Akyol A.:Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 71-75, 1993
3. Aşkın R.:Depresyon El Kitabı. 2. Basım, s. 9-12, Roche, 1999
4. Atagöz K.: KOAH olan hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi. D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998(Danışman: Doç. Dr. G.Başer)
5. Atacanlı F., Dilbaz N.: KOAH'ta Depresyon. Klinik Psikiyatri dergisi, 4(3): 147-153, 2001
6. Akkoca Ö., Öner F., Şen S., Karabıyıkoglu G.: Hafif ve orta şiddetteki kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında egzersiz kapasitesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 49(1): 5-12, 2001
7. Atasever A., Kaçmaz Ö., Bacakoğlu F.: Stabil kronik obstrüktif akciğer olgularında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Ed: Çöplü L., Selçuk T., Toraks Dergisi , 6(1): Nisan 2005
8. Aydemir Ö.,Güvenir T., Küey L., Kültür S.:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği.Türk Psikiyatri Dergisi, 8:.280-287, 1997
9. Aydemir Ö.:Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü. Kısa Form-36 (SF-36). 3P Dergisi, 7(Ek.2):14-22, 1999
10. Beser N., Öz F.: Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete- depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1): 47-58, 2003
11. Bornes P.:Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N.Erg J.Med.,342: 269-280, 2000
12. Bornes P.: New therapies for chronic obstructive pulmanary disease. Thorax, 53: 137-147, 1998

13. Böncü M, Aydemir Ö.: Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti. Archives of pulmonary, 3: 112-115, 2001
14. Çelik P., Mavioğlu H., Yorgancıoğlu A., Karaca S., Keskin T.: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda beyin sapında uyarılmış potansiyeller. Solunum 2: 104-107, 2000
15. Demir A.:KOAİ epidemiyolojisi. Ed: Çöplü L., KOAİ, Modern tıp seminerleri dizisi, 1: 3-12, Ankara, 2002
16. Eren İ., Erdi Ö., Çivi İ.:Tip II Diabetes Mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 7: 85-94, 2004
17. Ertürk A., Akbay S., Kurt B., Gülhan M., Çapan N.: Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 49(3), 338-344, 2001
18. Ergan B., Çöplü L.: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Hacettepe Tıp Dergisi, 32(2): 100-105, 2001
19. Erk M.:KOAİ'ta tanı ve ayırıcı tanı. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences,1(49): 23-32, 2005
20. Erk M.: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Ed:Erk M., Göğüs Hastalıkları,2.Cilt, s.665-689, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayın, 2001
21. Esen A., Birol L., Fadıoğlu Ç.,Akdemir N.: İç Hastalığı Hemşireliği el kitabı.Ed: Akdemir N., 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul, 1998
22. Erdinç E., Erk M., Kocabaş A., Mirici A., Süerdem M., Tatlıcıoğlu T., Umut S., Yılmaz V.: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi rehberi. Ed: Uçan S.,1. Cilt, ek 2, s. 1-25, Toraks Derneği Yayını, Ağustos 2000
23. Erdinç E.:KOAİ Atağı.Ed: Ekim N., Türктаş H., Göğüs Hastalıkları Acilleri.1. Basım, s.231-239, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2000
24. Gülseren L., Gülseren Ş., Hekimsoy Z., Bodur Z., Kültür Ş.: Majör depresif bozukluğu olan diabetes mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin depresyon-

- anksiyete, yaşam kalitesi, yeti yitimi ve metabolik kontrol üzerine etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11: s. 1-10, 2001
25. Güner A., Atak N.: KOAH'lı olgularda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 50(4): 451-461, 2002
 26. İnce İ., Savcı S., Çöplü L., Arıkan H.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Ed: Çöplü L., Selçuk T., Toraks Dergisi, 6. Cilt, 1.Sayı, Toraks Dergisi Yayını, Nisan 2005
 27. Jure N., Thompson M., MS et all.: Chronik obstructive pulmonary diseases. Clinical Nursing Practive, June, 1986
 28. Karademir G.: KOAH dünyayı tehdit ediyor. Yeni Asır, 2, Aralık, 2004
 29. Karlıkaya C.: KOAH akut alevlenmesi. Steteskop, 2(2): 62-66, 1999
 30. Karlıkaya C.: Sağlık sistemi bazında kronik obstrüktif akciğer hastalığının önemi. Sted, 13(5): 194-195, 2004
 31. Kocabaşoğlu N., Doksat K.M., Doğangün B.: Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium Dergisi 42(4): 168-176, 2004
 32. Koçyiğit E.:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.Ed:Arseven O.,Akciğer Hastalıkları.s.145-169, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002
 33. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A.: Reliability and validity of Turkish version of Short Form-36. İlaç ve Tedavi Dergisi.12: 102-106, 1999
 34. Kömürcüoğlu B., Balhoğlu M., Öztuna I., Büyüksirin M., Işık E., Kunter P.: KOH'lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi, 1(3): 31-34, Aralık 2000
 35. Meeberg G.A.: Quality of life. Journal of advanced nursing, 18: 32-33. 1993
 36. Mirici A.: KOAH: Tanımlama ve Ayırıcı Tanı. Ed: Umut S., Yıldırım N.,4: s.1-9, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2005
 37. Mirici A.:KOAH tanımlama ve ayırıcı tanı.Ed:Umut S., Yıldırım N., İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ABD Kitapları, s.1-9, İstanbul, 2005

38. Özol D., Özel H., Arsakay G.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında kaygı düzeyinin değerlendirilmesi. Akciğer Arşivi, 1: 10-13, 2005
39. Özgür B., Kürşat S., Aydemir Ö.: Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(2): 113-116, 2003
40. Özmen M., Önen B.: KOAH olgularında ruhsal sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ABD Kitapları, s.305-315, İstanbul, 2005
41. Özkan S.: Genel tıpta depresyon. Hipokrat Dergisi; 10:s. 79-83, 2001
42. Özcan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche, s.83-117, 1993
43. Pektekin Ç.:Psikiyatri Hemşireliği. Ed: Demir Y. T.c. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Nisan 1992
44. Pınar R.: Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi: Sendrom, Vol:9, No:9, 1997
45. Sözer K., Öngen G., Sungor A.: Diffüz obstrüktif akciğer hastalıklarında depresyon ve anksiyete görülme sıklığı. Solunum, 18: 1-7, 1990
46. TC.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Basım Evi, Ankara, 1994
47. Sağlık İstatistikleri 1964-1994. SB APK Dairesi Yayınları, Ankara, 1995
48. Tatlıcıoğlu T.:Tanım ve ayırıcı tanı.Ed:Umut S., Erdiñç E., Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 2.Sayı, s. 1-7, Toraks Derneği Yayını, Ekim 2000
49. Tel H., Akdemir N.:KOAHA'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izlemine hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi.,Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2(2): 44-52, Sivas, 1998
50. Tuna S.Ü.:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Olgularda efor kısıtlılığı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(1): 56-60, 2005
51. Ulubaş B., Sezer C., Çimen F.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı olguların demografik özellikleri. Akciğer Arşivi Dergisi, 4: 27-30, 2003

52. Üskül B., Melikoğlu A., Varol N., Türker H.: Göğüs hastalıkları kliniğine yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanımlarının ilişkisi. Akciğer Arşivi Dergisi, 7: 11-15, 2006
53. Ware JE, Sherbourne CD, The MOS 36-item Short-Form Health Survey(SF-36).1. Conceptual framework and item selection. Med Care , 30: 473-483,1992
54. Yazıcı K., Tot Ş., Yazıcı A., Buturak V., Okyay Y., Şimşek Y.: Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanımlanabiliyor mu?. Klinik Psikiyatri dergisi, 6(1): 27-31, 2003
55. Yazıcı K., Yazıcı A., Biğer A., Tot Ş., Şahin G., Buturak V.: Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13: 72-77, 2003
56. Yazıcı K., Tot Ş., Yazıcı A., Kanık A., Erdem P., Buturak V., Okyay Y., Şimşek Y.: Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. Yeni Symposium, 41(3): 120-124, 2003
57. Zigmond AS, Snaith RP.:The Hospital Anxiety and depression Scale. Acta Pschiatr scad.67: 361-370, 1983

10. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Aydın'da doğan Duygu Türk, ilk ve orta öğrenimini Aydın'da, liseyi ise Söke Sağlık Meslek Lisesinde tamamladı. 2003 yılında M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu.

2001 yılından bu yana Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi göğüs cerrahisi servisinde görev yapmaktadır. Evli olup İngilizce bilmektedir.

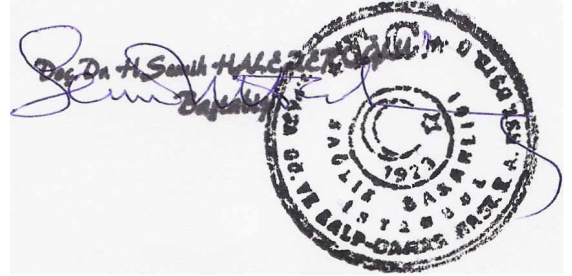
11. ETİK KURUL ONAYI

EK.4

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS VE KALP DAMAR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Konu: 'KOAH'lı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi' konulu Yüksek Lisans Tezi İçin Onay Alınması Hk

Duygu TÜRK'ün 'KOAH'lı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi' konulu Yüksek Lisans Tez çalışmasını yapması için etik açıdan sakınca yoktur.

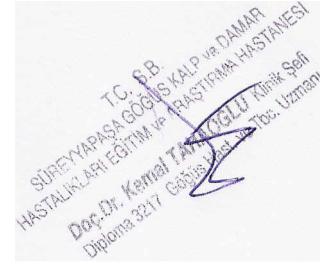


EK.5

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS VE KALP DAMAR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Konu: 'KOAHLı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi' konulu Yüksek Lisans Tezi İçin Onay Alınması Hk

Duygu TÜRK'ün 'KOAHLı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi' konulu Yüksek Lisans Tez çalışmasını Göğüs Hastalıkları Servisimizde yapması uygundur.





Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 27.06./2006

İMZA

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Özlem İŞİL
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
Üniversitesi : Marmara

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sezgi ÇINAR
Üniversitesi : Marmara

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 06 / 07 / 2006 tarih ve 01... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür