

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



‘KOAHA da Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi’

Dr. Belgkım CHOUSEINOGLU

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KOCAELİ 2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



‘KOAHA da Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi’

Dr. Belgkın CHOUSEINOLOU

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurulu Onayı: KÜ GOKAEK 2017/6.20 – 26 Nisan 2017

Proje No: 2017/125

KOCAELİ 2018

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başladığım günden beri bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, akademik gelişimimde önemli katkıları olan kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a,

Her zaman desteğini hissettiğim, danışacağım her türlü konudaki fikirlerini önemseyen ve güvendiğim, hayatıma önemli etkileri olan değerli hocam ve eski tez danışmanım Prof. Dr. Bülent COŞKUN'a,

Birlikte çalışma şansını yakaladığım, akademik gelişimim yanında kişisel gelişimimde de büyük emeği olan kıymetli hocalarım, Prof. Dr. Ümit TURAL, Doç. Dr. Aslıhan POLAT ve Doç. Dr. Cem CERİT'e,

Tezimin hazırlanma safhasında büyük yardımını gördüğüm, kendisini tanımaya şans kabul ettiğim, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, pozitif enerjisiyle bana güç veren Doç. Dr. Serap Argun Barış'a,

Tez süresince manevi desteklerini esirgemeyen dostlarım Dr. Gamze Yüksel, Dr. Fatih Kızılağaç, Dr. Saliha Osmanpehlivan Güler, Dr. Başak Küçük ve Aysel Yazıcı'a

Sıkıntı, sevinç ve asistanlık dönemini keyifle paylaştığımız asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım tüm sağlık personeli arkadaşlarıma

Her anımda yanımda olan, desteklerini, sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen ablam Bedia Savaşan, kardeşim Berna Chouseinoglou, abim Onur Savaşan ve yeğenim Miray Savaşan'a, üzerimde büyük emekleri olan annem Sevinç Chouseinoglou ile babam Mehmet Chouseinoglou'na ve tez sürecimde kaprislerime katlanan, bana destek ve moral veren nişanlım Hasan Ünal'dı'a

En derin duygularıyla teşekkür ederim.

Temmuz - 2018

Dr. Belgün CHOUSEINOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1. GENEL BİLGİLER	3
1.1. KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALIĞI.....	3
1.1.1. KOAH TANIMI.....	3
1.1.2. KOAH EPİDEMİYOLOJİ.....	3
1.1.3. KOAH ETYOLOJİK FAKTÖRLERİ.....	4
1.1.4. KOAH EVRELEMESİ.....	5
1.2. ANKSİYETE-DEPRESYON.....	7
1.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....	8
1.4. YAŞAM KALİTESİ.....	10
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
2.1. ÖRNEKLEM.....	12
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	13
2.2.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	13
2.2.2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	13
2.2.3. CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....	14
2.2.4. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD).....	14
2.3. VERİLERİN ANALİZİ.....	15
3. BULGULAR.....	16
3.1. GRUBUN GENEL YAPISI.....	16
4. TARTIŞMA.....	24
5. ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
6.1. SONUÇLAR	37
6.2. ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR.....	38
EKLER.....	50

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO-1: KOAH risk etmenleri	5
TABLO-2: Bronkodilatör sonrası FEV₁ değerlerine göre KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırması	6
TABLO-3: Sosyo Demografik Özellikler	16
TABLO-4: Klinik Özellikler	17
TABLO-5: Sosyo Demografik Özelliklerin, Ölçek Puanları ile İlişkisi	18
TABLO-6: Sosyo Demografik Özelliklerin, Ölçek Puanları ile Korelasyon İlişkisi (Spearman Korelasyon)	19
TABLO-7: Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ile Hastane Anksiyete Depresyon (HAD-D), Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete(HAD-A), Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD) arasındaki korelasyon ilişkisi	20
TABLO-8: Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve One-Way Anova testleri ile yapılan karşılaştırmalarda ve Korelasyon Analizlerinde anlamlı çıkan değişkenlerin doğrusal çoklu regresyon analizle yapılan sonuçları değerlendirmesi	21

KISALTMALAR DİZİNİ

BKG	Beden Kitle Göstergesi
CD	Connor–Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV ₁	Forced Expiratory Volume in one second/ (Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volume)
FVC	Forced Vital Capacity/ (Zorlu vital kapasite)
GOLD	Global Initiative for Obstructive Lung Disease/ (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HAD-D	Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon alt ölçeği
HAD-A	Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete alt ölçeği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SF-36	Short Form/(Kısa Form)-36

ÖZET

Bu çalışmada KOAH tanısı konmuş hastalarda sosyo-demografik özelliklerin, depresyon-anksiyete ve psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışma Mayıs 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları servisinde yatan KOAH tanısı almış, toplam 127 hasta ile yürütüldü. Katılımcılar Sosyo-demografik bilgi formu, Yaşam kalitesi SF-36 (Short/Kısa Form-36) formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği verilerek değerlendirildi. Çalışmamızda KOAH hastalarında SF-36 genel sağlık anketi ile ölçülen yaşam kalitesinde, fiziksel rol komponentinin, önemli derecede etkilendiği görüldü. Hastalık ağırlaştıkça hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyon komponentlerinin daha da bozulduğu saptandı. Uygulanan ölçeklerden alınan puanlara bakıldığında, HAD-D alt ölçek puan ortalamasının 10.13 ± 3.91 (0-20), HAD-A alt ölçek puan ortalamasının 8.37 ± 3.07 (0-18) olduğu, Psikolojik Dayanıklılık ölçeğinin ortalama puanı ise 82.91 ± 12.63 (46-109) olarak bulundu. Çalışmamızda KOAH hastalarında anksiyete ve depresyon yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken, psikolojik dayanıklılık ise olumlu yönde etkilediği saptandı. Hastaların solunum problemlerine ek olarak psikiyatrik sorunlarının tedavi edilmesi hem iyileşmenin hızlandırılmasında hem de tedaviye uyumun sağlanmasında oldukça katkı sağlayacaktır.

KOAH hastalarının tedavi ve bakımında; hastaların fiziksel durumu yanında anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi, anksiyete ve depresyon yönünden risk taşıyan bireylerin erken dönemde belirlenmesi, profesyonel yardım almasının sağlanması, psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik psikoterapilerin KOAH tedavisine eklenmesi, sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlara duyarlı olmalarının sağlanması önemsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, KOAH, Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

In this study, we aimed to evaluate the effect of socio-demographic characteristics, depression-anxiety and resilience on quality of life patients with COPD.

The study was conducted with 127 patients who were admitted to KOU Hospital Chest Disease Polyclinic and were diagnosed with COPD at Chest Disease Service between May 2017 and December 2017. Participants were assessed by using socio-demographic information form, quality of life SF-36 form, Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) and Connor–Davidson Resilience Scale(CD). In the study, physical role component in quality of life COPD patients that measured by SF-36 general health questionnaire, significantly affected. As the conditions worsens, the components of physical and social functioning of patients deteriorate further. In the study patients with COPD, the mean \pm SD (Range) HAD-D; 10.13 ± 3.91 (0-20) , HAD-A; 8.37 ± 3.07 (0-18) , CD; 82.91 ± 12.63 (46-109) score was found. Anxiety and depression in COPD patients affects the quality of life negatively, while psychological well being is positively affected. Treatment of psychiatric problems as well as respiratory problems will accelerate healing and ensure compliance with treatment.

In the treatment and care of patients with COPD, routine evaluation of anxiety and depression status in addition to patient's physical condition, the early identification of individuals at risk for anxiety and depression, the provision of professional help, the addition of psychotherapies for increasing psychological endurance in COPD treatment, must be respected.

Keywords: Anxiety, COPD, Depression, Resilience, Quality of Life

GİRİŞ-AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünya ülkelerinde artan önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (1). KOAH, genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (1). KOAH şu anda dünyada ölümlerin en önemli dördüncü nedeniyken, 2020 yılına kadar üçüncü sırada önde gelen ölüm nedeni olarak tahmin edilmektedir (2). Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar, organlardaki fonksiyon kaybı, sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık ve toplumdan soyutlanma, ruhsal sorunlara yol açarken, ruhsal sorunlar da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır, böylece hastalar bir kısır döngüye girerler (3). KOAH bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır (3,4). Fiziksel hastalık hastanın beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açmaktadır (5,6). KOAH olan bireylerde anksiyete ve depresyon çok sık görülen komorbiditelerdir (7). Bu iki ruh sağlığı bozukluğu da hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam sürecindeki değişiklikler, hastalıkla baş etme zorluğu, yaşam üzerindeki kontrolün azalması veya kaybolması, var olan sorumluklara ek olarak yeni sorumlulukların ortaya çıkması, hasta bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalık fiziksel, sosyal ve mental iyilik halini etkileyerek kişinin yaşam kalitesini azaltır. Bu nedenle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinin KOAH tedavisinde önemi giderek artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “sadece hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlar. Yaşam kalitesi, “Kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlamıştır (8). Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini ve ilgilerini kapsar.

Yaşam kalitesi kavramı içinde, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri, aktiviteler, kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler, alışkanlıklar yer almaktadır (8). Yaşam kalitesi KOAH da hastanın hastalıkla fiziksel ve psikolojik olarak baş etme düzeyini de göstermesi açısından önemlidir.

Psikolojik dayanıklılık; stresli yaşam koşullarının olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini kolaylaştıran olumsuz durumlardan kurtulmaya yardımcı olan kişisel bir özellik olarak tanımlanmaktadır (9). KOAH olan kişilerde, ruhsal rahatsızlık gelişmesinde, sosyal desteğin kalitesi önemlidir ve algılanan sosyal destek stresli olayların etkisini hafifletir (10). Bu nedenle KOAH'lı hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi, tedavi ve bakımın bütüncül yaklaşımla yürütülmesi gerekmektedir. Türkiye'de KOAH tanısı alanlarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyebilecek değişkenlerin, incelendiği çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışma KOAH olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresyon-anksiyete ve psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapıldı. Böylece konsültasyon-liyezon hizmetleri yönünden bu hastaların gereksinimlerinin belirlenebileceği düşünülmüştür.

1.GENEL BİLGİLER

1.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

1.1.1.TANIM

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ); 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 (1).

Hastalığın en sık görülen semptomları nefes darlığı, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarmadır. Hastalığın tanısı için spirometri zorunludur. Kronik semptomları ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan orta-ileri yaştaki yetişkinlerde spirometrik incelemede yerleşik hava akımı obstrüksiyonu saptanması (FEV₁: Forced Expiratory Volume in one second/ Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volümü, FVC: Forced Vital Capacity/ Zorlu vital kapasite) (post bronkodilatör FEV₁/ FVC < %70) tanıyı doğrular (1). Alevlenmeler ve ek hastalıklar hastalığın şiddetine katkıda bulunur. KOAİ, yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, hastalığın erken dönemlerinden itibaren metabolik ve endokrinolojik değişiklikler, kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem gibi birçok sistemik hastalık ile birlikte bulunmaktadır (11).

Bu sistemik etkiler KOAİ'lı bireylerin yaşam kalitesini düşürürken hastaneye yatış sayısını, semptomların şiddetini ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu nedenle KOAİ tedavisine ek olarak olası sistemik etkiler de araştırılarak uygun tedavi planlanmalıdır.

1.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

KOAİ, zararlı gazlara ve partiküllere uzun süreli toplam maruziyeti ile, genetik, hava yolu aşırı cevaplılığı ve çocuklukta yetersiz akciğer gelişimi gibi birçok konakçı faktörünün karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (1).

KOAH, tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindedir (1). Bu durum önemli boyutlarda ve giderek artan ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. KOAH yaygınlığı, morbidite ve mortalitesi ülkeler arasında ve aynı ülke içindeki değişik kesimler arasında farklılıklar göstermektedir (1). KOAH yaygınlığı genellikle doğrudan tütün kullanım yaygınlığı ile ilişkilidir. Fakat, birçok ülkede temel risk faktörleri mesleki maruziyet, dış ve iç ortam hava kirliliğidir.

KOAH risk faktörlerine maruz kalma durumunun sürmesi ve dünyada yaşlı nüfusun artması ile birlikte hastalığın yaygınlığının ve yükünün artacağı öngörülmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yapılan çalışmalarda KOAH'lı hasta sayısı 2010 yılında 384 milyon ve küresel yaygınlığı %11,7 dir. Küresel olarak her yıl yaklaşık 3 milyon kişi KOAH'tan ölmektedir (1). 40 yaş ve üzerindeki kişilerde KOAH görülme oranı, her on yılda bir iki kat artarak, yaklaşık yaygınlığının % 10 civarında olacağı tahmin edilmektedir (12,13). 40 yaş üstündeki kişilerde KOAH, iskemik kalp hastalığı ve inme sonrası en sık görülen 15 rahatsızlık arasında üçüncü sırada yer almaktadır (14).

Hastalık erkekler arasında yaygındır ve yaşla birlikte artmaktadır. Cinsiyet farklılığı erkeklerin daha çok sigara içmeleri ve mesleki toksik ajanlarla daha çok karşılaşmaları ile açıklanmaktadır. Genç kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının giderek yaygınlaşması, gelecekte hastalık yaygınlığının bu cinsiyet grubunda da artacağını düşündürmektedir (15).

Yapılan son çalışmalarda, kadınların sigara içiminin zararlı etkilerine karşı erkeklerden daha duyarlı olduğu bildirilmiştir (15).

1.1.3. ETYOLOJİK FAKTÖRLER

Günümüzde üç risk faktörünün KOAH gelişimindeki rolü çok iyi bilinmektedir. Bunlar, sigara içimi, mesleki, çevresel toz ve dumanlarla karşılaşma ve kalıtsal alfa-1 antitripsin eksikliğidir. KOAH, genlerin ve çevrenin karmaşık etkileşimi sonucu oluşur. Sigara içimi KOAH için önde gelen risk faktörüdür, ancak ağır sigara içicilerin bile yaşamları boyunca %50'sinden azında hastalık gelişir (1). Her ne kadar genetik faktörler sigara içicilerde KOAH gelişme riskini değiştirmede bir rol oynasa da, süreçte etkili diğer risk faktörleri bulunabilir. Örneğin, cinsiyet bir kişinin

sigaraya başlayıp başlamamasını veya bazı mesleki ve çevresel maruziyetlere uğrayıp uğramamasını etkileyebilir, sosyoekonomik durum doğum ağırlığıyla ve dolayısıyla hastalık gelişimine duyarlılığı etkileyen akciğer büyüme ve gelişimi ile bağlantılı olabilir, daha uzun yaşam beklentisi yaşam boyu risk faktörlerine daha büyük maruziyete yol açabilir. Risk faktörleri arasındaki ilişki ve etkileşimleri anlayabilmek için daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (1). KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo-1 KOAH risk etmenleri

Konakçı ile ilgili etmenler	Çevresel etmenler
<p>Genetik faktörler (α1-antitripsin eksikliği)</p> <p>Atopi, havayolu aşırı duyarlılığı</p> <p>Yaş</p> <p>Cinsiyet</p> <p>Akciğer gelişimi</p> <p>Düşük doğum ağırlığı</p>	<p>Sigara içimi</p> <p>-Aktif sigara içimi</p> <p>-Pasif sigara içimi</p> <p>-Annenin sigara içimi</p> <p>Mesleki karşılaşmalar</p> <p>Hava kirliliği –dış ve iç ortam</p> <p>Sosyoekonomik etmenler</p> <p>Solunum yolu enfeksiyonları</p>

1.1.4. KOAH Evrelemesi

KOAH’lı hastalar birbirlerinden farklı özellikler gösterir. Bu nedenle hastaları standart bir şekilde sınıflandıracak bir evreleme sisteminin kullanılması, hastalığın izlenmesini ve tedavisini büyük ölçüde kolaylaştırır. Hastalığın şiddetini evrelendirmek üzere nefes darlığı, hava akımının sınırlanması ve gaz alışverişindeki anormallikler gibi faktörlerin birlikte değerlendirilmesi idealdir. Ancak bu hastalarda mortalite ve morbidite ile en yakın ilişkili parametre FEV₁ olduğu için, hastalığın ağırlığı hava yolu tıkanıklığının derecesine göre belirlenir (1). Son olarak GOLD (GOLD:Global Initiative for Obstructive Lung Disease - Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim) uzlaşma raporunda, KOAH tanısının spirometrik testlerle bronkodilatörden sonra FEV₁ / FVC’nın %70’in altında olması ile konulacağı belirtilmiş ve 4 evreden oluşan bir sınıflama önerilmiştir (1) (**Tablo 2**).

Tablo 2. Bronkodilatör sonrası FEV₁ değerlerine göre KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırması

Bronkodilatör sonrası FEV₁/FVC'nın <0.70 olduğu hastalarda:	
EVRE 1: (Hafif) -	FEV ₁ beklenenin %80'i ve üzeri
EVRE 2: (Orta) -	FEV ₁ beklenenin %50'si ile %79'u arası
EVRE 3: (Ağır) -	FEV ₁ beklenenin %30 ile %49'u arası
EVRE 4: (Çok Ağır) -	FEV ₁ beklenenin <%30'un altı

FEV₁: Forced Expiratory Volume in one second/ Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volum, FVC: Forced Vital Capacity/ Zorlu vital kapasite

EVRE-1: HAFİF KOAH

Hafif hava akımı kısıtlaması ile karakterizedir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomları olabilir, ama her zaman yoktur. Bu evrede, kişi genellikle Akciğer fonksiyonlarının anormal olduğunun farkında değildir.

EVRE-2: ORTA ŞİDDETTE KOAH

Hava akımı kısıtlamasındaki artışla karakterizedir. Tipik olarak efora bağlı nefes darlığı vardır. Hastalar genellikle bu evrede hastalıklarının alevlenmesi nedeni ile hekime başvurmaktadır

EVRE-3: AĞIR KOAH

Hava akımı kısıtlamasında ağırlaşma, nefes darlığında artış, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik ve hastanın yaşam kalitesinde olumsuz etki yapan tekrarlayan alevlenmelerle karakterizedir.

EVRE-4: ÇOK AĞIR KOAH

Şiddetli hava akımı kısıtlaması ile karakterizedir. Genellikle hastalığa solunum yetersizliği ve kor pulmonale de eşlik eder. Bu evrede yaşam kalitesi çok bozulmuştur ve alevlenmeler yaşamı tehdit edici düzeyde olmaktadır.

1.2. ANKSİYETE-DEPRESYON

Kronik hastalıklar, yol açtıkları organlardaki fonksiyon kaybı yanında sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebiyle geleceğe dair endişeleri arttırır, ümitsizlik ve kaygıya yol açarlar. Psikiyatrik bozukluğun özellikle yaşamı tehdit eden akut hastalıklar ve yineleyen ilerleyici fiziksel durumlarda ortaya çıkma olasılığı yüksektir (16).

Hastalık hangi alanda yaşanırsa yaşansın bireyi etkileyen çok yönlü bir olgudur (17,18). Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığının kaybıyla birlikte hastalığa, kendisine özgü anlamlar yüklemesi nedeniyle homeostatik dengesini bozarak duygusal tepkilere neden olmaktadır (19,20). Fiziksel hastalıkta gelişen duygusal tepkiler; psikososyal çevreye, fiziksel hastalığın ve hastanın kişisel özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir (19,21).

Fiziksel hastalık hastanın beden imgesini, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açmaktadır (22,23). KOAH, bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır (19,24). KOAH'ta anksiyete ve depresyon görülme oranı diğer kronik hastalıklara göre daha yüksektir (25). Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte başkalarına bağımlı olma duygusu, fiziksel yetersizlik, efor kapasitesinde azalma, kronik inflamasyon, sigara kullanımının beyin fonksiyonlarına etkisi, egzersiz kapasitesinde azalma gibi faktörlerin rolü olabileceği düşünülmektedir. Bunlara ilaveten dinamik hiperinflasyon ve hiperventilasyonun da etkisinin önemli olduğu ileri sürülmektedir (1). KOAH'ta anksiyete ve depresyon varlığı; yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesinde azalma, hastaneye yatma, alevlenme sıklığı ve mortalitede artış ile ilişkili bulunmuştur (1). KOAH'ın yarattığı fiziksel semptomlar ve toplumsal yalıtım depresif duygu duruma yol açarken, depresyon da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır. Böylece hastalar kısır bir döngüye girerler. KOAH da anksiyete ve depresyon yaygınlığı, araştırma metotlarına göre büyük farklılık göstermekte, sırasıyla %6-74, ve %8-80 arasında bildirilmektedir (26).

Hastaneye baş vuran KOAH olan bireylerde anksiyete ve depresyon çok sık görülen komorbidetelerdir (7). Bu nedenle KOAH nedeniyle hastaneye baş vuran hastaların, depresyon ve anksiyete düzeylerini Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile değerlendirip, hastalığa eşlik eden anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların belirlenmesi ve bireyin bu sorunlarla etkin baş etmesinde sosyal destek kaynaklarından yararlanabilmesi önemlidir.

1.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK:

Farklılaşan düzeylerde de olsa hemen hemen her birey yaşamında stresi deneyimlemekte, günlük sıkıntılardan daha ciddi düzeydeki travmatik olaylara kadar birçok stresli durum bireyin iyi oluşunu olumsuz yönde etkilemektedir. Strese verilen tepkilerle birlikte stresin etkilerini azaltabilme ya da yok edebilme yetisi bireyler arasında farklılık göstermektedir.

Psikolojik dayanıklılık; stresli yaşam koşullarının olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini kolaylaştıran olumsuz durumlardan kurtulmaya yardımcı olan kişisel bir özellik olarak tanımlanmaktadır (27). Psikoloji, psikiyatri, sosyoloji, genetik, epigenetik, endokrinoloji ve nörobilim gibi farklı disiplinlerce incelenmektedir. Bununla beraber psikolojik dayanıklılığın evrensel olarak kabul edilmiş ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramına ilişkin farklı tanımların olmasının yanı sıra, farklı isimlendirmelerde görülmüştür (28-29). Psikolojik sağlamlık kavramı, Latince “resilire” kökünden türemiştir (30) ve resilient; esnek ve elastik olma anlamına gelmektedir (31). İngilizce’de “resilience” olarak ifade edilen kavramı en iyi açıklayan Türkçe karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu ifade edilmiştir (32). Psikolojik dayanıklılık, değişik şekillerde tanımlanmaktadır; Ağır risk şartlarına maruz kalmaya rağmen ,başarılı bir şekilde toparlanabilme, eski normal haline dönebilme yeteneği (33), çevresel risk deneyimlerine karşı azalmış duyarlılık, stres veya zorluğun üstesinden gelebilme veya riskli yaşantılar karşısında görece iyi sonuçlar alabilme yeteneği (34), stres sonrası bireyin eski haline geri dönebilme gücü (35), felaket, travma, güçlükler, zorluklar ve süregelen belirgin yaşam stresleriyle karşılaşıldığında kişinin uyum sağlayabilme yeteneğidir (36). Psikolojik dayanıklılık, oldukça zor koşullara rağmen, kişinin bu olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum

sağlayabilme yeteneğidir. Bir yetenek ve psikolojik bir nitelik olarak tanımlanmakla birlikte psikolojik sağlamlığın, sağlıklı gelişimin sürdürülmesine katkıda bulunma, olumsuz bir durumla karşılaşıldığında o durumla mücadele edebilme gibi birtakım özellikleri vardır (37). Yapılan tanımlara bakıldığında, psikolojik sağlamlığın tek bir boyutta açıklanamayacağı söylenebilir. Ancak tanımların hepsinde bazı ortak noktaların olduğu da görülmektedir. Bu ortak noktalar, psikolojik dayanıklılığın dinamik bir süreç olduğu; geliştirilebilir özellikler içermesi; travma ve zorlu yaşam olaylarıyla etkili baş edebilmeyi ve sağlıklı uyum göstermeyi; aynı zamanda psikolojik sağlamlık için bireylerin koruyucu faktörler olarak nitelenen birtakım kişilik özelliklerine sahip olmasıdır (38).

Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında rol oynayan birçok faktörden söz edilebilmesine karşın; yapılan çalışmalarda bu faktörlerin üç genel kategori altında toplanabileceği öne sürülmektedir.

Bu kategoriler;

- Kişisel yapısal özellikler
- Aile uyumu ve desteği,
- Dışsal destek sistemleri (sosyal çevre, iş arkadaşları vb.) olarak sıralanabilir.

Kişisel özellikler; fiziksel güçlülük, sosyal olma, zekâ, iletişim becerisi ve öz yeterlilik, yetenek gibi çeşitli kişisel özelliklerdir.

Ailesel özelliklere odaklanan çalışmalar ise, olumlu anne-çocuk ilişkisi, çocukların geleceği için ailenin olumlu beklentiler kurması, aileyle birlikte yaşama, iyi eğitilmiş anne ve babaya sahip olma gibi durumların olduğunu göstermektedir (39).

Psikolojik dayanıklılığı artıran dış destek sistemleri ise, bir yetişkinle olumlu ilişkiye sahip olma, olumlu toplumsal destek, olumlu okul ilişkileri, arkadaş desteği ve olumlu bir rol modelinin olması gibi özelliklerdir.

Söz edilen faktörlere bakıldığında, bireysel, ailesel veya çevresel bir özellik olumluysa, kişinin sağlıklı gelişimine katkıda bulunduğu ve psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırdığı görülmektedir (39).

Karmaşık bir yapıya sahip olan psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkarılması ve ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmalar konuyu farklı bakış açılarıyla ele alarak, dolaylı veya doğrudan psikolojik dayanıklılık yapısını ölçmeyi amaçlamaktadır. Connor–Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Connor–Davidson Resilience Scale) ise stresle başarılı biçimde baş etme yeteneğini ele almakta ve özellikle stres, baş etme ve uyumluluğa odaklanmaktadır (40).

1.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “sadece hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlar. Yaşam kalitesi, “Kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlamıştır (8). Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesi kavramı içinde, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri, aktiviteler, kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler, alışkanlıklar yer almaktadır (8). Yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi açısından hastaların subjektif tutumlarını anlamak terapötik müdahalenin temel unsurudur (8). Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının çeşitli yönlerine ilişkin doyum ifadesidir. Bireyin iyilik halinden söz edilirken, fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik alanlar ele alınır.

- **Fiziksel İyilik hali:** Yaşam kalitesinin objektif göstergesidir. Bireyin mevcut durumuna karşın günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilmesi, bunları yaparken zevk duymasıdır.
- **Psikolojik İyilik Hali:** Subjektif göstergeler temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Bireyin yaşantısını değerlendirmesi, yaşamına dair hissettiklerinin ifadesidir.
- **Sosyo-ekonomik anlamda iyilik:** Bireyin sosyal güç yeterliliğine sahip olması, ekonomik yönden iyi olması, sosyal güvencesinin olması, gelir düzeyinin belli standartta olması, toplum tarafından kabul görmesi, sosyal ilişkiler açısından yeterli olması, tüm bunları yaşarken kendini yeterli görmesi gibi durumlarla bireyin memnuniyetinin kesişmesidir.

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

KOAH'lı hastalarda hava akımı kısıtlılığı, egzersiz kapasitesinde azalmaya, uzun dönemde fiziksel kondüsyonda bozulma, kas atrofisine, bu durum da erken yorulma ve daha fazla nefes darlığı hissi şeklinde bir kısır döngüye yol açmaktadır. Nefes darlığında artış sosyal izolasyon, depresyon, ek hastalıklarda kötüleşme, sık alevlenmeler, sık hastaneye yatışlar ile devam eden bu süreci tetiklemektedir. Bu durum hastanın geleceğe dair endişelerinin artmasına, ümitsizlik ve kaygıya, hastanın hastalıkla başa çıkabilme gücünde azalmaya, fonksiyonel kayıpta hızlanma ile yaşam kalitesinin daha bozulmasına ve sonuçta mortaliteye kadar ilerlemektedir. Bu nedenle KOAH tedavisinde en önemli hedeflerden birisi hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek olmalıdır (41).

2.GEREÇ VE YÖNTEM:

2.1. Örnekleme:

Bu çalışmaya, Mayıs 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları servisinde yatan KOAH tanısı almış, toplam 127 hasta alındı. Çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildikten sonra , katılımcılara Sosyodemografik bilgi formu, Yaşam Kalitesi SF-36 (Short/Kısa Form-36) formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği verilerek değerlendirme yapıldı.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası: KÜ GOKAEK 2017/ 125) onay alındıktan sonra; veriler toplanmaya başlandı.

- **Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

1. 40 yaş ve üzeri olmak
2. GOLD (GOLD:Global Initiative for Obstructive Lung Disease - Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim) 'e göre KOAH tanısı almış olan
3. Klinik olarak normal zeka aralığında olan, okuma yazma bilen
- 4.Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam formu imzalayan hastalar

- **Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:**

- 1.Bronşial Astım ve Bronşektazi gibi başka hava yolu hastalığı tanısı olan,
- 2.Şizofreni, demans gibi sözel iletişimi bozan psikiyatrik rahatsızlığı bulunan
- 3.Alkol veya ilaç bağımlılığı olan hastalar

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

Araştırmada veri toplama aracı olarak 4 form kullanıldı.

2.2.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyodemografik Bilgi Formu” katılımcıların kişisel, mesleki bilgileri, hastalık şiddetinin belirlenmesi için solunum fonksiyon testi ve belirtilen diğer bazı değişkenlerini değerlendiren maddeleri içermektedir.

Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, yaşam şekli, kişisel aylık geliri, Beden kitle göstergesi (BKG), KOAH süresi (Yıl), Solunum fonksiyon testi değerleri, sigara kullanımı (Hiç içmemiş, İçiyor, Bırakmış) , kronik hastalık varlığı, hastaneye yatış sayısını sorgulayan maddeler yer almaktadır. Hastalık şiddetinin belirlenmesinde SFT (Solunum Fonksiyon Testi) kullanıldı. Bronkodilatör sonrası FEV₁/FVC'nin <0.70 olduğu hastalarda; EVRE 1: (Hafif) FEV₁ beklenenin %80'i ve üzeri, EVRE 2: (Orta) FEV₁ beklenenin %50'si ile %79'u arası, EVRE 3: (Ağır) FEV₁ beklenenin %30 ile %49'u arası, EVRE 4: (Çok Ağır) FEV₁ beklenenin <%30'un altı olarak değerlendirildi (Tablo 2).

2.2.2 SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF- 36; Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (42). Özellikle bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı kişilerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar, olumlu yönlerini de değerlendirir ve özürllükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. SF-36; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın 8 boyutunu, 36 maddede incelemektedir.(SF-36 -EK 1)

Ölçeğin bir ham puanı yoktur, yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu

değildir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (43).

2.2.3 Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Psikolojik stresle başarılı biçimde baş etme yeteneğini ele alan ve özellikle stres, baş etme ve uyumluluğa odaklanan ölçek 2003 yılında Connor ve Davidson tarafından geliştirilmiştir (40). Katılımcılar düşüncelerini 25 maddelik 5'li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirir. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı kabul edilir. Türkiye'de Kararımak (2010) tarafından 1999 depreminin yıkıcı etkilerine maruz kalan 246 kişilik bir örnekleme Türkçe uyarlaması yapılmıştır (44).

2.2.4 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Günümüzde bireylerdeki anksiyete ve depresyon durumunu değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler olup bunlardan birisi Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğidir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan ölçek, Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır, toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir (45). Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (46) tarafından yapılmış ölçeğin, bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalar sonucunda, anksiyete alt ölçeği (HAD-A:Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete) için kesme puanı 10-11, depresyon alt ölçeği (HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete) için ise, 7-8 olarak bulunmuştur. Buna göre, bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan ise 21'dir (46).

2.3 Verilerin Analizi:

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (yüzdelikler) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için student-t testi ve Tekynl Varyans Analizi ve Tukey oklu karşılaştırma testi ile belirlendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Fisher Exact Ki-kare, Yates Kikare ve Monte Carlo Kikare analizi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson korelasyon analizleri kullanıldı. İki yönlü hipotezlerin testi için $p < 0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

3.BULGULAR

3.1 Grubun Genel Yapısı

Çalışmaya KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları servisinde yatan toplam 127 (n=127) KOAH tanılı olan hasta katıldı. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de gösterildi.

Tablo:3 Çalışmaya katılan hastaların sosyo demografik özellikleri (n=127)

		Ortalama ± SS (Aralık)	(Sayı) (Yüzde)
Yaş		65.7±9.1 (37-91)	
Cinsiyet	Erkek		105 (82.7)
Medeni durum	Evli		100 (78.7)
	Bekâr,boşanmış,dul		27 (21.3)
Eğitim /yıl*		6.09±3.4 (0-15)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor		119 (93.7)
Kişisel aylık gelir		1943.3±882.7 (200-6000)	
BKG		26.0±5.1 (16-38)	
Hastalığın süresi/yıl		8.53±6.0 (1-33)	
Sigara içimi	Hiç içmemiş		2 (1.6)
	İçiyor		14 (11.0)
	Bırakmış		111 (87.4)
Başka kronik fiziksel hastalık durumu	Var		86 (67.7)

*Başarı ile tamamladığı eğitim yılı ortalaması, BKG: Beden Kitle Göstergesi

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler yaş, eğitim yılı, kişisel aylık gelir, beden kitle göstergesi (BKG), hastalığın süresi (yıl) değişkenine ait veriler ortalama, standart sapma ve aralık ile bunlar dışındakiler ise yüzde olarak verildi.

Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı 65.7 ± 9.1 (37-91) olarak hesaplandı. Araştırmaya katılan 127 hastadan 105'ini erkekler, 22'ini kadınlar oluşturdu. Hastaların %78,7'si evli olup % 21,3'i ise bekar, eşinden ayrılmış yada dul olduğunu belirtti. Hastaların ortalama eğitim süresi 6.09 ± 3.4 (0-15) olarak hesaplandı. Hastaların 8'i çalışmaya devam ederken, 119'u hastalık nedeniyle ve hastalık dışı nedenlerden (ev hanımı, emekli) dolayı çalışmadığını ifade etti. Hastaların ortalama kişisel aylık gelirleri 1943.3 ± 882.7 (200-6000) TL idi.

Araştırmaya katılan 127 hastanın Beden Kitle Göstergesi (BKG) ortalama olarak 26.0 ± 5.1 (16-38) olarak hesaplandı. Katılımcıların KOAH tanısı almasının üzerinden geçen sürelerinin ortalaması 8.53 ± 6.0 (1-33) yıl idi. Hastaların %1,6'ı sigara kullanmadığını belirtirken, % 87,4'ü sigarayı bıraktığını ve %11,0'ı halen sigara içtiğini ifade etti. Ek kronik fiziksel hastalık varlığı incelendiğinde %67.7'inde KOAH ile birlikte ek kronik hastalık bulunduğu, %32,3'ün de bulunmadığı saptandı.

Tablo 4: Klinik Özellikler

KOAH'm Şiddeti		Ortalama \pm SS (Aralık)	Sayı (Yüzde)
	(GOLD)	Hafif/ Evre I	
Orta/ Evre II			44 (34.6)
Ağır/ Evre III			60 (47.2)
Çok Ağır/ Evre IV			18 (14.2)
HAD-D	Depresyon	10.13 \pm 3.91 (0-20)	
HAD-A	Anksiyete	8.37 \pm 3.07 (0-18)	
CD Toplam		82.91 \pm 12.63 (46-109)	
SF-36	Fiziksel fonksiyon	28.85 \pm 25.64 (-5-85)	
	Fiziksel güç	23.62 \pm 39.50 (0-100)	
	Ağrı	89.2 \pm 19.35 (12-100)	
	Genel sağlık	31.29 \pm 16.68 (0-82)	
	Vitalite	45.78 \pm 14.58 (10-80)	
	Sosyal fonksiyon	44.58 \pm 21.10 (12.5-100)	
	Emosyonel	64.30 \pm 43.47 (0-100)	
	Mental sağlık	48.53 \pm 14.34 (16-80)	

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; GOLD: Global Initiative for Obstructive Lung Disease; HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon; HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete; CD: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; SF-36: Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

KOAH tanılı bireylerin solunum fonksiyon testi sonuçlarına göre yapılan KOAH derecelendirmesinde 5 hasta (%3,9) Hafif / Evre I; 44 hasta (%34,6) Orta/ EvreII; 60 hasta (%47,2) Ağır/ Evre III; 18 hasta (%14,2) Çok Ağır/ EvreIV' de yer almaktaydı. Uygulanan ölçeklerden alınan puanlara bakıldığında, HAD-D alt ölçek puan

ortalamasının 10.13±3.91 (0-20), HAD-A alt ölçek puan ortalamasının 8.37±3.07 (0-18) olduğu, Psikolojik Dayanıklılık ölçeğinin ortalama puanı ise 82.91±12.63 (46-109) olarak bulundu. Hastaların SF-36 alt ölçeklerinden ortalama puan dağılımı incelendiğinde; fiziksel fonksiyonun 28.85±25.64 (5-85), fiziksel gücün 23.62±39.50 (0-100), ağrının 89.2±19.35 (12-100), genel sağlığın 31.29±16.68 (0-82), vitalitenin 45.78±14.58 (10-80), sosyal fonksiyonun 44.58±21.10 (12.5-100), emosyonelin 64.30±43.47 (0-100), mental sağlığın 48.53±14.34 (16-80) olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Sosyo demografik özelliklerin, ölçek (HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete, CD: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; ve SF-36/ Short Form-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği) puanları ile ilişkisi

		HAD-D	HAD-A	CD	Fiziksel Fonk	Fiziksel Güç	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon	Emosyonel	Mental sağlık
Cinsiyet *	U	961.5	1016.0	1131.0	888.0	858.0	1107.0	1073.0	1094.5	1107.0	975.0	1031.5
	p	0.216	0.370	0.878	0.088	0.020	0.712	0.699	0.599	0.753	0.205	0.430
Medeni Durum*	U	1073.0	1202.5	810.0	1262.0	1321.5	1338.0	841.5	1275.5	1294.	1297.	983.0
	p	0.101	0.379	0.001	0.603	0.836	0.932	0.659	0.003	0.734	0.732	0.030
Çalışma durumu*	U	333.5	378.5	464.	317.0	369.0	459.0	458.000	420.5	337.5	361.0	387.0
	p	0.155	0.327	0.905	0.114	0.194	0.839	0.857	0.580	0.156	0.207	0.375
Sigara içme durumu**	H	2.004	0.358	1.177	7.833	7.067	2.031	4.231	0.094	3.872	0.027	0.014
	p	0.157	0.550	0.278	0.005	0.008	0.154	0.040	0.759	0.049	0.869	0.906
Kronik hastalık *	U	1562.5	1745.0	1669.0	1555.5	1741.5	1659.0	1749.0	1756.5	1659.0	1526.5	1736.5
	p	0.299	0.925	0.628	0.283	0.892	0.518	0.942	0.973	0.580	0.178	0.891
Hastalık şiddeti***	F	4.869	3.810	0.471	5.682	2.424	1.794	3.718	1.374	4.356	2.681	1.870
	P	0.003	0.012	0.703	0.001	0.069	0.152	0.013	0.254	0.006	0.050	0.138

* Mann Whitney U $p < 0.05$, ** Kruskal Wallis Test $p < 0.05$, *** One-Way Anova $p < 0.05$

Tablo 5'te sosyo demografik özelliklerin, HAD-D, HAD-A, CD ve SF-36 alt ölçek puanları Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One-Way Anova testleri ile ilişkileri değerlendirildi. Cinsiyet ile SF-36 alt ölçeği olan fiziksel güç ($p=0.020$) arasında; medeni durum ile CD ($p=0.001$), SF-36 alt ölçeklerinden vitalite ($p=0.003$) ve mental sağlık ($p=0.030$) arasında; sigara içme durumu ile SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon ($p=0.005$), fiziksel güç ($p=0.008$), genel sağlık ($p=0.040$) ve sosyal fonksiyon ($p=0.049$) arasında; hastalık şiddeti ile HAD-D ($p=0.003$), HAD-

A (p= 0.012), SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon (p=0.001), genel sağlık (p= 0.013), sosyal fonksiyon (p=0 .006) ve emosyonel (p= 0.050) arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Tablo 6: Sosyo demografik özelliklerin, Ölçek (HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete, CD: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; ve SF-36/ Short Form-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği) puanları ile korelasyon ilişkisi (Spearman Korelasyon)

		HAD-D	HAD-A	CD	Fiziksel Fonk	Fiziksel Güç	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon	Emosyonel	Mental sağlık
Yaş	r	0.042	-0.065	-0.181*	-0.197*	-0.116	-0.191*	-0.166	0.010	-0.162	-0.024	-0.038
	p	0.639	0.466	0.041	0.026	0.192	0.032	0.063	0.915	0.070	0.791	0.673
Eğitim Yılı	r	0.037	0.092	-0.201**	-0.103	-0.110	0.086	-0.160	-0.106	-0.141	0.070	-0.029
	p	0.682	0.302	0.024	0.250	0.220	0.336	0.072	0.234	0.114	0.433	0.747
Gelir	r	-0.133	-0.119	0.043	0.139	0.098	0.032	0.064	0.119	0.107	0.033	0.072
	p	0.135	0.184	0.629	0.119	0.271	0.718	0.473	0.182	0.233	0.717	0.420
BKG	r	-0.205*	-0.146	0.077	0.138	0.071	0.191*	0.215*	0.240**	0.212*	0.137	0.197*
	p	0.021	0.101	0.387	0.121	0.426	0.031	0.015	0.006	0.017	0.125	0.026
KOA H yılı	r	-0.033	-0.080	-0.070	-0.064	-0.188*	-0.202*	0.051	-0.034	-0.059	0.098	-0.090
	p	0.713	0.369	0.437	0.478	0.034	0.023	0.572	0.701	0.508	0.272	0.315

*p<0.05, **p<0.01

Tablo 6 da sosyo demografik özelliklerin, HAD-D, HAD-A, CD ve SF-36 alt ölçek puanları ile spearman korelasyon yapılarak ilişkileri değerlendirildi.

Hastanın yaşı ile CD (r=-0.181, p=0.041), yaşam kalitesi alanlarından; fiziksel fonksiyon (r=-0.197, p=0.026) ve ağrı (r=-0.191, p=0.032) arasında negatif yönde zayıf ilişki; hastaların başarı ile tamamladıkları eğitim yılı ile CD puanı (r=-0.201, p=0.024) arasında negatif yönde zayıf ilişki; beden kitle göstergesi (BKG) ile HAD-D (r=-0.205,p=0.021) arasında negatif yönde zayıf ilişki, yaşam kalitesi alanlarından; ağrı (r=0.191, p=0.031), genel sağlık (r=0.215, p=0.015), vitalite (r=0.240, p=0.006), sosyal fonksiyon (r=0.212, p=0.017) ve mental sağlık (r=0.197,

p=0.026)'a pozitif yönde orta düzeyde; hastalığın süresi/ KOAH yılı ile fiziksel güç (r=-0.188, p=0.034) ve ağrı (r=-0.202, p=0.023) puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulundu.

Tablo 7: Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) ile Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon (HAD-D), Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete (HAD-A), Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD) arasındaki korelasyon ilişkisi

		HAD-D	HAD-A	CD
Fiziksel Fonk	r	-0.502*	-0.495*	0.237*
	p	0.000	0.000	0.007
Fiziksel Güç	r	-0.474*	-0.415*	0.297*
	p	0.000	0.000	0.001
Ağrı	r	-0.245*	-0.081	0.249*
	p	0.006	0.365	0.005
Genel Sağlık	r	-0.548*	-0.434*	0.423*
	p	0.000	0.000	0.000
Vitalite	r	-0.614*	-0.500*	0.319*
	p	0.000	0.000	0.000
Sosyal Fonksiyon	r	-0.554*	-0.511*	0.252*
	p	0.000	0.000	0.004
Emosyonel	r	-0.466*	-0.404*	0.092
	p	0.000	0.000	0.303
Mental Sağlık	r	-0.558*	-0.568*	0.274*
	p	0.000	0.000	0.002

p<0.01

Tablo-7'de yaşam kalitesi alt ölçekleri ile HAD-D, HAD-A VE CD arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; yaşam kalitesi alanlarından olan fiziksel fonksiyon ile HAD-D (r=-0.502, p=0.000) ve HAD-A (r=-0.495, p=0.000) arasında negatif yönde orta, CD (r=0.237, p=0.007) ile pozitif yönde zayıf düzeyde; fiziksel güç ile HAD-D (r=-0.474, p=0.000) ve HAD-A (r=-0.415, p=0.000) arasında negatif yönde orta, CD (r=0.297, p=0.001) ile pozitif yönde zayıf düzeyde; ağrı ile HAD-D (r=-0.245, p=0.006) arasında negatif yönde, CD (r=0.249, p=0.005) ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken, HAD-A (r=-0.081, p=0.365) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu fakat ilişkinin anlamlı düzeyde bulunmadığı tespit edildi. Genel sağlık ile HAD-D (r=-0.548, p=0.000) ve HAD-A(r=-0.434, p=0.000) arasında negatif yönde, CD (r=0.423, p=0.000) ile pozitif yönde orta düzeyde; vitalite ile HAD-D (r=-0.614, p=0.000) ve HAD-A (r=-0.500, p=0.000) arasında negatif yönde, CD (r=0.319, p=0.000) ile pozitif yönde orta düzeyde; sosyal fonksiyon ile HAD-D (r=-0.554, p=0.000) ve HAD-A (r=-0.511, p=0.000) arasında negatif yönde orta, CD (r=0.252,

p=0.004) ile pozitif yönde zayıf düzeyde; emosyonel ile HAD-D (r=-0.466, p=0.000) ve HAD-A (-0.404, p=0.000) arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunurken, CD (r=0.092 ,p=0.303) ile arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu fakat ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Mental sağlık ile HAD-D (r=-0.558, p=0.000) ve HAD-A (r=-0.568, p=0.000) arasında negatif yönde orta, CD (r=0.274, p=0.002) ile pozitif yönde zayıf anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Tablo 8: İkili karşılaştırmalarda ve Korelasyon Analizlerinde anlamlı çıkan değişkenlerin Doğrusal Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R	2
Sf-36 fiziksel fonksiyon	Yaş	-0.384	-1.825	0.071	14.126	0.000	0.414	
	Sigara içme durumu	-11.888	-2.497	0.014				
	Hastalık şiddeti	-5.811	-2.395	0.018				
	HAD-D	-1.541	-2.282	0.024				
	HAD-A	-2.356	-2.780	0.006				
	CD	0.259	1.759	0.081				
Sf-36 fiziksel güç	Cinsiyet	-	-2.913	0.004	11.742	0.000	0.370	
	KOAH yıl	-1.108	-2.860	0.005				
	Sigara içme durumu	-7.062	-0.951	0.343				
	HAD-D	-3.227	-3.020	0.003				
	HAD-A	-1.853	-1.401	0.164				
	CD	0.548	2.319	0.022				
Sf-36 Ağrı	Yaş	-0.195	-1.100	0.274	5.662	0.000	0.190	
	BKG	0.140	0.478	0.633				
	KOAH yıl	-0.520	-2.458	0.015				
	HAD-D	-0.978	-2.316	0.022				
	CD	0.349	2.654	0.009				
Sf-36 Genel Sağlık	Sigara içme durumu	-0.976	-0.333	0.740	16.124	0.000	0.446	
	Hastalık Şiddeti	-0.404	-0.262	0.794				
	BKG	0.061	0.290	0.772				
	HAD-D	-1.599	-3.779	0.000				
	HAD-A	-0.916	-1.752	0.082				
	CD	0.423	4.565	0.000				
Sf-36 Vitalite	Medeni Durum	-5.148	-2.026	0.045	18.977	0.000	0.440	
	BKG	0.228	1.248	0.215				
	HAD-D	-0.992	-2.688	0.008				
	HAD-A	-1.448	-3.159	0.002				
	CD	0.232	2.776	0.006				
Sf-36 sosyal fonksiyon	Sigara içme durumu	-1.276	-0.330	0.742	13.186	0.000	0.397	
	Hastalık şiddeti	-4.105	-2.017	0.046				
	BKG	0.189	0.681	0.497				
	HAD-D	-1.966	-3.520	0.001				
	HAD-A	-1.605	-2.325	0.022				
	CD	0.157	1.287	0.201				
Sf-36 emosyonel	Hastalık şiddeti	5.465	1.192	0.236	12.227	0.000	0.230	
	HAD-D	-4.592	-3.684	0.000				
	HAD-A	-1.252	-0.789	0.432				
Sf-36 mental sağlık	Medeni Durum	-3.606	-1.412	0.161	17.099	0.000	0.414	
	BKG	0.237	1.293	0.198				
	HAD-D	-0.727	-1.958	0.053				
	HAD-A	-1.828	-3.968	0.000				
	CD	0.177	2.100	0.038				

SF-36: Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon; ; HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete; BKG: Beden Kitle Göstergesi; CD: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Tablo 8’de Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve One-Way Anova testleri ile yapılan karşılaştırmalarda ve Korelasyon Analizlerinde anlamlı çıkan değişkenlerin doğrusal çoklu regresyon analize yapılan sonuçları değerlendirildi. Doğrusal çoklu regresyon uygulanarak SF-36 alt ölçeği fiziksel fonksiyon düzeyini; yaş, sigara içme durumu, hastalık şiddeti, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F=14.126$, $p<0.001$, $R^2=0.414$ olarak bulundu, fiziksel fonksiyon düzeyinin toplam varyansın %41.4’ nün bu değişkenlerce açıklandığı ancak sigara içme durumu, hastalık şiddeti, HAD-D, HAD-A değişkenlerinin fiziksel fonksiyon puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği fiziksel güç düzeyini; Cinsiyet, KOAH yıl, sigara içme durumu, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F= 11.742$, $p<0.001$, $R^2= 0.370$ olarak bulundu, fiziksel güç düzeyinin toplam varyansın %37.0’in bu değişkenlerce açıklandığı ancak cinsiyet, KOAH yıl, HAD-D değişkenlerinin fiziksel güç puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği ağrı düzeyini; yaş, BKG, KOAH yıl, HAD-D ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F=5.662$, $p<0.001$, $R^2= 0.190$ olarak bulundu, ağrı düzeyinin toplam varyansın %19.0’un bu değişkenlerce açıklandığı ancak KOAH yıl, HAD-D, CD değişkenlerinin ağrı puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği genel sağlık düzeyini; sigara içme durumu, hastalık şiddeti, BKG, HAD-D, HAD-A, CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F=16.124$, $p<0.001$, $R^2= 0.446$ olarak bulundu, sağlık düzeyinin toplam varyansın %44.6’ın bu değişkenlerce açıklandığı ancak HAD-D ve CD değişkenlerinin genel sağlık düzeyi puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği vitalite düzeyini; medeni durum, BKG, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F=18.977$, $p<0.001$, $R^2= 0.440$ olarak bulundu, vitalite düzeyinin toplam varyansın %44.0’ün bu değişkenlerce açıklandığı ancak medeni durum, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin vitalite puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği sosyal fonksiyon düzeyini; sigara içme durumu, hastalık şiddeti, BKG, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlemin sonucunda $F= 13.186$, $p<0.001$, $R^2= 0.397$ olarak bulundu, sosyal fonksiyon düzeyinin toplam varyansın %39.7’ı bu değişkenlerce açıklandığı ancak hastalık şiddeti, BKG, HAD-D ve HAD-A değişkenlerinin sosyal

fonksiyon puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği emosyonel düzeyini; hastalık şiddeti, HAD-D ve HAD-A değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlem sonucunda $F= 12.227$, $p<0.001$, $R^2= 0.230$ olarak bulundu, emosyonel düzeyinin toplam varyansın %23.0'ü bu değişkenlerce açıklandığı ancak sadece HAD-D değişkeninin emosyonel puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü. SF-36 alt ölçeği mental sağlık düzeyini; medeni durum, BKG, HAD-D, HAD-A ve CD değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenip, bu işlem sonucunda $F= 17.099$, $p<0.001$, $R^2= 0.414$ olarak bulundu, mental sağlık düzeyinin toplam varyansın %41.4'ü bu değişkenlerce açıklandığı ancak HAD-A ve CD değişkenlerinin mental sağlık puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü.

4. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. En yaygın morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Önümüzdeki yıllarda hastalığın sıklığında ve mortalitesinde ciddi artışlar olacağı tahmin edilmektedir (1). KOAH şu anda dünyada ölümlerin en önemli dördüncü nedeniyken, 2020 yılına kadar üçüncü sıraya yükselerek önde gelen ölüm nedenleri arasında olacağı tahmin edilmektedir (2). KOAH bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır (3,4). Fiziksel hastalık hastanın beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açmaktadır (5,6). KOAH olan kişilerde, ruhsal rahatsızlık gelişmesinde, sosyal desteğin kalitesi önemlidir ve algılanan sosyal destek stresli olayların etkisini hafifletir (10). Bu nedenle KOAH'lı hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve/veya Göğüs Hastalıkları servisinde yatan 40 yaş ve üzeri KOAH tanısı almış, klinik olarak normal zeka aralığında olan, okuma yazma bilen, katılmaya gönüllü kişilerin sosyodemografik değişkenleri ile depresyon-anksiyete ve psikolojik dayanıklılıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı. Çalışmaya; katılmayı kabul eden 127 kişi dahil edildi.

KOAH erkekler arasında daha yaygındır ve yaşla birlikte artmaktadır. Hastalığın erkeklerde yaygın olmasının nedenleri; daha çok sigara içmeleri ve mesleki toksik ajanlarla daha çok karşılaşmaları ile açıklanmaktadır (15). Genç kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının yaygınlaşması nedeniyle KOAH yaygınlığının artacağı düşünülmektedir (15). Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması 65.7 ± 9.1 (37-91) yıl olup, büyük çoğunluğunu (%82.7) erkek hastalar oluşturdu (Tablo 3). KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmalarda da yaş ortalaması 60.7(8.0) yıl civarında ve çoğunluğunu erkek (%60.03) hastalar oluşturmaktadır (47-51).

Çalışmamızda yaş ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon ve ağrı arasında anlamlı negatif ilişki bulunurken, diğer değişkenlerle, depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu vurgulansa da genel olarak yaşlılık dönemi yaşam kalitesi açısından daha fazla ele alınmaktadır (52,53). Bu dönemde artan sağlık sorunları, emeklilik sonrası gelirin düşmesi, rol ve statü kaybı, yalnızlık (çocukların evden ayrılması, eşin vefatı, anne babanın vefatı vb.), bilişsel becerilerin azalması, sosyal hayattan kopma vb. hususlar yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte ve düşürmektedir (54,55). Türkiye’de KOAH hastalarında yapılan bazı çalışmalar yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığını gösterirken (56), bazı çalışmalarda ise yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (57). Literatür incelendiğinde, obstrüktif akciğer hastalarında ilerleyen yaşla birlikte, yaşam kalitesi algılamasında bozulma olmasından (58) ilişki olmamasına (59-61) ve hatta algılamının düzelmesine (62) kadar değişen sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Başka kronik hastalarda da yaşam kalitesi yaşla birlikte düşmektedir. Örneğin hipertansiyon (63,64) hastalarıyla yapılan çalışmalarda yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. KOAH hastalarıyla yapılan çalışmalarda yaşla anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptamazken (48,65), bir çalışmada (66) yaşla depresyon arasında anlamlı ilişki varken, anksiyete ile ilişki saptanmamıştır (66). Diyabet’li hastalarla yapılan çalışmada yaş ile anksiyete arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (67). Bizim çalışmamızda yaş ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmazken, yaşam kalitesi ile ilişkisi literatür bilgileriyle uyumlu bulundu (Tablo 6).

Çalışmamızda; cinsiyet ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel güç dışında diğer değişkenler, depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 5). Yapılan bazı çalışmalar kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğunu (68-70), bazı çalışmalar daha yüksek olduğunu (71), bazı çalışmalar ise cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır (72). Cinsiyet değişkeni açısından, yaşam kalitesi ölçümlerine bakıldığında, çalışmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması nedeniyle farklı sonuçlar görülmüş olabilir.

Hipertansif hastalarla yapılan çalışmalarda; kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinin erkeklere göre (genel sağlık dışında) negatif yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (63,73). Bu durumu kadınların içsel durumlarına erkeklerden daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir şeklinde belirtmişlerdir (74). Göğüs hastalıkları servisinde yatan hastalarda (66) yapılan bir çalışmada cinsiyet ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının erkeklere oranla yüksek olduğu fakat istatistiksel bir anlamlılıklarının olmadığı saptanmıştır (66). KOAH hastaları ile yapılan başka çalışmalarda da cinsiyet ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (75,76). Sonuçların bizim çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların medeni durumu incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%78.7) evli olduğu bulundu (Tablo 3). Çalışmamızda, medeni durum ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden vitalite ve mental sağlık alanları dışında, diğer değişkenlerin depresyon ve anksiyete ile anlamlı bir ilişkisi saptanmadı (Tablo 5). KOAH hastaları ile (48) ve başka kronik hastalık varlığında yapılan çalışmalarda (77) evli hastalarla depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Evli hastaların hastalığın getirdiği sınırlamalarla birlikte evlilik yaşantısının gereklerini yerine getirmek zorunda olduğundan, bireyin yaşadığı yetersizlik ve başarısızlık deneyimleri depresyonu arttırmış olabilir şeklinde yorumlamışlardır (48). Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve servisinde yatan hastalarla yapılan başka çalışmalarda da medeni durum ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (66,75). Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair durum ise, evli olma veya bir eş ile yaşama durumudur. Yapılan çalışmalar evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (72). Bu durum evliliğin veya eşliliğin bireye sosyal destek oluşturmasından, yalnızlık algısını ortadan kaldırmasından kaynaklanabilir. Diyaliz hastalarında yapılan çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamışken (78), hipertansif hastalarla yapılan çalışmada bekar ve dul/boşanmış hastalarda SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sosyal fonksiyon, emosyonel, mental sağlık ve vitalite hariç bütün alt ölçek değerleri ile istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki olduğunu bulunmuştur (63). Bizim çalışmamızda

medeni durum ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden vitalite ve mental sağlık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 5).

Çalışmamıza katılan hastaların ortalama eğitim süresi 6.09 ± 3.4 (0-15) olarak bulundu (Tablo 3). KOAH hastaları ile yapılan başka çalışmalarda da çoğunluğu ilkokul mezunlarının oluşturduğu görülmektedir (56, 79). KOAH'lı bireylerin ortalama eğitim sürelerinin az olduğu literatür bilgilerinde de yer almaktadır. Bunun makül bir açıklaması, daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip sigara içenlerin, solunum semptomlarının başlangıcını, daha düşük düzeydiklere göre daha erken sigara içmeye atfetmeleri ve sonuç olarak, daha önce uygun önleme tedbirlerini almaları olabilir. Ulusal Sağlık Enstitüleri (80, 81) yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin daha düşük seviyeli olanlardan daha fazla sigara içmeyi bıraktığını göstermiştir. Diğer yandan, düşük eğitim gruplarında daha kötü hijyen, beslenme ve genel sağlık koşulları, KOAH gelişimine katkıda bulunabilir (82, 83)

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile depresyon, anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında ilişki bulunmadı (Tablo 6). KOAH hastaları ile yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bazılarında saptanmazken (48, 84), bazılarında negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (86). Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda, eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği bulunmuştur (73, 85). Hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada ise SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sadece fiziksel fonksiyon ve vitalitenin pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (63). Çalışma sonuçları farklılıklar göstermekle birlikte bizim sonuçlarımızla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (48, 84).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumu; % 93.7'ü çalışmıyor olarak bulundu (Tablo 3). Çalışmamızda çalışma durumu ile depresyon, anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 5). Büyük çoğunluğunu çalışmayanların oluşturduğu başka bir çalışmada KOAH hastaların çalışma durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (76). İş yaşamı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda daha çok iş tatmini ve yaşam tatmini arasındaki ilişkiye odaklanıldığı görülmektedir. Bu çalışmaların sonuçları da genel olarak iş tatmini ile yaşam tatmini arasında pozitif

yönde ve güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (65,71). Bizim çalışmamıza katılan hastaların çoğunun emekli olması nedeniyle, çalışma durumunun yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastaların kişisel aylık gelir ortalaması 1943.3 ± 882.7 (200-6000) TL idi (Tablo 3). Kişisel aylık gelir ile depresyon, anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 6). Aylık gelir düzeyi ile depresyon ilişkileri incelendiğinde; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek depresyon oranları olduğu çeşitli araştırmalarda ileri sürülmüştür (87-89). Ancak kronik fiziksel hastalıkla eş zamanlı depresyon birlikteliğinde; sosyoekonomik düzey farklılıklarının daha az olduğu bilinmektedir (90). KOAH hastaları ile yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında (75), bazılarında depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (76). Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu bulundu (76).

Düşük aylık gelir düzeyi, ekonomik durumunun kötü algılanması, yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (63, 68, 73, 93, 94).

Yapılan çalışmalar ekonomik koşulların en önemli sağlayıcısı olan gelirin; bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal sağlıkları, iş ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli gösterge olduğunu vurgulamaktadır (91,92). Literatürdeki çalışmaların sonuçları ile çalışmamızın sonuçları farklılık göstermektedir (63, 68, 73, 93, 94).

Yapılan çalışmalarda erkek ve düşük BKG 'i olan bireylerde KOAH gelişme riskinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür (95). BKG ile akciğer fonksiyonları arasındaki ilişki yaş ve cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmektedir (95). Beslenme yetersizliği uzun süre olan hastalarda, kas kitlesinde azalma, periferik ve solunum kas disfonksiyonuna, egzersiz kapasitesinin azalmasına ve sonuçta yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (96). KOAH hastaları ile yapılan bir çalışmada BKG ile solunum fonksiyonları arasında pozitif korelasyon saptanmış ve kilo kaybı ve solunum fonksiyon kaybının erkek cinsiyette daha belirgin olduğu bulunmuştur (97). Bizim çalışmamızda 127 hastanın 105'i erkekti ve hastaların ortalama beden kitle göstergesi (BKG) 26.0 ± 5.1 (16-38) (Tablo 3) idi, BKG ile depresyon arasında

negatif, SF-36 alt ölçeklerinden ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlık arasında pozitif ilişki bulundu (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda BKG i yüksek kadın hastalarda depresyonun yaygın olduğu, erkeklerde ise tam tersi olduğu bulunmuştur (98,99), başka bir çalışmada ise BKG 'nin depresyon üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (100).

Çalışmamıza katılan hastaların % 82.7'i erkek KOAH hastadan oluşmakta, yapılan çalışmalarda da kadınlarda BKG ile depresyon arasında pozitif ilişki varken erkeklerde negatif olması; obezitenin kadınlar için damgalanması ile ilişkilendirilebilir. BKG'i yüksek olan kadınlar olumsuzluklara karşı cevap olarak yemeğe eğilimli olmalarına karşın erkeklerin vücut ağırlıklarını önemsemediklerine bu durum bağlanabilir. BKG'i yüksek hipertansiyon v/vy diyabeti olan hastalarla yapılan bir çalışmada, fiziksel ve mental ölçek alanları dahil kötü bir yaşam kalitesine sahip olduklarını saptanmıştır (101). Yapılan çalışmalar sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (98, 99, 101).

Çalışmamızda hastalığın süresi ortalama 8.53 ± 6.0 (1-33) yıl olduğu saptandı (Tablo 3). Hastalık süresi ile SF-36 Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel güç ve ağrı dışında diğer alt ölçek bileşenleri, depresyon ve anksiyete ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 6). KOAH hastaları ile yapılan başka çalışmalarda da hastalık sürelerinin ortalama 10.3 ± 8.5 yıl (57), 6 yıldan daha uzun (48) süre olduğu, tanıyı almalarından itibaren geçen sürenin yaşam kalitesi alt bölümlerinin önemli bir kısmı üzerinde etkisi olduğunu (57), hastalık süresi ile depresyon arasında ilişki bulunmazken, anksiyete ile anlamlı bir ilişki saptamışlardır (48). Yapılan başka bir çalışmada hastalık süresi ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (66). Literatürde yapılan bu çalışmalarla sonuçlarımız uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun sigara kullandığı saptandı. Sigara içilmesi, KOAH gelişimine neden olan en önemli risk faktörüdür(1). Araştırmamızda da hastaların %87.4'ü bırakmış, %11.0'i kullanmaya devam ediyor, % 1.6'ı hiç kullanmamış olarak tespit edildi (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada KOAH olanların sigara kullanma yaygınlığı %89 (102), başka bir çalışmada ise %91 olup, sigara içenler arasında, vakaların önemli bir kısmı (% 77) sigarayı bırakmış olarak tespit

edilmiştir (103). Yapılan çalışmalar ve sonuçlarımız sigara içmenin bir risk faktörü olmasıyla tutarlıdır. Çalışmamızda sigara içimiyle depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel güç, genel sağlık ve sosyal fonksiyonla anlamlı ilişki bulundu (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda, KOAH gelişiminde önemli risk faktörü olan sigara kullanımının, yaşam kalitesi göstergeleri (57,61,104) ve depresyon (75, 105) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Çalışmamızdaki sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, literatürdeki çalışmalarla farklılık göstermektedir (57, 61, 104).

Çalışmamızda KOAH dışında başka kronik fiziksel hastalık varlığına bakıldığında, %67.7 (86) 'inde başka kronik fiziksel hastalık olduğu bulundu (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada KOAH'a %56.7 oranında başka kronik fiziksel hastalıkların eşlik ettiği bulunmuştur (106). Çalışmamızda % 67.7 oranında başka kronik fiziksel hastalık görülmesinin sebebi, ileri yaş, sigara kullanımı ve KOAH'ın sistemik etkileri ile ilgili olabilir (Tablo 3).

Çalışmamızda KOAH' a eşlik eden başka kronik fiziksel hastalık ile depresyon, anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda KOAH'a eşlik eden sistemik hastalık öyküsü ile sadece anksiyete (48), hem anksiyete hemde depresyon arasında (84) pozitif yönde ilişki saptanırken, başka bir çalışmada depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (75). Yapılan başka bir çalışmada kronik fiziksel hastalıkların varlığı yaşam kalitesini kötü etkilediği tespit edilmiştir (53). KOAH'a eşlik eden komorbiditelerin anksiyete/ depresyon ile KOAH'lı hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değiştirip değiştirmediği bugün için net olarak tam bilinmemektedir (107,108). Literatürdeki bu bilgi ile sonuçlarımızla uyumludur.

Çalışmamıza katılan hastaların FEV₁ değerlerine göre KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırmasında; %3.9'u (5) hafif, % 34.6'ı (44) orta, %47.2'i (60) ağır, %14.2'i (18) çok ağır şeklinde bulundu (Tablo 4).

Çalışmamızda hastalık şiddeti ile depresyon , anksiyete ve SF-36 Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel komponenti ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 5). KOAH'lı

olguların sağlık tanımlamalarında, hastalığın ciddiyetinden çok yaşam kalitesinin önemli olduğu belirtilmektedir (109). FEV₁ değerlerine göre yapılan evreleme, hastalığın prognozu, morbiditesi ve mortalitesi ile direkt olarak ilişkili olmasına rağmen, yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ile FEV₁ değerleri arasında korelasyon saptanmamıştır (109). Spirometrik ölçümler, yaşam kalitesini tam anlamıyla yansıtmadığını göstermektedir. KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti ile fiziksel fonksiyon arasında (110,112) anlamlı ilişki saptanırken, mental sağlık komponenti (112) ve başka bir çalışmada tüm SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (111). Yohannes ve ark.'na göre KOAH'lı hastalarda depresyona neden olan majör belirleyici faktör, fiziksel engellilik durumu olduğunu belirtmişlerdir (113). Yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti ile depresyon arasında (108) pozitif yönde ilişki saptanırken, başka bir çalışmada KOAH orta evre ve ileri yaş grubunda yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyeteye ilişkili olduğu saptanmıştır (65). Diğer evrelerde benzer ilişki bulunmamasını, diğer gruptaki hasta sayısının yetersiz olmasıyla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (65). KOAH hastaları ile yapılan çalışmalarda SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden genel sağlık, vitalite, mental sağlık ve fiziksel işlev arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken (114), başka çalışmalarda hastalık ağırlaştıkça SF-36'nın ağrı skoru hariç diğer tüm skorların önemli derecede azaldığı saptanmıştır (115-117). KOAH'a eşlik eden depresyon ve anksiyete riskinin artması hastanın yaşam kalitesi ve egzersiz performansını etkilemektedir.

Bizim çalışmamızdaki sonuçlar literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan KOAH'lı hastaların yaşam kaliteleri SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildi. Literatürde, farklı metodolojik ve teorik temellere dayanan değişik anketlerin kullanılması ile alınan sonuçlar, etkilenme miktarı, çalışmadan çalışmaya değişiklik göstermekle birlikte, KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesi düzeyinin hastalıktan önemli ölçüde etkilendiğini ifade etmektedir (60, 118, 119).

Literatür ışığında çalışmamızın SF-36'ın sekiz skalasına bakıldığında ağrı dışında, fiziksel fonksiyon, fiziksel güç, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel ve mental sağlık skorlarının oldukça düşük olduğu saptandı (Tablo 4). Bunlar içerisinde en fazla etkilenenin, fiziksel güç skalasının olduğu görüldü (Tablo 4). KOAH

hastaları ile yapılan başka çalışmalarda da SF-36 alt ölçeklerinden ağrı skalası dışında, tüm skala skorları yarı yarıya azaldığı, en fazla fiziksel güç skalasının etkilendiği saptanmıştır (120-122). Literatürdeki çalışmalarla, sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete ortalama puanı sırasıyla; 10.13 ± 3.91 (0-20) ve 8.37 ± 3.07 (0-18) olarak saptandı (Tablo 4). KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete ortalama puanı 7.63 ± 3.90 ve 7.03 ± 4.00 olarak saptanmıştır (123). Bu sonuçlardaki farklılığın örneklem grubundan, hastaların oksijen kullanımı gereksiniminden ya da hastaya ilişkin diğer faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Genellikle Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda anksiyete yaygınlığı %13-47, depresyon yaygınlığı %7-32 oranlarında saptanmıştır (124, 125). Bu değişkenliğin sebepleri az sayıda hasta ile yapılması, bazı çalışmalarda kontrol grubunun olmaması, bazı çalışmaların kılavuzlarda belirtilen tanı koyma kriterlerini taşımaması ya da farklı değerlendirme ölçeklerinin kullanması olabilir (124, 125). Çalışmamızda kontrol grubunun olmaması nedeniyle, KOAH hastalarda genel populasyona yada başka kronik hastalılara göre depresyon ve anksiyete görülme sıklığının yüksek olup olmadığına ilişkin bir şey söylenemez. Ayrıca KOAH'a eşlik eden diğer kronik hastalıklar da anksiyete-depresyon düzeylerini etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeğine göre depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesiyle olan ilişkisine de bakılmıştır (Tablo 7). Anksiyetede ağrı dışında, depresyonda yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ile istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişkisi bulundu (Tablo 7). Bulunan bu sonuç KOAH'lı hastalarda depresyon-anksiyete düzeyinin artmasının hastaların yaşam kalitelerini bozduğunu göstermektedir.

KOAH'lı hastalarda anksiyete genellikle dispnenin ortaya çıkmasına, solunum güçlüğünün şiddetinin artmasına ve hiperventilasyona neden olmaktadır. Anksiyete yaşayan hasta, solunum güçlüğünün yarattığı rahatsızlık, işlevsellikte azalma ve ölüm tehlikesi nedeniyle kendini kötü hissedip yaşam kalitesinde kısıtlamalara neden olmaktadır. KOAH hastaları ile yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini değerlendiren tüm parametrelerin azaldığı, depresyon ölçeği ile genel sağlık algısı, vitalite, mental

durum ve fiziksel işlev arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (114-116,121,126). Literatürdeki çalışmalarla sonuçlarımız uyumlu bulundu.

Çalışma grubumuzda psikolojik dayanıklılık (CD) puan ortalaması 82.91 ± 12.63 (46-109) olup, bu değer alınabilecek azami puanına bakıldığında yüksek olduğu görüldü (Tablo 4). Buda bize psikolojik dayanıklılığın ciddi sağlık problemleriyle karşılaşıldığı zaman semptomlara karşı bir kalkan olarak kullanılan bir direnç kaynağı olarak rol aldığını düşündürmektedir. Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık yaş ve eğitim yılı ile negatif (Tablo 6), medeni durum ile pozitif (Tablo 5) yönde anlamlı ilişki saptanırken, diğer sosyodemografik özelliklerle anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 5,6). Yapılan literatür araştırmalarında psikolojik dayanıklılığın kronik hastalıklara sahip bireyler üzerinde sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırma çalışmalarına rastlanılmadığı için farklı gruplarla olan (kronik bir hastalığa sahip olmayan öğrenciler, kamu çalışanları) çalışmalarda psikolojik dayanıklılık ölçeği'nden aldıkları puanla korelasyon katsayısının anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (127-130). Yapılan literatür incelemelerinde, özellikle cinsiyet ve yaş gibi demografik değişkenlerle psikolojik dayanıklılığın birbiriyle etkilenmediği sonuçların elde edildiği görülmektedir (127, 128). Bir başka araştırmada ilköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyet, branş, yaş, mesleki kıdem ve görev yapılan okuldaki hizmet süresi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediğini (129), başka bir çalışmada ise yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında düşük düzeyde de olsa pozitif yönde (130) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen sonuçların literatürdeki bazı araştırma sonuçlarıyla örtüşmediği görülmektedir. Bunun nedeni, kronik hastalığa sahip olmanın, çalışma ortamı ile farklı yaşam olayları olduğundan olmuş olabilir. Lazarus, eş desteğinin strese karşı koyma bağlamında psikolojik dayanıklılığı olumlu etkileyeceğinden bahsetmiş, evlilerin bekarlara kıyasla psikolojik olarak daha dayanıklı olacaklarını belirtmiştir (131). Bizim çalışmamıza alınan hastaların % 78.7' i evli olup (Tablo 3), psikolojik dayanıklılıkla medeni durum arasında anlamlı ilişki olması mevcut literatürle uyumlu olarak bulundu (Tablo 5).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden emosyonel alan dışında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu

(Tablo 7). Yapılan literature araştırmalarında psikolojik dayanıklılığın kronik hastalıklara sahip bireylerde yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Kronik hastalığa sahip bireyin aile ortamında bulunmaları, biyopsikososyal gereksinimlerinin karşılanmasında en buyk etken olabilmektedir. Aynı zamanda aile bireyleri ile birlikte olmak yalnızlık duygusundan uzaklaştırıp, korku, endişe ve kaygılarla mücadele etmelerine, geleceğe güvenle bakabilme, psikolojik dayanıklılıkta artışa ve yaşam kalitelerinin olumlu olarak etkilenmesini sağlamış olabillir.

Sonuç olarak; çalışmamızda ilk olarak sosyo-demografik özelliklerin, lek (HAD-D, HAD-A, CD ve SF-36 yaşam kalitesi leği) puanları ile ilişkisini araştırdık. Depresyonla sosyo-demografik özelliklerden BKG’i ile negatif yönde ($r=-0.205$, $p=0.021$) (Tablo 6), hastalık Şiddeti ile pozitif yönde ilişki bulunurken ($F=4.869$, $p=0.003$) (Tablo 5), diğer değişkenler arasında ilişki bulunmadı. Anksiyete ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki saptanmazken (Tablo 5), hastalık Şiddeti ile pozitif ($F=3.810$ $p=0.012$) yönde ilişki saptandı (Tablo 6). Psikolojik dayanıklılık ile sosyo-demografik özelliklerden medeni durum ile pozitif ($U=810.0$, $p=0.02$) (Tablo 5), yaş ($r=-0.181$, $p=0.041$) ve eğitim süresi (yıl) ($r=-0.201$, $p=0.024$) arasında negatif yönde ilişki saptanırken (Tablo 6), diğer değişkenlerle ilişki saptanmadı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeklerinden fiziksel fonksiyonla hastalık Şiddeti ($F= 5.682$, $p=0.001$) (Tablo 5) ve sosyo-demografik özelliklerden sigara içme durumu ile pozitif ($H=7.833$, $p=0.005$), yaşla negatif ($r=-0.197$, $p=0.026$), diğer değişkenlerle ilişki bulunmadı (Tablo 6). Fiziksel gle cinsiyet ($U=858.0$, $p=0.02$), sigara içme durumu ile pozitif ($H=7.067$, $p=0.008$) (Tablo 5), hastalık süresi (yıl) ile negatif ($r=-0.188$, $p=0.034$) ilişki saptanırken (Tablo 6), diğer değişkenlerle ilişki saptanmadı. Ağrı ile yaş ($r=-0.191$, $p=0.032$) ve hastalık süresi (yıl) ile negatif ($r=-0.202$, $p=0.023$) (Tablo 6), BKG’i ile pozitif yönde ($r=0.191$, $p=0.031$) ilişki bulunurken, diğer değişkenlerle ilişki bulunmadı. Genel sağlık ile sigara içme durumu ($H=4.231$, $p=0.040$), BKG’i ($r=0.215$, $p=0.015$) (Tablo 6) ve hastalık Şiddeti ($F=3.718$, $p=0.013$) (Tablo 5) ile pozitif yönde ilişki saptanırken, diğer değişkenlerle saptanmadı. Vitalite ile medeni durum ($U=1275.5$, $p=0.003$) (Tablo 5) ve BKG’i ile ($r=0.240$, $p=0.006$) (Tablo 6) pozitif yönde ilişki bulunurken, diğer değişkenlerle bulunmadı. Sosyal fonksiyonla sigara içme durumu ($H=3.872$, $p=0.049$), BKG’i ($r=0.212$, $p=0.017$) (Tablo 6) ve

hastalık şiddeti ($F=4.356$, $p=0.006$) (Tablo 5) ile pozitif yönde ilişki saptanırken, diğer değişkenlerle saptanmadı. Emosyonelle hastalık şiddeti ($F=2.681$, $p=0.050$) (Tablo 5) ile pozitif ilişki bulunurken, diğer değişkenlerle bulunmadı. Mental sağlıkla medeni durum ($U=983.0$, $p=0.030$) (Tablo 5) ve BKG'yi ($r=0.197$, $p=0.026$) (Tablo 6) arasında pozitif yönde ilişki saptanırken, diğer değişkenler arasında ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda daha sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile HAD-D, HAD-A, CD arasındaki korelasyon ilişkisini araştırdık (Tablo 7). HAD-D ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinin hepsi ile aralarında anlamlı korelasyon saptandı. HAD-A ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı skalası dışında diğer alt ölçekler arasında anlamlı korelasyon saptandı. CD ile SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden emosyonel skalası dışında diğer alt ölçekler arasında anlamlı korelasyon saptandı.

Çalışmamızda ikili karşılaştırmalarda ve korelasyon analizlerinde anlamlı çıkan değişkenlerin doğrusal çoklu regresyon analizleri yapıldı. Doğrusal çoklu regresyon analizinde (Tablo 8) SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon skorlarını yordalayan değişkenlerin; sigara içme durumu, hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete durumu olduğu, fiziksel güç skorlarını yordalayan değişkenlerin; cinsiyet, KOAH süresi (yıl), depresyon ve psikolojik dayanıklılık durumu olduğu, ağrı skorlarını yordalayan değişkenlerin; KOAH süresi (yıl), depresyon ve psikolojik dayanıklılık durumu olduğu, genel sağlık skorlarını yordalayan değişkenlerin; depresyon ve psikolojik dayanıklılık olduğu, vitalite skorlarını yordalayan değişkenlerin; medeni durum, depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık olduğu, sosyal fonksiyon skorlarını yordalayan değişkenlerin; hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete olduğu, emosyonel skorlarını yordalayan değişkeninin sadece depresyon olduğu, mental sağlık skorlarını yordalayan değişkenlerin anksiyete ve psikolojik dayanıklılık durumu olduğu bulundu.

Bu bağlamda, hastalığın metabolik kontrolünün sağlanması yanında hastaların yaşam kalitelerinin düzeltilebilmesi için risk grubu olarak kabul edilebilecek hastalara yönelik psikiyatrik girişimler önem kazanmaktadır.

5.ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda kontrol grubunun olmayışı KOAH'ta yaşam kalitesi yönünden özgül bir bozulma olup olmadığını söylemeyi olanaksız kıldığından kısıtlılıklar olarak ele alınabilir. Araştırmamız hastane tabanlı olarak planlandığı, hastaların hastaneye ulaşabilecek yeterli sağlık bilincine sahip olmalarından ve çalışmanın kesitsel olmasından dolayı genel popülasyondaki KOAH hastaları temsil etmemektedir.



1 6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

6.1 Sonuçlar

Yapılan çalışmalara benzer şekilde, bizim çalışmamızda da KOAH hastalarında SF-36 genel sağlık anketi ile ölçülen yaşam kalitesinin, özellikle fiziksel rol komponentinin, önemli derecede etkilendiği görülmüştür.

Hastalık ağırlaştıkça hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyon komponentleri daha da bozulmaktadır (Tablo 8). Çalışmamızda KOAH hastaların ortalama 10.13 ± 3.91 (0-20)'un da depresyon, 8.37 ± 3.07 (0-18)'un da anksiyete saptanırken, psikolojik dayanıklılığın ortalama puanı 82.91 ± 12.63 (46-109) idi. Çalışmamızda KOAH hastaların da anksiyete ve depresyon yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken, psikolojik dayanıklılık ise olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

6.2 Öneriler

KOAH hastalarının tedavi ve bakımında; hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi, anksiyete, depresyon yönünden risk taşıyan bireylerin erken dönemde belirlenmesi ve profesyonel yardım almasının sağlanması, psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik psikoterapilerin normal KOAH tedavisine eklenmesi, sağlık çalışanlarının fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlara duyarlı olmalarının sağlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017, <http://goldcopd.org>.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Et Al. Global and Regional Mortality From 235 Causes Of Death For 20 Age Groups In 1990 and 2010: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2095-128.
3. Yellowlees Pm, Alpers Jh, Bowden Jj, *Et Al*: Psychiatric Morbidity In Patients With Chronic Airflow Obstruction. *Med J Aust* 1987; 146: 305 -307
4. Ng TP, Niti M, Tan WC, *Et Al*: 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.
5. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, *Et Al*: Depression, Anxiety And Health Status After Hospitalisation For COPD: A Multicenter Study In The Nordic Countries. *Respir Med* 2006; 100: 87 – 93.
6. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ: Depression and Anxiety In Elderly Outpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, and Validation Of The BASDEC Screening Questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 1090 – 1096.
7. Dursunoğlu N, Köktürk N, Baha A, et al. Turkish Thoracic Society-COPD Comorbidity Group. Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberk Toraks* 2016; 64: 292-301.
8. The WHOQOL Group: What Quality Of Life World Health Forum, 17: 354-55.
9. Wagnild G, Young H. Development And Psychometric Evaluation Of The Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement*, 1993;1(2):165–178.
10. Grodner S, Prewitt LM, Jaworsk BA, Et Al. The Impact Of Social Support In Pulmonary Rehabilitation Of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Behav Med* 1996;18(3):139-45.
11. Barnes PJ, Celli BR. Systemic Manifestations and Comorbidities Of COPD. *Eur Respir J*. 2009 May;33(5):1165-1185, http://Www.Goldcopd.Org/Uploads/Users/Files/GOLD_Report2014

12. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *EurRespir J* 2006; 28: 523–532.
13. Buist AS, Mcburnie MA, Vollmer WM, Et Al. International Variation İn The Prevalence Of COPD (The BOLD Study): A Population-Based Prevalence Study. *Lancet* 2007; 370: 741-750.
14. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Et Al. The Burden Of Disease İn Older People And İmplications For Health Policy And Practice. *Lancet* 2015; 385: 549–562.
15. Gold DR, Wang MPH, Wypij D, Et Al. Effects Of Cigarette Smoking On Lung Function İn Adolescent Boys and Girls. *N Engl J Med* 1996; 335:931-937.
16. Tutuk SPM, Altun ÖŞ. KOAH Tanısı İle Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *STED* 2014;23: 216–24.
17. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N Ve Ark. (2007) Screening For Depression And Anxiety Disorders İn Primary Care Patients. *Depres Anxiety*, 24:455-460.
18. Öz F (1999) Cerrahi Girişim Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar. *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. İstanbul: 56-60.
19. Özkan S (1999) Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. *Konsültasyon- Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. İstanbul: 27-30.
20. Blumenfield M, Tiamson M (2003) *Consulttation Liasion Psychiatry. A Practical Guide*, Lippincott.
21. Ersoy MA, Elbi H (2000) Kanser Hastalarında Depresyonla İlişkili Faktörler. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 10:165-74.
22. Anxiety, Depression And Quality Of Life İn Breast Cancer Patients İn The Levant Akel R, El Darsa H, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R, Tfayli A, Assi H. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017 Oct 26;18(10):2809-2816
23. The Effect Of A Psychosocial İntervention and Quality Of Life After Acute Myocardial İnfarction: The Enhancing Recovery İn Coronary Heart Disease (ENRICHD) Clinical Trial. Mendes De Leon CF¹, Czajkowski SM, Freedland KE, Bang H, Powell LH, Wu C, Burg MM, Dilillo V, Ironson G, Krumholz HM, Mitchell P, Blumenthal JA; ENRICHD İntervigatörleri. *J Cardiopulm Rehabil*. 2006 Jan-Feb;26(1):9-13; Quiz 14-5
24. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi* 6 (1): 31-36.(2010)

25. A Randomized Controlled Trial Of Cognitive Behavioral Therapy For Anxiety And Depression In COPD. Minna J.Hynninen , Ninabjerke , Stale Pallesen, Pers.Bakke, Inger Hilde Nordhus. *Respiratorymedicine* (2010) 104, 986-994
26. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and Clinical Impact Of Major Comorbidities In Patients With COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:871-88.
27. Wagnild G, Young H. Development And Psychometric Evaluation Of The Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement*, 1993;1(2):165–178.
28. Meredith L, Sherbourne C, Gaillot S. *Promoting Psychological Resilience In The Us Military*. 1. Basım, Santa Monica: RAND Corporation 2011.
29. Herrman H, Stewart D. What Is Resilience? *Canadian Journal Of Psychiatry*, 2011;56(5):258–265.
30. Masten AS, Gewirtz AH. Resilience In Development: The Importance Of Early Childhood. RE In: Tremblay RG, Barr RDV Peters, Editors. *Encyclopedia On Early Childhood Development*. 2006. URL: [Http://Www.Excellenceearly Childhood.Ca/Documents/ Masten Gewirtzangxp.Pdf](http://www.excellenceearlychildhood.ca/Documents/MastenGewirtzangxp.Pdf), 2008
31. Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent Resilience. *Image: Journal Of Nursing Scholarship* (Third Quarter) 1999; 31: 243-247.
32. Basım N, Çetin F. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22(2):104–114.
33. Masten AS (2001) Ordinary Magic: Resilience Processes In Development. *Am Psychol*, 56:227-238.
34. Rutter M. Resilience As A Dynamic Concept. *Development and Psychopathology*, 2012;24(2):335–344.
35. Garmezy N. Resilience In Children's Adaptation To Negative Life Events And Stressed Environments. *Pediatric Annals*, 1991;20(9):459–466.
36. Newman R. APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005;36(3):227–229
37. Masten AS, Coatsworth JD. The Development Of Competence In Favorable and Unfavorable Environments: Lessons From Research On Successful Children. *American Psychologist* 1998; 53: 205-220.
38. Gizir CA. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007; 3: 113-128.

39. Luthar S. Resilience İn Development: A Synthesis Of Research Across Five Decades. Editors: Cicchetti D, Cohen D. *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder, and Adaptation*, 2nd Edt, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2006:739–795
40. Connor KM, Davidson JR (2003) Development Of A New Resilience Scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18:76–82.) Yaşam Kalitesi
41. Deniz İnal İnce, Nur Tunalı, Sema Savcı, Hülya Arıka. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ,*Solunum Hastalıkları* 2000; 11: 333-337
42. Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-İtem Shor Form Healty Survey”, I. Conceptual Framework And İtem Selection, *Med Care*, 1992.
43. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form 36 (SF-36)’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102–106
44. Kararımak Ö. Establishing the psychometric qualities of the ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 2010; 179, 350-356.
45. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
46. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1997; 8: 280–287
47. Daniel C Keil, Isabelle Vaske, Klaus Kenn, Winfried Rief and Nikola M Stenzel. With the strength to carry on: The role of sense of coherence and resilience for anxiety, depression and disability in chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Rеспiratory Disease* 2017, Vol.14(1) 11-21
48. Korkmaz T, Tel H. KOAH Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 2
49. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal PC, Victora CG; PLATINO Team. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005 Nov 26; 366(9500):1875-1881.

50. Halbert RJ1, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006 Sep; 28(3):523-532.
51. Şadan S, Müzeyyen E, Nazlı G, Günseli K(2006) Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54(3): 259-266.
52. Azman A. B, Sararaks S, Rugayah B, Low L L, Azian A. A, Geeta S. Ve Tiew C. T. (2003). "Quality of Life of the Malaysian General Population: Results from a Postal Survey Using the SF-36", *Medical Journal of Malaysia*, 58(5), 694-711.
53. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N. and Mercier M. (2003). "Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey", *Health Quality Life*, 1, 1-14.
54. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker, N. ve Cavlak, U. (2009). "Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 48-60.
55. Paskulin, G L., Molzahn, A. (2007). "Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil", *Western Journal Nursing Research*, 29(1), 10-29.
56. Hatice E.KOAH Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyonkarahisar 2008.
57. İnce İnal C, Tunalı N, Savcı S, Arıkan H.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2000; 11: 333-337
58. Schrier AC, Dekker FW, Kaptein AA, Dijkman JH. Quality of life in elderly patients with chronic nonspecific lung disease seen in family practice. *Chest* 1990; 98:894-9.
59. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262:907-13
60. Priganato GP, Wright EC, Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild chronic hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Me* 1984;144:1613-9.
61. Renwick DS, Connolly MJ. Impact of obstructive airways disease on quality of life in older adults. *Thorax* 1996; 51:520-5.

62. Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Pugsley SO. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. *Br J Dis Chest* 1987;81:45-54.
63. Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 172-181
64. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of comorbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res* 2005; 36: 136-141.
65. Yıldız M, Mirici A, Gönlügür U, Cakır D.Ü, Öyekçin D.G, Akbaş B.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam kalitesi ve Egzersiz Performansına etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, Cilt 30: Sayı 2, 2016.
66. Bahar A, Savaş H.A, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi.Ocak 2009 .Cilt 47 . Sayı 1. New/Yeni Symposium Journal
67. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z,Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(2):89-98
68. Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
69. Castillion, P. G., Sendio, A. R., Baneges, J. R., Garcia, E.L., Rodriquez-Artalejo, F. (2005). “Differences in Quality of Life Women and Men in the Older Population of Spain”, *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.
70. Whang, L. L., Shen, Y. (2003). Chinese SF-36 health survey:Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal Epidemiology and Community Health*, 57 (4), 259-261.
71. Gülmez, H. (2013). “Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 74-82.
72. Avcı, K. ve Pala, K. (2004). “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81- 85.
73. Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.

74. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of comorbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. Arch Med Res 2005; 36: 136-141.
75. Atacanli MF, Dilbaz N (2001) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi; 4: 147–153.
76. Tutuk S.P.M, Altun Ö.Ş (2014) KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted); 6:23,216-224
77. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu E.Ö, Gündüz H. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Med J 2015;5(4):199-203
78. Yıldırım K. Y, Fadiloğlu Ç, Akyol D.A, Ünal B.(2004). Diyaliz Hastalarında Uyku ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.Ege Üniveristesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 20 (1),35-46.
79. Jimenez-ruiz CA, Masa F, Miravittles M.Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001; 119:1365-1370
80. Fiore MC, Novotny TC, Pierce JP, et al. Trends in cigarette smokers in the United States: the cigarette smoking influence of gender and race. JAMA 1989; 261:49 –55
81. Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, et al. Trends in cigarette smoking in the United States: projections to the year 2000. JAMA 1989; 261:61– 65
82. Schwartz J, Weiss ST. Dietary factors and their relation to respiratory symptoms. Am J Epidemiol 1990; 132:67–76
83. Menezes AMB, Victora CG, Rigatto M. Prevalence and risk factors for chronic bronchitis in Pelotas, RS, Brazil: a population-based study. Thorax 1994; 49:1217–1221
84. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Turker H (2006) Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi, Akciğer Arşivi, 7:11-15, İstanbul
85. Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). “Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme”, Çağdaş Yerel Yönetimler, 17 (2), 23-44. 2016 da Yeliz A ve arkadaşlarının
86. Yeliz A , Elanur Y. K, Selin Y. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyonun Bilişsel duruma etkisi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 18(3): 94-100

87. Eizemann M (1986) Social class and social mobility in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*, 73:399-402.
88. Brown GW, Bhrolchain M, Harris TO (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9:224-254
89. Hirsfeld RM, Cross CK (1982) Epidemiology of effective disorders: Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
90. Gastpar M (1986) Epidemiology of depression. *Psychopathology*, 2:17-21
91. Hollar, D. (2003). "A Holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life", *Public Administration Review*, 63(1), 90-99.
92. Kowaltowski, D. C. C. K., Gomes da Silva, V., Pina, S. A. M. G., Labaki, L. C., Ruschel, R. C., Moreira, D. C. (2006). "Quality of Life and Sustainability Issues as Seen by the Population of Low-Income Housing in the Region of Campinas, Brazil", *Habitat International*, 30, 1100-1114.
93. Whang, L. L., Shen, Y. (2003). Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal Epidemiology and Community Health*, 57 (4), 259-261
94. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Healthrelated quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001; 55: 51-69.
95. Harik-Khan RI, Fleg JL, Wise RA. Body mass index and the risk of COPD. *Chest* 2002; 121:370-6
96. Mostert R, Goris A, Weiling-Scheepers C, et al. Tissue depletion and health related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2000; 94: 859-67.
97. Gönlügür U, Akkurt İ, Efeoğlu T, Çınar Z. KOAH olgularında body mass indeksi. *Akciğer Arşivi* 2004; 1:35-9
98. Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *Br Med J* 1976; 1:7-9.
99. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and sui-cide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-257.

100. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self esteem depression and body satisfaction and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7:80.
101. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 456-462.
102. Lindberg A, Bjerg A, Rönmark E, Larsson LG, Lundbäck B. Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med* 2006;100:264- 72
103. Shyam Chand Chaudhary, Satyan Nanda, Adarsh Tripathi¹, Kamal Kumar Sawlani, Kamlesh Kumar Gupta, D Himanshu, Ajay Kumar Verma². Prevalence of psychiatric comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Lung India*. 2016 Mar-Apr; 33(2): 174–178.
104. Jones PW, Baveystock CM, Littlejohns P. Relationships between general health measured with the sickness impact profile and respiratory symptoms, physiological measures and mood in patients with chronic airflow limitation. *Am Rev Respir Dis* 1989;140:1538-43.
105. Palihan LA, Wingard PL, Barret-Connor E (1990) Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: A population based study. *J Clin Epidemiol*, 43(11):1131 - 1141.
106. 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.
107. Sevenoaks M.J, Stockley R.A. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Inflammation And Comorbidity- A Common Inflammatory Phenotype? *Respir Res* 2006; 7: 70.
108. Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Leví M, De Batlle J, Rodríguez E, Benet M, Donaire- Gonzalez D, Anto J.M, Garcia-Aymerich J. Factors Affecting The Relationship Between Psychological Status And Quality Of Life In Copd Patients. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 108.

- 109.** Carone M, Bertolotti G, Anchisi F, et al. Analyses of factors that characterize health impairment in patients with chronic respiratory failure. *Eur Respir J* 1999; 13: 1293-300.
- 110.** Garrido CP, Diez MJ, Gutierrez RJ, Centeno MA, Vazquez GE, Miguel GA, Carballo GM, Garcia JR. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the healthrelated quality of life patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006 May, 4:31.
- 111.** Nermin K. Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında BODE İndeksi, KF-36 Yaşam Kalitesi Anketi ve Solunum Fonksiyon Testi Parametreleri Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul 2007.
- 112.** Stahl E, Lindberg A, Jansson S, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, Löfdahl C, Lundback B. Health – related quality of life related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005,3:56.
- 113.** Yohannes A.M, Baldwin R.C, Connolly M.J. Depression And Anxiety İn Elderly Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Age Ageing* 2006; 35(5): 457-9.
- 114.** Ulubay G, Ulaşlı S.S, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş. KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2009; 57(2): 169-176
- 115.** Soyyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik Obstrüktif Akciger Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF-36 Sağlık Taramasının Yeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54 (3):259-266.
- 116.** Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, İkedo A, Oga T, Izumi T. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health- related quality of life of patients with COPD. *Chest* 1999 ; 116: 1632-7.
- 117.** Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC, Plaza V, Prieto L, Anto JM. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health- related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med.*1997 ;127:1072-9.
- 118.** McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1982;142:473-8

119. Stavem K, Boe J, Erikssen J. Health status, dyspnea, lung function and exercise capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;10:920-6
120. Şadan S, Müzeyyen E, Nazlı G, Günseli K. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(3): 259-266
121. Mahler DA, Mackowiak JI. Evaluation of the short-form 36-Item questionnaire to measure health-related quality of life patients with COPD. *Chest* 1995; 107: 1585-9.
122. Hajiro T, Nishimura K, Tsuniko M, et al. Comparison of discriminative properties among disease specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care* 1998; 157: 785-90.
123. Puhan MA, Frey M, Büchi S, Schünemann HJ. The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Jul 2; 6: 46. doi: 10.1186/1477-7525-6-46
124. Hill K, Geist R, Goldstein R.S, Lacasse Y. Anxiety And Depression In End Stage Copd. *Eur Respir J* 2008; 31(3): 667-77.
125. Stage K.B, Middelboe T, Stage T.B, Sorensen C.H. Depression In Copd- Management And Quality Of Life Considerations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006; 1(3): 315-20
126. Spencer S, Calverley PMA, Burger PS, Jones PW. On behalf of the ISOLDE study group. Health status deterioration in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care* 2001; 163: 122-8
127. Chan D. W. (2002). Stress, Self-Efficacy, Social Support, and Psychological Distress Among Prospective Chinese Teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 22(5), 557-569
128. Hannah T. E., & Morrissey C. (1986). Correlates of Psychological Hardiness in Canadian Adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 127(4), 339-344.
129. Kılıç A.Ç. (2013) İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *TURJE Turkish Journal of Education*, January.3(1), 70-79.

- 130.** Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba D. M., Lu J. L., Persico M., & Brow M. (2006). The Personality Construct of Hardiness, III: Relationships With Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. *Journal of Personality*, 74(2), 575-598
- 131.** Lazarus R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1, 1-22.



EKLER

- EK-1** : Sosyo Demografik Bilgi Formu
- EK-2** : SF_36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
- EK-3** : Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Testi
- EK-4** : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği



HASTA BİLGİ FORMU

1-) SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Adınız, Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz

- Kadın
- Erkek

4. Medeni Durumunuz

- Evli
- Bekar
- Eşinden Ayrılmış
- Eşi Ölmüş

5. En son hangi okulu bitirdiniz?

- Okur-yazar değilim
- Okul bitirmedim-okur yazarım
- İlkokul mezunuyum
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite ve üstü

6. Çalışma durumunuz nedir?

- Evet -Tam gün çalışıyorum
- Evet- Yarım gün/belli aralıklarla çalışıyorum
- Hastalık nedeniyle çalışmıyorum
- Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyorum (ise belirtiniz.....)

7. Mesleğiniz Nedir?

- Ev hanımı
- İşçi-Memur
- Esnaf-Serbest Meslek
- Çiftçi
- Diğer

8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Anne-Baba
- Esim-Çocuklarım
- Diğer

9. Aylık geliriniz nedir?.....

2-) HASTALIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER, HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

10. Boyunuz:.....

Kilonuz:.....

11. Kaç yıldır KOAH hastasıdır?

- 1-5
- 6-10
- 11-daha fazla

12. Sigara kullanıyor musunuz?

- Hiç içmedim.
- İçiyorum.
 - Kaç yıldır sigara içiyorsunuz ?:
 - Günde kaç paket içiyorsunuz ?:

- Bıraktım
 - Kaç yıl sigara içtiniz:
 - Günde kaç paket içtiniz? :
 - Sigarayı kaç yıl önce bıraktınız? :

13. Pasif sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

(Çevrenizde kapalı ortamlarda yanınızda tütün kullanan var mı?)

- Evet
- Hayır

14. Açık Ocak Dumanına (Tandır, Soba Gibi) Maruz Kalıyor Musunuz?

- Evet
- Hayır

15. Evinizin ısınma şekli nedir?

- Soba
- Kalorifer
- Diğer

16. KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diyabet | <input type="checkbox"/> Osteoporoz | <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Depresyon |
| <input type="checkbox"/> Tüberküloz | <input type="checkbox"/> Pnömoni | <input type="checkbox"/> Demans |
| <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı | | |
| <input type="checkbox"/> Ülser | | |
| <input type="checkbox"/> Gece horlaması veya uyku apne sendromu | | |
| <input type="checkbox"/> Diğer..... | | |

17. Geçtiğimiz bir yıl boyunca solunum rahatsızlığı nedeniyle kaç kez hastaneye yattınız veya acile başvurduunuz?

- (1)Hiç yatmadım
(2)..... 1 veya 2 kez (hastanede kaç gün yattınız)
(3)..... 3 ve daha fazla (hastanede kaç gün yattınız)

- Nasıl bir tedavi uygulandı?

- 1) Antibiyotik
2) Kortizon
3)

18.En son ne zaman hastanede yattınız?

- 15 gün önce
 1 ay önce
 3 ay önce
 Halen yatıyorum

19.KOAH hastalığınıza bağlı hastaneye geldiğiniz dönemlerde bu hastalığınıza ilişkin bilgi verildi mi ?

- Evet
 Hayır
 Kısmen

20. Psikiyatrik hastalık öyküsü:

- Yok
 Var

(açıklayınız).....

21. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Kısmen

22. Solunum rahatsızlığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- Hayır
 Evet

23- Hastaların Akciğer Fonksiyon Testi değerleri

Bronkodilatör öncesi	Bronkodilatör sonrası
FEV1 L	
FEV1 %	
FVC, L	
FVC %	
FEV1/FVC , %	

SOSYAL DESTEK

24. İhtiyacınız olduğu zaman duygusal yardımı ve desteği ailenizden (örneğin, annenizden, babanızdan, eşinizden, çocuklarınızdan, kardeşlerinizden) alıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

25.Sorunlarınızı ailenizle (ör, annenizle, babanızla, eşinizle, çocuklarınızla, kardeşlerinizle) konuşabilir misiniz?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

26.Sevinç ve kederlerinizi paylaşabileceğiniz arkadaşlarınız var mı?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

27.Sorunlarınızı arkadaşlarımızla konuşabilir misiniz?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

HASTANIN ADI SOYADI :.....

1. Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

A-Mükemmel B-Çok iyi C-İyi D-Orta E-Kötü

2. 1 Yıl Öncesiyle Karşılaştırdığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi
 B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi
 C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı
 D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü
 E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3. Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürGESİNİ İtmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, isiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı basardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

HASTANIN ADI SOYADI :.....

5. Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak isiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı basardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komsularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- A- Hiç Etkilemedi.
- B- Biraz Etkiledi.
- C- Orta Derecede Etkiledi.
- D- Oldukça Etkiledi.
- E- Aşırı Etkiledi.

7. Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- A- Hiç
- B- Çok Hafif
- C- Hafif
- D- Orta
- E- Şiddetli
- F- Çok Şiddetli

8. Son bir ay içinde ağrınız isinizi ne kadar etkiledi?

- A- Hiç etkilemedi
- B- Biraz etkiledi
- C- Orta derecede etkiledi
- D- Oldukça etkiledi
- E- Aşırı etkiledi

9. Asağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

HASTANIN ADI SOYADI :.....

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(Akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- A-** Her zaman
- B-** oğu zaman
- C-** Bazen
- D-** Nadiren
- E-** Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	oğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

HASTANIN ADI SOYADI :.....**CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2. Stres olduğumda beni rahatlatarak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.					
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak beni daha da güçlendirebilir.					
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm					
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.					
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					

HASTANIN ADI SOYADI :.....**CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.					
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.					
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18. Gerekğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.					
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.					
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23. Zoru severim.					
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.					
25. Başarılarımla gurur duyarım.					

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

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

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

EK-4

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

EK-4

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek