



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOAH TANISI ALAN BİREYLERDE DİSPNE, ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATMA DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA- 2019





MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOAH TANISI ALAN BİREYLERDE DİSPNE, ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATMA DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi: Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Jüri Üyesi)

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

(Jüri Üyesi)

MANİSA- 2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10253169
Yazar Adı / Soyadı	FATMA DEMİREL ÖZDEMİR
T.C.Kimlik No	26861243608
Telefon	5061199952
E-Posta	fatma_deu@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Tezin Tercümesi	Assessment of the Relationship Between Dyspnea, Anxiety and Depression Levels in Individuals with COPD
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	39
Tez Danışmanları	PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ
Dizin Terimleri	Anksiyete=Anxiety ; Depresyon=Depression
Önerilen Dizin Terimleri	Dispne = Dyspnea KOAH = COPD

13.06.2019

İmza:..........

(Tez kitabına konulacak olan)

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Fatma DEMİREL'** in Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "**KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" kararı verilmiştir. 15/05/2019

Jüri Üyesi:

Prof. Dr. Sezgi Çınar PAKYÜZ (Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM (Ege Üniv. Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr.Üyesi Özden ÇAYDAM DEDELİ (MCBÜ Öğretim Üyesi)

İmza

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

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 17/05/19. tarih ve 15./36.... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bilal-i HABES GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü Vekili

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Fatma DEMİREL



TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğimi geliştirmek ve mesleğimde belirli bir alanda daha geniş bilgi ve deneyim sahibi olmak için başvurduğum yüksek lisans eğitiminin sonuna gelmiş bulunuyorum. Bu eğitim sürecim boyunca;

En başta öğrencisi olmaktan mutluluk ve gurur duyduğum, gerek mesleki gerek kişisel olarak ufkumu açan, destek ve yardımlarını esirgemeyen, ayrıca insani ve ahlaki olarak değerlerini örnek edindiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yardım istediğimde her zaman desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM'a

Çalışmam boyunca bana destek olan eşime, aileme ve arkadaşlarıma

Sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	7
4.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI	7
4.1.1.KOAH'ın Tanımı ve Epidemiyolojisi	7
4.1.2. KOAH'da Rol Oynayan Risk Faktörleri	7
4.1.3. Patoloji	9
4.1.4. Patogenez	10
4.1.5. Fiziopatoloji	10
4.1.6.Semptomlar	10

4.1.7. Tanı ve Evreleme	12
4.1.8. KOAH'lı Bireylerde Tedavi	13
4.1.8.1. Farmakolojik tedavi	14
4.1.8.2. Nonfarmakolojik tedavi	14
4.2. KOAH ve ANKSİYETE İLİŞKİSİ	15
4.3. KOAH ve DEPRESYON İLİŞKİSİ	16
4.4. KOAH'DA HEMŞİRELİK BAKIMI	17
5.GEREÇ VE YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Tipi	18
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
5.4. Araştırma Soruları	20
5.5. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	20
5.6. Veri Toplama Araçları	20
5.6.1. Hasta Tanıtım Formu	20
5.6.2. KOAH Değerlendirme Testi(CAT)	21
5.6.3. Medical Research Council Skalası	21
5.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	22
5.7. Veri Toplama Yöntemi	22
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	23
6. BULGULAR	24
7. TARTIşMA	30
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
9. KAYNAKLAR	36
10. EKLER	47
11. ÖZGEÇMİş	55

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1: Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre KOAH şiddetinin sınıflaması	12
Tablo 6.1. KOAH'lı bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=238)	24
Tablo 6.2. KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanına Maruz Kalmaya İlişkin Özellikleri (n=238)	25
Tablo 6.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=238)	25
Tablo 6.4. KOAH'lı Bireylerin Tedaviye İlişkin Özellikleri (n=238)	26
Tablo 6.5. KOAH'lı Bireylerin CAT, MRC ve HAD Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar (n=238)	27
Tablo 6.6. Ölçeklerin Normallik Analizleri	27
Tablo 6.7. KOAH'lı Bireylerin CAT, MRC ve HAD Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar (n=238)	28
Tablo 6.8. KOAH'lı Bireylerin CAT'a ilişkin MRC ve HAD'a İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (n=238)	29

KISALTMALAR

ATT: Alfa anti tripsin 1 eksikliği

BOLD: Burden of Obstructive Lung Diseases

BKİ: Beden Kütle İndeksi

CAT: COPD Assessment Test (KOAH Değerlendirme testi)

FEV1: Birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü

FVC: Zorlu vital kapasite

GOLD: Global Obstructive Lung Diseases

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon- Anksiyete

HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon- Depresyon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LLN: Lower Limit of Normal ($FEV1/FVC < 0,70$)

MRCS: Medical Research Council Skalası

SGRQ: St. George's Respiratory Questionnaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

Başlık: KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Fatma DEMİREL ÖZDEMİR

Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

ÖZET:

Amaç: Bu çalışmanın amacı; KOAH tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesinde göğüs hastalıkları polikliniğine gelen 238 KOAH tanılı birey oluşturdu. Veriler hasta tanıtım formu, KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon Ölçeği (HAD-D), Medical Council Research (MRC) Skalası kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama±standart sapma (Ort±SS), sayı, yüzde dağılımları ve Spearman korelasyon ve multiple regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan KOAH tanılı bireylerin yaş ortalaması 67,08±11,40 (min=36, maks=94) yıl olup büyük çoğunluğu (%79,4) erkekti. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi puan ortalaması 25,4±5,6 (9,0-39,0), Medical Research Council Skalası puan ortalaması 2,2±1,0 (0,0-4,0) ve Hastane Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 7,0±4,0 (0,0-16,0) ve Depresyon Ölçeği puan ortalaması ise 11,0±2,9 (4,0-18,0) olarak bulundu. KOAH ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. KOAH'lı bireylerde CAT düzeylerini; %50' sini MRC testi, %27' sini HAD-A ve %18' ini HAD-D açıklamaktadır.

Sonuç: KOAH ve dispne şiddeti arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmaktadır. Buna göre; KOAH tanısı alan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmak için KOAH ve dispne şiddetinin azaltılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, depresyon, dispne, KOAH

Title: Assessment of the Relationship Between Dyspnea, Anxiety and Depression Levels in Individuals with COPD

Student name: Fatma DEMİREL ÖZDEMİR

Supervisor: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Department: Department of Nursing, Master's Degree Programme in Internal Medicine Nursing

2. SUMMARY

Aim: The aim of this study was to determine whether there was a relationship between the severity of disease and dyspnea, and anxiety and depression levels individuals with COPD.

Material and Methods: A cross-sectional and descriptive study sample consisted of 238 COPD individuals who came to the chest diseases clinic in a public hospital. The data were collected using the patient presentation form, COPD evaluation test (CAT), Hospital Anxiety (HAD-A) and Depression Scale (HAD-D), and Medical Council Research (MRC) Scale. The mean \pm standard deviation (mean \pm SD), number, percentage distributions, Spearman correlation test were used in the evaluation of the data.

Results: The mean age of the individuals diagnosed with COPD who participated in the study was $67,1 \pm 11,4$ (36-94) years and the majority (79,4%) were male. The average score of the COPD assessment test was $25,4 \pm 5,6$ (9,0-39,0), Medical Research Council was $2,2 \pm 1,0$ (0,0-4,0), and the Hospital Anxiety Scale was $7,0 \pm 4,0$ (0,0-16,0) and Depression Scale was $11,0 \pm 2,9$ (4,0-18,0). There was a significant positive correlation between COPD and dyspnea severity and anxiety and depression levels. The levels of CAT are explained by MRC test 50%, HAD-A 27% and HAD-D 18% in COPD patients,

Conclusion: As the severity of COPD and dyspnea increases, anxiety and depression levels also increase. According to this; reducing the severity of COPD and dyspnea can be suggested to reduce anxiety and depression levels individuals with COPD.

Key words: Anxiety, depression, Dyspnea, COPD



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) günlük yapılan aktiviteleri kısıtlayan aynı zamanda ciddi bir ekonomik ve sosyal yük oluşturan bir hastalıktır (Gülbaş ve Günen 2009). Bu yüzden küresel bir sağlık sorunu ve gün geçtikçe mortalitesi artan bir hastalık olarak sayılmaktadır (Hurst ve Wedzicha 2007).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı dünyadaki ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada, Türkiye’de ise üçüncü sırada gelmektedir. Burden of Obstructive Lung Diseases Program (BOLD)’ın çalışmasına göre dünyada 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı %20, Türkiye’de yapılan BOLD Adana çalışmasına göre ise %19,1’ dir (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2014).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına özgü olan semptomlar genel olarak dispne, öksürük ve balgam çıkarma olarak sayılmaktadır. Bu semptomlar gün içinde en fazla sabahları yoğun olarak görülmekte ve günden güne değişkenlik göstermektedir (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2014). Dispne, KOAH’ın başlıca semptomlarından biridir (Marciniuk ve ark. 2011). KOAH olan hastalar dispneyi genellikle boğulmak veya ölüm korkusu olarak ifade etmektedirler. Özellikle fiziksel aktivite gerektiren durumlarda hastalarda gelişen dispne durumu daha fazla olduğu için anksiyete düzeyi yüksek olan hastalar yapabilecekleri işlerden de kaçınmaktadırlar. Anksiyete nedeniyle ortaya çıkan her dispne gerçekte olduğundan daha da kötü algılanmaktadır. Bu da zamanla kısır döngüye neden olmaktadır. Anksiyete de artma, aktivite toleransında azalmaya, fiziksel, kardiyovasküler ve iskelet kas sistemi işlevselliğinin azalmasına ve bunların sonucunda dispnenin artmasına neden olmaktadır (Özmen ve Önen 2008). Özellikle ileri derecede KOAH olan bireylerde dispne, hastaların izole olmasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Marciniuk ve ark. 2011). Altmış

beş yaşı altında olanlarda, sağlıklı erişkinlerde dispne prevalansı %10-18 arasında değişmektedir. Yaşlı bireylerin %30'undan fazlasında ise günlük yaşam aktivitelerini yaparken (düz bir yüzeyde veya eğimde yürüyüş de dahil olmak üzere) dispne yaşadıklarını bildirmiştir. Aynı zamanda dispne kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (O'Donnell ve ark. 2007).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde anksiyete ve buna ilave olarak yaşlandıkça sıklığı artan depresyon ile birlikte bulunduğu zaman hastaların fiziksel sağlıkları bozulmaktadır. Sosyal işlevleri geriler ve bu hastaların hem sağlık kurumlarını çok sık ziyaret etmeleri, hem de hastanede daha uzun süre yatmak zorunda kalmaları nedeni ile sosyal işlevlerinde de gerileme yaşamaktadırlar (Özmen ve Önen 2008).

Kuzey Amerika'da ve Avrupa'da yaşayan KOAH'lı hastaların telefonla yapılan bir araştırmayla günlük aktivitelerde dispnenin sıklığı değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre, hastaların beşte biri sadece otururken veya yatarken ve %24'ü konuşurken, üçte birinin hafif ev işleri yaparken, yıkanırken veya giyinirken dispne yaşadığı belirlenmiştir. Bazı bireylerin ise %70'inin merdiven basamaklarını çıkarken dispne yaşadığı bildirilmiştir. Bu verilerden, KOAH' ın, nefes alma, konuşma, uyuma, cinsel ilişkiye girme, çalışma ve sosyalleşme gibi günlük yaşamın temelinde yatan birçok faaliyeti etkileyen belirgin bir hastalık yükü ile ilişkili olduğu görülmektedir (O'Donnell ve ark. 2007).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde anksiyete semptomları, hastalığa özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve hastaneye kaldırma oranları üzerinde önemli derecede etkilidir. Anksiyete ölçümleri, sosyal izolasyon ölçümleri ile kuvvetle ilişkilidir; anksiyete olan KOAH hastalarının sosyal etkileşimlerden çekildiğini düşündürmektedir (Hill ve ark. 2008). KOAH'ı olan bireylerde anksiyete düzeyinin artması, evlilik ilişkilerinden duyulan memnuniyetsizlikle ilişkilidir ve kadınlarda erkeklerden daha fazla bulunurken ayrıca sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha yaygındır (Hill ve ark. 2008). Erkek KOAH'lı hastalarda, semptom yönetiminde öz yeterlilik, başetme stratejileri ve sosyal desteğin düşük olması anksiyete düzeyinde artışa neden olmaktadır (Hill ve ark. 2008).

Xu ve arkadaşları (2008)Çin’de; 491 KOAH’lı poliklinik hastası ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini (HADS) kullanarak yaptıkları çalışmalarında; hastaların %10’unun anksiyete ve %23’ünün depresyonu olduğunu tespit etmişlerdir (Xu ve ark. 2008).

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)’na göre anksiyete ve depresyon KOAH’lı bireylerde birlikte sık görülmektedir ve prognozu olumsuz etkilemektedir. Her ikisi de genellikle genç yaş, kadın cinsiyet, sigara, düşük FEV1(Birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü), öksürük, yüksek SGRQ(St. George’s Respiratory Questionnaire) skoru ve kardiyovasküler hastalık öyküsü ile ilişkilidir (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi:24.02.2017).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tedavisinde amaç semptomların ve atak riskinin azaltılmasıdır. Stabil dönem KOAH tedavisinde, tedavi hastalığın derecesi, eşlik eden hastalıklar ile bireysel yanıtlara göre düzenlenerek, hasta eğitiminin temel alındığı farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Bunun için sigarayı bırakma, sağlıklı yaşam tarzı ve egzersize yönelik pulmoner rehabilitasyon, beslenmenin düzenlenmesi ve yıllık influenza aşısı önerilmektedir (Fletcher ve Dahl 2013). KOAH’lı bireylerde anksiyete ve depresyonun tedavisi rutin yöntemlere göre tedavi edilmektedir. Çünkü anksiyete ve depresyonun KOAH varlığında farklı şekilde tedavi edilmesi gerektiği yönünde bir kanıt bulunmamaktadır. Hem depresyon hem de KOAH’lı çok sayıda birey göz önüne alındığında, KOAH’lı bireylerde depresyonun yönetimi üzerine daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi:24.02.2017). KOAH tanısı konulduktan sonra bireylerin kendi tedavi ve bakımlarında rol alabilmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri gerekmektedir (Fletcher ve Dahl 2013). Buna yönelik olarak da bireylerin en çok yaşadığı dispnenin yönetimi ve dispneye bağlı gelişebilecek olan anksiyete ve depresyona yönelik eğitimlerin hastaların bakımında en önemli rolü üstlenen hemşireler tarafından verilmesi gerekmektedir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalığa özgü semptomların başında gelen dispne zamanla anksiyete ve depresyona neden olmaktadır. Ancak ülkemizde, KOAH'lı bireylerde anksiyete ve depresyon yönetimi üzerinde yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada amaç; KOAH tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemektir.

Çalışma sonucunda, KOAH'lı bireylerde dispne yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin planlanmasında anksiyete ve depresyonun değerlendirme kriterleri arasına alınmasının sağlanması ve bu alanda yapılacak sonraki çalışmalara ışık tutması beklenmektedir. Ayrıca, KOAH'lı bireylerin bakım ve eğitiminde hemşirelik girişimlerine yön verecek bilimsel verilerin sunulması öngörülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

4.1.1. KOAH'ın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi: 24.02.2017).

Alevlenmeler ve komorbiditeler bireylerdeki hastalığın şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Kardiyovasküler, metabolik hastalıklar ve akciğer kanseri en sık görülen komorbiditelerdir. Genellikle kış aylarında oluşan, semptomlarda artış ve akciğer fonksiyonlarında azalma ile kendini gösteren alevlenmeler, komorbiditeler gibi hastalığın sonuçları üzerinde olumsuz etkilemektedir (Kocabaş 2015).

Sistemik inceleme ve meta analizi yapılan 1990- 2004 yılları arasında 28 ülkede yürütülen çalışmaları kapsayan bir çalışmada ve Japonya'da yapılan diğer bir çalışmadan elde edilen verilere göre KOAH prevalansının sigara içmeyenlere göre geçmişte ya da halen sigara içenlerde, 40 yaşın altındakilere göre 40 yaşın üzerindekilerde ve kadınlara göre erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi: 24.02.2017). 2002 yılı verilerine göre KOAH dünyada en sık sakat bırakan hastalıklar arasında 11. sırada yer alırken 2030 yılında ise beşinci sırada yer alacağı öngörülmektedir. Türkiye'de ise sekizinci

sırada yer almaktadır(Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

4.1.2. KOAH'da Rol Oynayan Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında genetik yatkınlık ve sigara kullanımının, çevresel maruziyetlerin etkileşiminin KOAH gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. KOAH gelişiminde rol oynadığı düşünülen risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi: 24.02.2017).

Genetik faktörler: En iyi bilinen risk faktörü alfa-1 antitripsin (ATT) eksikliğidir (Akciğer hastalıkları tanı ve tedavi raporu 2014). ATT, proteaz enzim inhibitörüdür. İnflamatuar hücrelerden salınan yıkıcı enzimlerin akciğer dokusundaki yıkımını önler. Buna bağlı olarak ATT eksikliği durumunda alveol duvarları zarar görür ve amfizem gelişir (Russi 2008).

Sigara (Aktif ve çevresel tütün dumanı): Sigara bronş epiteli ve alveollere toksik ve iritan etkisine bağlı olarak inflamasyon, mukus üretiminde artış ve siliyar fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır. Buna bağlı olarak da KOAH'a neden olan faktörlerin en başında gelmekte olup sigara içme miktarı arttıkça KOAH görülme sıklığı da artmaktadır (Bartal 2005). Yaşamında hiç sigara içmemiş olanlarda KOAH görülme olasılığı %10 iken yaşam boyu sigara içenlerde bu oran %40-50'dir. Dünyada her yıl sigara içmeyen 600,000'den fazla kişi, pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Gibson ve ark. 2013). Ülkemizde 2000 yılında sağlık bakanlığı tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında KOAH gelişiminde sigara içme oranı %52 olarak (erkek %70, kadında %10) bildirilmiştir (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

Çevresel ve mesleki maruziyet: İş yerlerindeki organik ve inorganik tozlara, kimyasal ajanlara ve dumanlara olan maruziyet, KOAH gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014). KOAH vakalarının %15-20'si mesleki maruziyetle

ilişkilidir (Gibson ve ark. 2013). Mesleki nedenli maruziyet yıllık FEV₁'de azalmanın hızlanmasına, KOAH'ta prevalansın ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Meslekleri nedeniyle zararlı maddeler soluyan kişilerde ayrıca sigara kullanımı da varsa, KOAH gelişme riski daha da artmaktadır (Kocabaş 2015).

İç ve dış ortam kirliliği: Biomass yakıt dumanı maruziyeti KOAH için önemli bir risk faktörüdür. Isınmak veya yemek pişirmek amacıyla evlerde odun, kömür yakılması, yüksek düzeyde iç ortam kirliliğine neden olmaktadır (Kocabaş 2010; Viegi 2014). Özellikle düşük gelirli ülkelerde biomass yakıt dumanı maruziyetiyle yemek pişiren ve sigara içmeyen yetişkin kadınlarda KOAH'la ilişkili morbitide bulunmuştur (Liu 2016). Dünya nüfusunun yaklaşık %50'si (yaklaşık 3 milyar kişi), açıkta ateş ve odun yakan ocaklardan kaynaklanan iç ortam hava kirliliğine maruz kalmaktadır (Gibson ve ark. 2013).

Dış ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki rolü iyi bilinmemekte fakat sigara dumanı ile karşılaştırıldığında bu riskin daha düşük olduğu görülmektedir (Kocabaş 2015).

Akciğer gelişimine etkili faktörler: Beslenme, genetik yatkınlık, aktif veya pasif sigara içimi ve düşük doğum ağırlığı akciğerin büyümesini olumsuz yönde etkileyerek KOAH gelişimi için risk oluşturmaktadır (Kocabaş 2010). Annenin gebelik sırasında sigara kullanımı erken doğuma, doğan çocukta akciğer fonksiyonlarında azalmaya neden olmaktadır (<https://www.americannursetoday.com/when-breathing-is-a-burden-how-to-help-patients-with-copd-2/> Erişim tarihi:25.02.2017).

Havayolu hiperreaktivitesi ve astım: Çocukluk döneminden beri astımı olan veya bronş aşırı duyarlılığı olan kişilerin %20'sinde ilerleyen yaşlarda KOAH geliştiği görülmüştür (Vonk ve ark. 2003; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

Yaş, cinsiyet: İlerleyen yaşlar KOAH için risk faktörü oluşturmaktadır. Ancak 2012 yılında KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerine olan etkilerini araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmanın sonucunda; KOAH'ın yaşlı bireylerde görüldüğü

izlenimine ters olarak genç KOAH'lı birey oranının düşünülenden daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Polatlı ve ark. 2012).

Yapılan çalışmalar KOAH'ın erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda görüldüğünü gösterse de bu oranın son yıllarda daha yakın olduğu ortaya gösterilmiştir(Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014). Ayrıca kadınlar hormonal (östrojen) nedenlerden dolayı erkeklere göre KOAH'a daha duyarlıdır (Sansores ve Venegas 2016).

4.1.3. Patoloji

Tütün, biomass, yakıt dumanı, mesleki toz ve dumanlar gibi inhalasyon yoluyla alınan zararlı gaz ve partiküller akciğerlerde artmış bir inflamatuvar yanıtı neden olur. Akciğerlerde oluşan kronik inflamatuvar yanıt, parankimal doku harabiyetine (amfizem) ve normal doku tamir ve savunma mekanizmalarının bozulmasına (küçük hava yollarında fibrozis) neden olmaktadır. Oluşan bu patolojik değişiklikler hava hapsine ve ilerleyici hava akım kısıtlamasına neden olmaktadır (Kocabaş 2015).

4.1.4. Patogenez

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı geri dönüşümü olmayan hava akımı kısıtlamasıdır. Küçük hava yollarının yeniden yapılanması ve parankim dokunun yıkımı (amfizematöz) sonucu elastik geri çekim gücü azalmaktadır. Bu da FEV1'in ilerleyici azalmasına, akciğerin ekspirasyonda yeterince boşalamamasına ve sonuç olarak statik ve dinamik hiperinflamasyona neden olmaktadır. KOAH'ın başlaması ve ilerlemesinde kalıcı inflamasyonla birlikte oksidatif stres artışı, proteaz-antiproteaz dengesizliği, enfeksiyonlar, yaşla ilgili değişiklikler ve hücrel yaşlanma, otoimmünite ve aynı zamanda immün düzenlemede bozulma ve tamir mekanizmalarında bozulma da katkıda bulunmaktadırlar (Kocabaş 2015).

4.1.5. Fizyopatoloji

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler; hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişimi anormallikleri,

silyer disfonksiyon ve mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale ve sistemik bulgular olarak sıralanmaktadır (Kocabaş 2015; Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi:24.02.2017). Bu fizyopatolojik değişikliklere bağlı olarak KOAH'lı bireylerde nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların ortaya çıkmaktadır.

4.1.6. Semptomlar

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına özgü olan semptomlar nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma olarak sayılmaktadır. Bu semptomlar gün içinde ve günden güne değişkenlik göstermesine rağmen en fazla sabah saatlerinde yoğun olarak hissedilmektedir (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2014).

Dispne, solunum işinin bilinç düzeyinde anormal olarak algılanmasıdır (Hansel ve Peter 2004). Hastalarda başlangıçta ağır eforlarda, daha sonraları ise günlük aktivitelerde de ortaya çıkan nefes darlığı vardır (Başyigit 2010). Ancak hastalar yaşam şekillerinde bu nefes darlığını tolere edebildikleri sürece şikayetleri olmamaktadır. Bu nedenle nefes darlığı şikayeti ile doktora başvuran hastaların büyük çoğunluğu hafif evreyi geçmiş, FEV1 değeri beklenenin %50'sinden düşük olan ağır, çok ağır evrede tanı almaktadırlar. Eforla başlayan dispne şikayeti progresifdir, hastalık ilerledikçe efor kapasitesi azalarak, zamanla istirahatte de nefes darlığı gelişmeye başlamaktadır (Günen 2008; Ertürk ve Gürgün 2010). İstirahatte görülen dispne ise çok ciddi bir bulgudur ve ortaya çıktığında FEV1 genellikle %30'un altında olarak bulunmaktadır (Özlü ve ark. 2010). İlerlemiş olgularda dispne, KOAH ile ilişkili iş gücünden yetersiz kalma ve anksiyetenin temel nedenidir. Her hastadaki etkisi farklı olsa da, dispne şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bazı KOAH'lı bireyler nefes darlığından çok, hareketle yorulduklarını ve aktif yaşamlarını eskisi gibi yapamadıklarını, efor toleranslarının azaldığını ifade etmektedirler. Yorgunluğun KOAH için özgülüğü düşük olsa da

prevelansı yüksektir, ancak KOAH hastaları tarafından nadir olarak kendiliğinden bildirilmektedir (Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi 2012). Özellikle ilerlemiş KOAH'ı olan bireylerde dispne, efor kapasitesinde kısıtlanmaya, sosyal izolasyon ve depresif duygu durumuna neden olmaktadır. Kronik solunum yolu hastalıklarında anksiyete ve depresyon en sık görülen ruhsal hastalıklardır. KOAH'ın temel semptomlarından olan solunum güçlüğü de hastalarda panik atak, anksiyete ve ölüm korkusuna yol açmaktadır. Depresyon saptanan KOAH'lı bireylerin daha sık atak geçirdiği, daha sık hastaneye başvurduğu; bu bulguları olan bireylerde hastanede kalış süresinde uzama, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artma olduğu saptanmıştır (Bozbaş ve Ulubay 2010).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde sıklıkla sabahları daha da şiddetlenen ve çoğu zaman prodüktif, kronik bir öksürük görülmektedir. Öksürük şiddetinin fonksiyonel bozukluk ile ilişkisi bulunmamaktadır. Balgam çıkarma başlangıçta sadece sabahları söz konusu iken, zamanla günün diğer saatlerinde de görülmeye başlamaktadır. Günlük miktarı 40-50 ml kadardır. Sürekli, bol ve pürülan şeklindeki balgam bronşektaziye düşündürmelidir. Normalde beyaz mukoid özellikte olan balgamın miktarının artması; renginin sarı veya yeşile dönmesi solunum yolu enfeksiyonunun en güvenilir bulgusudur. İnfeksiyon ile seyreden akut ataklar öksürükte, balgam miktarı ve pürülansında artışa, hışırtılı solunum, nefes darlığı ve bazen de ateş gelişimine neden olmaktadır (Başyigit 2010; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

4.1.7. Tanı ve Evreleme

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı; KOAH risk faktörlerine maruziyet ve bununla birlikte nefes darlığı, balgam çıkarma veya kronikleşmiş öksürme şikayeti olanlarda bronkodilatör uygulamasının yapılması ve bunu takiben solunum fonksiyon testinde kalıcı ekspiratuar hava akımı kısıtlılığının gösterilmesi ile konulmaktadır. Tanı için hastaya 400 mcg salbutamol veya 1000 mcg terbutalin verildikten en az 15-20 dakika sonra solunum fonksiyon testiyle ölçülen FEV1 / FVC oranına bakılarak karar verilir. Buna göre bu oran %70 'den küçükse hava akımı obstrüksiyonunun varlığı ortaya çıkar. Ancak bu oran yaşla birlikte sağlıklı kişilerde de yaş arttıkça düşebileceği için ileri yaşlarda KOAH tanısı konulurken FEV1 / FVC oranı yerine Normalin Alt Sınırı (LLN) parametresinin kullanılması önerilmektedir

(Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014; Kocabaş 2015).

Tablo 4.1: Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre KOAH şiddetinin sınıflaması

Evre	Spirometri (bronkodilatör sonrası)
Evre 1: hafif	FEV1 ≥ %80 (beklenenin)
Evre 2: orta	%50 ≤ FEV1 < %80 (beklenenin) FEV1/FVC < %70
Evre 3: ağır	%30 ≤ FEV1 < %50 (beklenenin)
Evre 4: çok ağır	FEV1 < %30 (beklenenin) ya da FEV1 < %30 (beklenenin) + kronik solunum yetm.

Kaynak: Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evrelemesi yapılırken kişide bulunmakta olan semptomların mevcut düzeyi, spirometre ile hastalığın ağırlığı, alevlenme riski ve komorbiditelerin varlığı göz önüne alınıp değerlendirilmektedir. Semptomlar değerlendirilirken nefes darlığı semptomunun düzeyi Modified Medical Research Council (mMRC) nefes darlığı skalası ile ölçülebilir. Ancak kişide birden fazla semptom varsa sağlık durumuna ve yaşam kalitesine olan etkilerini ölçmek için KOAH değerlendirme testi (CAT) yapılması önerilmektedir. GOLD 2011 rehberinde KOAH'lı hastaların gruplandırılması yapılırken FEV1 düzeyi, klinik durumu (mMRC, CAT) ve yıllık alevlenme sayısının dikkate alınarak dört grupta değerlendirilmesi önerilmiştir (Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2016 <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/> Erişim tarihi: 24.02.2017).

GOLD rehberine göre KOAH'lı bireylerin gruplandırılması aşağıdaki şekilde yapılmaktadır:

Grup A hasta: Düşük risk, semptomu az olan hastaları içerir. Eski GOLD rehberine göre 1. veya 2. Evreye denk gelir. Hafif veya orta derecede akım kısıtlaması olan ve / veya yılda 1'den az atak geçiren ve MRC skoru 2 'nin altında ya da CAT skoru 10'un altında olan hastalardır.

Grup B hasta; Düşük risk, semptomu çok olan hastaları içerir. Eski GOLD rehberine göre 1. veya 2. Evreye denk gelir. Hafif veya orta derecede akım kısıtlaması olan ve / veya yılda 1'in altında atak geçiren ve MRC skoru 2'nin veya CAT skoru 10' un üzerinde olan hastalardır.

Grup C hasta; Yüksek risk, semptomu az olan hastaları içerir. Eski GOLD rehberinin 3. veya 4. Evresine denk gelir. Ağır veya çok ağır derecede akım kısıtlaması olan ve / veya yılda 2'nin üzerinde atak geçiren ve MRC skoru 2 'nin altında veya CAT skoru 10'un altında olan hastalardır.

Grup D hasta; Yüksek risk, semptomu çok olan hastaları içerir. Eski GOLD rehberinin 3. veya 4. Evresine denk gelir. Ağır veya çok ağır derecede akım kısıtlaması ve / veya yılda 2'nin üzerinde atak geçiren ve MRC skoru 2 'nin üzerinde ve CAT skoru 10'un üzerinde olan hastalardır (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

4.1.8. KOAH'lı Bireylerde Tedavi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinde amaç KOAH'lı bireylerdeki semptomların ve riskin azaltılmasıdır. Riskin azaltılmasına yönelik yapılan temel yaklaşımlar;

- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi
- Alevlenmenin azaltılması
- Mortalitenin azaltılması yönündedir.

Semptomların azaltılmasına yönelik yapılan semptomatik yaklaşımlar;

- Semptomların giderilmesi
- Egzersiz kapasitesinin artırılması
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (Kocabaş 2015).

Stabil dönem KOAH tedavisinde; hastalığın derecesi ve eşlik eden hastalıklar ile bireysel yanıtlara göre düzenlenerek, hasta eğitiminin de temel alındığı farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Bunun için özellikle sigarayı bırakma, sağlıklı yaşam tarzı ve egzersize yönelik olarak pulmoner rehabilitasyon,

beslenmenin düzenlenmesi ve yıllık influenza aşısının uygulanması önerilmektedir. Ayrıca KOAH tanısı konulduktan sonra bireylerin kendi tedavi ve bakımlarında rol alabilmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri gerekmektedir (Fletcher ve Dahl 2013).

4.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Bronkodilatörler: Günümüzde kullanılan bronkodilatör ilaçlar; antikolinerjikler, B2 agonistler ve teofilin grubudur. Tek grup ilaç yerine farklı gruptan ilaçların birlikte kullanılması, spirometri ve semptomlarda daha önemli değişiklikler sağlamaktadır (Celli ve MacNee 2004; Kocabaş 2015). Semptomatik olan hastalarda; hastalığın her aşamasında, gerektiğinde veya düzenli olarak temel tedavide bronkodilatörler kullanılmaktadır. Tedavi düzenlenirken özellikle hastanın alevlenme sıklığı veya ağırlığı ile komplikasyonları dikkate alınmalıdır (Kocabaş 2015).

Kortikosteroidler: KOAH'da sık alevlenme geçiren hastalarda kullanılması önerilmektedir. Uzun süreli tedavide tek başına inhaler ya da oral kortikosteroidlerin kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca sistemik kortikosteroidlerin de stabil dönemde yararlı olmaması ve potansiyel etkilerinden dolayı uzun süreli kullanımı önerilmemektedir (Kocabaş 2015).

Antibiyotikler: Sadece alevlenme dönemlerinde kullanılması, profilaktik olarak kullanılmaması önerilmektedir (Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015. Available from: <http://www.goldcopd.org/>. 24.05.2016).

4.1.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde zamanla akciğer fonksiyonlarının bozulmasının yanında egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri de bozulmaktadır. Ayrıca ilerleyen dönemlerde bireylerde bağımsızlık kaybı sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyon gibi başka rahatsızlıklara da neden olmaktadır (Kocabaş 2015).

Non farmakolojik tedavilerden biri olan pulmoner rehabilitasyon; KOAH'a bağlı semptomları azaltmak, fonksiyonel ve emosyonel durumu iyileştirerek yaşam

kalitesini artırmak, hastalığın etkilerini azaltarak sağlık harcamalarını azaltmak ve uzun dönem sağlıkla ilişkili davranış değişikliğini sağlayabilmektedir. Bu amaçla pulmoner rehabilitasyonun en az sekiz hafta uygulanmalıdır (Kocabaş 2015).

Çok ağır olgularda uzun süreli oksijen tedavisinin uygulanması temel non-farmakolojik tedavilerinden biri olup uykuyu da içine alacak şekilde günde toplam 15 saat ve üzerinde oksijen uygulanmasının KOAH'da yaşam süresini uzattığı yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015. Available from: <http://www.goldcopd.org/>. 24.05.2016).

Gregerson ve arkadaşlarının yaptığı sistematik araştırmada yer alan KOAH'ın non farmakolojik tedavisi için Mc Dowell ve arkadaşları alevlenme belirtilerinin tanınması, sigarayı bırakma, öz yönetim teknikleri, vital bulgularının kontrolü yönünden telemedikal sağlık cihazı ile randomize kontrolü çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre telemedikal sağlık cihazı ile yapılan bakım müdahalesinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri ortaya çıkmıştır (Gregerson ve ark 2016).

4.2. KOAH ve ANKSİYETE İLİŞKİSİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hava akımının tam olarak geri dönüşümlü olmadığı bir hastalıktır (Pauwels ve ark. 2001). Yapılan araştırmalarda depresyon ve anksiyete hissinin tam mental hastalık tanısına kadar gelişebildiği psikolojik bozuklukların KOAH'ta çok sık görülmesine rağmen az ilgi çekmiştir (O'Donnell ve ark. 2004).

Anksiyete artmış disfori veya gerginliğe bağlı olarak oluşan somatik belirtileri, tehlikeli ve stresli durumlarda kişinin gösterdiği aşırı endişe halidir (Palo 1983). Huzursuzluk, yorgunluk, hızlı konuşma, konsantrasyonun düşük olması, taşikardi, terleme, uyku bozuklukları ve dispne gibi belirtilerle fizyolojik olarak ortaya çıkabilir (Nault ve Borycki 2002; Burgess ve ark. 2005). Bu sıkıntıları yaşayan bireyler kaygılarını kontrol altına almakta zorlanarak günlük yaşamdaki iş yaşamı,

sosyal yaşam ve diğer durumlarda işlevlerinde kayıp yaşamaktadırlar (American Psychiatric Association 2002).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile birlikte görülen anksiyete prevalansı yapılan çalışmalar incelendiğinde oldukça yüksek olarak kabul edilmekte olup %2-96 arasında bulunmuştur (Brenes 2003; Mikkelsen ve ark. 2004; Hynninen ve ark. 2005). Ancak KOAH'ta anksiyete ve bununla ilişkili olan belirtilerin şiddeti ile demografik veya antropometrik değişkenlerle olan ilişkisinin incelendiği çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu hastalarda anksiyete arttıkça evliliklerin iyi gitmediği (Ashmore ve ark 2005), erkeklere göre kadınlarda daha fazla, ayrıca sigara kullanmayanlarda kullananlara göre daha fazla anksiyete olduğu görülmektedir (Gudmundsson ve ark 2006). Cinsiyete bağlı olarak erkek hastalarda KOAH'a bağlı gelişen semptomlarla baş etmede yaşadıkları zorluklar, mücadele yöntemleri ve sosyal destek alanındaki yetersizliklerin artan anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur (McCathie ve ark 2002).

4.3. KOAH ve DEPRESYON İLİŞKİSİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı olarak görülen depresyon semptomları “deprese duygu duruma uyum rahatsızlığı” ile “majör depresyon” arasında yayılım göstermektedir (American Psychiatric Association 2002). Depresyonun semptomları yaşam kalitesini oluşturan psikolojik, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarda ciddi biçimde bozulma ile beraber ortaya çıkmaktadır (van Manen ve ark. 2002; Cully ve ark. 2006). Ng ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; deprese olmayan hastalara oranla deprese olan hastaların hastaneye yatışının daha uzun süreli olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre bir yıl içerisinde toplam hastanede kalış süresi deprese hastalarda deprese olmayanlara oranla belirgin biçimde daha uzun olduğu gösterilmiştir (Ng ve ark. 2007).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmelerine bağlı yatışlarda yüksek depresyon oranı %25-30 olarak bulunmuştur (Gudmundsson ve ark. 2006). KOAH'ta

sigarayı bırakanlar ile devam edenler kıyaslandığında sigaraya devam edenlerde depresyon olasılığı daha yüksektir (Wagena ve ark. 2005).

Kronik obstüktif akciğer hastalığında anksiyete ve depresyona bağlı semptomlar çok sık görülmekte olup birlikte ya da ayrı ayrı değerlendirilselerde bu semptomlar yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, fiziksel engellere ve ekonomik bir yüke neden olmaktadır (Hill ve ark. 2008).

4.4. KOAH' LI BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Hastalarla ilk ve yakın temasta bulunan sağlık personeli olan hemşireler KOAH bakımında önemli bir yere ve anahtar bir role sahiptir. Hemşirelik yönetiminde, KOAH'lı bireyin bakım ve yönetimine kendisinin aktif katılımı ile hastalığa bağlı rahatsızlıklar azaltılarak yaşam kalitesinde iyileşmeler sağlanabilmektedir (Worth 1997). Bireylerin etkin bir şekilde bu hastalığı yönetebilmesi ve davranış değişikliği oluşturabilmesi için bir eğitim ve tedavi programına ihtiyaç vardır (Worth ve Dhein 2004). Yapılan araştırmalarda, sağlık profesyonelleri tarafından hasta ve ailesine yapılan eğitimler ile hastaların bilgi düzeylerinin ve kendi kendine yönetim becerilerinin arttığı, tıbbi yardım arayışlarının ise azaldığı saptanmıştır (Güner 2002). Wood- Baker ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH'ın yönetiminde, hastaneye yapılan yatışlarının azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelik bakımının etkili olduğu gösterilmiştir(Wood- Baker ve ark. 2012).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında hemşirelik bakımı, semptomları yönetmek, öz bakım becerilerini geliştirme, fonksiyonları maksimize etme üzerine odaklanmaktadır. KOAH'lı bireylerin aileleri hastanın bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle aile hastalığın semptomları, patofizyolojisi hakkında eğitilmelidir. Hasta ve ailesine hastanın semptomlarının kötüleşmeye başladığı durumlarda hastaneye başvurması öğretilmelidir. Hasta ve ailesi; enfeksiyon kontrolü, ilaçları ve yan etkileri, yaptırması gereken pnömokok ve grip aşuları, sigarayı bırakma gibi konularda eğitilmelidir. Hastalar ayrıca nefes alıp verme teknikleri, günlük yaşam aktiviteleri sırasında, otururken ve uyurken dikkat etmesi

gereken pozisyonlar, aktivite toleransını artırmak için enerji tasarrufu teknikleri öğretilmektedir (<https://www.americannursetoday.com/when-breathing-is-a-burden-how-to-help-patients-with-copd-2/> Erişim tarihi:25.02.2017).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; KOAH tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde ayaktan takip ve tedavileri yapılan KOAH'lı bireylerde, Eylül 2017- Mart 2018 tarihleri arasında yapıldı.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde Eylül 2017- Mart 2018 tarihleri arasında ayaktan takip ve tedavileri yapılan KOAH'lı 3000 birey oluşturdu. Türkiye'de yapılan BOLD çalışmasına göre KOAH prevalansı %19,1'dir (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

Örneklem büyüklüğü %5 hata payı ve %95 güven düzeyinde 238 olarak hesaplandı.

Araştırmanın örneklemini; Ekim 2017- Mart 2018 tarihleri arasında Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği' nde ayaktan takip ve tedavileri yapılan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 238 KOAH'lı birey oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. En az bir yıl önce KOAH tanısı almış olmak
2. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak
3. Daha önce kanser tanısı almamış olmak
4. 18 yaş üstü olmak
5. İletişim sorunu olmamak
6. Türkçe konuşuyor olmak
7. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

5.5. ARAŞTIRMA SORULARI

1. KOAH tanısı alan bireylerde hastalık şiddeti ne düzeydedir?
2. KOAH tanısı alan bireylerde dispne şiddeti ne düzeydedir?
3. KOAH tanısı alan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi nasıldır?
4. KOAH tanısı alan bireylerde dispne ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. KOAH tanısı alan bireylerde dispne ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

5.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI- BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenler: KOAH'lı bireylerde hastalık ve dispne şiddetidir.

Bağımlı değişkenler: KOAH'lı bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyidir.

5.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri; Hasta Tanıtım Formu (Ek-4), KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test: CAT) (Ek-5), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek-6) ve Medical Research Council Skalası (Ek-7) ile elde edildi.

Hasta Tanıtım Formu (Ek-4): Sosyodemografik özellikler (8 soru) ve hastalıkla ilgili (hastalık süresi, başka bir kronik hastalığı olup olmadığı, hastaneye yatma sıklığı, sigara içme alışkanlığı, sosyal desteğinin olup olmadığını ifade eden) özellikleri tanıtan toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

KOAH Değerlendirme Testi (CAT) (Ek-5): Jones ve arkadaşları (2009) tarafından KOAH'ın hastalar üzerindeki etkisini ölçmek için, sağlık durumu değerlendirmesine ve hasta ile hekimi arasındaki iletişimi desteklemek için doğrulanmış, kısa ve basit bir testtir. Bu test hazırlanırken 21 soru havuzu oluşturulmuş ve bunlardan sekiz tanesi parametre olarak seçilmiştir. Bu test altı ülkeden (ABD, Fransa, İspanya, Almanya, Belçika, Hollanda) 1503 hasta ile çalışılarak geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmıştır (Jones ve ark 2009). Türkçe geçerlilik güvenilirliği de Yorgancıoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Buna göre CAT güvenilirlik analizinde Cronbach alfa katsayı 0,91'dir. CAT toplam skoru farklı hastalık evrelerine, şiddetlerine ve düzeylerine göre anlamlı olarak ayırt edici olduğu ve solunum fonksiyon testleriyle de anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Yorgancıoğlu ve ark. 2012). Bu çalışmada; CAT ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0,87 olarak bulundu.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek-6): Zigmond ve Snaith (1983) tarafından özellikle bedensel hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon riskini

belirlemek, düzey ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Zigmond ve ark. 1983). Toplam 14 maddeden oluşan bu ölçeğin yedi maddesi anksiyete, yedi maddesi de depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına göre anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak HAD ölçeğinin Türkçe formu geçerli ve güvenilir (Aydemir ve ark. 1997). Bu çalışmada; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0,75 olarak bulundu.

Medical Research Council Skalası (MRCS), (Ek-7): İlk olarak Fletcher tarafından 1959 yılında akciğer hastalığı olan veya olmayan kişilerdeki aktivite sırasında oluşan dispne şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Mahler 2006). Daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC), epidemiyolojik çalışmalarda hastalığın doğal seyrinin izlenmesi için bu ölçeği daha da geliştirerek kullanıma sunmuştur. Bu ölçek, dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuştur (Bestall ve ark. 1999). Bu ölçeğin dispne değerlendirilmesi için uygunluğunu, arteriyel kan gazı ve akciğer fonksiyon testleri ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Yürüktümen ve arkadaşlarının (2009) acile başvuran geriatric olgular üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastaların MRCS ile değerlendirdikleri dispne şiddeti ortalamaları ile arteriyel kan gazı parametreleri arasında bir ilişki olduğu, ayrıca MRCS'nin dispnenin değerlendirilmesinde güvenle kullanılabilmesi ifade edilmiştir (Yürüktümen ve ark. 2009). El Tayara ve arkadaşlarının (1996) 117 KOAH'lı birey üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastaların MRCS dispne şiddeti ortalamaları ile FEV1% spirometrik değeri arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (El Tayara ve ark. 1996). Bu çalışmada; MRCS' nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0,74 olarak bulundu.

5.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler; çalışmaya katılmayı kabul eden KOAH'lı bireylerden sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Yan (BIAS) tutmayı engellemek amacıyla anlaşılmayan sorular ikinci kez okundu,

ancak örneklerle yönlendirme yapılmadı. Veri toplama süresi ortalama 15 dakika sürdü.

5.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler %95 güven aralığında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi. Veriler yüzdelik ve ortalama \pm standart sapma (SS) ile gösterildi. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde Spearman korelasyon analizi ve Multiple regresyon analizleri kullanıldı.

5.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın yapıldığı dönemde yeterli sayıda poliklinik açılmaması, yeterli sayıda doktorun olmaması ve araştırmanın gönüllülük esasına dayanması nedeniyle hedeflenen birey sayısına ulaşmada zorluk yaşandı. Araştırma sonuçları, tek bir şehir ve hastanede toplandığı için tüm KOAH'lı bireylere genellenemez.

5.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda, araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın etik uygunluğu için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'na sunuldu ve yazılı etik onay alındı (Ek-2). Araştırmanın yapılacağı Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nden kurum izini alındı(Ek-3). Araştırmaya katılacak KOAH'lı bireylere araştırma öncesi, çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklandı, araştırmaya katılmayı kabul edenlere Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-8) imzalatıldı. Okuryazar olmayanlarda sözlü onam alındı. Yan (bias) tutmayı engellemek amacıyla anlaşılmayan sorular ikinci kez okundu, ancak örneklerle yönlendirme yapılmadı.

6. BULGULAR

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması $67,08 \pm 11,40$ (36–94) yıl olup diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1'de gösterildi.

Tablo 6.1. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=238)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	49	20,6
Erkek	189	79,4
Medeni Durum		
Evli	207	87,0
Bekar	31	13,0
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	50	21,0
Okuryazar	14	5,9
İlkokul	133	55,9
Orta Okul	19	8,0
Lise	14	5,9
Üniversite ve Üstü	8	3,4
Meslek		
İşçi	21	8,8
Memur	2	0,8
Emekli	139	58,4
Serbest	35	14,7
Ev Kadını	41	17,2

Araştırmada KOAH tanısı alan bireylerin sosyo demografik özellikleri; %79,4'ü erkek, %87,0'si evli, %55,9'u ilkokul mezunu ve %58,4'ü emekli idi (Tablo 6.1).

Bireylerin %15,1'i hastalık nedeniyle çalışmamakta, %75,2'si hastalık dışı başka nedenlerden dolayı çalışmamakta, %1,3'ü yarım gün/belirli aralıklarla çalışmakta ve %8,4'ü tam gün çalışmakta idi. Bireylerin %50,4'ünün geliri giderini karşılamakta, %91,6'sı eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta idi.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerin sigara kullanımı ve sigara dumanına maruz kalmaya ilişkin özellikleri Tablo 6.2'de verildi.

Tablo 6.2. KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanına Maruz Kalmaya İlişkin Özellikleri (n=238)

Alışkanlıklar	Ort ± SS	(Min.- Maks.)	n	%
Sigara İçme Durumu				
İçiyor (n=85)			85	35,7
Bırakmış (n=115)			115	48,3
Hiç İçmiyor (n=38)			38	16,0
Ne Kadar Süredir İçiyor	14,3 ±21,4	(0,0 - 70,0)		
Günde Kaç Paket Sigara İçiyor	0,35 ± 0,6	(0,0 - 3,0)		
Ne Kadar Süredir İçmiyor	6,5 ± 10,6	(0,0 - 60,0)		
Sigara Dumanına Maruz Kalma				
Evet (n=27)			27	11,3
Hayır (n=211)			211	88,7

Not: Ort: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

Hastaların %48,3'ünün sigarayı bıraktığı, sigara içme süre ortalaması 14,3±21,4 yıl, günde içilen sigara ortalaması 0,35±0,6 paket, %88,7'sinin sigara dumanına maruz kalmadığı ve 6,5±10,6 yıldır sigara içmedikleri belirlendi (Tablo 6.2).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikler Tablo 6.3' de gösterildi.

Tablo 6.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=238)

Hastalık İle İlgili Özellikler	Ort ± SS	(Min.- Maks.)	n	%
Hastalığın Süresi (yıl)	2,0 ± 0,0	(0 - 2)		
Beden Kitle İndeksi	25,5 ± 4,6	(15,2 - 40,0)		
KOAH'tan Başka Kronik Hastalık				
Hayır			102	42,9
Evet			136	57,1
	Hipertansiyon		80	33,6
	Kalp Hastalığı		68	28,6
	Diyabet		42	17,6
	Diğer		16	6,3
Hastalık ile ilgili kontrollere düzenli olarak gitme				
Evet			137	57,6
Hayır			101	42,4
Kısmen			60	25,2
İlaçlarınızı düzeli olarak kullanma				
Evet			202	84,9
Hayır			36	15,1

Not: *Ort:* Aritmetik Ortalama, *SS:* Standart sapma, *Min:* En küçük değer, *Maks:* En büyük değer

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastalıklarının süre ortalaması 2,0±0,0 yıl, beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması 25,5 ± 4,6, %57,1'inin KOAH'dan başka hastalığının da olduğu, %33,6'sında KOAH'a ek olarak hipertansiyon, %28,6'sında kalp hastalığı bulunduğu, %57,6'sının hastalığı ile ilgili kontrollerine düzenli gittiği, %84,9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı belirlendi (Tablo 6.3).

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin tedaviye ilişkin özellikleri Tablo 6.4' de verildi.

Tablo 6.4. KOAH'lı Bireylerin Tedaviye İlişkin Özellikleri (n=238)

Hastalık İle İlgili Özellikler	n	%
Hastalığa bağlı olarak evde kullanılan cihazlar		
Nebulizatör	97	40,8
Oksijen Tüpü	18	7,6
Oksijen Konsantratörü	3	1,3
Bipap cihazı	4	1,7
Geçen son bir yıl içinde KOAH nedeniyle hastaneye yatış sayısı		
Hiç yatmadım	162	68,1
1 veya 2 defa	58	24,4
3 veya daha fazla	18	7,6
Bakımı ile ilgilenen var mı		
Hayır ihtiyacım yok	66	27,7
İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok	17	7,1
Evet ihtiyacım var	155	65,1
Bakım verenler		
Çocukları	33	13,8
Eşi	116	48,7
Diğer	6	2,4

Not: **Ort:** Aritmetik Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** En küçük değer, **Maks:** En büyük değer

Tedaviye ilişkin özelliklere bakıldığında KOAH tanısı alan bireylerin %40,8'inin hastalığa bağlı olarak evde nebulizatör kullandığı, %68,1'inin son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle hastaneye yatmadığı, %65,1'nin bakımıyla ilgilenen biri olduğu ve %48,7'sinin de eşinin ilgilendiği belirlendi (Tablo 6.4).

KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT), Dispne Değerlendirme Ölçeği (MRC), Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon Ölçeği (HAD-D) puan ortalamaları Tablo 6.5' de verildi.

Tablo 6.5. KOAH'lı Bireylerin CAT, MRC ve HAD Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar (n=238)

Ölçekler	Ort ± SS	(Min - Maks)
CAT	25,4 ± 5,6	(9,0 - 39,0)
MRC	2,2 ± 1,0	(0,0 - 4,0)
HAD	18,0 ± 6,0	(4,0 - 18,0)
Anksiyete (HAD-A)	7,0 ± 4,0	(0,0 - 16,0)
Depresyon (HAD-D)	11,0 ± 2,9	(4,0 - 18,0)

Ort: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer, CAT: KOAH Değerlendirme, HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, MRC: Dispne Değerlendirme Ölçeği

Araştırmada kullanılan ölçeklerden KOAH'lı bireylerin aldıkları puanlar: KOAH Değerlendirme Testi (CAT) puan ortalaması 25,4±5,6, Dispne Değerlendirme Ölçeği (MRC) puan ortalaması 2,2±1,0, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalaması 18,0±6,0, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalaması 7,0±4,0 ve Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalaması 11,0±2,9' dur (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. Ölçeklerin Normallik Analizleri

Normallik Testleri	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	P
CAT	0,992	238	0,234
MRC	0,882	238	0,000
HAD	0,981	238	0,000
Anksiyete (HAD-A)	0,958	238	0,000
Depresyon (HAD-D)	0,976	238	0,000

CAT: KOAH Değerlendirme, HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, MRC: Dispne Değerlendirme Ölçeği

Ölçeklerin puanlarına ilişkin normallik testleri sonucunda CAT ölçeğinin normal dağıldığı ($p>0,05$), MRC, HAD; Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) puan türlerinin normal dağılmadığı belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 6.6). Bundan dolayı, normal dağılmayan ölçeklere ait karşılaştırmalarda non-parametrik testler tercih edilirken, normal dağılan ölçeğe ait karşılaştırmalarda parametrik testler tercih edildi.

Tablo 6.7’de KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT), Dispne Değerlendirme Ölçeği (MRC), Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon Ölçeği (HAD-D) puanları arasındaki korelasyonlar gösterildi.

Tablo 6.7. KOAH’lı Bireylerin CAT, MRC ve HAD Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar (n=238)

Ölçekler	CAT	MRC	HAD	Anksiyete (HAD-A)	Depresyon (HAD-D)
CAT	-				
MRC	0,700***	-			
HAD	0,601***	0,660***	-		
Anksiyete (HAD-A)	0,570***	0,611***	0,902***	-	
Depresyon (HAD-D)	0,445***	0,509***	0,825***	0,526***	-

Not: *r* Spearman Korelasyon testi değeri, *** $p<0,001$

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin CAT toplam puanı ile MRC toplam puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ($r_s=0,700$ ve $p<0,001$). CAT toplam puanı ile HAD Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) toplam puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı korelasyonlar saptandı ($r_s=0,601$ ve $p<0,001$; $r_s=0,570$ ve $p<0,001$; $r_s=0,445$ ve $p<0,001$), (Tablo 6.7).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin MRC toplam puanı ile HAD, Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) toplam puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı korelasyonlar saptandı ($r_s=0,660$ ve $p<0,001$; $r_s=0,611$ ve

$p < 0,001$; $r_s = 0,509$ ve $p < 0,001$). Buna ilaveten, HAD Ölçeği'nde Anksiyete (HAD-A) toplam puanı ile Depresyon (HAD-D) toplam puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($r_s = 0,526$ ve $p < 0,001$), (Tablo 6.7).

CAT ve bağımsız değişkenleri (MRC, HAD, HAD-A, HAD-D) için kurulan çoklu regresyon modeli analizi Tablo 6.8' de verildi.

Tablo 6.8. KOAH'lı Bireylerin CAT'a İlişkin MRC ve HAD'a İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (n=238)

CAT	R	R ²	B	B	t	P
MRC	0,710	0,504	3,907	0,710	15,484	0,000****
HAD	0,617	0,381	0,569	0,617	12,048	0,000****
Anksiyete (HAD-A)	0,585	0,343	0,812	0,585	11,092	0,000***
Depresyon (HAD-D)	0,466	0,217	0,879	0,466	8,087	0,000***

Not: *** $p < 0.001$

CAT ve bağımsız değişkenleri (MRC, HAD, HAD-A, HAD-D) için kurulan çoklu regresyon modelinde; MRC, HAD, HAD-A ve HAD-D' nin CAT üzerinde anlamlı etkisinin olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). KOAH'lı bireylerde CAT düzeyleri; %50' si MRC testi, HAD, %38' i HAD-A ve %22' si HAD-D tarafından açıklanmaktadır (Tablo 6.8).

7. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalamasının $67,1 \pm 11,4$ yıl ve çoğunluğun erkek (%79,4) olduğu belirlendi. Bu bulguların literatür bulguları ile benzer olduğu görüldü. Türk ve Üstün (2018)'ün çalışmasında KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması $61,55 \pm 9,15$ yıl ve %87,3' ünün erkek olduğu bildirilmiştir (Türk ve Üstün 2018). Minov ve arkadaşları (2015)'nin KOAH tanılı bireyler ile yaptığı bir çalışmaya 43-74 yaş aralığında olan 81 hasta dahil edilmiş ve yaş ortalaması $69,99 \pm 8,02$ yıl olarak bulunmuştur (Minov ve ark. 2015). Kavalcı ve arkadaşları (2016)'nin yaptığı 123 hastanın alındığı bir çalışmada yaş ortalaması 69,9 yıl olarak bulunmuş ve bu hastaların %69,1'i erkek olarak bildirilmiştir (Kavalcı ve ark. 2016). Ünsal ve Yetkin (2005)'in çalışmasında KOAH'lı bireylerin %64'ünün, Türk (2006)'ün çalışmasında %58,7' sinin, Çevirme (2008)'nin çalışmasında %88,6' sının, İnce (2011)'nin çalışmasında %65' inin erkek olduğu belirtilmiştir (Ünsal ve Yetkin 2005; Türk 2006; Çevirme 2008; İnce 2011). Bu sonuçlara göre; KOAH'ın preyaşlı dönemde ve daha çok erkeklerde ortaya çıktığı söylenebilir. KOAH, daha çok ileri yaş grubunun hastalığı olarak bilinmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, hastalığın erkeklerde daha yaygın olması daha fazla sigara içme ve mesleki maruziyetle açıklanabilir. Ancak sigara içmenin günümüzde kadınlarda da giderek yaygınlaşması hastalığın cinsiyetler arası farkı ortadan kaldıracağını düşündürmektedir.

Bu çalışmada KOAH tanısı alan bireylerin %87,0' i evli, %55,9' u ilkökul mezunu ve %58,4' ünün emekli olduğu belirlendi. Türk ve Üstün (2018)'ün

çalışmasında KOAH' lı bireylerin %75,5' inin evli, %38,2' si okuryazar olmadığı ve %40,9' unun ilköğretim mezunu olduğu, %20,9' u emekli ve %30' u çiftçi olduğu bildirilmiştir (Türk ve Üstün 2018). Bu çalışmada; sosyodemografik özellikler ile ilgili elde edilen verilerin literatür bulguları ile benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki KOAH tanısı alan bireylerin %75,2' si hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmadığı ve %50,4' ünün gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi. Çil (2008)'in çalışmasında araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin %90' ı, Türk (2006)'ün çalışmasında ise %93' ü çalışmamaktadır (Türk 2006; Çil 2008). Varol (2016)'un çalışmasında araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin %9,1' i, Türk (2006)'ün çalışmasında %40,7' si hastalığından dolayı işi bırakmak zorunda kalmıştır (Türk 2006; Varol 2016). Bu çalışmada; çalışma durumu ile ilgili elde edilen verilerin literatür bulguları ile benzer olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan bireylerin %16,0' sının hiç sigara içmediği, %48,1' inin içmeyi bıraktığı ve %35,7' sinin hala sigara içtiği belirlendi. Günde içtikleri sigara sayısı ortalaması az olup ($0,35 \pm 0,6$) %88,7' sinin sigara dumanına maruz kalmadığı belirlendi. Türk ve Üstün (2018)'ün çalışmasında KOAH' lı bireylerin %85,5' i de geçmişte sigara kullandığını bildirilmiştir (Türk ve Üstün 2018). Buna göre; KOAH' lı bireylerin sigaranın zararlarını bildikleri, çoğunun sigara içmeyi bıraktıkları veya çok azalttıkları söylenebilir.

Çalışmadaki KOAH tanısı alan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikler incelendiğinde; KOAH tanısı alan bireylerin hastalıklarının süre ortalamasının $2,0 \pm 0,0$ yıl, olduğu, %68,1' inin son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle hastaneye yatmadığı belirlendi. Türk ve Üstün (2018)'ün çalışmasında KOAH' lı bireylerin %33,6' sının 6-10 yıl, %20,9' unun 11-15 yıl öncesinde bu tanıyı aldığı bildirilmiştir (Türk ve Üstün 2018). KOAH' lı bireylerle ilgili yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin 5-10 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir (Ünsal ve Yetkin 2005; Çil 2008; Korkmaz 2008). Hastalık süresi ile ilgili bulgularımız literatür bulgularından farklılık göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada, KOAH tanısı alan bireylerin BKİ ortalamasının $25,5 \pm 4,6$ olduğu belirlendi. Bu sonuçlar literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hallin ve arkadaşlarının (2007) 261 KOAH'lı bireyle yaptığı çalışmada düşük kilolu

hastaların diğerk BKİ (normal kilolu, kilolu, obez) gruplarına göre daha düşük FEV1 yüzdesine sahip olduğu saptanmış, diyabet ve kardiyovasküler komorbiditelerin ise en yüksek obez hastalarda olduğu belirtilmiştir (Hallin 2007).

Komorbiditelerin de eşlik ettiği KOAH tanısı alan bireylerin %28,6'sında kalp hastalığı olduğu belirlendi. Wei ve arkadaşlarının (2011) 4960 KOAH' lı bireyler yaptıkları çalışmada, kardiyovasküler komorbiditelerin eşlik etme oranını %48,8 olarak belirlemişlerdir (Wei ve ark. 2011). Tertemiz ve arkadaşlarının (2012) 427 hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların %56,7'sinde komorbid hastalık saptanmış, bu hastalıklar arasında %24 oranıyla kalp hastalıklarının birinci sırada olduğunu bildirmişlerdir (Tertemiz ve ark. 2012). Yapılan bir çalışmada hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve diyabet eşlik eden komorbid hastalıklar olarak kayıt altına alınmış, kayıt altına alınan hastalarda da benzer komorbid hastalıklar bulunmuştur (Minov ve ark. 2015). Türk ve Üstün (2018)'ün çalışmasında hastaların %47,2' sinin KOAH'a ek bir hastalığının (hipertansiyon, diyabet vb) olduğu bildirilmiştir (Türk ve Üstün 2018). KOAH tanısına eşlik eden hastalıklar ile ilgili bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Buna göre; KOAH tanısı olan bireylerde en sık görülen komorbid durumun kalp hastalıkları olduğu söylenebilir.

Takip ve tedavilere ilişkin olarak KOAH tanısı alan bireylerin %57,6'sının hastalığı ile ilgili kontrollerine düzenli gittiği, %84,9' unun ilaçlarını düzenli kullandığı belirlendi. Korkmaz'ın (2008) çalışmasında KOAH' lı bireylerin %77' sinin tedavisini düzenli olarak aldığı saptanmıştır (Korkmaz 2008).

Çalışmaya katılan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastalıklarının tanı süresi ortalamasının 2,00±0,0 (0-2) yıl olduğu, %68,1' inin son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle hastaneye yatmadığı, %24,4' ünde yılda 1-2 atak yaşadığı belirlendi. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi'nin (CAT) puan ortalaması 25,4±5,6 (9-39) ve Dispne Değerlendirme Ölçeği (MRC) puan ortalaması 2,18±1,0 (0-4) olarak bulundu. Buna göre; çalışmaya katılan KOAH' lı bireylerin tanı süresinin kısa olduğu, yüksek risk ve çok semptomu olan Grup D hastalardan (eski GOLD 3 veya 4. Evresine denk gelir) olduğu söylenebilir. Grup D hastaları; ağır veya çok ağır akım kısıtlaması ve / veya yılda 2' nin üzerinde atak sayısı olan, MRC skoru 2' nin üzerinde ve CAT skoru 10' un üzerinde olan hastalardır.

Çalışmadaki KOAH tanısı alan bireylerin KOAH Değerlendirme Testi'nin (CAT) puan ortalamasının $25,38 \pm 5,55$ olduğu görüldü. Dodd ve arkadaşlarının (2011) yaptığı 297 KOAH hastasının katıldığı çalışmada ortalama CAT skoru $20,5 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur (Dodd 2011). Thomas Ringbaek ve arkadaşlarının (2012) yaptığı 90 KOAH hastasının katıldığı çalışmada, ortalama CAT skoru $14,48$ olarak bulunmuştur (Ringbaek 2012). Al-Moamary MS ve arkadaşların (2011) Arap toplumunda yaptığı 45 KOAH hastasının dahil edildiği çalışmada, ortalama CAT skoru $10,7 \pm 5,8$ olarak bulunmuştur (Al-Moamary ve ark. 2011). Kelly ve arkadaşlarının (2011) yaptığı 224 KOAH hastasının katıldığı çalışmada, CAT skoru $23,1 \pm 8,2$ olarak bulunmuştur (Kelly ve ark. 2011). Yaptığımız çalışmada, bulunan CAT skoru ortalamasının literatürde bildirilen sonuçlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, çalışmamızdaki KOAH' lı bireylerin tanı sürelerinin kısa olması ve atak sıklığının fazlalığı ile açıklanabilir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerin Dispne Değerlendirme Ölçeği'ne (MRC) puan ortalamasının $2,18 \pm 1,0$ olduğu belirlendi. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $17,9 \pm 6,0$, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalamasının $7,0 \pm 4,0$ ve Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalamasının $11,0 \pm 2,9$ olduğu görüldü. Kapısız ve Eker (2018)in yaptığı ve 90 KOAH tanılı bireyin katıldığı araştırmada; HAD-A puan ortalaması $7,42 \pm 4,43$ (min: 0-maks: 20), HAD-D puan ortalaması $8,85 \pm 4,23$ (min: 3-maks: 18) olarak saptanmıştır. Çalışmanın Logistic Regresyon analizi sonuçlarına göre anksiyete belirti riski; çok şiddetli dispnesi olduğunu belirtenlerde 22,754 kat, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda 4,304 kat, depresyon belirtileri mevcut olanlarda 17,528 kat, depresyon belirti riski ise; şiddetli dispnesi olanlarda hafif dispnesi olanlara göre 5,957 kat, bir yılda üç ve daha fazla hastaneye yatanlarda hiç yatmayanlara göre 22,181 kat, sosyal desteği olmayanların olanlara göre 28,712 kat, anksiyete belirtileri mevcut olanlarda olmayanlara göre 23,294 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kapısız ve Eker 2018). Kunik ve arkadaşlarının (2005) orta KOAH'lı bireylerde yaptıkları çalışmada, anksiyete ve depresyon prevalansı %80 olarak saptanmıştır (Kunik ve ark. 2005). Dahlen ve Jansob (2002) KOAH'lı bireylerin %40'ında yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon olduğunu, Dowson ve arkadaşları (2004) 39 KOAH'lı bireyler ile yaptıkları çalışmada hastaların %33'ünde anksiyete %35'inde depresyon olduğunu belirtmiştir (Dahlen ve Jansob 2002; Dowson ve ark.

2004). Marko (2006)'nın yapmış olduğu bir çalışmada, ağır KOAH'lı bireylerde anksiyete oranları daha yüksek bulunmuştur (Marco ve ark. 2006). Yine yapılan bir çalışmada yüksek anksiyetesi olan bireylerde dispne algısının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Nowobilski ve ark. 2007). Korkmaz (2008), KOAH'lı bireylerin %88,9' unda anksiyete ve %85,7' sinde depresyon belirtisi olduğunu belirtmiştir (Korkmaz 2008). Howard (2009)'ın KOAH'lı bireylerin yaptığı çalışmasında anksiyete oranı %35, depresyon oranı %19 olarak bulunmuştur (Howard ve ark. 2009). Voogdab (2010), hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların dispne sırasında anksiyete yaşadıklarını saptamıştır (Voogdab ve ark. 2010). Yon ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında KOAH'lı 84 hastada depresyon prevalansı %55 olarak bildirilmiştir (Yon ve ark. 2010). Rosa ve arkadaşları (2013) bronşektazi tanılı 70 hastada anksiyete prevalansı %55, depresyon prevalansını %34 olarak saptamıştır (Rosa ve ark. 2013). Boussoffara ve arkadaşları (2014) HAD anksiyete ve depresyon ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, anksiyete %23, depresyon prevalansı %21 olarak bildirilmiştir (Boussoffara ve ark. 2014). Çalışmadaki oranın diğer çalışmalara göre daha farklı belirlenmiş olması, farklı ölçme araçlarının kullanılması ve çalışma gruplarındaki değişikliklerden kaynaklanmış olabilir.

Yapılan bu çalışmada, KOAH'lı bireylerde hastalık şiddeti ve atak sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin de arttığı belirlendi. KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ile dispne değerlendirme testi Medical Council Research (MRC) ve HAD'a ilişkin regresyon analizinde; CAT bağımsız değişkeninin MRC, HAD-A ve HAD-D bağımlı değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlendi. KOAH'lı bireylerde KOAH değerlendirme testi (CAT) bulgularının %50 MRC, %34 HAD-A ve %22 HAD-D üzerinde etkili olduğu belirlendi. Yorgancıoğlu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada; CAT toplam skorunun KOAH'ta farklı hastalık evreleri, şiddetleri ve düzeylerine göre ayırt ediciliğine bakıldığında, tüm kriter düzeylerini anlamlı olarak ayırt ettiği ve solunum fonksiyon testleriyle anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmış olup CAT skoru mMRC dispne skalası ve semptom skorlamasıyla korele olduğu bildirilmiştir (Yorgancıoğlu ve ark. 2012). Atacanlı ve Dilbaz (2001)'ın FEV1 değeri %75' in üzerinde olan 100 KOAH'lı birey ile yaptıkları ve BECK ölçeği ile HAD ölçeğini kullandıkları çalışmada FEV1 değerinin her iki ölçekle de korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Atacanlı ve Dilbaz 2001). KOAH' lı bireylerde hastalık şiddeti ile atak sayısı, anksiyete ve depresyon

düzelerine etkisine ilişkin bulgularımız bu literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Buna göre; KOAH'lı hastalarda hastalık şiddeti arttıkça atak sayısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmaktadır.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- KOAH Değerlendirme Testi'nin (CAT) puan ortalamasının $25,4 \pm 5,6$, Dispne Değerlendirme Ölçeği'ne (MRC) puan ortalamasının $2,2 \pm 1,0$ olduğu ve buna göre; KOAH' lı bireylerin tanı süresinin kısa olduğu, yüksek risk ve çok semptomu olan Grup D hastalardan (eski GOLD 3 veya 4. Evresine denk gelir) oluştuğu,
 - Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $18 \pm 6,0$, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalamasının $7,0 \pm 4,0$ ve Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalamasının $11,0 \pm 2,9$ olduğu,
 - KOAH ve dispne şiddeti arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri de tıgığı belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH' lı bireylerde dispne ve hastalık şiddetlerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- KOAH' lı bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- KOAH' lı bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltabilmek için hastalık şiddetinin ve atak sıklığının azaltılması,
- Çalışmanın daha geniş bir evren üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Al-Moamary MS, Al-Hajjaj MS, Tamim HM, Al-Ghobain MO, Al-Qahtani HA, Al-Kassimi FA. The reliability of an Arabic translation of the chronic obstructive pulmonary disease assessment test. Saudi Med J. 2011; 32(10): 1028-1033.

Ashmore JA, Emery CF, Hauck ER, MacIntyre NR. Marital adjustment among patients with chronic obstructive pulmonary disease who are participating in pulmonary rehabilitation. Heart Lung. 2005; 34(4): 270-278.

Atacanlı F M, Dilbaz N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon. Klinik Psikiyatri. 2001; 4:147-153.

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997; 8: 280-287.

Bartal M. COPD and tobacco smoke. Monaldi Arch Chest Dis. 2005; 63:213-225.

Başığit İ. KOAH Tanımı ve Klinik Özellikleri. Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010; 1(2): 102-105.

Bestall JC, Paul EA, Garrod R. Usefulness Of The Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale As A Measure Of Disability İn Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Thorax. 1999; 54: 581-586.

Boussoffara L, Boudawara N, Gharsallaoui Z, Sakka M. Anxiety –depressive disorders and bronchiectasis. Revue des Maladies Respiratoires. 2014; 31(3): 230-236.

Bozbaş řř, Ulubay G. Koah'ta Sistemik Bulgular. İçinde: In Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A, (eds.). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul Tıp Kitabevi: 2010; 683-692.

Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med.* 2003; 65: 963-970.

Burgess A, Kunik ME, Stanley MA. Chronic obstructive pulmonary disease: assessing and treating psychological issues in patients with COPD. *Geriatrics.* 2005; 60: 18-21.

Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J.* 2004; 23: 932-946.

Cully JA, Graham DP, Stanley MA, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics.* 2006; 47: 312-319.

evirme L. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Olgularda Solunum Fonksiyonlarının, Yaşam Kalitesinin, Anksiyetenin ve Depresyonun Alevlenme Sayısına Etkisi. Trakya Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Altıay). Edirne, 2008.

il A. KOAH'lı Hastalara Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyonun Fiziksel ve Psikolojik Parametrelere Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun). İstanbul,2008.

Dahlen I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest.* 2002; 122: 1633-1637.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edn. Text revision. American Psychiatric Association. Washington, 2002.

Dodd JW, Hogg L. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. *Thorax.* 2011; 66: 425-429.

Dowson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management, *J Psychosom Res.* 2004; 56(3): 333-340.

Erk M. KOAH: Klinik ve Tanısal Yaklaşım. İçinde: In Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A, (eds.). *Solunum Sistemi ve Hastalıkları.* İstanbul Tıp Kitabevi. 2010; 693-700.

Ertürk E, Gürgün A. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı. *Klinik Tıp Solunum Aktüel Dergisi.* 2010; 3: 16-31.

Falter LB, Gignac MA, Cott C. Adaptation to disability in chronic obstructive pulmonary disease: Neglected relationship to older adults' perceptions of independence. *Disabil Rehabil.* 2003; 25: 795-806.

Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal.* 2013; 22 :230-233.

Gibson J, Loddenkemper R, Sibille Y, Lundback B, Fletcher M. Avrupa'da Akciğer Sağlığı. Charlesworth Yayıncılık, İngiltere, 2013.

Gregersen TL, Yeşil A, Çerçeveleme E, Ringbæk T, Brøndum E, Tedarik Ulrik C. KOAH hastalarında telekdikal müdahaleler yaşam kalitesini artırır mı? Sistematik bir inceleme. *Int J Chron Pulmon Dis .* 2016; 11: 809-822.

Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir.* 2005; 26: 414-419.

Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med.* 2006; 100: 87-93.

Gülbaş G, Günen H. KOAH Alevlenmesi Tanımı ve Epidemiyolojisi. *Solunum Dergisi.* Solunum 2009; KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı. 2009; 2-6.

Güner H. KOAH'da klinik bulgular ve tanısal yaklaşım. İçinde: In Bilgiç H, Karadağ M, (eds.). Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları. 2008; 83-92.

Güner A, Atak N. KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2002; 50(4): 451-461.

Hallin R, Gudmundsson G, Ulrik CS, Nieminen MM, Gislason T, Lindberg E, Brøndum E, Aine T, Bakke P, Janson C. Nutritional status and longterm mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Respiratory Medicine. 2007; 101: 1954-1960.

Hansel TT, Peter JB, (eds.). (Kocabaş A. (çeviri editörü)). An atlas of chronic obstructive pulmonary disease. London UK: 2004; 69-115.

Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. European Respiratory Journal. 2008; 31: 667-677.

Howard C, Halas CN, Wray J, Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. Behaviour Research and Therapy. 2009; 47: 71-76.

Hurst JR, Wedzicha JA. The biology of a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Clin Chest Med. 2007; 28: 525-536.

Hynninen KM, Breitve MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. / Psychosom Res. 2005; 59: 429-443.

İnce Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Işıl). İstanbul, 2011.

Jones P, Harding G, Wiklund I, Berry P, Leidy N. Improving the process and outcome of care in COPD: development of a standardised assessment tool. Prim Care Respir J. 2009; 18: 208-215.

Kapısız Ö, Eker F. Evaluation of the relationship between the levels and perceptions of dyspnea and the levels of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. 2018; 9(2): 88-95.

Kavalci C, Yilmaz MS, Kayipmaz AE, Isık B, Çelikel E, Kavalci G, Yılmaz F, Özlem F, Sönmez BM, Çelebi S. Correlation of CAT Score With Peak Expiratory Flow in Acute Exacerbation of COPD Patients. Journal of the National Medical Association. 2016; 108(3): 164-168.

Kelly JL, Bamsey O, Smith C, Lord VM, Shrikrishna D, Jones PW, Polkey MI, Hopkinson NS. Health Status Assessment in Routine Clinical Practice: The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test Score in Outpatients. Respiration. 2012; 22: 193-199.

Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Arseven O, (eds.). Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2015, 135-156.

Kocabaş A. KOAH epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010; 1(2): 105-113.

Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanısıyla Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Tel). Konya, 2008.

Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. Chest. 2005; 127:1205-1211.

Leupoldt A, Dahme B. Psychological aspects in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary diseases. Respiratory Medicine. 2007; 101: 411-422.

Liu Y, Yan S, Poh K, Liu S, Iyiorobhe E, Sterling DA. Impact of air quality guidelines on COPD Sufferes, International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2016; 11(1): 839-872.

Mahler DA. Mechanisms and measurement of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc.* 2006; 3(3): 234-238.

Marciniuk DD, Goodridge D, Hernandez P, Rocker G, Balter M, et al. Canadian Thoracic Society COPD Committee Dyspnea Expert Working Group, Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J.* 2011; 18(2): 69-78.

Marco FD, Verga M, Reggente M, Casanova FM, Santusa P, Blasib F, Allegrab L, Centannia S. Anxiety and depression in COPD patient: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine.* 2006; 100: 1767-1774.

McCathie HC, Spence SH, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J.* 2002; 19: 47-53.

Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord of Psychiatry.* 2004; 58: 65-70.

Minov J, Karadzinska-Bislimovska J, Vasilevska K, Stoleski S, Mijakoski D. Course of COPD Assessment Test (CAT) Scores During Bacterial Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Treated in Outpatient Setting. *The open respiratory medicine journal.* 2015; 9: 39-45.

Nault D, Borycki E, (eds.). *Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Hamilton, BC Dekker Inc., 2002; pp. 215-244

Neuman A, Gunnbjörnsdottir M, Tunsater A, Nyström L, Franklin KA, Norman E, Janson C. Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study. *Respiratory Medicine.* 2006; 100: 1843-1849.

Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission,

symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 60-67.

Nowobilski R, Furga M, Czyz P, Barbaro B, Polczyk R, Bochenek G, Mogilnicka EN, Szczeklik A. Psychopathology and Personality Factors Modify the Perception of Dyspnea in Asthmatics. *Journal of Asthma.* 2007; 44: 203–207.

O'Donnell DE, Banzett RB, Carrieri- Kohlman V, Casaburi R, Davenport PW, Gandevia SC, Gelb AF, Mahler DA, Webb KA. Pathophysiology of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a roundtable. *Proceedings Of The American Thoracic Society.* 2007; 4: 145–168.

O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et al. State of the Art Compendium: Canadian Thoracic Society recommendations for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir* 2004; 11(Suppl. B): 7B-59B.

Özmen M, Önen B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Psikiyatrik Sorunlar. İçinde: Ertürk E, Umut S, (eds.). Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. *Toraks Kitapları.* 2008 (6): 333-345.

Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am Respir Crit Care Med.* 2001; 163: 1256-1276.

Polatlı M, Bilgin C, Şaylan B, Başlılar Ş, Toprak E, Ergen H, at al. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırmaya yönelik kesitsel gözlem çalışması: KOAH'la Yaşam çalışması. *Tüberk Toraks.* 2012;60(1):1-12.

Ringbaek T ve ark. A comparison of the assessment of quality of life with CAT, CCQ and SGRQ-c in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation. *COPD.* 2012; 9 (1): 12-15.

Rosa MG, Gilda FV, Carolina C. Presence of Anxiety and Depression in Patients With Bronchiectasis Unrelated to Cystic Fibrosis. Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IP), Madrid, Spain 2013; 49(10):415–420.

Russi EW. Alpha-1 Antitrypsin now available, but do we need it? Swiss Medical Weekly. 2008; 138(13-14): 191-196.

Sansores RH, Venegas AR. COPD in women: susceptibility or vulnerability? Eur Respir J. 2016; 47: 19–22.

Seamark DA, Blake SD, Seamark CJ. Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. Palliative Medicine. 2004; 18: 619-625.

Tertemiz KC, Kömüs N, Ellidokuz H, Sevinç C, Çımrın AH. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2012; 60(2): 114-122.

Türk D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Hastaların Sık Hastaneye Yatışlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Işıl). İstanbul,2006.

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Türk Toraks Dergisi. 2014.

Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA). Editörler: Mehmet Polatlı, Nurdan Köktürk. 2012: 1-48.

Türk G, Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, DEUHFED. 2018, 11 (1): 19-25.

Ünsal A, Yetkin A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 8(1): 42-53.

Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, IJzermans CJ, Vander Zee JS, Schade E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 2002; 57: 412-6.

Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. Indoor air pollution and airway disease. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2004; 8(12): 1401-1415.

Vonk JM, Jongepier H, Panhuysen CIM, Schouten JP, Bleecker ER, Postma DS. Risk factors associated with the presence of irreversible airflow limitation and reduced transfer coefficient in patients with asthma after 26 years of follow up. *Thorax*. 2003; 58: 322-327.

Voogdab JN, Sandermanb R, Postemaa K, Sonderenb E, Wempeac JB. Relationship between anxiety and dyspnea on exertion in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Anxiety, Stress, Coping*. 2010; 1: 1-11.

Vögele C, Leupoldt AV. Mental disorders in chronic obstructive pulmonary Disease (COPD). *Respiratory Medicine*. 2008; 102: 764-773.

Wagena EJ, van Amelsvoort LG, Kant I, Wouters EF. Chronic bronchitis, cigarette smoking, and the subsequent onset of depression and anxiety: results from a prospective population-based cohort study. *Psychosom Med*. 2005; 67: 656-660.

Wei ZM, Cai JF, Cui H, Liu AM, Li Y, Gao F, Fan L. Retrospective study on the prevalence of cardiovascular comorbidities in 4960 inpatients with chronic obstructive disease in Beijing. *Çin Epidemiyolojisi Dergisi*. 2011; 32(3): 297-301.

Worth H, Dhein Y. Does patient education modify behaviour in the management of COPD?. *Patient Education And Counseling*. 2004; 52: 267-270.

Wood-Baker R, Reid D, Robinson A, Walters EH. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2012; 7: 407-413.

Xu W, Collet JP, Shapiro S, Lin Y, Yang T, Platt RW, Wang C, Bourbeau J. Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;178:913-920.

Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Yılmaz Demirci N, Kırkıl G, Naycıatış S, et al. KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi.* 2012; 60(4): 314-320.

Yon JR, Eun-Mi C, Jin HL. Prevalence of Depression and Anxiety in Outpatients with Chronic Airway Lung Disease. *The Korean Journal of Internal Medicine* 2010;25(1):51-57.

Yürüktümen A, Karcıoğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. Dispne İle Başvuran Geriyatrik Olgularda Yakınma şiddeti İle Klinik Ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi.* 2009; 9(4): 163-168.

Zigmond AS and Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983; 67: 361-370.

10.EKLER

EK-1 ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
26.04.2017	17	6

Karar 5- İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380019 numaralı öğrencisi Fatma DEMİREL'in Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine, **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü	
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
Katılmadı Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye
e-imzalıdır Aynur PALAMUTÇUOĞLU Enstitü Sekreteri V.	

Aslı Gibidir
13/06/2019

Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri



EK-2 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	28 / 06 / 2017 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr.Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Fatma DEMİREL				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	01 / 06 / 2017 / Tarih ve 23361 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">- 10 - Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

EK-3 KURUM İZİN YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
19/10/2017 17:11 - 76379986 - 774.99 - E.3713



Sayı : 76379986-774.99
Konu : Fatma DEMİREL/ Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 02/10/2017 tarihli ve 94213349-604.02-28 sayılı yazı

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına devam eden Hemşire Fatma DEMİREL'in aynı fakültede Öğretim Görevlisi olan Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ danışmanlığında "KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

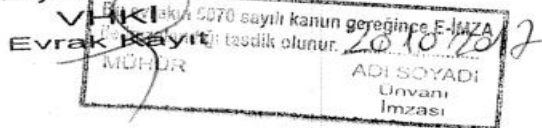
Ekim 2017- Mart 2018 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2018 yılı Nisan ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İlkay AĞZIBALLI



e-İmzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
İl Sağlık Müdürü

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fa375317-c9b9-42d2-8dc4-112b53cf0929 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4 HASTA TANITIM FORMU

Bu formda sizinle ve hastalığınızla ilgili sorular yer almaktadır. Çalışmanın güvenilir olması için soruları doğru ve eksiksiz cevaplamanız önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Görüşme tarihi:...../...../.....

Vaka no:.....

1. Tanıtıcı Özellikler:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim Durumu: 1. Okur- yazar değil 2. Okur – yazar 3. İlkokul

4. Orta Okul 5. Lise 6. Üniversite ve üstü

5. Meslek : 1.İşçi 2.Memur 3. Emekli 4. Serbest

5. Ev Kadını 6. Öğrenci 7. Diğer

6. Çalışma Durumunuz nedir?

1. Tam gün çalışıyorum 2. Yarım gün/ belli aralıklarla çalışıyorum

3.Hastalık nedeniyle çalışmıyorum 4. Hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmıyorum

7. Gelir durumu : 1. Gelir giderim az 2. Gelir giderimden fazla 3. Gelir giderime eşit

8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz: 1. Yalnız 2. Anne- baba 3. Eşim- çocuklarım 4. Diğer

2. Hastalık İle İlgili Özellikler:

1. Hastalığın süresi : 1. 0-11 ay 2. 1 yıl ve üstü

2. BKİ İndeksiniz : Boy : Kilo:.....
BKİ:

3. Sigara içme alışkanlığı: 1. İçiyor

1.1 Ne kadar süredir içiyor?..... Yıl

1.2 Günde kaç paket sigara içiyor?..... paket

2. Bırakmış

2.1 Ne kadar süredir içmiyor?..... Yıl

3. Hiç içmiyor

4. Sigara dumanına maruz kaldığınız oluyor mu ?(Çevrenizde kapalı ortamlarda yanınızda sigara kullananlar var mı ?)

1. Evet

2. Hayır

5. KOAH'tan başka kronik hastalığınız var mı ?

1. Hayır

2. Evet

<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Osteoporoz
<input type="checkbox"/> Depresyon	<input type="checkbox"/> Demans	<input type="checkbox"/> Kanser
<input type="checkbox"/> Tüberküloz	<input type="checkbox"/> Pnömoni	<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı
Diğer ...		

6. Hastalığınız ile ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

3. Kısmen

7. İlaçlarınızı düzeli olarak kullanıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

8. Hastalığınıza bağlı olarak evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı?

1. Nebulizatör

2. Oksijen Tüpü

3. Oksijen

Konsantratörü

4. Bipap cihazı

5. Ventilatör

6. Diğer

9. Geçen son bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye kaç defa yatışınız oldu?

1. Hiç yatmadım

2. 1 veya 2 defa

3. 3 veya

daha fazla

10. Bakımınız ile ilgilenen birileri var mı ?

1. Evet , açıklayınız.....

2. İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok

3. Hayır, ihtiyaç duymuyorum

EK-5 KOAH DEĞERLENDİRME TESTİ

Bu anket, KOAH'ın sağlığınıza ve günlük yaşamınıza olan etkisinin değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır. Lütfen şu anki durumunuzu an iyi anlattığınızı düşündüğünüz maddenin yanındaki kutuya (X) işareti koyunuz.

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

EK- 6 HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Lütfen, sizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

	Her zaman	Birçok zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Kendimi gergin, “ patlayacak gibi ” hissediyorum.				
Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.				
Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.				
Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.				
Aklımdan edişe verici düşünceler geçiyor.				
Kendimi neşeli hissediyorum.				
Rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşemiş hissediyorum.				
Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.				
Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.				
Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.				
Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum.				
Olacakları merakla bekliyorum.				
Aniden panik duygusuna kapılıyorum.				
İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.				

EK-7 DİSPNE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA INDEX (MRC SKALA))

GRADE	DERECE	TANIM
0	DISPNE YOK	DÜZ YERDE HIZLI HAREKET EDERKEN VEYA HAFIF EĞİMLİ BİR YOKUŞ ÇIKARKEN SOLUNUM SIKINTISI YOKTUR.
1	HAFIF	DÜZ YERDE HIZLI HAREKET EDERKEN VEYA HAFIF YOKUŞ ÇIKARKEN SOLUNUM SIKINTISI VARDIR.
2	ORTA	DÜZ YERDE YÜRÜRKEN YAŞITLARINDAN DAHA YAVAŞ YÜRÜR, SOLUKLANMAK İÇİN DURUR
3	ŞİDDETLİ	100 METRE KADAR VEYA BİR KAÇ DAKIKA YÜRÜYÜNCE SOLUKLANMAK İÇİN DURUR
4	ÇOK ŞİDDETLİ	EVDEN AYRILIRKEN VEYA ELBİSELERİNİ ÇIKARTIRKEN AŞIRI DERECEDE NEFESSİZ KALIR

EK-8 HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olanlarda nefes darlığı, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmanızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) akciğerin kronik ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan bir hastalığıdır. Toplumumuzda en sık görülen ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli kronik hastalıklardan birisidir. Bu hastalığın en önemli semptomları öksürük, balgam ve nefes darlığıdır. Hastalığın erken dönemlerinde nefes darlığı efora bağlı olarak artmasına rağmen hastalık ilerledikçe bu hastalığa sahip kişiler hafif bir eforla dahi yapılacak işleri yapmakta güçlük çekmekte ve nefes almakta sıkıntı yaşamaktadırlar. Nefes almakta yaşanan sıkıntı arttıkça bu da kişilerin kaygısını artırmaktadır. Buna bağlı olarak kişilerin sosyal yaşamları azalmakta ve zamanla depresif duygu durumuna girmektedirler. Bu çalışmanın amacı; KOAH olan bireylerde nefes darlığı, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde nefes darlığı, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için hazırlanan sorular size tarafından yöneltilen olacaktır.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerdeki nefes darlığı, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi ne derece etkilediği konusunda bilginizin artmasıdır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada size anket sorularının yöneltilmesi dışında bir işlem uygulanmayacak olup size her hangi bir yük getirmemektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Fatma DEMİREL, fatma_deu@hotmail.com, 05061199952

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-9 Dr. ARZU YORGANCIOĞLU'NUN İZİNİ

Re: KOAH değerlendirme testi (CAT) izin isteği hakkında

AY

Arzu Yorgancioglu <arzuyo@hotmail.com>

28.04.2017 Cum 06:10

Siz

← ↩ → ...

 CAT.pdf
119 KB

elbette sevgilerimle

Arzu Yorgancıoğlu

From: fatma demirel <fatma_deu@hotmail.com>

Sent: Thursday, April 27, 2017 9:59 PM

To: arzuyo@hotmail.com

Subject: KOAH değerlendirme testi (CAT) izin isteği hakkında

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız KOAH değerlendirme testini kullanmak istiyorum. Konu ile ilgili izninizi rica ediyorum.

Fatma Demirel
Celal Bayar Üniversitesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-10 Dr. ÖMER AYDEMİR'İN İZİNİ

Re: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanımı izni hakkında

OA

Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com>
27.04.2017 Per 22:10
Siz

↩ ↪ → ...

Sayın Fatma Demirel
Tez çalışmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Ömer Aydemir

fatma demirel <fatma_deu@hotmail.com> şunları yazdı (27 Nis 2017 22:07):

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Tezimde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız " Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" ni kullanmak istiyorum.

Konu ile ilgili izninizi rica ediyorum.

Fatma Demirel

Celal Bayar Üniversitesi

EK-11 TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: **KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Tezime ilişkin 09/04/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %24' tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
15.05.2019

Adı Soyadı : Fatma DEMİREL
Öğrenci No : 161380019
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : İç Hastalıkları Hemşireliği



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Fatma	Soyadı	DEMİREL
Doğum Yeri	Demirci	Doğum Tarihi	08.02.1988
Uyuğu	T.C.	Tel	(0506)1199952
E Mail	fatma_deu@hotmail.com		

Eğitim düzeyi

	Mezun olduğu kurumun adı	Mezuniyet yılı
Yüksek lisans		
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012
Lise	Turgutlu Niyazi Üzmez Lisesi	2006

İş deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- yıl)
Hemşire	Turgutlu Devlet Hastanesi	2018- Halen
Hemşire	Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi	2015-2018
Hemşire	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2015

Eğitim ve Enfeksiyon Hemşireliği	Özel Egeumut Hastanesi	2012-2014
----------------------------------	------------------------	-----------

Yabancı dilleri

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı dil sınav notu

YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
-	57,500	-	-	-	-	-	-	-

ALES PUANI	SAYISAL	EŞİT AğIRLIK	SÖZEL
2017 YILI	75,072	66,424	54,963

Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

Ek: Diğer bilimsel faaliyetler

4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 1-3 Mayıs 2013 Ankara.

Yenidoğan İşitme Tarama Programı Uygulayıcı Eğitimi, 3-4 Temmuz 2013 İzmir.

Temel İlkyardım Eğitimi Sertifikasyon Programı, Eylül 2013 Manisa.

Palyatif Bakım Sempozyumu, 3-4 Nisan 2014 İstanbul.

Sağlık Sistemi ve Hemşirelik Sempozyumu, 8 Mayıs 2014 İstanbul.

1. Disiplinlerarası Çocuk ve Kadın Sempozyumu, 16-18 Haziran 2014 İstanbul.

Hemşirelikte Büyük Resmi Görebilmek Sempozyumu, 11 Mayıs 2015 İstanbul.

Kardiyak Rehabilitasyon Sempozyumu, 15 Haziran 2015 İstanbul.

1. Uluslararası Evde Bakım ve Palyatif Bakım Kongresi, 17 Şubat 2016 Manisa.

1. Uluslararası Lisansüstü Eğitim Kongresi, 12-14 Mayıs 2016 Manisa.

İzmir Kuzey Hemşirelik Kongresi, 13-15 Nisan 2017 İzmir.

Diyabet Eğitiminin Temel Basamakları Kursu, 13 Nisan 2017 İzmir.

Yara ve Stoma Bakımı Kursu, 15 Nisan 2017 İzmir.

Yoğun Bakımda Uygulanan Sürekli Renal Replasman Tedavileri Kursu, 15 Nisan 2017 İzmir.