



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN BİREYLERDE DEPRESYON VE
ANKSİYETE BELİRTİ DÜZEYLERİNİN
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

ŞEMSİNUR ABDULKERİM

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2019

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİ DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Şemsinur ABDULKERİM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2019

Şemsinur ABDULKERİM tarafından hazırlanan “KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİ DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Yeter Kitis

Başkan : Doç.Dr. Ülkü POLAT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

U. Polat

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Azize Atli Ozbas

Tez Savunma Tarihi: 11/06/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

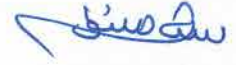
Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Şemsinur ABDULKERİM

11.06.2019

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON
VE ANKSİYETE BELİRTİ DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)**

Şemsinur ABDULKERİM

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2019

ÖZET

Araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma örneklemini dahil edilme kriterlerine uyan, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan 250 birey oluşturmuştur. Araştırma verileri, Tanıtıcı özellikler formu, KATZ GYA Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Medikal Araştırma Kurulu Skalası, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, $\pm$ standart sapma ve lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bireylerin Beck depresyon ölçeği puan ortalaması $13,91 \pm 4,990$, Beck anksiyete ölçeği puan ortalaması $12,34 \pm 4,29$ 'dır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması $60,77 \pm 12,209$, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutu aile desteği puan ortalaması $24,472 \pm 3,871$, özel kişi desteği puan ortalaması $20,144 \pm 6,716$, arkadaş desteği puan ortalaması $14,28 \pm 7,368$ 'dir. Medikal araştırma kurulu skalasına göre bireylerin %63,2'sinde hafif ve orta şiddette dispne mevcuttur. KATZ GYA ölçeğine göre bireylerin %84,4'ü bağımsızdır. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; depresyon oluşumunu etkileyen faktörler MSPSS alt boyutu özel kişi desteği ve dispne olarak saptanırken, anksiyete oluşumunu etkileyen faktör ise, dispne olarak saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda, KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri göz önünde bulundurularak rutin kontroller sırasında depresyon ve anksiyete belirtilerinin de değerlendirilmesi, yetersiz sosyal destek ve şiddetli dispnesi olan bireylerin depresyon ve anksiyete için risk grubu olarak kabul edilmesi ve gerektiğinde konsültasyon liyezon psikiyatri ile işbirliği yapılması önerilir.

Bilim Kodu : 1032
Anahtar Kelimeler : KOAH, Depresyon, Kaygı, Sosyal destek, Dispne, Hemşirelik
Sayfa Adedi : 64
Danışman : Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

DETERMINATION OF DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOM LEVELS AND
RELATED FACTORS IN- INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE
(M.Sc. Thesis)

Şemsinur ABDULKERİM

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2019

ABSTRACT

This study is a descriptive study to determine depression and anxiety symptom levels and related factors in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. The research was carried out in the Chronic Respiratory Failure Outpatient Clinic of Ankara Atatürk Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital and in the Chest Diseases Outpatient Clinic of Hacettepe University Adult Hospital. The research sample consisted of 250 individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease who met the inclusion criteria. The study data were collected by means of face-to-face interview method using descriptive characteristics form, KATZ Daily Life Activities Scale, Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale, Medical Research Council Scale, Beck Anxiety Scale and Beck Depression Scale. The data was evaluated using percentage distribution, arithmetic average, $\pm$ standard deviation and Logistic Regression Analysis. The mean score of the Beck depression scale was 13.91 ± 4.990 , and the Beck anxiety scale score was 12.34 ± 4.29 . The mean score of the multidimensional perceived social support scale was 60.77 ± 12.209 , the average score of family support was $24,472 \pm 3,871$, the average score of private support was $20,144 \pm 6,716$, and the average score of friend support was $14,28 \pm 7,368$. According to the medical research council scale, 63.2% of the individuals had mild to moderate dyspnea. According to the KATZ Daily Life Activities Scale, 84.4% of the individuals are independent. According to the variance analysis results; Factors affecting the development of depression The subscale of multi-dimensional perceived social support scale was determined as special person support and dyspnea, while the factor affecting the formation of anxiety was determined as dyspnea. In the light of the findings obtained, the evaluation of depression and anxiety symptoms during routine controls by considering depression and anxiety symptom levels in individuals with COPD, accepting individuals with inadequate social support and severe dyspnea as a risk group for depression and anxiety and, when necessary, with concurrent liaison psychiatry cooperation is recommended.

Science Code : 1032
Key Words : COPD, Depression, Anxiety, Social Support, Dyspnea, Nursing
Page Number : 64
Supervisor : Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde, tez çalışmamın planlanması, uygulanması ve raporlanması sırasında engin bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden danışman hocam Sayın Doç. Dr. Yeter KİTİŞ'e,

Akademik kariyer konusunda beni her daim destekleyen, anlayış ve yardımlarıyla her zaman yanımda olan sorumlu hemşirem Sayın Asuman ÖZ'e,

Çalışmanın yapıldığı birimlerde yardımlarını esirgemeyen tüm çalışanlara,

Bu zorlu süreçte hep bana güç veren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşlerime, dostlarıma, arkadaşlarıma

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tanımı.....	5
2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Risk Faktörleri	7
2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Belirti ve Bulguları	8
2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tedavisi.....	9
2.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon.....	10
2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Anksiyete.....	11
2.8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Dispne.....	12
2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Sosyal Destek	13
2.10. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni	15
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	16
3.5. Veri Toplama Yöntemi	16

Sayfa

3.6. Veri Toplama Araçları:	17
3.6.1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu.....	17
3.6.2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği	17
3.6.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS).....	17
3.6.4. Medikal araştırma kurulu skalası (MRCS).....	18
3.6.5. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ).....	18
3.6.6. Beck depresyon ölçeği (BDÖ).....	19
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.7.1. Bağımlı değişkenler	19
3.8. Araştırmanın Etiği	19
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.10. Verilerin Analizi.....	20
4. BULGULAR	21
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	21
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri	22
4.3. Katılımcıların Yardım Alma ve KOAH İçin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumlarına İlişkin Özellikleri.....	23
4.4. Katılımcıların GYA Ölçeği, Dispne, Sosyal Destek, Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	24
4.5. Katılımcıların MSPSS Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanla İlişkin Özellikleri	25
4.6. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	25
4.6.1. Depresyon Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler	25
4.6.2. Anksiyete Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler	26
5. TARTIŞMA	29
5.1. KOAH'lı Bireylerin Depresyon Belirti Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	29

5.2. KOAH'lı Bireylerin Anksiyeteye Belirti Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
6.1. Sonuçlar.....	33
6.2. Öneriler.....	34
EKLER.....	43
EK-1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu.....	44
EK-2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği	47
EK-3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS).....	48
EK-4. Medikal araştırma kurulu skalası (Medical Research Council Scale-MRCS)	49
EK-5. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)	50
EK-6. Beck depresyon ölçeği (BDÖ).....	52
EK-7. Etik komisyon izni.....	56
EK-8. Kurum izni.....	58
EK-9. Gönüllü olur formu.....	63
ÖZGEÇMİŞ	64

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n=250).....	21
Çizelge 4.2. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri.....	22
Çizelge 4.3. Katılımcıların yardım alma ve KOAH için yardımcı cihaz kullanma durumlarına ilişkin özellikleri	23
Çizelge 4.4. Katılımcıların GYA ölçeği, dispne, sosyal destek, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlara göre dağılımı (n=250).....	24
Çizelge 4.5. Katılımcıların MSPSS Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanla İlişkin Özellikleri.....	25
Çizelge 4.6. Depresyon Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler	26
Çizelge 4.7. Anksiyete Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler	26

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklamalar

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

BAÖ

Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ

Beck Depresyon Ölçeği

BİPAP

İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı

BOLD

Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

FEV1

Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm

FVC

Zorlu Vital Kapasite

GOLD

KOAH'a Karşı Küresel Girişim

GYA

Günlük yaşam aktivitesi

KOAH

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MRCS

Medikal Araştırma Kurulu Skalası

MSPSS

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SPSS

Statistical Package for Social Sciences Version

WHO

Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Dünya genelinde meydana gelen ekonomik, teknolojik, tıbbi gelişmeler ile birlikte refah seviyesinin yükselmesi, insan yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artışı ve uzun süreli tedavi ve takip uygulamalarını beraberinde getirmiştir. Son 40-50 yıllık süreç içerisinde, sosyal ve çevresel anlamda gözlenen değişim özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin demografik yapısında değişim oluşturmuş, nüfusun yaşlanmasına yol açmıştır. Bu durum beraberinde kronik hastalıkların artış göstermesine, bu hastalıklara bağlı yüksek mortalite ve morbidite oranlarının oluşumuna, sağlık bakım maliyet, iş gücü ve insan kaynaklarının tüketiminin artmasına da sebebiyet vermiştir (Bilir, 2006). Kronik hastalıkların en önemlilerinden biri de kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), sıklıkla zararlı partikül ya da gazlara belirgin maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveolar anormalliklere bağlı, inatçı solunumsal semptom ve havayolu kısıtlanması ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir yaygın bir hastalıktır (GOLD, 2017). KOAH, dünya genelinde önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Dünya genelinde 2010 yılında yaklaşık 384 milyon KOAH'lı bulunduğu ve prevalansının %11,7 olduğu bildirilmektedir (Köktürk ve diğerleri, 2017). Dünya genelinde 2015 yılında KOAH nedeniyle 3,17 milyon ölüm gerçekleşmiştir. KOAH nedenli ölümler aynı yıl gerçekleşen ölümlerin %5'ini oluşturmaktadır (WHO, 2017). KOAH'tan kaynaklanan ölümlerin 2030 yılında ölüm nedenleri sıralamasında 4.sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir ((Er Dedekargınlıoğlu, 2014).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda spirometriye dayalı KOAH prevalansı %5,3 olarak bildirilmektedir (Ünal ve diğerleri, 2013). DSÖ Avrupa bölge Ofisi tarafından yapılan Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Çalışması'nda, doktor tarafından KOAH tanısı almış olan kişi sıklığı %3,6'dır (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018).

KOAH tedavisi uzun süren, yakın takip gerektiren, alevlenmelere bağlı tekrarlı hastane yatışlarına neden olan ve maliyeti yüksek bir hastalıktır. Kanada'da 2012 yılında yapılan bir araştırmada KOAH'ın tedavi maliyetinin kişi başına yıllık 4147 ABD doları olarak hesaplanmıştır (Maleki-Yazdi ve diğerleri, 2012). ABD'de ise 2010 yılında KOAH tedavisi

için 32.1 milyar dolar ile 36 milyar dolar arasında harcama yapıldığı bildirilmiştir (May ve Li, 2015).

KOAH'ın neden olduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal problemler bireyleri günlük yaşamda bağımlı hale getirmektedir. Dispne kişilerin ölüm korkusu yaşamalarına, anksiyete ve depresyona karşı daha hassas olmalarına neden olmaktadır (Hill ve diğerleri, 2008; Erdinç ve diğerleri, 2010). KOAH'ta sık karşılaşılan psikiyatrik problemlerin başında depresyon ve anksiyete gelmekte, özel olarak belirlenmeye çalışılmadığında çoğunlukla KOAH belirtileri ile karıştırılmakta, hastalar tanısız ve tedavisiz kalabilmektedirler (Uzun ve Maden, 2013).

KOAH'ın en önemli belirtilerinin başında gelen dispne, bireyin soluk aliverişi sırasında duyduğu sıkıntı, hava açlığı ve göğüste sıkışma hissi olarak tanımlanmaktadır (Ambrasso ve Scano, 2004). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte artan hava yolu obstrüksiyonu dispne şiddetinin de artmasına neden olmaktadır. Dispnenin şiddeti arttıkça bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma, yemek yeme, giyinme, tuvalet ihtiyacı vb.) için sarf ettikleri çaba artmaktadır. Dispnenin ilerlemesiyle birlikte bireyler günlük yaşam aktivitesinde kısıtlanma yaşamakta, günlük yaşamda artan bağımlılık sosyal yaşamdan izole olmalarına neden olmaktadır (Hill ve diğerleri, 2008; Erdinç ve diğerleri, 2010). KOAH gibi kronik hastalığa sahip bireylerde sosyal destek kaynaklarına olan ihtiyaç arttırmaktadır (Gardiner ve diğerleri, 2010). Sosyal desteği, bireyin yakın çevresinden aldığı maddi ve manevi her türlü yardım olarak tanımlamak mümkündür (Korkmaz, 2008). Karşılanamayan sosyal destek gereksiniminin KOAH'lı bireylerin depresyona yatkınlığını arttırdığı bildirilmektedir (Aras ve Tel, 2009). Kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi KOAH hastalığında da sosyal çevreden alınan destek bireyin hastalıkla baş etme, tedavi ve rehabilitasyona uyumu ve hastalık şiddetinin ilerlemesinin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (DiNicola ve diğerleri, 2013).

KOAH'lı bireylerde, depresyon görülme sıklığının %13-70, anksiyete görülme sıklığının %2- %96 arasında değiştiği, KOAH evresinin ilerlemesi ile birlikte depresyon ve anksiyete gelişim riski iki kat daha fazla arttırmaktadır (Hill ve diğerleri, 2008; Yohannes ve Alexopoulos, 2014; Panagioti ve diğerleri, 2014). Depresyon ve/veya anksiyetesi olan KOAH'lı bireylerin daha fazla atak geçirdikleri, sık hastane başvurusu yaptıkları ve hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmektedir (Gudmundsson ve diğerleri, 2006; Tutuk ve Altun, 2014). Ayrıca KOAH'lı bireylerde depresyon varlığının ölüm riskini

arttırdığı, depresyon ve anksiyete varlığının tedaviye uyum ve tedavi başarısını azalttığı belirtilmektedir (Cully ve diğerleri, 2006; Qian ve diğerleri, 2013; Putcha ve diğerleri, 2015).

KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin belirlenmesinde çeşitli tarama ölçeklerinden yararlanılması, riskli puana sahip bireylerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi'ne yönlendirilmesi, depresyon ve/ve ya anksiyete bozukluğu saptanan bireylere uygun farmakolojik tedavi başlanması, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, gerekli görüldüğü takdirde bireylerin pulmoner rehabilitasyon programına alınması, bilişsel davranış terapi tekniklerinin öğretilmesinin olumlu sonuçlar getirdiği belirtilmektedir (Hill ve diğerleri, 2008; Kapısız, 2011).

KOAH'ın uzun süreli takip ve tedavi gerektiren bir hastalık olması, bireylerin fiziksel açıdan olduğu kadar ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmesini de gerektirmektedir. Yapılacak değerlendirmeler neticesinde mevcut sorunların erken dönemde tespit edilmesi ve çözümüne yönelik girişimlerde bulunulması, hastalığın seyrinin kötüleşmesi ve eşlik eden sorunların getirdiği sağlık bakım ilişkili kaynak kullanım artışının önlenmesi açısından önemlidir. Ülkemizde KOAH'lı bireylerin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin saptanmasına yönelik yapılan çalışmaların çoğunlukla hastanede yatarak tedavi gören bireyler ile yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle, araştırmacı tarafından poliklinikte, ayaktan takip ve tedavisi yapılan KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu çalışma KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. KOAH'lı bireylerde depresyon belirti düzeyi nedir?
2. KOAH'lı bireylerde anksiyete belirti düzeyi nedir?
3. KOAH'lı bireylerde depresyon belirti düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?
4. KOAH'lı bireylerde anksiyete belirti düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tüm dünyada mortalitesi, morbiditesi ve sağlık bakım maliyetleri giderek artış gösteren en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Hastalığın önlenmesi, tanımlanması, etkin tedavi yöntemleri ve hastalık ilişkili araştırmaların yapılabilmesi amacıyla 2001 yılında kurulan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na Karşı Küresel Girişim Grubu (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease- GOLD)'na göre; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), sıklıkla zararlı partikül ya da gazlara belirgin maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveolar anormalliklere bağlı, inatçı solunumsal semptom ve havayolu kısıtlanması ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir yaygın bir hastalıktır (GOLD, 2017). Bir başka tanımlamaya göre KOAH; hava yolu kısıtlanması ile karakterize hava yolları ve ya akciğer parankimini (ve ya her ikisini) içeren yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Dispne, egzersiz performansında düşüklük, balgam üretimi olan ve ya olmayan kronik öksürük ve solunum sıkıntısı gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Belirtilerde ve eşlik eden hastalıklarda ortaya çıkan alevlenmeler hastalığın ilerleyişine ve hava yolu kısıtlanmasının artışına katkı sağlayabilmektedir (Qaseem ve diğerleri, 2011).

Hastalığın en sık görülen semptomları nefes darlığı, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarmadır. Kronik semptomları ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan orta-ileri yaş yetişkinlerde spirometrik incelemede yerleşik hava akımı obstrüksiyonu saptanması (post bronkodilatör FEV1 / FVC< %70) tanı için yeterli olmaktadır (GOLD, 2014).

Hastalığı daha kolay teşhis ve tedavi edebilmek amacıyla, hastaların hava yolu obstrüksiyonu derecesi ve günlük semptomlara göre Global Initiative for Chronic Obsructive Lung Disease (GOLD) tarafından spirometrik sınıflama geliştirilmiştir. Bu sınıflamaya göre hastalık 4 evreden oluşmaktadır (GOLD, 2017).

Evre 1: Hafif KOAH- Hafif hava akımı sınırlaması mevcuttur (FEV1/FVC<%70, FEV1 beklenenin $\geq$ %80). Her zaman olmamakla birlikte genellikle kronik öksürük ve balgam çıkarma mevcuttur.

Evre 2: Orta KOAH- Hava akımı sınırlamasında artış (FEV1 beklenenin %80- 50'si) ve tipik olarak eforla oluşan nefes darlığı ile birlikte semptomlarda ilerleme mevcuttur.

Evre 3: Ağır KOAH- Hava akımı sınırlamasında daha ileri artış (FEV1beklenennin %50-30'u), artan nefes darlığı ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen tekrarlayan alevlenmeler görülür.

Evre 4: Çok ağır KOAH- Hava akımı sınırlaması (FEV1 beklenennin<%30'u) ve kronik solunum yetmezliği vardır.

2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Epidemiyolojisi

KOAH, tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu olmasına karşılık, yeterince bilinmemekte, yeterince tanımlanamamakta, yeterince tedavi edilememektedir. KOAH hakkındaki farkındalığın düşük olması, hastaların ileri evreye gelene kadar semptomlarının hafif olması nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmamaları, hastalık ile ilgili gerçek verilerin elde edilmesini zorlaştırmaktadır (Akbay ve diğerleri, 2001; Kocabaş ve diğerleri, 2014).

KOAH, 1990 yılında tüm dünyada görülen ölüm nedenleri sıralamasında 6. sırada bulunurken, 2030 yılında 4. ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (Er Dedekargınlioğlu, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Hastalık Yüğü 2016 çalışmasında, KOAH prevalansı dünya genelinde 251 milyon olarak bildirilmiştir (WHO, 2017). KOAH, ABD'de yetişkin nüfusun %5'inden fazlasını etkilemektedir. Aynı zamanda ülkedeki ölüm nedenleri arasında 3.sırada, komorbiditede 12.sırada yer almaktadır (Qaseem ve diğerleri, 2011). Çin'de yapılan prevalance çalışmasında ise 2014-2015 yılı KOAH prevalansı %13 olarak belirlenmiştir (Fang ve diğerleri, 2018).

Ülkemizde KOAH ile ilgili yapılan ilk çalışmalardan biri, 1970 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan çalışmadır. Bu çalışmada 40 yaş üstü bireylerde KOAH prevalansı %13,6 olarak bildirilmiştir (Abul ve Özlü, 2013). Trabzon'da 30 yaş üstü bireylerde yapılan bir prevalans çalışmasında KOAH prevalansı GOLD kriterlerine göre %0,98 (erkeklerde %1,7, kadınlarda %0,3) olarak bulunmuştur (Çetinkaya, 2003). Adana'da, Ocak 2004'te yapılan BOLD çalışmasında bu ildeki 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %19,1 olduğu

ve bu hastaların sadece %8,4'üne bir doktor tarafından KOAH tanısı konulduğu belirlenmiştir (Kocabaş, 2010). Günen ve diğerleri (2008) tarafından Malatya ili için yapılan prevalans çalışmasında, Malatya ili KOAH prevalansı %6,9 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, 15+ yaş grubunda , spirometriye dayalı KOAH prevalansı %5,3, doktor tanımlı KOAH prevalansı ise %4 olarak bulunmuştur (Ünal ve diğerleri, 2013).

2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Risk Faktörleri

KOAH, genetik duyarlılıkla çevresel maruziyetlerin birlikte rol aldığı karmaşık bir mekanizmaya sahip bir hastalıktır. Hastalığının gelişiminde rol oynayan risk faktörleri oldukça karmaşık olmakla birlikte, birbirleri ile ilişkili faktörlerdir. KOAH gelişiminde rol oynayan en önemli risk faktörü olan sigara dumanı, toplumlarda en büyük sağlık problemlerinden biri olarak görülmektedir (Kocabaş, 2010; Köktürk ve diğerleri, 2017). Sigara içenlerde solunumsal semptomlar içmeyenlere göre daha fazla görülmekte, iç ve dış ortam sigara dumanı maruziyeti KOAH riskini arttırmaktadır (Balmes ve diğerleri, 2003; Eisner ve diğerleri, 2005). Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörlerinin yaygın olduğu ülkemizde KOAH, halk sağlığı açısından da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ünüvar, 2006). Yoksulluk, yetersiz beslenme ve fiziksel inaktivite gibi diğer risk faktörleri ise hastalık gelişimi ve seyrinde, dolaylı etkiye sahiptir. Çevresel tütün dumanına maruziyet ve dış ortam hava kirliliği KOAH oluşumunda daha az önemli görünürken, hastalığın ilerlemesine katkıda bulunmaktadır (Kocabaş ve diğerleri, 2014).

KOAH gelişiminde rol oynayan risk faktörleri;

- Yaş
- Cinsiyet
- Anormal akciğer gelişimi ve büyümesi
- Genetik faktörler(alfa-1 antitripsin eksikliği)
- Solunum yolu enfeksiyonları
- Kronik bronşit
- Astım/bronş aşırı duyarlılığı
- Tütün dumanı
- Mesleki toz ve kimyasallar

- Dış ortam hava kirliliği
- İç ortam hava kirliliği (biomass v.b. yakıtlar),
- Beslenme
- Sosyoekonomik durum (Günay, 2008; Köktürk ve diğerleri, 2017; Uçan ve diğerleri, 2018).

2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Belirti ve Bulguları

Hastalığın en yaygın belirtileri eforla oluşan dispne, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarmadır. KOAH'lı bireylerin üçte birinde balgamlı öksürük bulgusu mevcuttur. Balgam çıkarma ve öksürük gün içinde, günden güne farklılık gösterebilmekte, hava yolu obstrüksiyonu gelişiminden önce ve hava yolu obstrüksiyonu gelişimi ile birlikte görülmeye devam etmektedir. Bu belirtilere ek olarak çevresel maruziyet öyküsü olan bireylerde ilk akla gelen KOAH olmalı ve tanı için spirometrik inceleme yapılması önerilmektedir (Vestbo, Hur ve Rodriguez-Roisin, 2012; Uçan ve diğerleri, 2018). KOAH'ın en büyük belirtilerinin başında gelen dispneyi, bireyin nefes alış veriş sırasında duyduğu sıkıntı, göğüste sıkışma hissi, hava açlığı olarak tanımlamak mümkündür. Dispne, deneyimleyen kişilerin subjektif tanımlamaları doğrultusunda çeşitli şekillerde tarif edilmiş, bireysel ve kültürel farklılıklara bağlı olarak tanımlamalarında farklılıklar yaşanabilen bir olaydır (Ambrasso ve Scano, 2004). Bu belirtilere ek olarak günden güne ve ya gün içinde değişkenlik gösteren wheezing ve göğüste sıkışma hissi de meydana gelebilmektedir (GOLD, 2017). Ayrıca KOAH'da mortaliteyi arttıran, yaşam kalitesini düşüren, dispneyi kötüleştiren ve fonksiyonel kapasiteyi bozan çeşitli sistemik problemler hastalığa eşlik edebilmektedir. En iyi bilinen sistemik sorunların başında, kardiyovasküler problemler, malnutrisyon ve iskelet kas kitlesinde kayıp, osteoporoz, anemi, gastroözefageal reflü, depresyon ve anksiyete gelmektedir. KOAH'a eşlik eden sistemik hastalıkların bulunması özellikle hava yolu obstrüksiyonu şiddetli olan hastalarda hastaneye yatış oranını arttırmakta ve mortalitede artışa neden olmaktadır (Barnes ve Celli, 2009; Nojomi, Afshar ve Saberi; 2011, Jørgensen ve diğerleri, 2007).

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tedavisi

KOAH tedavisinde temel prensip hastalığın ilerlemesinin, alevlenmelerin önlenmesidir. Bu doğrultuda atılacak ilk bireylerin sigara kullanımının bırakılmasıdır. Sigara içiminin bırakılması, KOAH'ta hastalığın ilerlemesi ve yıllık FEV1 kaybını önleyici en etkili, en basit yöntemdir. Bu doğrultuda bireylerin her kontrolünde mutlaka sigara içme durumu sorgulanmalı, polikliniklerde bireylere sigara bırakma ile ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme için zaman ayrılmalı, bireylerin nikotin bağımlılığından kurtulabilmesi için gerektiğinde farmakolojik tedavilerden destek alınmalıdır. KOAH tedavisinde bireylerin iç ve dış ortam hava kirliliği maruziyetinin azaltılması hatta önlenmesi de önemlidir. Solunum yolunda irritasyona sebebiyet veren mesleki kimyasallara maruziyetin sorgulanması, gerektiğinde bireylerin iş ya da çalışma koşullarını iyileştirici müdahalelerde bulunulması gerekmektedir. KOAH'ta hareketle birlikte artış gösteren dispne semptomları bireylerin hareketsiz bir yaşamı tercih etmesine neden olmakta, bu durum solunum fonksiyonlarının gerilemesine, egzersiz kapasitesi ve kas gücü kaybına sebep olmaktadır. bireylerin düzenli fiziksel aktiviteye teşviki, solunum fonksiyonlarında iyileştirme için gerektiğinde pulmoner rehabilitasyona alınması, uygun nefes alma egzersizlerinin öğretilmesi gerekmektedir. KOAH'lı bireylere yıllık olarak influenza aşısı yapılması önerilmekte, aşılanmanın, bireylerin alt solunum yolu enfeksiyonu kaynaklı hastane yatışlarını azalttığı ve ölümleri azalttığı bildirilmektedir. KOAH tedavisinde, semptomların giderilmesine yönelik olarak genellikle uzun etkili bronkodilatatörler kullanılmaktadır. Uzun etkili bronkodilatatörlerin dışında inhale kortikosteroidler, antibiyotik tedavisi, hipoksemik izleyen hatalarda evde uzun süreli oksijen tedavisi ve noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi uygulanmaktadır. KOAH'ta tedavinin etkililiği ve başarısı için bireylere tanı sonrası hastalık hakkında yeterli bilgilendirme yapılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için bireylerin bilinçlendirilmesi, zararlı iç ve dış ortam risklerinden kaçınılması, doğru beslenme, semptom yönetimi konularında gerekli eğitimin verilmesi gerekmektedir (Qaseem ve diğerleri,2011; GOLD, 2017; Köktürk ve diğerleri, 2017; Uçan ve diğerleri, 2018).

2.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon

Depresyon, düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir. Ağırılık olarak psikososyal etmenlerin gelişiminde rol oynadığı düşünülmekle beraber, gerçek kayıp, kayıp tehditleri, kronik hastalık gibi nedenlerin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon varlığı, bireylerde hastalığın seyri, tedaviye uyumu, tedavinin başarısını, yaşam kalitesini ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyon bireylerde hastane başvurularını arttırmakta, sağlık bakım maliyetlerinin de artmasına neden olmaktadır (Algül, Ateş ve Semiz, 2007; Çakır, 2009; Kayhan, 2011).

KOAH'da mevcut hiperkapni, hipoksi, hiperventilasyon ve yaşanan solunum yetmezliği doğrudan beyin işlevlerini etkileyerek bireyleri korku ve endişeye sevk etmektedir. Ayrıca KOAH tedavisine yönelik kullanılan bazı ilaçlar da kaygı ve depresif semptomların yaşanmasına neden olmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Depresyon, KOAH'lı bireylerde en çok gözden kaçan ve tedavi edilmekte geç kalınan sorunlardan biridir. KOAH'lı bireylerde, sürekli ilaç kullanımı, sık hastane başvurusu gibi nedenlerden dolayı, yaşam ve gelecek kaygısı artmakta, bu durum depresyon gelişimine neden olmaktadır. KOAH'lı bireylerde depresyon prevalansının%7-42 arasında olduğu bildirilmektedir (Hill ve diğerleri, 2008). KOAH'ta dispnenin artması ile birlikte hareket kısıtlılığı arttıkça, bireylerin günlük yaşamdaki bağımsızlıkları azalmaktadır. Bu nedenle bireyler kendilerini sosyal yaşantıdan kısıtlamakta, bu durum sosyal izolasyona neden olmaktadır. Artan sosyal izolasyon bireylerin daha fazla umutsuzluğa düşmesine, yaşamdan soyutlanmasına neden olurken, bu durum bireyleri depresyon için risk grubuna sokmaktadır. Bu nedenle diğer kronik hastalıklara göre KOAH'lı bireylerde depresyonun sık görülmesi daha olasıdır (Yohannes, Baldwin ve Connolly, 2006). KOAH'da sağlık durumundaki bozulma ile ilişkili "reaktif" depresyon daha yaygın olmakla beraber, yaşlanma, sigara içilmesi ve hipokseminin beyin fonksiyonu üzerindeki etkileri depresyonun oluşumuna katkı sağlamaktadır. Ayrıca sistemik inflamasyon da depresyona neden olabilmektedir (Barnes ve Celli, 2009). Depresyon belirtileri çoğu zaman KOAH'ın belirtileri ile karışabilmekte ve bundan dolayı sıklıkla bu hastalarda psikiyatrik problemler fark edilememekte ve hastalar tedavisiz kalabilmektedirler. Tedavi edilmeyen depresyon, KOAH hastalarının hastane başvurularını hastanede kalış süresini arttırabilmekte ve hayat kalitesini bozabilmektedir (Uzun ve Maden,

2013). KOAH ve depresyon arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Özellikle genç kadınlar ve düşük ekonomik gelire sahip KOAH'lı bireyler depresyon için yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (Tsai ve diğerleri, 2013). Ayrıca KOAH'lı bireylerde depresyon varlığı, egzersiz performansını ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Ulubay ve diğerleri, 2009). KOAH'lı bireylerde depresyon varlığı bireylerin daha sık hastane başvurusu yapmalarına neden olmakta, hastanede kalış sürelerini uzatmakta, tıbbi müdahaleleri reddetme eğiliminde olmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca depresyon varlığı KOAH'lı bireylerde uyku bozukluğunu da arttırmaktadır (Bellia ve diğerleri, 2003; Wilson, 2006). KOAH'a eşlik eden depresyonun tedavisinde antidepresan ilaçların yanı sıra pulmoner rehabilitasyon, fiziksel aktivite ve bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin kullanımı önerilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007; Fritzsche, Clamor ve Von Leupoldt 2011; Catalfo ve diğerleri, 2016).

2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Anksiyete

Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Kaygı ya da bunaltı olarak da adlandırılır. Belirtileri kişiden kişiye göre değişiklik göstermekle birlikte çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı nefes alışverişi, ellerde ve ayaklarda titreme, vücutta aşırı terleme, midede boşluk hissi, hemen tualete gitme isteği, sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacak hissi veya korkusu ile kendini göstermektedir (Türkçapar, 2004; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyete solunum sistemi hastalıklarında en sık karşılan psikolojik problemlerden biridir. Genellikle KOAH'da dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğünün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşanan solunum güçlüğü ve korku bireyin anksiyetesini arttırmakta, bireyde ilaç alma gereksinimi doğurmaktadır (Tutuk ve Altun, 2014). KOAH'lı bireylerde anksiyete prevalansının %2-96 arasında değiştiği bildirilmektedir (Hill ve diğerleri, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylerde anksiyete prevalansı %44 olarak bulunmuştur (Afşar ve diğerleri, 2012).

KOAH'lı bireylerin yaşadığı anksiyete, bireylerin nefes alışverişine olumsuz etki yapmaktadır. Oluşan bu etki dispnenin artışına sebebiyet vermekte, dispne arttıkça anksiyete belirtileri daha fazla yaşanmakta ve bireyler bir kısır döngüye girmektedir. KOAH'lı bireylerde dispnenin yanı sıra kötü giden evlilik, sosyal destek ve yaşam kalitesinin düşüklüğü, sigara içmek ve düşük sosyoekonomik düzeyin de anksiyete oluşumunda etkili olduğu bildirilmiştir (Ashmore ve diğerleri, 2005; Gudmundsson ve diğerleri, 2006).

KOAH'ta hastalığın ilerlemesi ile birlikte, KOAH tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar (teofilin), eşlik eden hastalıklar, , kullanılan ilaçların fazlalığı, evde yardımcı cihaz kullanımı gibi nedenler anksiyete oluşumuna katkı yapmaktadır. Yapılan araştırmalarda kadınlarda erkeklerden daha fazla anksiyete semptomlarının görüldüğü, anksiyetenin KOAH'lı bireylerde egzersiz kapasitesini düşürdüğü, akut alevlenmeleri arttırdığı, intihar düşüncesi ve sık hastane yatışlarına neden olduğu bildirilmektedir (Atlantis ve diğerleri, 2013; Willgoss ve Yohannes, 2013; Yohannes ve Alexopoulos, 2014). KOAH' a eşlik eden anksiyete ile birlikte bireylerde ruhsal çökkünlük artmakta, depresyon semptomlarında artış, sigara içmeye eğilim, sosyal izolasyon görülmekte ve fiziksel kapasitede gerileme meydana gelebilmektedir. KOAH'lı bireylerde görülen anksiyete tedavisine yönelik farmakolojik ajanlar, pulmoner rehabilitasyon ve psikoterapi tekniklerinin kullanımı önerilmektedir (Hill ve diğerleri, 2008; Korkmaz ve Tel, 2010).

2.8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Dispne

Dispne, hareketle birlikte artan nefes darlığı, hava açlığı veya solunum yetmezliği olarak tanımlanmakta ve KOAH'lı bireyleri medikal destek arayışına iten en önemli belirti olarak belirtilmektedir. KOAH'taki en temel problemlerin başında dispne gelmekte ve hastalığa eşlik eden diğer problemlerin de kaynağını oluşturmaktadır (Akwe ve Fair, 2016; Gökçek, Hüzmeli ve Katayıfçı, 2019). Dispnenin tarifi, kişiden kişiye ve kültürel farklılıklara bağlı olarak değişiklik gösterebilmekte, hava açlığı, nefes almada zorluk, çabuk yorulma, tıkanma gibi çeşitli şekillerde ifade edilmektedir (Kılıç ve Özçelik, 2014).

KOAH'ta hastalığın ilerlemesi ile birlikte artış gösteren dispne şiddeti, bireylerin egzersiz performansını, hareket kabiliyetini, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsız fonksiyonlarını kısıtlayabilmektedir. Bu durum bireylerin anksiyete semptomlarını daha fazla deneyimlemelerine yol açmaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2010; Culpepper, 2009). KOAH'lı bireylerde dispnenin değerlendirilmesi, hastalık ilişkili semptomların iyileştirilmesi ve tedavisi için önemlidir (Kapisız, 2011). KOAH'ta mevcut dispne semptomlarının tedavisine yönelik, bireylere gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi, solunum egzersizi ve yürüme egzersizlerinin öğretilmesi, gerekli durumlarda farmakolojik ajanların uygulanması, kısa süreli veya uzun süreli oksijen tedavisi uygulanması önerilmektedir (Kılıç ve Özçelik, 2014; Uçan ve diğerleri, 2018).

2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Sosyal Destek

Bireylere yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü madde ve manevi yardım sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin ihtiyaç duydukları sevgi, şefkat, öz saygı, aidiyet gereksinimlerinin sosyal destek sistemleri tarafından karşılanabilmesinin fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediği ve bireylerin yaşamda karşılaştıkları güçlükler ile başetmede etkili olduğu bildirilmektedir (Korkmaz, 2008). Bireylerin sosyal destek kaynaklarından yeterince yararlanamaması, sosyal ağların ve ilişkilerin zayıf olması kronik hastalığı olan bireylerde meydana gelen erken ölümlerde önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde sosyal destek kaynaklarının yeterliliği ve ulaşılabilirliğinin, yaşam kalitesinin artırılmasında, tekrarlayan hastane yatışlarının azaltılmasında, genel sağlık algısının iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Holt-Lunstad, 2018). KOAH'lı bireylerde hastalığın ilerlemesi, günlük yaşam aktivitesinde bağımlılığın artmasına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Sosyal izolasyon bireyleri depresyon ve anksiyete semptomları açısından riskli kılmaktadır (Lenferink, Van Der Palen ve Effing, 2018). KOAH'lı bireylerde sosyal izolasyonun önüne geçmek için ev ve iş yaşantılarının mümkün olduğunca bireylerin hayatını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi, sosyal çevre ile olan iletişimlerinin sürdürülmesi, sosyal aktivitelerde kendilerini kısıtlamamaları, evlilik ve cinsel yaşamdaki rollerinin sınırlandırılmaması, aynı hastalığı yaşayan bireyler ile paylaşımlarda bulunulması önerilmektedir (Uçan ve diğerleri., 2018).

2.10. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi KOAH hastaları yaşamlarının büyük bir bölümünde hastalık semptomları ve eşlik ettiği kısıtlamalar ile baş etme zorunluluğu içindedir. Hastalık sürecinde bireyler solunumsal zorluklar, egzersiz kapasitesinde sınırlılık, sosyal yaşama yeterince katılamama, hastalığın getirdiği bir takım sosyal rol değişikliği, ekonomik zorluklar, beslenme problemleri ve uyku bozuklukları ile karşılaşır. KOAH tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektiren zorlu bir süreçtir. KOAH tedavisinde başarı, tedavi ve girişimlerin sağlık profesyonelleri tarafından düzenli olarak gözden geçirilmesi ve izlenmesi ve gerektiğinde girişimlerde bulunulması ile mümkün olmaktadır.

Hemşireler KOAH hastalarında, klinik iyileşme sağlanmasında, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerinde önemli yararlılıklar sağlayabilirler (İncirkuş ve

Nahcivan, 2015; Mehany, Elaall ve Kamel, 2016). KOAH'lı bireylere hemşirelik yaklaşımında, bireylere hastalık ve takip eden sürecin anlatılması, sigaranın bırakılması, bireylerin düzenli fiziksel aktiviteye katılımının desteklenmesi, ilaçların doğru ve düzenli kullanımının sağlanması, ilaç yan etkilerinin takip edilmesi gerekmektedir. Doğru beslenme stratejilerinin bireylere öğretilmesi, sosyal hayata katılımın teşvik edilmesi, enfeksiyonlardan korunma ve aşılamanın öneminin vurgulanması, kontrollü solunum tekniklerinin bireylere öğretilmesi, uyku sorunları ile baş etme yöntemlerinin öğretilmesi hasta bireyin ve ailesinin duygusal durumlarının ve destek ihtiyaçlarının takip edilmesi ve gerektiğinde uzman yardımı almalarının sağlanması yer alır (Özkaptan ve Kapucu, 2015, Uçan ve diğerleri, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği'nde yapıldı.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri 1954 tarihinde kurulmuştur. 1040 yatak kapasiteli hastanede Erişkin, Çocuk ve Onkoloji hastaneleri olmak üzere toplam 4 hastanede sağlık hizmeti sunulmaktadır. 1., 2., 3.bloklar İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesini, 4., 5., 6., 7., 8.bloklar Erişkin Hastanesini, 9.blok Onkoloji Hastanesini oluşturmaktadır. Erişkin hastanesinde 36 ayrı branşta sağlık hizmeti sunulmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Göğüs Hastalıkları polikliniği, 7.blok 1.katta bulunmakta, birimde 5 poliklinik bulunmaktadır. Solunum fonksiyon testi poliklinikte bulunan solunum laboratuvarında ölçülmektedir. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1953 tarihinde kurulmuştur ve 23 ayrı birimde hizmet vermektedir. 7 Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve 1 Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği bulunmaktadır. Araştırma Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kronik Solunum Yetmezliği ana binada 1.katta bulunmaktadır. Solunum fonksiyon testi hastanede bulunan 2 solunum fonksiyon testi odasında ölçülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği'ne Nisan-Kasım 2018 tarihleri arasında ayaktan başvuru yapan bireyler oluşturdu. Tekrarlı başvuruların fazla olması nedeniyle belirtilen kurumlara başvuru yapan bireylerin sayısına ulaşamadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, amaçlı örnekleme yöntemi ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği'ne Nisan-Kasım 2018 tarihleri arasında ayaktan başvuru yapan, işitsel, görsel, zihinsel ve iletişim engeli bulunmayan, KOAH akut alevlenme döneminde olmayan araştırmaya katılmayı kabul eden stabil 250 KOAH'lı birey oluşturdu.

Araştırmaya katılmayı reddedenler, KOAH akut alevlenme döneminde olanlar, işitsel, görsel, zihinsel ve iletişim engeli bulunanlar, acil servise başvuru yapanlar, polikliniğe gelemeyecek durumda olanlar, evde bakım hizmetinden yararlanan KOAH'lı bireyler araştırma dışı bırakıldı.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, yüzyüze görüşme yolu ile tanıtıcı özellikler bilgi formu, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, , Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Medikal Araştırma Kurulu Skalası, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği araştırmacı tarafından bireylere uygulanarak toplandı. Araştırma verileri Nisan-Kasım 2018 tarihleri arasında toplandı. Salı ve Perşembe günleri Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde, Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kronik Solunum Yetmezliği Polikliniği'nde veri toplandı. Polikliniğe başvuru yapan KOAH tanılı bireyler arasından araştırma sınırlılıklarını taşıyan bireylerin poliklinikteki muayene ve kontrol işlemleri sona erdikten sonra aydınlatılmış onamları alınarak veri toplama araçları uygulandı. Bireylerin KOAH evresi poliklinik muayenesi sonrası yapılan solunum fonksiyon testi sonuçlarından alınarak kaydedildi.

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu

Bireylerin sosyo-demografik özellik ve hastalık süreçlerine ilişkin tanıtıcı bilgilerini içeren 24 soruluk anket formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturuldu (Korkmaz, 2008; Çevirme, 2008; Kapısız, 2011; Ekenler, 2017) .

3.6.2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği

Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını ölçmektedir. Ülkemizde geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmamış olmasına rağmen, bireylerin fonksiyonel yetersizliğinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek, banyo, giyinme, tuvalet, transfer, beslenme, kişisel bakım gibi altı fonksiyonda bireylerin performanslarını incelemektedir. Her bir fonksiyon 0-1 arasında puan arasında puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek tam puan 6, en düşük puan 0'dır. 6 puan tam işlevi gösterirken, ölçekten alınan puan azaldıkça bağımlılık artmaktadır (Katz ve diğerleri, 1970). Ölçeğin bizim çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.605 olarak bulundu.

3.6.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS)

1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğinin, öznel olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmakta, “Tamamen Katılmıyorum”(1) ile “Tamamen Katılıyorum”(7) arasında değişen 7’li likert tipinde kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin farklı örneklem gruplarındaki Cronbach alpha katsayısı üniversite öğrencileri için 0.85, normal kişilerde 0.87, böbrek hastalarında 0.86, psikiyatri hastalarında 0.88 olarak bulunmuştur (Eker ve Arkar, 1995). Ölçeğin bizim çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.746 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarından özel kişi desteğinin

çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.955, aile desteğinin çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.790, arkadaş desteğinin Cronbach alpha katsayısı 0.889 olarak bulundu.

3.6.4. Medikal araştırma kurulu skalası (MRCS)

İlk olarak Fletcher tarafından akciğer hastalığı olan ile olmayan kişilerin aktivite sırasındaki dispne şiddetlerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır. Daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu hastalığın doğal seyrinin izlenmesi amacıyla bu ölçeği daha geliştirilmiş şekliyle kullanıma sunmuştur. Medikal Araştırma Kurulu Skalası, dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuş beş maddeli bir ölçektir. Ölçek maddelerinde 1- dispne yok (düz yerde hafif hızla hareket ederken ve ya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok), 2- hafif dispne (düz yerde hızlı hareket ederken ve ya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var), 3- orta şiddette dispne (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar), 4- şiddetli dispne (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur), 5- çok şiddetli dispne (evde günlük işlerini yaparken”elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tuvalete girerken” nefessiz kalır) şeklinde gruplandırma yapılmaktadır. Ölçekte, hastalardan kendilerinde dispne oluşturan aktivite düzeyini işaretlemeleri istenmektedir (Dilek ve Yıldız, 2013).

3.6.5. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzeyini ölçmektedir. Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta, her bir madde 0-3 arası puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998). Ölçeğin bizim çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.674 olarak bulundu. Ölçekten alınan 0-7 puan minimal düzeyde anksiyete belirtilerini, 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete belirtilerini, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete belirtilerini, 26- 63 puan şiddetli anksiyete belirtilerini ifade etmektedir (Hynninen, Pallesen ve Nordhus, 2007).

3.6.6. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtilerin düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Her birinde 4 seçenek bulunan 21 kategoriden oluşan ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988). Ölçeğin bizim çalışmamız için Cronbach alpha katsayısı 0.644 olarak bulundu. Ölçekte 0-9 puan normal, 10-18 puan hafif depresyon belirtisi, 19-29 puan orta düzeyde depresyon belirtisi, 30-63 puan şiddetli düzeyde depresyon belirtisi durumunu göstermektedir (Ulubay ve diğerleri, 2009).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler

1. Beck Anksiyete Ölçeği'nin toplam puanı
2. Beck Depresyon Ölçeği'nin toplam puanı

3.7.2. Bağımsız değişkenler

Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, evinin ısınma şekli, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, daha önceden depresyon ya da kaygı nedeniyle doktora gitme durumu, depresyon ya da kaygı nedeniyle doktor tanısı alma durumu, depresyon ya da kaygı nedeniyle ilaç kullanma durumu, depresyon ya da kaygı nedeniyle ilaç kullananların ilaç kullanım süresi, uyku sorunu yaşama durumu, günlük yaşam aktivitesinde yardım alma durumu, KOAH evresi, KOAH nedeniyle düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, KOAH tedavisine yönelik evde yardımcı cihaz kullanma durumu, KOAH dışında tanısı konulmuş herhangi bir ek hastalık durumu, KATZ GYA Ölçeği toplam puanı, MRCS şiddeti, MSPSS alt boyutları toplam puanı olarak tespit edildi.

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırma için, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan izin alındı. Kurumsal izin, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe

Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı olarak, katılımcı izinleri aydınlatılmış onam ile yazılı olarak alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, belirtilen merkezlerin Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne hafta içi mesai saatleri içerisinde başvuran, bilişsel, zihinsel, işitsel ve görsel engeli bulunmayan, KOAH akut alevlenme döneminde olmayan stabil KOAH'lı bireyler arasından çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edildi. Bakımevinde kalan KOAH'lı bireyler, evde bakım alan, polikliniğe gelemeyecek durumda olan KOAH'lı bireyler ve acil polikliniğine başvuran KOAH'lı bireylerin dahil edilememesi araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı da, araştırmacının iki ayrı poliklinikte haftanın farklı günlerinde veri toplaması nedeniyle, belirtilen polikliniklere araştırmacının bulunmadığı zaman diliminde başvuran KOAH'lı bireylerin araştırmaya dahil edilememesidir.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında SPSS 15 programı ile yapıldı. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, $\pm$ standart sapma, lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Lojistik regresyon analizinde, olası risk faktörlerinin belirlenebilmesi için bağımsız değişkenler ile simple lojistik regresyon analizi yapıldı ve $p < 0.25$ alındı. Çıkan analiz sonuçlarına göre $p < 0.25$ olan bağımsız değişkenler ile multiple lojistik regresyon (backward LR metodu) analizi yapıldı (Hosmer ve Lemeshow, 2000) .

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n=250)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
25-49	21	8,4
50-59	66	26,4
60-69	92	36,8
70 ve üzeri	71	28,4
Cinsiyet		
Erkek	200	80
Kadın	50	20
Medeni durum		
Evli	200	80
Bekar	50	20
Eğitim durumu		
Okur-yazar ve ilkokul	159	63,6
Ortaokul ve üzeri	91	36,4
Gelir durumu algısı*		
İyi	59	23,6
Kötü	191	76,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	206	82,4
Geniş aile	23	9,2
Parçalanmış aile	19	7,6
Diğer**	2	0,8
Isınma şekli		
Doğalgaz	203	81,2
Kömür	47	18,8
Sigara kullanım durumu		
Halen içiyorum	61	24,4
İçiyordum, bıraktım	160	64
Hiç içmedim	29	11,6
Alkol kullanım durumu		
Hayır	218	87,2
Evet	32	12,8

*Bireylerin kendi bildirimine göre. **Bir kişi yalnız, diğer kişi huzurevinde yaşamakta

Çizelge 4.1.'de katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların, %80'i erkek, %65,2'si 60 yaş ve üzeri, %80'i evli, %36,4'ü ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindedir. %76,4'ü gelir durumu algısının kötü olduğu saptandı. %85,4'ü

çekirdek ailede yaşadığı, %81,2'sinin doğalgaz ile ısındığı,%24,4'ünün halen sigara içtiği, %12,8'inin alkol tükettiği saptandı.

4.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri

Çizelge 4.2. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri

Sağlık durumu (n:250)	Sayı	%
KOAH evresi		
Evre 1	10	4
Evre 2	95	38
Evre 3	97	38,8
Evre 4	48	19,2
KOAH dışında ek hastalık (n=250)		
Var	151	60,4
Yok	99	39,6
KOAH dışı ek hastalık grupları (n= 244*)		
Kalp- damar hastalıkları	123	49,2
Diyabet	44	17,6
Üriner sistem hastalıkları	43	17,2
Kanserler**	9	3,6
Diğer	25	10
Uyku sorunu yaşama(n=250)		
Evet	152	60,8
Hayır	98	39,2
Uykusuzluk yaşama (n=103)		
Evet	94	91,3
Hayır	9	8,7
Uykusuzluk türü (n=94)		
Uykuya dalamama	32	34
Sık uyanma	38	40,4
Erken uyanma	24	25,5
Uykusuzluk için ilaç kullanma (n=92)		
Evet	7	7,6
Hayır	85	92,4
Daha önceden depresyon ya da kaygı nedeniyle doktora gitme (n=250)		
Evet	23	9,2
Hayır	227	90,8
Depresyon ya da kaygı nedeniyle doktor tanısı alma (n=23)		
Evet	17	73,9
Hayır	6	26,1
Depresyon ya da kaygı nedeniyle ilaç kullanan (n=17)		
Evet	12	70,6
Hayır	5	29,4
KOAH için tıbbi kontrollere düzenli gitme durumu		
Evet	145	58
Hayır	105	42

*Birden fazla hastalık belirtildiği için n sayısı artmıştır. Yüzdeler toplam hastalık sayısı üzerinden alınmıştır. ** ek hastalık içerisinde kanser olanların hiçbirisi akciğer kanseri değildir.

Çizelge 4.2.'de katılımcıların %19,2'si evre 4 KOAH'tır, %60,4'ünün KOAH dışında ek hastalığı olduğu ve KOAH dışı ek hastalıkların %49,2'sini kalp-damar hastalıkları oluşturduğu saptandı. %60,8'i uyku sorunu yaşadığını bildirmiştir. Uyku sorunu yaşayanların %91,3'ünün uykusuzluk yaşadığı, en çok yaşanan uykusuzluk türünün %40,4 ile sık uyanma olduğu, uykusuzluk için ilaç kullanma oranının %7,6 olduğu saptandı. Daha önceden depresyon ya da kaygı nedeniyle doktora gitme oranı %9,2, doktora gidenlerden depresyon ya da kaygı nedeniyle doktor tanısı alanların oranı %73,9, doktor tanısı alanlardan depresyon ya da kaygı nedeniyle ilaç kullanım oranı %70,6'dır. KOAH için düzenli tıbbi kontrollere gitme oranı ise %58 olarak saptandı.

4.3. Katılımcıların Yardım Alma ve KOAH İçin Yardımcı Cihaz Kullanma Durumlarına İlişkin Özellikleri

Çizelge 4.3. Katılımcıların yardım alma ve KOAH için yardımcı cihaz kullanma durumlarına ilişkin özellikleri

	Sayı	%
Günlük yaşam aktivitelerinizde size kim yardımcı oluyor		
Eşim	41	16,4
Çocuklarım	21	8,4
Yardıma ihtiyacım yok	188	75,2
KOAH tedavisi için evde yardımcı cihaz kullanma durumu		
Evet	99	39,6
Hayır	151	60,4
Kullanılan yardımcı cihaz (n=193)*		
Nebulizatör	86	83,9
Oksijen konsantratörü	74	70,8
BİPAP	33	33,3
Kullanılan yardımcı cihaz sayısı (n=99)		
Bir yardımcı cihaz kullanan	31	31,3
Birden fazla yardımcı cihaz kullanan	68	68,7

*n = toplam yardımcı cihaz sayısı

Çizelge 4.3.'de katılımcıların %75,2'nin günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymadığı, %39,6'nin KOAH tedavisine yönelik evde yardımcı cihaz kullandığı, %68,7'nin KOAH için birden fazla yardımcı cihaz kullandığı saptandı.

4.4. Katılımcıların GYA Ölçeği, Dispne, Sosyal Destek, Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Çizelge 4.4. Katılımcıların GYA ölçeği, dispne, sosyal destek, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlara göre dağılımı (n=250)

Ölçekler	Sayı	%
KATZ GYA Ölçeği ($\bar{x}=5,44\pm,952$)		
Bağımsız	211	84,4
Orta bağımlı	36	14,4
Bağımlı	3	1,2
MRCS($\bar{x}=3,12\pm1,150$)		
1-Dispne yok	5	2
2-Hafif dispne	91	36,4
3-Orta şiddette dispne	67	26,8
4-Şiddetli dispne	42	16,8
5-Çok şiddetli dispne	45	18
Beck Anksiyete Ölçeği ($\bar{x}=12,34\pm4,29$)		
Minimal	23	9,2
Hafif	174	69,6
Orta	51	20,4
Şiddetli	2	0,8
Beck Depresyon Ölçeği($\bar{x}=13,91\pm4,990$)		
Normal	43	17,2
Hafif	165	66,0
Orta	42	16,8
MSPSS Ölçeği ($\bar{x}=60,77\pm12,209$)		

Çizelge 4.4.'de KATZ GYA Ölçeği'ne göre katılımcıların %84,4'ü günlük yaşam aktivitesinde bağımsız, MRCS'ye göre %18'inde çok şiddetli dispne mevcut, Beck Anksiyete Ölçeği puanına göre %20,4'de orta düzeyde anksiyete belirtisi, Beck Depresyon Ölçeği puanına göre %16,8'de orta düzeyde depresyon belirtisi olduğu, MSPSS puan ortalamasının 60,77 olduğu saptandı.

4.5. Katılımcıların MSPSS Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanla İlişkin Özellikleri

Çizelge 4.5. Katılımcıların MSPSS Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanla İlişkin Özellikleri

Sosyal Destek	$\bar{x}, \pm$
Aile Desteği	24,472 $\pm$ 3,871
Özel Kişi Desteği	20,144 $\pm$ 6,716
Arkadaş Desteği	14,28 $\pm$ 7,368

Çizelge 4.5.'de KOAH'lı bireylerin MSPSS alt boyutlarından aile desteği puan ortalamasının, sosyal desteğin diğer alt boyutlarının puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptandı.

4.6. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

4.6.1. Depresyon Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler

Depresyon oluşumu, BDÖ puanı 19 ve üzeri olanlar depresyon belirtisi olan, daha aşağı puan alanlar depresyon belirtisi olmayan şeklinde analize dahil edildi. Depresyon bağımlı değişkeni ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, MRCS, MSPSS alt boyutları toplam puanı, KOAH için evde yardımcı cihaz kullanımı, KOAH evresi, KATZ GYA ölçeği ve KOAH dışı ek hastalık durumu bağımsız değişkenleri kullanılarak Backward: LR metodu ile multiple lojistik regresyon analizi yapıldı.

Çizelge 4.6. Depresyon Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler

	β	Wald	p	Odds (%95GA)
MRCS				
Dispne yok ve hafif dispne*	-	21.719	.000	-
Orta dispne	1.227	3.723	.054	3.413(.981-11.873)
Şiddetli dispne	1.839	8.202	0.004	6.290(1.787-22.142)
Çok şiddetli dispne	2.682	19.271	0.000	14.614(4.413-48.393)
MSPSS alt boyutu				
Özel kişi desteği	-0.98	14.478	.000	.907(.862-.954)
Constant	-1.242	3.348	0.67	.289

*referans alınan kategori

Çizelge 4.6.1’de yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre şiddetli dispnesi olanlarda, dispnesi olmayan ve hafif dispnesi olanlara göre 6.290 kat, çok şiddetli dispnesi olanlarda, dispnesi olmayan ve hafif dispnesi olanlara göre 14.614 kat depresyon gelişme riski olduğu, özel kişi desteği az olanlarda 1.1 kat depresyon gelişme riski olduğu saptandı.

4.6.2. Anksiyete Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler

Anksiyete oluşumu, BAÖ puanı 16 ve üzeri olanlar anksiyete belirtisi olan, daha aşağı puanı olanlar anksiyete belirtisi olmayan şeklinde analize dahil edildi. Anksiyete bağımlı değişkeni ile gelir durumu algısı, KATZ GYA ölçeği, KOAH evresi, KOAH dışı ek hastalık durumu, KOAH için evde yardımcı cihaz kullanımı, MSPSS alt boyutları toplam puanı, MRCS bağımsız değişkenleri kullanılarak Backward: LR metodu ile multiple lojistik regresyon analizi yapıldı.

Çizelge 4.7. Anksiyete Belirti Düzeyini Etkileyen Faktörler

	β	Wald	p	Odds(%95GA)
MRCS				
Dispne yok ve hafif dispne*	26.522	-	0.000	-
Orta dispne	1.020	4.073	0.044	2.774(1.030-7.472)
Şiddetli dispne	1.740	11.408	0.001	5.700(2.076-15.647)
Çok şiddetli dispne	2.409	23.849	0.000	11.125(4.230-29.257)
Constant	-2.543	41.958	0.000	.079

*referans alınan kategori

Çizelge 4.6.2’de yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre orta derece dispnesi olanlarda, dispnesi olmayan ve hafif dispnesi olanlara göre 2.774 kat, şiddetli dispnesi olanlarda, dispnesi olmayan ve hafif dispnesi olanlara göre 5.700 kat, çok şiddetli dispnesi olanlarda, dispnesi olmayan ve hafif dispnesi olanlara göre 11.125 kat anksiyete gelişme riski olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

KOAH, tüm dünyada önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Gün geçtikçe artış gösteren mortalite ve morbiditesi nedeniyle ciddi iş göremezlik ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Köktürk, 2017). Günümüzde KOAH dünya genelinde en önemli ölüm nedenleri arasında 4. sırada bulunmakta, bu sıralamanın 2020'ye kadar 3.sıraya yükseleceği düşünülmektedir (GOLD, 2019). 2000 yılında ABD'de KOAH nedeniyle 119 bin ölüm, 726 bin hastane yatışı, 1,5 milyon hastane acil servis başvurusu gerçekleşmiştir (Marino ve diğerleri, 2008). KOAH'ın kronik bir hastalık olması, bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan birden fazla sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olmakta, karşılaşılan bu sorunlar neticesinde KOAH'lı bireyler depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunlarla, genel popülasyona oranla daha sık karşılaşmaktadır (Afşar ve diğerleri, 2012).

KOAH'ı olan bireylerin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda, depresyon bağımlı değişkenini etkileyen bağımsız değişkenler değerlendirildi. Bu amaçla yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre; dispne şiddeti arttıkça depresyon belirtilerinin önemli düzeyde arttığı ve özel/önemli kişiden gelen algılanan sosyal desteğin azalmasının depresyon belirtilerinin artmasında anlamlı derecede risk oluşturduğu saptandı (Çizelge 4.6.1). Anksiyete belirti düzeyini artıran risk faktörünün ise dispne şiddeti olduğu saptandı. Dispnesi hafif olan ya da dispnesi mevcut olmayan bireylere göre dispne şiddeti arttıkça anksiyete belirti düzeyinin ciddi oranda arttığı, en yüksek riskin çok şiddetli dispne olduğu belirlendi (Çizelge 4.6.2). Elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda aşağıda tartışıldı.

5.1. KOAH'lı Bireylerin Depresyon Belirti Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Dispne, hareketle birlikte artan nefes darlığı, hava açlığı ve ya solunum yetmezliği olarak tanımlanmakta ve KOAH'lı bireyleri medikal destek arayışına iten en önemli belirti olarak belirtilmektedir. KOAH'taki en temel problemlerin başında dispne gelmekte ve hastalığa eşlik eden diğer problemlerin de kaynağını oluşturmaktadır (Akwe ve Fair, 2016; Gökçek, Hüzmeli ve Katayıfçı, 2019). Çalışmamızda MRCS'ye göre şiddetli dispne yaşayan KOAH'lı bireylerde, dispnesi olmayan veya hafif dispne yaşayan bireylere göre 6.290 kat daha fazla depresyon gelişme riski olduğu ($p=0.004$), çok şiddetli dispne yaşayan bireylerde,

dispnesi olmayan veya hafif dispne yaşıyan bireylere göre 14.614 kat daha fazla depresyon gelişme riski olduğu saptandı ($p=0.000$, Çizelge 4.6.1). Neuman ve diğerleri (2006)'nin 515 erişkin bireyde yaptıkları çalışmada, dispne'nin bireylerde depresyon oluşumunda etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Gökçek, Hüzmeli ve Katayıfçı (2019)'nin çalışmasında, dispne şiddeti arttıkça depresyon görülme riskinin arttığı saptanmıştır. Schane ve diğerleri (2008)'nin KOAH'lı bireyler ile yaptıkları çalışmada, dispne depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır. Negi ve diğerleri (2014)'nin stabil KOAH'lı bireyler ile yaptıkları çalışmada, dispne depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Dispnenin KOAH'lı bireylerde depresyon belirti düzeyini etkileyen faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi KOAH hastalığında da sosyal çevreden alınan destek bireyin hastalıkla baş etme, tedavi ve rehabilitasyona uyumu ve hastalık şiddetinin ilerlemesinin önlenmesinde önemlidir (DiNicola ve diğerleri, 2013). KOAH'ta hastalığın ilerlemesi, semptomlarda meydana gelen artış ve sosyal rol değişiklikleri bireylerin mevcut sosyal ağları ile olan etkileşimlerini olumsuz etkileyebilmekte, aynı zamanda sosyal destek kaynaklarına olan ihtiyacının da artış göstermesine neden olurken, ihtiyaç duyulan sosyal desteğin sağlık profesyonellerince belirlenme gereksinimi ortaya çıkabilmektedir (Skumlien ve diğerleri, 2006; Gardiner ve diğerleri, 2010). Çalışmamızda MSPSS alt boyutlarından özel kişi desteği düşük olan bireylerde 1.1 kat daha fazla depresyon gelişme riski olduğu saptandı ($p=0.000$, Çizelge 4.6.1). Van Manen ve diğerleri (2002)'nin çalışmasında yalnız yaşayanlarda depresyon gelişme riski yüksek bulunmuştur. Lee ve diğerleri (2018)'nin KOAH'lı bireyler ile yaptığı çalışmada, yalnız yaşamak depresyon oluşumu için risk faktörü olarak saptanmıştır. Xu ve diğerleri (2008)'nin stabil KOAH'lı birey yaptığı çalışmada evli olmamak depresyon gelişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır. Yalnız yaşamak özel kişilerden gelen sosyal desteğin az olması olarak değerlendirilebilir. Bu durumda bahsedilen çalışmaların bulguları özel kişi desteğinin yetersizliğinin depresyon belirti düzeyi ilişkisine işaret etmektedir. Araştırma sonuçları yalnız olmanın, bekar olmanın ve algılan özel kişi desteğinin düşük olmasının depresyon riskini artırdığı şeklinde değerlendirilebilir.

5.2. KOAH'lı Bireylerin Anksiyeteye Belirti Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH'ta hastalığın ilerlemesi ile birlikte artış gösteren dispne şiddeti, bireylerin egzersiz performansını, hareket kabiliyetini, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsız fonksiyonlarını kısıtlayabilmekte, bireylerin anksiyete semptomlarını daha fazla deneyimlemelerine yol açmaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2010; Culpepper, 2009). Dispne, KOAH'ta en sık karşılaşılan, şiddeti zaman zaman ve kişiden kişiye göre değişen, akut alevlenme döneminde artış gösteren bir semptomdur. KOAH'ta ortaya çıkan solunum yetmezliği sonucunda hipoksi, hiperkapni oluşmakta, bu durum doğrudan beyin fonksiyonlarını etkileyerek, çeşitli kognitif bozukluklara ve bellek işlev bozukluklarına yol açmaktadır (Çevirme, 2008; Erdoğan ve diğerleri, 2010). KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyetenin sık görülmesini açıklamada üzerinde durulan hipotezlerden biri de hipoksinin bu nörolojik etkilerinin aynı mekanizma ile psikolojik tabloların oluşmasında da etkili olabileceğidir (Bratek ve diğerleri, 2015). Bireylerin nefes alış verişinde zorlanması, anksiyetenin de en önemli nedenidir (Barnes ve Celli, 2009). Çalışmamızda orta şiddette dispne yaşayan bireylerde anksiyete riskinin 2.7 kat ($p=0.044$), şiddetli dispnesi olan bireyler 5.7 kat ($p=0.001$), çok şiddetli dispne yaşayan bireylerde ise 11.125 kat arttığı ($p=0.000$) saptandı (Çizelge 4.6.2). Neuman ve diğerleri (2006)'nin erişkin bireylerde yaptığı çalışmada, dispnenin bireylerde anksiyete oluşumunda etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Janssens ve diğerleri (2011)'nin pulmoner rehabilitasyon programına aldıkları KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada, dispne anksiyete ile ilişkili bir faktör olarak saptanmıştır. Kapıöz (2011)'in yatarak tedavi gören KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada MRCS, anksiyete oluşumunda etkili faktör olarak saptanmıştır. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Bu sonuçlar dispne şiddetinin anksiyete belirti düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KOAH'lı bireylerin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şöyledir;

- KATZ GYA Ölçeği'ne göre bireylerin %84,4'ü bağımsızdır.
- MSPSS puan ortalaması $60,77 \pm 12,209$ 'dir.
- MSPSS alt boyutunda aile desteği puan ortalaması $24,472 \pm 3,871$ 'dir.
- MSPSS alt boyutunda özel kişi desteği puan ortalaması $20,144 \pm 6,716$ 'dır.
- MSPSS alt boyutunda arkadaş desteği puan ortalaması $14,28 \pm 7,368$ 'dir.
- MRCS'ye göre bireylerin %63,2'sinde hafif ve orta şiddette dispne mevcuttur.
- Beck depresyon ölçeği puan ortalaması $13,91 \pm 4,990$ 'dir.
- Beck anksiyete ölçeği puan ortalaması $12,34 \pm 4,29$ 'dir.
- Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; depresyon oluşumunu etkileyen faktörler MSPSS alt boyutu özel kişi desteği ve dispne olarak saptandı.
- Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; anksiyete oluşumunu etkileyen faktör ise, dispne olarak saptandı.

Elde edilen bulgularla araştırma soruları için oluşan yanıtlar aşağıda yer almaktadır:

1. KOAH'lı bireylerin yaklaşık %84'ünde hafif ya da orta düzeyde depresyon belirtisi mevcuttur.
2. KOAH'lı bireylerin %90'ında hafif ya da orta düzeyde anksiyete belirtisi mevcuttur.
3. KOAH'lı bireylerde depresyon belirti düzeyini arttıran risk faktörleri; dispne şiddeti ve algılanan özel kişi desteğinin yetersizliğidir.
4. KOAH'lı bireylerde anksiyete belirti düzeyini arttıran risk faktörü dispne şiddetidir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri göz önünde bulundurularak rutin kontroller sırasında depresyon ve anksiyete belirtilerinin de değerlendirilmesi önerilir.
- Yetersiz sosyal destek ve şiddetli dispnesi olan bireylerin depresyon ve anksiyete için risk grubu olarak kabul edilmesi ve gerektiğinde konültasyon liyezon psikiyatri ile işbirliği yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abul, Y., Özlü, T. (2013). Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 7-12.
- Afşar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S., Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 260-267.
- Akbay, S., Kurt, B., Ertürk, A., Gülhan, M., Çapan, N. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Testi ile İlişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 49(3), 338-44.
- Akwe, J., Fair, N. (2016). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Overview of Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, Staging and Management. *International Journal of Clinical and Experimental Medical Sciences*, 2(2), 13-25.
- Algül, A., Ateş, M. A., Semiz, Ü. B. (2007). Depresyon Etiyolojisinde Çağdaş Modeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(47), 6-11.
- Ambrosino, N., Scano, G. (2004). Dyspnoea and its measurement. *Breathe*, 1(2), 100-107.
- Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2), 63-68.
- Ashmore, J. A., Emery, C. F., Hauck, E. R., Macintyre, N. R. (2005). Marital adjustment among patients with chronic obstructive pulmonary disease who are participating in pulmonary rehabilitation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 34(4), 270-278.
- Atlantis, E., Fahey, P., Cochrane, B., Smith, S. (2013). Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*, 144(3), 766-777.
- Balmes, J., Becklake, M., Blanc, P., Henneberger, P. (2003). American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 167(5), 787-797.
- Barnes, P., Celli, B. (2009). KOAH’nın Sistemik Belirtileri ve Komorbiditeleri. *Eur Respir J*, 33(5), 1165-1185.
- Bellia, V., Catalano, F., Scichilone, N., Incalzi, R. A., Spatafora, M., Vergani, C., Rengo, F. (2003). Sleep disorders in the elderly with and without chronic airflow obstruction: the SARA study. *Sleep*, 26(3), 318-323.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.

- Bratek, A., Zawada, K., Beil-Gawelczyk, J., Beil, S., Sozańska, E., Krysta, K., Barczyk, A., Krupka-Matuszczyk, I., Pierzchała, W. (2015). Depressiveness, symptoms of anxiety and cognitive dysfunctions in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): possible associations with inflammation markers: a pilot study. *J Neural Transm*, 122(1), 83-91.
- Catalfo, G., Crea, L., Castro, T. L., San Lio, F. M., Minutolo, G., Siscaro, G., Vaccino, N., Crimi, N., Aguglia, E. (2016). Depression, body mass index, and chronic obstructive pulmonary disease—a holistic approach. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 239-249.
- Cully, J. A., Graham, D. P., Stanley, M. A., Ferguson, C. J., Sharafkhaneh, A., Soucek, J., Kunik, M. E. (2006). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*, 47(4), 312-319.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(2), 20-24.
- Çakır, S. (2009). Genel Tıpta Depresyon. *Klinik Gelişim*, 22(4), 61-64.
- Çetinkaya, M. (2003). *Trabzon'da 30 Yaş ve Üstü Nüfusta KOAH Prevalansı*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, 21-26.
- Çevirme, L. (2008). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda solunum fonksiyonlarının, yaşam kalitesinin, anksiyete ve depresyonun alevlenme sayısına etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 33-38.
- Demiralp, M., Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.
- Dilek, K., Yıldız, H. (2013). Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri Ve Kullanım Sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 137-149.
- Di Nicola, G., Julian, L., Gregorich, S. E., Blanc, P. D., Katz, P. P. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of psychosomatic research*, 74(2), 110-115.
- Eisner, M. D., Balmes, J., Katz, P. P., Trupin, L., Yelin, E. H., Blanc, P. D. (2005). Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environmental Health*, 4(7), 1-8.
- Ekenler, Ş. (2017). *Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 21-31.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.

- Er Dedekargınlioğlu, B. (2014). *Koah'lı Hastalarda Atak ve Stabil Dönemi Belirlemede Yaşam Kalitesi Anketleri ile İnflamatuvar Parametrelerin Rolünün Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2-15.
- Erdinç, E., Polatlı, M., Kocabaş, A., Yıldırım, N., Gürgün, A., Saryal, S., Köktürk, N., Yarkin, T., Kıyanı, E., Uzaslan, E. (2010). Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2010. *Türk Toraks Dergisi* , 11(1), 1-66.
- Fang, L., Gao, P., Bao, H., Tang, X., Wang, B., Feng, Y., Cong, S., Juan, J., Fan, J., Lu, K. (2018). Chronic obstructive pulmonary disease in China: a nationwide prevalence study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 6(6), 421-430.
- Fritzsche, A., Clamor, A., Von Leupoldt, A. (2011). Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD—a review. *Respiratory medicine*, 105(10), 1422-1433.
- Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., Ruse, C., Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: an overview of the literature. *Respiratory medicine*, 104(2), 159-165.
- Gökçek, Ö., Hüzmeli Doğru, E., Katayıfçı, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(1), 84-88.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C. S., Brøndum, E., Nieminen, M. M., Aine, T., Hallin, R., Bakke, P. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory medicine*, 100(1), 87-93.
- Günay, Z. (2008). *Koah tanısında birinci basamakta kullanılabilecek tanı testi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2-18.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Hill, K., Geist, R., Goldstein, R., Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *European respiratory journal*, 31(3), 667-677.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: a systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual review of psychology*, 4(69), 437-458.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression: Second Edition* (s; 95-97). Canada: A- Wiley -Interscience Publication.

- Hynninen, M. J., Pallesen, S., Nordhur, I. H. (2007). Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. *International Journal of COPD*, 2(3), 323-328.
- İncirkuş, K., Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
- İnternet: GOLD. (2014). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2014. Erişim Adresi: www.goldcopd.org, Erişim Tarihi: 02.02.2019.
- İnternet: GOLD. (2017). Pocket Guide To COPD Diagnosis, Management, And Prevention - A Guide for Health Care Professionals. Erişim Adresi: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>, Erişim Tarihi: 27.12.2018.
- İnternet: GOLD. (2019). Global Strategy For The Diagnosis, Management And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2019 Report. Erişim Adresi: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>, Erişim Tarihi: 03.02.2019.
- İnternet: WHO. (2017). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> , Erişim Tarihi: 02.01.2019.
- İnternet: WHO. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>, Erişim Tarihi: 03.02.2019.
- Janssens, T., De Peuter, S., Stans, L., Verleden, G., Troosters, T., Decramer, M., Van Den Bergh, O. (2011). Dyspnea Perception in COPD: association between anxiety, dyspnea-related fear, and dyspnea in a pulmonary rehabilitation program. *Chest*, 140(3), 618-625.
- Jørgensen, N., Schwarz, P., Holme, I., Henriksen, B., Petersen, L. J., Backer, V. (2007). The prevalence of osteoporosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease—a cross sectional study. *Respiratory medicine*, 101(1), 177-185.
- Kapısız, Ö. (2011). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Algıları İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 17-28.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The gerontologist*, 10(4), 20-30.
- Kayhan, F. (2011). *Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, 2-10.

- Kılıç, Z., Özçelik, H. (2014). Management of the frequently observed symptoms in advance stage chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Chest Diseases and Critical Care*, 1(2), 85-91.
- Kocabaş, A. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113.
- Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdiñ, E., Ergan, B., Gürgün, A., Köktürk, N., Polatlı, M., Şen, E., Yıldırım, N. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Koruma, Tani ve Tedavi Raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15, 1-76.
- Korkmaz, T. (2008). *Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) tanısı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 8-30.
- Korkmaz, T., Tel, H. (2010). KOAİ'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 79-86.
- Köktürk, N., Gürgün, A., Şen, E., Kocabaş, A., Polatlı, M., Naycı, A. S., Çöplü, L., Elmas, F., Tellioglu, E., Erdiñ, E. (2017). Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Raporuna Bakışı, 1-30.
- Lee, J. H., Park, M., Park, M. J., Jo, Y. S. (2018). Clinical characteristics and related risk factors of depression in patients with early COPD. *International Journal of COPD*, 13, 1583–1590.
- Lenferink, A., Van Der Palen, J., Effing, T. (2018). The role of social support in improving chronic obstructive pulmonary disease self-management. *Taylor & Francis*, 12(8), 623-626.
- Maleki-Yazdi, M. R., Kelly, S. M., Lam, S. S., Marin, M., Barbeau, M., Walker, V. (2012). The burden of illness in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease in Canada. *Canadian respiratory journal*, 19(5), 319-324.
- Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P., Alexopoulos, G. S. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 3(4), 713–718.
- May, S. M., Li, J. T. (2015). Burden of chronic obstructive pulmonary disease: healthcare costs and beyond. *Allergy and asthma proceedings*, 2015. OceanSide Publications, 36(1), 4-10.
- Mehany, M. M., Elaali, E. M. A., Kamel, M. (2016). Effect of Specific Nursing Intervention on Respiratory Status of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) During Acute Exacerbation. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 77-84.
- Negi, H., Sarkar, M., Raval, A. D., Pandey, K., Das, P. (2014). Presence of depression & its risk factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Indian journal of medical research*, 139(3), 402-408.

- Neuman, Å., Gunnbjörnsdottir, M., Tunsäter, A., Nyström, L., Franklin, K. A., Noraman, E., Janson, C. (2006). Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study. *Respiratory medicine*, 100(10), 1843-1849.
- Nojomi, M., Afshar, A. E., Saberi, M. (2011). Prevalence of anemia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pak J Med Sci* 27(5), 1046-1050.
- Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklara Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özkaptan, B. B., Kapucu, S. (2015). KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- Panagioti, M., Scott, C., Blakemore, A., Coventry, P. A. (2014). Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 9, 1289-1306.
- Putcha, N., Drummond, M. B., Wise, R. A., Hansel, N. N. (2015) Comorbidities and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, influence on outcomes, and management. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 36(4), 575-591.
- Qaseem, A., Wilt, T. J., Weinberger, S. E., Hanania, N. A., Criner, G., Van Der Molen, T., Marciniuk, D. D., Denberg, T., Schunemann, H., Wedzicha, W. (2011). Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Annals of internal medicine*, 155(3), 179-191.
- Qian, J., Simoni-Wastila, L., Langenberg, P., Rattinger, G. B., Zuckerman, I. H., Lehmann, S., Terrin, M. (2013). Effects of depression diagnosis and antidepressant treatment on mortality in Medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 754-761.
- Schane, R. E., Woodruff, P. G., Dinno, A., Covinsky, K. E., Walter, L. C. (2008). Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of general internal medicine*, 23(11), 1757-1762.
- Skumlien, S., Hagelund, T., Bjørtuft, Ø., Ryg, M. S. (2006). A field test of functional status as performance of activities of daily living in COPD patients. *Respiratory Medicine*, 100, 316-323.
- Tsai, T. Y., Livneh, H., Lu, M. C., Tsai, P. Y., Chen, P. C., Sung, F. C. (2013). Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health*, 13(976), 1-7.
- Tutuk, S. P. M., Altun, Ö. Ş. (2014)a. KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Merhaba*, 23(6), 216-224.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

- Uçan, E. S., Durna, Z., Olgun, N., Akyıl, R. Ç (Eds). (2018). Göğüs Hastalıkları Hemşireliği (s. 358-394). Ankara: Toraks Kitapları.
- Ulubay, G., Ulaşlı, S., Akıncı, B., Görek, A., Akçay, Ş. (2009). KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Turk J Tubercul Torax*, 57(2), 169-176.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., Erkmen, H. (1998). the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Uzun, K., Maden, E. (2013). KOAH'da Sistemik Sorunlar ve Yaklaşım. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 152-160.
- Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G., Kalaça, S., Sözmen, K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. *Ankara: Sağlık Bakanlığı*, 207-218.
- Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 21-66.
- Ünüvar, N. (2006). Turkey National Burden of Disease and Cost-Effectiveness Study, National Household Survey 2003. Basic Findings. Ankara, Ministry of Health, 26-50.
- Van Manen, J., Bindels, P., Dekker, F., Ijzermans, C., Van Der Zee, J., Schade, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinant. *Thorax*, 57(5), 412-416.
- Vestbo, J., Hur, S. S., Rodriguez-Roisin, R. (2012). The 2011 revision of the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD)–why and what? *The clinical respiratory journal*, 6(4), 208-214.
- Willgoss, T. G., Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respiratory care*, 58(5), 858-866.
- Wilson, I. (2006). Depression in the patient with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 1(1), 61-64.
- Xu, W., Collet, J. P., Shapiro, S., Lin, Y., Yang, T., Platt, R. W., Wang, C., Bourbeau, J. (2008). Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 178(9), 913-920.
- Yohannes, A. M., Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23(133), 345-349.
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., Connolly, M. J. (2006). Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Age and Ageing*, 35(5), 457-459.

EKLER

EK-1. Tanıtıcı özellikler bilgi formu

- 1) Adı- Soyadı:
- 2) Dosya numarası:
- 3) Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek
- 4) Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar
- 5) Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur- yazar ve İlkokul b) Ortaokul ve üzeri
- 6) Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
a) İyi b) Kötü
- 7) Aile tipinizi belirtiniz. (Aile tipine karar veremediyeniz, ailede yaşayan kişileri belirtiniz.)
a) Çekirdek aile (anne, baba, kardeşler)
b) Geniş aile (anne, baba, kardeşler, büyükanne- büyükbaba)
c) Parçalanmış aile (tek ebeveyn, çocuk)
d) Diğer.....
- 8) Evinizin ısınma şekli nedir?
a) Doğalgaz b) Kömür sobası
- 9) Sigara kullanıyor musunuz?
a) Evet, halen içiyorum b) İçiyordum, bıraktım c) Hiç içmedim

EK-1. (devam) Tanıtıcı özellikler bilgi formu

10) Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

11) Yaşamınızın herhangi bir döneminde depresyon ya da kaygı (bunalma hissi, kötü şeyler olacağı hissi, çarpıntı, hastalık korkusu, başarısız olma korkusu) nedeniyle doktora gittiniz mi? (Cevabınız “Hayır” ise 15. Soruya geçiniz.)

- a) Evet b) Hayır

12) Bu nedenle doktor tanısı aldınız mı? (Cevabınız “ Hayır” ise 15. Soruya geçiniz)

- a) Evet (Tanınız nedir?) b) Hayır

13) Bu sorunlar nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet (İlacın adını belirtiniz.....) b) Hayır

14) Ne kadar süredir bu ilacı kullanıyorsunuz? Belirtiniz.

15) Uyku sorunu yaşıyor musunuz? (Cevabınız “Hayır” ise 19. Soruya geçiniz.)

- a) Evet b) Hayır

16) Uykusuzluk yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

17) Ne tür uykusuzluk yaşıyorsunuz?

- a) Uykuya dalamam b) Sık uyanma c) Erken uyanma

18) Uykusuzluk için ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

19) Günlük yaşam aktiviteleriniz için size kim yardımcı oluyor?

- a) Eşim b) Çocuklarım c) Bakıcım d) Yardıma ihtiyacım yok

EK-2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 puan)	Bağımlı (0 puan)
Banyo yapma		Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme		Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma		Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor
Transfer		Yataktan kanepeye ya da tersi etkinliği tek başına veya baston vb. Cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmı veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans		Defakasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmı veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut.
Beslenme		Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor.	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç.

Toplam Katz GYA skoru:.....

EK-3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS)

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-4. Medikal araştırma kurulu skalası (Medical Research Council Scale-MRCS)

1- Dispne yok.	Düz yerde hafif hızla hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok.
2- Hafif dispne.	Düz yerde hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var.
3- Orta şiddette dispne	Düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar.
4- Şiddetli dispne	100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur.
5- Çok şiddetli dispne	Evde günlük işlerini yaparken (elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tualete giderken) nefessiz kalır.

EK-5. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç (0 puan)	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi (1 puan)	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim (2 puan)	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım (3 puan)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				

EK-5. (devam) Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BAÖ skoru:.....

EK-6. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek hakkında karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

EK-6. (devam) Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

EK-6. (devam) Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

(0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

(0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.

(2) Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

EK-6. (devam) Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

(0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

(0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme farketmedim.

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

(0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Toplam BDÖ skoru:.....

EK-7. Etik komisyon izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/03/2018-E.43146



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 05/01/2018 tarihli ve 14574941-199- 2547 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Şemsinur ABDULKERİM'in, Doç.Dr.Yeter KİTİŞ'in** danışmanlığında yürüttüğü *"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **06.03.2018** tarih ve **02** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-83

Ek:1 Liste



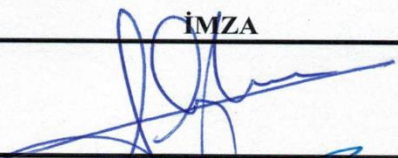
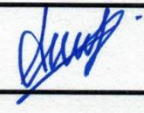
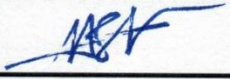
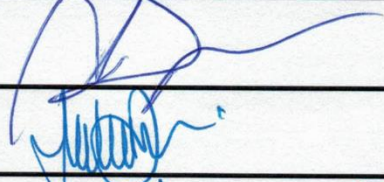
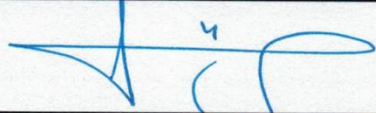
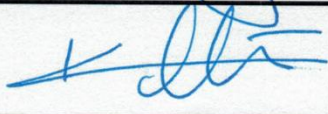
Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. (devam) Etik komisyon izni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 06/03/2018		TOPLANTI SAYISI : 02	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN			
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT		KATILANADI	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL		KATILANADI	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN			
Prof.Dr.Naciye YILDIZ		KATILANADI	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA			
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN			
Prof.Dr.C. Haluk BODUR			
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ			
Prof.Dr.Fusun DEMİREL			
Doç.Dr.Nihan KAFA			

EK-8. Kurum izni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



İADELİ TAAHHÜTLÜ

Sayı : 90169164-799
Konu : Şemsinur ABDULKERİM

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
(Emniyet Mah. Abant Sok. No: 10/2 E Blok Kat:5 P.K. 06500 Yenimahalle/ANKARA)

İlgi : (a) Şemsinur ABDULKERİM'in 05/04/2018 tarihli ve 66535686 barkodlu yazısı.
(b) 07/02/2018 tarihli ve 66691475 barkodlu yazımız.

İlgi (a)'da kayıtlı yazı ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Şemsinur ABDULKERİM'in sorumlu araştırmacısı Doç.Dr. Yeter KİTİŞ olan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasının yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı ilgi(b)'de kayıtlı yazı ile İlimiz Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gönderilmiştir.

Söz konusu çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, ilgili kurumlarda yapılması hususunda, ilgili Hastane Yöneticiliklerinin cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Mustafa Kemal BAŞARALI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EK: Yazı (3 sayfa)

Emrah Mahallesi Gülhane Kampüsü NO:87 Keçiören ANKARA

Bilgi için:Elif AL

Faks No:

Unvan:DİYETİSYEN

-Posta: elif.uyar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Geliştirilmesi Birimi

Telefon No:3063622

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d2ffa46a-c53a-4381-b706-318d02b30e50 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. (devam) Kurum izni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- ANKARA ATATÜRK GÖĞ. HAST. ve GÖĞ. CER. E.A.H
PERSONEL BİRİMİ
27/04/2018 12:47 - 53610172 - 799 - E.983
0000000400

Sayı : 53610172-799
Konu : Şemsinur ABDULKERİM
(Tez Çalışması)

ANKARA VALİLİĞİNE
İl Sağlık Müdürlüğü

İlgi: 06/04/2018 tarih ve 933 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Şemsinur ABDULKERİM'in sorumlu araştırmacısı Doç.Dr. Yeter KİTİŞ olan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışması uygulamasının yapılabilmesi için hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Uz. Dr. Mahmut Sami AKILLI
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK: 1

Kuşçagız Mah. Sanatoryum Cad. 271/1 Keçiören/ANKARA

Faks No:0312 567 70 00

e-Posta:husne.alakara@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ataturksanatoryumu.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 338c4971-cacb-4c17-9e98-a24073a10a51 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d2ffa46a-c53a-4381-b706-318d02b30e50 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:HÜSNE ALAKARA

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:03125677054

EK-8. (devam) Kurum izni

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURUL KARARI

KARAR NO:593

KARAR TARİHİ: 19/04/2018

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Şemsinur ABDULKERİM'in "KOAH'ı Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışmayı Doç.Dr. Yeter KİTİŞ sorumluluğunda yapmasının, Gazi Üniversitesi Etik Kurul kararıyla da sabit olmak kaydıyla çalışması hakkında TUEK üyelerine sözlü sunum yapmasının uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Yurdanur ERDOĞAN
Hastane Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Pınar ERGÜN
(Göğüs Hast. Ana Bilim Dalı)

Prof. Dr. Ülkü YILMAZ
(Göğüs Hast. Ana Bilim Dalı)

Doç. Dr. Koray AYDOĞDU
(Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı)

Doç. Dr. Aydın YILMAZ
Baştabip

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 338c4971-cacb-4c17-9e98-a24073a10a51 kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d2ffa46a-c53a-4381-b706-318d02b30e50 kodu ile erişilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. (devam) Kurum izni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-020/1021
Konu: Şemsinur ABDULKERİM

18/04/2018

Sayın Şemsinur ABDULKERİM

İlgi : 06.04.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınız Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından incelenmiş olup, yüksek lisans tez çalışmanızın yapılmasının uygun bulunduğuna dair 17.04.2018 tarih ve 173 sayılı cevabi yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. NECLA ÖZER
Erişkin Hastanesi Başhekimisi

EKLER :
Yazı (1 sayfa)



EK-8. (devam) Kurum izni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: 70038296-773/173
Konu: Şemsinur ABDULKERİM

17/04/2018

Erişkin Hastanesi Başhekimliği' ne

İlgi : 920 sayılı 06/04/2018 tarihli yazınız

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Şemsinur Abdülkerim "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Anabilim Dalımız polikliniklerinde yapmasında sakınca yoktur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. AHMET UĞUR DEMİR
Anabilim Dalı Başkanı



EK-9. Gönüllü olur formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2
10.10.2017T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 06/03/18 tarih / 02 sayı ile izin alınan* ve Şemsinur ABDULKERİM tarafından yürütülen bilimsel araştırmaya katılmanız için davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı KOAH olan yetişkin kişilerde duygusal tepkiler (depresyon ve Kaygı) görülüp görülmediğini ve görülüyorsa bununla ilişkili durumları belirlemektir. Çalışma iki hastanede yürütülecek (Hacettepe Üniversitesi ve Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve sizinle birlikte 250 kişi çalışmaya katılacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu çalışmada sizden beklenen oluşturulan sorulara yanıt vermenizdir. Soruların yanıtlanması yaklaşık 40 dakika sürecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca araştırma amacı ile kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	KOAH ı olan yetişkin bireylerde depresyon ve anksiyete görülme sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma için hazırlanan soruların çalışmaya katılmayı kabul eden KOAH ı bireylerce gerekirse araştırmacı yardımıyla doldurulması şeklinde yapılacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	Araştırma 19 Mart 2018 ile 30 Haziran 2018 tarihleri arasında yapılacaktır.
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	250
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Şemsinur ABDULKERİM	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi Cep: 05072064742	13/12/2017

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vası

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
---------------	--	---------------

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ABDULKERİM, Şemsinur
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 1986/Kaşgar
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0507 2064742
 e-mail : semsinur86@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD	Devam ediyor
Lisans	Dicle Üniversitesi Siirt Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	Dumlupınar Lisesi	2003

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2009-Devam ediyor	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce – Uygurca

Yayınlar

- ERSOY, E. O., **ABDULKERİM, Ş.**, ÖZ, A., ASLAN, G., KAVAK, P. B., FAKILI, D., TOPELİ, A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire İş Yükünün Değerlendirilmesi, Yoğun Bakım Dergisi, cilt: 8, 1-5, 2017.
- ZENGİN, H., ÖZ, A., KOÇYİĞİT, Ö., **ABDULKERİM, Ş.**, TOPELİ, A., ÜNAL, S. Hemşire Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Uyumun Sağlanması Üriner Sistem Enfeksiyonlarını Azaltabilir mi?: Ön Sonuçlar, 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2-6 Ekim 2013, Antalya (Sözlü Bildiri)

