



T.C.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Burcu AĞDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2017

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Burcu AĞDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

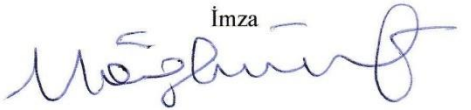


Doç.Dr. Papatya KARAKURT

ERZİNCAN

2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Doç.Dr. Papatya KARAKURT danışmanlığında, 14780101007 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Burcu AĞDEMİR tarafından hazırlanan bu çalışma 20.09.2017 tarihinde saat 13. 00 da jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.20.09.2017

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI	
Üye	Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye	Doç.Dr. Papatya KARAKURT	

ONAY:

Bu tez Erzincan Üniversitesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 25.08.2017 tarih ve 18/2 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd. Doç Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



Burcu AĞDEMİR

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden danışman hocam **Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a**,

Tez çalışmamda değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan ve ihtiyaç duyduğumuz her anda desteklerini esirgemeyen **Sayın Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a**

Tez çalışmamda değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan **Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya**

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her türlü desteği vereneğabeyim **Sayın Yrd. Doç. Dr. Ersin KAYA'ya**

Katkı ve önerilerinden dolayı **Sayın Öğr. Gör. Abdullah GERÇEK'e**,
İstatistiksel aşamadaki yardımlarıyla önemli katkılarda bulunan **Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a**,

Yüksek lisans eğitimimde emekleri geçen **tüm değerli hocalarıma ve arkadaşlarıma**,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar göstermiş olduğu özveri ve desteğiyle hep yanımda olan, en yoğun zamanlarında bile bana vakit ayırarak her zaman yardım elini uzatan eşim **Ömer AĞDEMİR'e**,

Hayatımın her aşamasında korkmadan ve yılmadan yol almamı sağlayan, bugünüme gelmemde maddi ve manevi desteğini esirgemeyen **Canım Aileme**,

Çalışmama katılan tüm hastalara ve Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ailesine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Burcu AĞDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Tanımı Ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KOAH Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	4
2.2. KOAH'ın Patofizyolojisi.....	5
2.3. KOAH'ın Etiyolojisi.....	6
2.4. KOAH'ın Semptomları.....	8
2.5. KOAH ve Komorbiditeler.....	9
2.6. KOAH'ın Tanısı.....	9
2.7. KOAH'ın Tedavisi.....	10
2.7.1 Farmakolojik Tedavi.....	11
2.7.2. Nonfarmakolojik Tedavi.....	11
2.8. Öz-Etkililik ve Depresyon.....	12
2.9. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililik ve Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	14
2.10. KOAH'ın Yönetimi ve Hemşirenin Rolü.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları.....	22
3.6. Verilerin Toplanması.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	24
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği.....	24
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	56
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ.....	65

EK I: Kişisel Bilgi Formu

EK II: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

EK III: Beck Depresyon Envanteri

EK IV: Etik Kurul Onayı

EK V: Resmi İzin Yazısı

EK VI: Tez Başlığı Değişikliği Yönetim Kurulu Kararı

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATT: Alfa-1 antitripsin

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BOLD: Burden of ObstructiveLungDisease

CAT: COPD Assessment Test

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FEV1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuarvolüm

FVC: Derin inspirasyondan sonra zorlu, hızlı ve derin ekspirasyonla atılan hava volümü

GARD: Global Alliance Against Respiratory Disease

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

ICN: International Council of Nurses

KHY: Küresel Hastalık Yüğü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAHÖÖ: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

KOAHÖÖTF: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu

MMRC: Modified Medical Research Council

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YLD: Years of Healty Life Lost Due to Disability

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	24
Tablo 2. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 3. KOAH'lı Hastaların KOAHÖÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	26
Tablo 4. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 5. KOAH'lı Hastaların Depresyon Durumu ve Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	32
Tablo 6. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puanları ile BDE Puanı Arasındaki İlişki.....	34

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Giriş ve Amaç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünyada en sık görülen hastalık ve ölüm nedenleri arasında olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırma KOAH'ı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, Ekim 2016 – Şubat 2017 tarihleri arasında bir hastanenin Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde tedavi alan KOAH'lı hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmaya katılmaya gönüllü olan, iletişime açık 204 KOAH hastası alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Özellikler Formu, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHÖÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, Varyans Analizi, Kruskal Wallis Analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların KOAHÖÖ toplam puan ortalamasının 1.98 ± 0.66 , depresyon puan ortalamasının ise 25.14 ± 10.02 olduğu saptanmıştır. KOAH'lı hastaların günlük işlerde başkasından yardım alma durumu, sağlık durumu algısı ve daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatış durumuna göre KOAHÖÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların yaşı, gelir algısı, başka kronik hastalığın olma, günlük işlerde başkasından yardım alma durumu, sağlık durumu algısı ve daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatış durumu ile depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırma kapsamına alınan hastaların toplam KOAHÖÖ, olumsuz etki, fiziksel çaba ve davranışsal faktörler alt boyut puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hastaların öz-etkililik puan ortalamasının düşük, depresyon puan ortalamasının ise orta düzeyin altında olduğu ve öz-etkililik puanı arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. KOAH'lı hastaların öz-etkililik düzeylerini artırmak ve depresyon düzeylerini azaltmak için hastalık ve süreci hakkında eğitim ve danışmanlık yapılarak bireylerin güçlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Öz-Etkililik, Depresyon, Hemşirelik

ABSTRACT

The Relationship between Self-Efficacy and Depression in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Introduction and Purpose: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is among the most frequently seen causes of morbidity and mortality and a major public health issue across the world. This study was conducted to identify the relationship between self-efficacy and depression in individuals with COPD.

Materials and Methods: The population of this descriptive and correlational study consisted of patients with COPD who were under treatment in the internal medicine and pulmonary diseases clinic of a hospital between October 2016 and February 2017. No sampling was attempted and 204 patients with COPD who volunteered to take part in the study and were open to communication were included. A Descriptive Characteristics Form, the COPD Self-Efficacy Scale (CSAS) and the Beck Depression Inventory (BDI) were used as data collection tools. The data were analyzed using percentages, t test in independent groups, Mann Whitney-U test, Variance Analysis, Kruskal Wallis Analysis and Spearman correlation analysis.

Results: The mean total CSAS score of the patients was 1.98 ± 0.66 and their mean depression score 25.14 ± 10.02 . The difference between the mean total CSAS scores of the patients with COPD was found statistically significant with respect to receiving help from others in daily activities, perceived health, and prior hospitalization due to COPD ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between the patients' age, perceived income, presence of a comorbid chronic disease, receiving help from others in daily activities, perceived health and, prior hospitalization due to COPD, and the mean depression scores ($p < 0.05$). A statistically significant, weak and negative correlation was found between the participating patients' mean total CSAS score, mean negative effect, physical exertion, and behavioral factors subscale scores, and their mean depression score.

Conclusion: The mean self-efficacy score of the patients was found low, their mean depression score below moderate, and as their self-efficacy scores increased their depression levels decreased. In order to improve self-efficacy and reduce depression in patients with COPD, we can recommend strengthening the individuals by providing them education and consultancy on the disease and its process.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Self-Efficacy, Depression, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünyada en sık görülen hastalık ve ölüm nedenleri arasında olup önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Kronik hava akımı kısıtlaması ile karakterize, genellikle ilerleyici, zararlı partikül ve gazların akciğerlerde oluşturduğu inflamatuvar yanıtla ilişkili olan, önlenemez ve tedavi edilebilir sistemik bir hastalık olan KOAH; akciğerleri etkilemekle birlikte, ciddi sistemik etkilere de yol açabilmektedir (3-5). Giderek artış gösteren morbidite ve mortaliteye yol açan KOAH'ın, 2015 yılında tüm dünyada sebep olduğu ölümlerin sayısı yaklaşık 3 milyon olarak görülmektedir. Bu durumda KOAH'ın dünyadaki ölümlerin %5'inden sorumlu olduğunu göstermektedir (6). Ülkemizde ise kronik hava yolu hastalıklarının büyük çoğunluğunu (%65) astım ve KOAH oluşturmaktadır (7). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 ölüm nedeni istatistiklerine göre; Türkiye'de üçüncü sırada yer alan solunum sistemi hastalıkları %11.9 olarak hesaplanmış olup, 48 bin ölüme neden olduğu bildirilmektedir (8).

KOAH, astım, diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir bileşen olarak görülen öz-etkililik, belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanmaktadır (9, 10). Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi KOAH'ta da hastaların günlük yaşam aktivitelerinin bazılarını gerçekleştirmede solunum güçlüğü yaşadıkları bilinmektedir. KOAH'lı hastalar, yaşadıkları bu güçlük nedeniyle aktivitelerini gerçekleştirmedeki yeteneklerine yönelik güven eksikliği duymakta ve bu güven eksikliğini düşük öz-etkililik olarak ifade etmektedirler (11-13). Düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük aktivitelerden kendilerini sakıyan hastalar, aktivitelerini daha da sınırlamaktadırlar. Bu durum ise solunum güçlüğü yönetimini zorlaştırmakla birlikte hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır (12,13). Düşük öz-etkililiğin aksine, yüksek öz-etkililik algısı olan hastalar ise daha zorlu işleri yapmayı seçmekte ve bu amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirmektedirler. Algılanan öz-etkililik ne kadar güçlü olursa, çabalar da o kadar etkin olmaktadır (14). KOAH'ın yönetiminde, hastaların öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması ve öz-etkililiklerinin yükseltilmesinde hasta aile ve çevresiyle birlikte ele alınması ve bakımın sürekliliği

önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle hastaların öz-etkililik durumlarının belirlenmesi ve öz-etkililiği arttıracak özel bakım ve tedavi modelleri oluşturulması önemlidir (12). Yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastalarda öz-etkililik düzeyinin %14.5-99.5 arasında olduğu görülmektedir (15, 16). Kronik hastalığı olan hastaların bireysel yönetiminde önemli bir faktör olan öz-etkililik; hastanın kendini, yeteneklerini ve kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlamaktadır (17).

Öz-etkililiği yüksek olan hastaların; yaşamdan aldıkları doyum artmakta, bu da tedavilerine uyumu kolaylaştırıp, akut ve kronik komplikasyonların gelişmesini önlemektedir. Öz-etkililiği düşük olan hastalarda ise yetersiz istek ve motivasyona bağlı olarak hastalık komplikasyonları gelişmekte, hastaların fizyolojik fonksiyonlarında deformasyonlar oluşmakta, yaşam kaliteleri azalmakta ve depresyon görülebilmektedir (18). KOAH'ta öz-denetim kaybı, rol kaybı ve sosyal izolasyon diğer kronik hastalıklara göre daha fazla görüldüğü için hastayı bağımlı hale getirmekte ve hastanın kendisini daha depresif hissetmesine neden olduğu bildirilmektedir (17, 19). KOAH'lı bireylerde %10-80 oranında depresif semptomların saptandığı görülmektedir (4). Yapılan çalışmalarda da KOAH'lı bireylerde depresyon prevalansının %4.2-85.7 arasında olduğu belirlenmiştir (20-22). Tedaviye yön vermek için, hastaların mevcut yapabilirlik düzeylerinin analiz edilmesi, tedavi ve bakıma katılım için hazır oluş durumlarının bilinmesi gerekmektedir (18).

Hastaların öz-etkililik gücünün yükseltilmesinde sağlık bakım profesyonellerine önemli görevler düşerken; hemşirelerin bu konudaki görevleri daha da önemlidir. KOAH'lı hastalara bakım veren hemşireler danışmanlık becerilerini geliştirerek, hastaların günlük yaşamlarındaki olumsuzlukları, bunları algılayış biçimlerini ve baş etme becerilerini planlayıp uygun hemşirelik girişimleri ile müdahalede bulunmalıdırlar (23). Bandura (1977) öz-etkililiğin arttırılmasının, depresyonun bilişsel davranışçı tedavisinin hedefi olduğunu ve dolayısıyla uyumlu başa çıkma davranışlarına yardım ettiğini belirtmiştir. Depresif semptomların başarılı bir şekilde yönetilmesi için gerekli olan bilişsel ve davranışsal işlevlerin gerçekleştirilmesinde kişinin yetenekleri hakkında yüksek inanca sahip olması, bu görevlerin engellere rağmen başlatılması ve devam ettirilmesi olasılığını arttırmaktadır (24). Kronik

hastalıkların kişisel yönetiminde, hastanın etkili baş etme düzeyine ulaşması için yardıma gereksinimi vardır. Aksi takdirde hastaların hastalıkla baş etmede yetersiz kalmaları onları depresyona sürükleyebilir. Bunun için hemşirelerin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları zorluklarla baş edebilmelerinde etkin rol oynamaktadır. KOAH'ta hastalığın önlenmesi temel alınarak, tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmeli, hastanın tedaviye daha etkin olarak katılması sağlanmalı ve olabildiğince aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmesi gerekmektedir (4). Bireyin iyilik halini sürdürme ve yükseltmede, hastalıkta ise baş etmeyi kolaylaştırarak sağlığı yeniden kazanma ve bu hedef ile aktif katılımı desteklemede hemşirenin uygulayıcı ve çağdaş rolü olan eğitici rolü büyük önem taşımaktadır (25). Hastaların yaşamlarındaki bağımlılık düzeyinin azalması öz-etkililik düzeyini artırmakta ve depresyon gibi diğer komorbiditelerinde aynı oranda azalmasını sağlamaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları;

1. KOAH'lı hastaların tanıtıcı özellikleri öz-etkililiği etkiler mi?
2. KOAH'lı hastaların tanıtıcı özellikleri depresyon düzeyini etkiler mi?
3. KOAH'lı hastaların öz-etkililik ve depresyon düzeyleri nedir?
4. KOAH'lı hastaların öz-etkililikleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı ve Epidemiyolojisi

Geri dönüşümsüz hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalık olan KOAH; hava akımı kısıtlanmasının ilerlemesiyle, akciğerlerin zararlı partikül ve gazlara karşı anormal inflamatuvar cevabına bağlı olarak gerçekleşmektedir (3,4,7,26, 27). KOAH'ın dünyadaki mevcut durumu göz önüne alındığında, giderek artış gösteren morbidite ve mortaliteye yol açan, sosyal ve ekonomik yüke neden olan önemli kronik hastalıklardan biri olduğu görülmektedir (3, 27-30). Hastalığın epidemiyolojik özellikleriyle ilgili farklı ülkelerde yürütülen “Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD)” çalışması önemli veriler sağlarken, Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) bünyesinde oluşturulan “Global Alliance Against Respiratory Disease (GARD)” yapılanmasıyla da bütün dünya ülkelerinde soruna ortak çözüm arayışları başlatılmıştır (7,31). Tüm dünyada 2015 yılında KOAH'ın sebep olduğu ölümlerde sayı yaklaşık olarak 3 milyondur. Bu da KOAH'ın dünyadaki ölümlere %5'lik oranda katkı sağladığının göstergesidir (6). Küresel Hastalık Yüğü (KHY) Çalışması verilerine göre (2013), yılda 2.9 milyon ölüme neden olan KOAH, tüm dünyada üçüncü ölüm nedeni haline gelmiştir (32). Son yıllarda DSÖ tarafından hastalık yükünü değerlendirmede “Years of Healty Life Lost Due to Disability-(YLD)” ve “Disability Adjusted Life Years-(DALY)” ölçütleri kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD, gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından da KOAH önemli bir morbidite nedenidir. Gelecek yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH'ta ikincil YLD ve DALY'nin artması beklenmektedir (4).

Dünya'da milyonlarca insanı etkileyen kronik hava yolu hastalıkları Türkiye için de büyük tehlike arz etmektedir. Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yapılan ve sonuçları 2013 yılında yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda, 15 yaş ve üzeri grupta, spirometreye dayalı KOAH prevalansı %5.3 olurken, doktor tanılı KOAH prevalansı ise %4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, 40 yaş ve üzeri kişilerde spirometreye dayalı KOAH prevalansı, sabit oran ölçütü kullanıldığında %6.4 (erkeklerde %7.6, kadınlarda %5.3) bulunmuştur. Bu çalışma, KOAH ile ilgili prevalans çalışmalarda bilimsel ilkelere uyumun öneminin

anlaşılması ve ülkemizde spirometreye ulaşım konusunda ve uygun, nitelikli spirometre yapılması konusunda çok ciddi sorunların bulunduğunu göstermektedir (33).

DSÖ'nün 2014 yılında yayınladığı küresel raporun Türkiye verilerine göre kronik hastalıklar, ölümlerin %86'sından sorumlu olup; kronik akciğer hastalıklarının ise bu duruma %8 oranında katkı sağladığı belirtilmiştir (34).Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 verilerine göre, ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk yirmi beş hastalık içinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların ilk sıralarda yer aldığı ve önemli hastalık yüküne sebep olduğu belirlenmiştir. Ayrıca DALY'de 2000 yılında KOAH yedinci sırada iken 2013 yılında ise üçüncü sıraya yükselmiş olup, %10.95'lik bir orana sahip olduğu görülmektedir (28,35).

2.2.KOAH'ın Patofizyolojisi

KOAH; kronik bronşit ve amfizem olmak üzere iki alt fenotipe ayrılmaktadır (36).

-Kronik bronşit: Akciğer tüberkülozu, bronşektazi, akciğer absesi gibi nedenler olmaksızın birbirini izleyen en az iki yıl boyunca, yılda en az üç ay devam eden öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarının varlığı olarak tanımlanır.

-Amfizem: Terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının belirgin fibrozis olmaksızın destrüksiyonu ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir (36, 37).

KOAH olgularında temel değişiklikler; küçük solunum yolları, büyük solunum yolları ve akciğer parankiminde oluşmaktadır. Hava yollarında kalınlığın artması, lümen içi mukus artışı ve küçük hava yollarındaki değişiklikler lümen çapını azaltarak obstrüksiyona neden olmaktadır. Amfizem anatomik olarak terminal bronşiyollerin distalindeki havalanma alanlarının tahribatına bağlı kalıcı genişlemelere neden olmaktadır. Bronşiyollerin açık kalmasını sağlayan parankim destek dokusunun yitirilmesi, bronşlarda daralmaya ve obstrüksiyona yol açmaktadır. Kronik bronşit ise bronşlarda aşırı mukus salgınımına (hipersekrezyona) neden olmaktadır. Pulmoner dolaşım; kalp, solunum kasları ve solunum merkezlerini etkilediğinde bu durum sistemik bir hastalık haline gelmektedir (27, 38, 39).

2.3.KOAH'ın Etiyolojisi

KOAH'a neden olan etiyolojik faktörlerinin belirlenmesi; toplumlardaki prevalansının geleceğe dönük olarak azaltılmasında, toplumların hastalığa karşı bilinçlendirilmesi ve hastalıkla etkin mücadele için gerekli ulusal politikaların geliştirilmesinde önemlilik arz etmektedir (3).

-Sigara Kullanımı:Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktörüdür. Sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla birinci saniye zorlu ekspirasyon volümündeki(FEV1) yıllık azalma hızı ve KOAH'a bağlı mortalite hızı daha yüksektir (30). Sigara içenlerde KOAH gelişme riski otuz kat daha fazla olmakla beraber hiç sigara dumanına maruz kalmamış kişilere kıyasla pasif sigara dumanına maruz kalan kişilerde KOAH'ın gelişme riskinin belirgin olarak arttığı bilinmektedir. Sigara, erkeklerde %85, kadınlarda % 69 oranında KOAH'a bağlı mortaliteye sebebiyet vermektedir (40). KOAH'ta sigaraya atfedilen risk %40-70 arasında değişmektedir (41).

Ulusal Hane Halkı Çalışması'nın 2003 yılı sonuçlarına göre ise 18 yaş ve üstünde Türkiye'de sigara kullanma sıklığı %32.1 olarak bulunmuştur (42). “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması” başlığı adı altında yürütülen çalışmada 2008 ve 2012 yılları karşılaştırıldığında, Türkiye'de sigara kullanım oranı %31.2'den %27.1'e gerilediği görülmüştür. Bu oran erkeklerde %47.9'dan %41.5'e, kadınlarda ise%15.2'den %13.1'e düşmüştür. 15 yaşından önce sigaraya başlayanların oranı ise %19.6'dan %16.1'egerilemiştir. 2008–2012 döneminde en önemli düşüş pasif içicilik konusunda görülmüş olup, özellikle lokantalardaki sigara içme oranının %55.9'dan %12.9'a düşüşü dikkat çekmektedir. Sigara içme hızının en yüksek olduğu yaş aralığı ise 25-44 yaş grubu olarak raporlanmıştır (43). KOAH gelişiminin önlenmesindeki en önemli hedef sigara içme oranlarının düşürülmesidir (38). Aralık 2007'de uygulamaya giren “Ulusal Tütün Kontrol Programı” ile ülkemizdeki tütün tüketiminin üç yıl içinde %15 oranında azaldığı bildirilmektedir. Temmuz 2009'da yürürlüğe giren 5727 sayılı kanun ile kapalı alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır. Bununla birlikte sigara bıraktırma polikliniklerinin sayısı giderek artmaktadır. KOAH hastalarının normal sağlıklı bireylere göre sigarayı daha zor bıraktıkları da belirlenmiştir (44). Sigara içen ve sağlıklı olan 50 kişilik kontrol grubu ile sigara içen

ve KOAH olan 65 hastadan oluşan deney grubunun karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışmada, her iki gruba da aynı tedavi metodu uygulanmasına rağmen, KOAH'lı sigara içen grupta sigara bırakma oranı %29 iken, kontrol grubunda bu oran %49'a ulaşmıştır. Çalışmadaki kişilerin sigara bırakma başarıları 1., 6. ve 12. aylarda değerlendirilmiş, KOAH olgularında bırakma başarısı, her üç dönemde de sağlıklı sigara içicilerine göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (45).

-Genetik Faktörler: Alfa-1 antitripsin (ATT) eksikliği, KOAH gelişimine yol açtığı bilinen en önemli genetik anormalliktir. ATT, proteaz enzim inhibitörü olup, enflamatuvar hücrelerden salınan yıkıcı enzimlerin akciğer dokusunda yaratacağı yıkımı önlemektedir. Bu sistem çalışmadığında alveol duvarları zarar görüp KOAH'a yol açan amfizem gelişmektedir (38,46).

-Çevresel ve Mesleki Maruziyet:KOAH gelişimindeki bir diğer risk faktörü olan toz veya duman maruziyetinin (meslek maruziyeti) sigara içen KOAH'lılarda %15-19 oranında, hiç sigara kullanmayanlarda ise %30 oranında etkisi olduğu bildirilmiştir (3, 30, 47). KOAH gelişme riski yüksek olan meslekler arasında maden işçiliği, ulaşım sektörü, odun/kağıt üretimi, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği gelmektedir (48).

-İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği: Isınmak veya yemek pişirmek amacıyla iyi havalanmamış evlerde odun, tezek, kurutulmuş bitki atıkları ve kömürün açık ateş şeklinde veya iyi çalışmayan sobalarda kullanılması çok yüksek düzeylerde iç ortam kirliliğine neden olabilmektedir. Biomass yakıt dumanı maruziyetinin özellikle sigara içmeyen kadınlarda KOAH için önemli bir risk faktörü olduğu yönünde çalışmalar artmaktadır(30, 48). Araştırmalar dış ortam hava kirliliğinin, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde akciğer fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek, KOAH semptomlarını ve alevlenmelerini tetiklediğini göstermiştir (48). Bu nedenle, dış ortam hava kirliliği KOAH mortalitesi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

-Akciğer Gelişimine Etkili Faktörler: Annenin sigara içimi, beslenme, düşük doğum ağırlığı, yoksulluk, aktif ve pasif sigara içimi, genetik yatkınlık gibi akciğer gelişimini olumsuz etkileyen faktörler, KOAH gelişimi için risk faktörü oluşturmaktadır (30,38).

-Yaş:KOAH için bir diğer risk faktörü ise yaştır(3). Fakat; yaşın yaşam boyu toplam maruziyeti mi yansıttığı, yoksa bizzat yaşlanmanın mı hastalık gelişimine katkıda bulunduğu çok iyi bilinmemektedir(39, 49). 65 yaş ve üzeri grubun tüm nüfus içindeki oranının günümüzde %8.2'ye ulaşması ve bu rakamın 2023 yılında %10.2'ye ulaşacak olması, gelecekte KOAH yükünü ve mortaliteyi arttıracak bir faktör olarak görünmektedir (50).

-Cinsiyet: KOAH'ın esas olarak bir erkek hastalığı olduğu şeklindeki tarihsel inanışın aksine, son 20 yılda hastalığın prevalansı ve mortalitesi kadınlarda daha yüksektir. Bu durum büyük oranda son 50 yıldaki sigara içme eğilimlerindeki değişikliğe bağlıdır. Son yıllarda erkek ve kadınların sigara dumanına duyarlılığının büyük olasılıkla hormonal nedenlerden ötürü farklı olduğuna işaret eden çalışmalar yayınlanmıştır (49).

2.4.KOAH'ın Semptomları

KOAH'ta görülen en önemli semptomlar öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır (39).

Öksürük: Hastalarda gelişen ilk semptomdur, fakat genellikle önemsizdir. Öksürük kronik ve çoğunlukla prodüktif öksürük şeklindedir, sabahları artış gösterir. Sabah öksürüğü gece boyunca hava yollarında biriken mukusu temizlemeye yöneliktir (27). Başlangıçta aralıklı ve sabahları olan öksürük, zamanla her gün olmaya başlar ve gün boyu devam eder (3).

Balgam çıkarma: Balgam çoğunlukla az miktarda ve yapışkandır fakat özellikle bronşektazi gibi ek hastalığı olan bazı hastalarda fazla miktarda da olabilir (39). Ataklar dışında beyaz ve mukoid karakterde olan balgamın renginin sarı-yeşile dönmesi ve miktarının artması atak bulgusu olarak kabul edilmektedir. Başta kadınlar olmak üzere balgam çıkarmakta güçlük çeken hastalarda renk ve miktar değerlendirilmesi zor olabilir (3).

Nefes darlığı: Subjektif bir yakınma olan nefes darlığı, kişinin nefes alıp verdiğinin farkında olması olarak tanımlanabilir (51).Nefes darlığı; başlangıçta ağır eforla

ortaya çıkarken, zamanla progresyon göstererek hafif olağan eforla dahi meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilir (3, 39).

Kilo kaybı, total akciğer kapasitesinde artma, yorgunluk, ekspiryum sırasında dudakları büzerek nefes verme, aktivite intoleransı, uyku bozuklukları, kas güçsüzlüğü, osteoporoz ve psikosomatik bozukluklar görülen diğer semptomlardır (27, 39).

2.5. KOAH ve Komorbiditeler

Komorbiditeler; KOAH'ın tanı ve tedavi seçeneklerini, yaşam kalitesini ve hastalığın prognozunu etkileyen KOAH'la doğrudan ilgili olsun ya da olmasın birlikte bulunan bir veya daha fazla hastalık olarak tanımlanır. KOAH'ın tanı ve tedavi aşamasında mutlaka komorbiditelerin sorgulanması gerekmektedir (51). KOAH'ta en sık görülen komorbiditeler; kardiyovasküler sistem hastalıkları (iskemik kalp hastalıkları, kalp yetersizliği, pulmoner hipertansiyon), iskelet kas güçsüzlüğü, kaşeksi, metabolik sendrom, diabetes mellitus, osteoporoz, akciğer kanseri, anemi, obstrüktif uyku apne sendromu, depresyon ve glokomdur (4, 38, 52). Komorbiditeler hafif, orta ve ağır hava akım kısıtlanması olan tüm KOAH'lı hastalarda görülebilir. Komorbid hastalıklar, KOAH'ın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde etkileyerek hastalarda yaşam kalitesinin kötüleşmesine sebebiyet vermektedir (38, 46). Mortalite ve hastaneye yatışlar üzerine etkileri olan komorbiditeler rutin olarak değerlendirilmelidir. KOAH'la birlikte bulunan ek hastalıkların her birisi bu hastalıklar için hazırlanan rehberlere uygun olarak tedavi edilmelidir (4).

2.6. KOAH'ın Tanısı

KOAH'ta tanı, tıbbi öykü, dispne, öksürük, balgam şikayetlerinin olması ve havayolu obstrüksiyonunun spirometre ile gösterilmesi sonucunda konulmaktadır. Ayrıca tanı koymada radyolojik tetkikler ve laboratuvar değerlendirmeleri de önemli yer tutmaktadır (3).

-Tıbbi Öykü: KOAH düşünülen her olguda detaylı bir tıbbi öykü alınmalı ve kronik semptomlar, sigara içme, mesleki maruziyet, iç ve dış ortam hava kirliliği, kronik akciğer hastalıklarına ilişkin aile öyküsü, alevlenmeler, hastane yatışları,

komorbiditeler, kullandığı ilaçlar ve atopi öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır (3, 26, 38).

-Fizik Muayene: Fizik muayenenin tanısal değeri düşüktür. Solunum fonksiyonlarında anlamlı bozukluk oluncaya kadar hava akımı kısıtlanması fizik muayene bulgularında ortaya çıkmamaktadır (26, 38).

-Spirometrik İnceleme: KOAH tanısı akla gelen her hastada kesin tanı için mutlaka spirometrik inceleme yapılmalıdır (38). Spirometrik inceleme hastada mevcut hava akımı kısıtlanmasını gösteren en iyi standardize edilmiş, kolay, tekrarlanabilir ve en objektif yaklaşımdır. Tanı, hastalık riski olan kişilerde, bronkodilatatör uygulanmasını takiben solunum fonksiyon testinde kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığının derecesinin gösterilmesi ile konmaktadır (3, 26).

2.7. KOAH'ın Tedavisi

KOAH tedavi edilmek istendiğinde, birçok parametrenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çünkü bu hastalığın şiddeti, belirtileri, ilerleme hızı ve eşlik eden hastalıklar gibi özellikler bireyden bireye değişmektedir. Bu nedenle hastalara uygulanacak tedavinin de bireyselleştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (53).

KOAH tedavisinde hedefler şu şekilde sıralanabilir:

1. Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi
2. Semptomların giderilmesi
3. Egzersiz kapasitesinin artırılması
4. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi
5. Alevlenme ve komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi
6. Mortalitenin azaltılmasıdır(3, 38, 54).

KOAH'lı hastalarda, öncelikli olarak sigara bırakma, sağlıklı yaşam tarzı ve egzersiz, beslenmenin düzenlenmesi ve yıllık influenza aşısı önerilmektedir. Ayrıca KOAH

tanısı konduktan sonra hastaların kendi tedavi ve bakımlarında rol alabilmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri de gerekmektedir (55).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

-Bronkodilatatörler: KOAH'ta semptomatik tedavinin temelini bronkodilatatörler oluşturmaktadır. Günümüzde kullanılan bronkodilatatörler; antikolinergikler, β_2 agonistler ve teofilindir. Tek grup ilaç yerine farklı grup ilaçların birlikte kullanımı, spirometri ve semptomlarda daha önemli değişiklik sağlayacağı bildirilmiştir (56).

-Kortikosteroidler: İnflamatuvar değişiklikleri kontrol altına almak amacıyla antiinflamatuvar ve immünosüpresif etkilerinden yararlanır.

-Aşılar: KOAH hastalarında influenza, pnömokok gibi aşılarının yapılması hastaneye yatışı gerektiren alevlenmeleri ve ölümleri azaltarak, hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

-Antibiyotikler: KOAH'lı hastalarda alevlenme dönemlerinde kullanılması önerilirken, profilaktik amaçlı kullanılmaması önerilmektedir (3).

2.7.2. Nonfarmakolojik Tedavi

-Pulmoner Rehabilitasyon(PR): Kronik solunum hastalığı olup semptomatik ve sıklıkla günlük yaşam aktiviteleri azalmış hastalarda, kanıta dayalı ve kişiye özel bir tedavi yaklaşımıdır (3, 38, 57). Pulmoner rehabilitasyonun en önemli ve temel bileşeni egzersiz eğitimidir. Hastanın gereksinimleri doğrultusunda diğer bileşenler de (hasta ve ailesinin eğitimi, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gerekli olgularda beslenme desteği, psikososyal destek, nefes darlığı ile baş edebilme yöntemleri, iş-uğraşı tedavisi, enerji koruma yöntemleri vb.) pulmoner rehabilitasyon programlarında yer almaktadır (38).

Pulmoner rehabilitasyon ile hedeflenen; semptomların giderilmesine yardımcı olmak, alevlenmelerin tedavisi ve önlenmesi, doğru inhaler kullanım tekniğini de içeren hasta eğitimi, risk faktörlerinden kaçınma ve mücadele edebilme, akciğer fonksiyonlarının geliştirilmesi ve hastanın günlük yaşam fonksiyonlarını bağımsız yapabilmesine yardımcı olmaktır (26). Nefes darlığına sahip kronik solunum sorunu

olan hastalar, pulmoner rehabilitasyon programları ile güvenli bir şekilde egzersiz yapabilirler. Kronik akciğer hastalarında nefes darlığı ve/veya yorgunluğun neden olduğu günlük yaşamdaki hareketsizlik; kemik ve kas içeriğinin, kalp ve akciğer fonksiyonlarının ve hareket yeteneğinin gittikçe azalmasına neden olur. Egzersiz ile kas kuvvetini ve dayanıklılığını arttırarak daha uzun mesafeler yürünebilir, kas ve eklemler daha iyi hareket ettirilir, gevşeme sağlanır, daha güçlü ve enerjik hissedilir, kalbin çalışması iyileşir, nefes darlığı azalır (26).

Pulmoner rehabilitasyon ile KOAH hastaları ve aileleri için semptomlar kontrol altına alınabilir, anksiyete ve depresyon azalır, hastanede kalma süresi azalarak bakım maliyeti düşer, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapma yeteneği artar ve yaşam kalitesinde iyileşmeler meydana gelir (58). Rehabilitasyonda rol alan hemşire; holistik bir yaklaşım doğrultusunda hasta ve ailelerinin sosyal, emosyonel ve ruhsal iyilik hallerinin geliştirilmesinde sorumluluk üstlenir.

2.8. Öz-Etkililik ve Depresyon

Sağlıklı bireylerin; olumlu sağlık davranışları kazanmasında, kronik hastalığı olan bireylerin ise sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde öz-etkililik algısı önemli bir bileşendir. İlk defa Amerikalı psikolog olan Albert Bandura tarafından kullanılan 'self- efficacy' terimi, Türkçe literatürde 'öz-etkililik' ve 'öz-yeterlilik' olmak üzere iki şekilde karşılık bulmaktadır (59-61). Genel anlamda bir eylemi ve davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanan öz-etkililik; bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi bireysel yargısına denir. Diğer bir deyişle, bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelebilmesinde ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki inancıdır (9, 61, 62). Pender'e göre öz-etkililik, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen önemli bilişsel algılama faktörlerindedir (63). Öz-etkililik algısı dinamiktir ve dört temel kaynaktan elde edilen bilgilerden etkilenir.

Bu kaynaklar;

1. Geçmiş Deneyimler; bireyin doğrudan kendi yaptığı başarılı veya başarısız etkinliklerden elde ettiği bilgilerdir.

2. Sözel İkna; bireyin başarabileceğine veya başaramayacağına ilişkin aldığı nasihatler ve teşvikler değişik ölçülerde öz-etkililik yargısını etkiler.

3. Model Alma; bireyin kendine benzer kişilerde gözlemediği etkinlikler, aynı etkinlikleri kendinin de başarabileceğine veya başaramayacağına ilişkin yargısını güçlendirir.

4. Psikolojik Durum; bireyin yetenekleriyle ilgili kısmi yargılardan oluşan psikolojik durumlar veya ortaya çıkan duygulardır.

Öz-etkililik, bireyin yönetmek istediği duruma göre öz motivasyonun sağlanmasından, çevre koşullarının düzenlenmesine kadar değişen geniş bir alanda uygulanır. Düşük öz-etkililik algısı olan bireyler özgüven eksikliğine sahip olmakla beraber bireysel başarıları ve gelişmeleri hakkında kötümser düşünceler beslemektedirler. Yüksek öz-etkililik algısı olan bireyler ise daha zorlu işleri yapmayı seçerler ve bu amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirirler. Algılanan öz-etkililik ne kadar güçlü olursa çabalar da o kadar etkin olmaktadır (9). Güçlü bir bireysel yeterlilik duygusunun daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Öz-etkililiği yüksek olan birey, sağlıklı ilgili davranışları değiştirebilmek için daha fazla çaba harcamakta, bir engelle karşılaştığında daha uzun süre mücadele etmektedir (59).

Günümüz tıp ve teknolojisindeki ilerlemelere bağlı olarak birçok hastalık ya ortadan kaldırılmış ya da etkin tedavilerle kontrol altına alınmışken, depresyon özellikle endüstrileşmiş batı ülkeleri başta olmak üzere bütün dünyada hızla artmakta ve büyük bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Depresyon unipolar ve bipolar duygu durum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği ve çok değişik şiddette görülebileceği gibi birçok psikiyatrik ve tıbbi durumun sonucu olarak da görülebilmektedir (64). Psikiyatride ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen depresyon, duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta yaşamsal işlevlerini bozan belirtilerden oluşan bir durumdur.

Duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile kendini gösteren depresif bozukluklar hem ülkemizde, hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır. Kadın olma, dul veya bekar olma, gelir düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin olmayışı, önemli kayıplar ve kronik stres, belirgin işitme ve görme kaybı, kronik tıbbi hastalıklar (Ör. İnme, demans, parkinson, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, hipotiroidi, böbrek yetmezliği gibi) depresyonun risk faktörlerindedir (65).

2.9. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililik ve Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

KOAH'ın ilerlemesiyle artan nefes darlığı hastaların fiziksel aktivite kapasitesini azaltmakta ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini giderek zorlaştırmaktadır. Nefes darlığı önceleri eforla ortaya çıkarken, sonraları günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek boyuta ulaşmaktadır (11). Günlük yaşamlarında engellerle karşılaşan hastalar kendilerini daha da kısıtlayarak mevcut nefes darlığı ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Ancak bu kısıtlamalar hastaların öz-etkililik düzeyini aşağı çekmektedir. Yeterlilikleri ile ilgili şüphe duyan hastalar, kişisel tehdit olarak gördükleri zorlu durumlarla karşılaştıklarında kişisel kusurlarına, karşılaştıkları engellere ve bu engellerle nasıl başa çıkacaklarına yoğunlaşmak yerine olumsuz sonuçların üzerinde durmaktadırlar. Böylece zorlu durumlarla karşılaştıklarında çaba göstermekten vazgeçmektedirler (63). Kendilerini yeterli hisseden hastalar engellerle karşılaştıklarında, hedeflerine bağlılıklarını sürdürmekte ve tehdit edici durumlardan kaçınmak yerine bu zorlu durumların üstesinden gelebilmek için kararlı davranarak mücadele etmektedirler (18).

KOAH'lı hastalarda sıklıkla duygusal tepkiler ve uyum güçlükleri görülmektedir (18). Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı doğal sıkıntı dışında, geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybederek ve başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına ilişkin kaygılar, hastanın fiziksel, bilişsel, duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle KOAH'lı hastanın tedavi ve bakımında bütüncül bir

yaklaşım ile hastalığın fiziksel boyutları ile birlikte hastalığa eşlik eden ruhsal ve sosyal sorunların da ele alınması gerekmektedir (26). KOAH'lı hastalarda en yaygın görülen ruhsal sorunlardan biri olan depresyon üretim kaybına, günlük ve mesleki yaşamdaki işlevselliğin azalmasına, finansal zorluklara, kişilerarası ve evlilik ilişkilerinin bozulmasına hatta ölüme neden olabilmektedir (66, 67). KOAH'lı hastalarda görülen günlük fonksiyonel aktivitede azalma, yaşam kalitesinde bozulma depresyonla yakından ilişkilidir (68, 69). Kronik hastalıklarda görülen depresyonun bakımında amaç: daha iyi bir işlevsellik, daha az ağrı, daha yüksek yaşam kalitesi ile hastanın kendini iyi hissetmesini sağlamaktır. Bakımda; hastanın bilgi ve destek gereksinimini karşılanması, bakımın planlanması, hasta ve ailenin bakıma ve kararlara katılımının sağlanması önemli yer tutmaktadır (18). Klinik olarak stabil olan hastalarda majör depresyon prevalansı %19-42 arasında değişmektedir (70, 71). Karadağ ve ark.'nın (2016) KOAH'lı hastalarda yapmış oldukları çalışmada; hastaların %19'u minimal, %40'ı hafif, %33'ü orta, %8'inin şiddetli derecede depresyonda olduğu saptanmıştır (72). Panagioti ve ark.'nın (2014) yapmış oldukları bir çalışmada ise alınan 39.431 KOAH hastasının yaklaşık %25'inde depresyon semptomları saptanmıştır (73).

KOAH hastalarının yaşadıkları dispne ve psikososyal değişimleri doğru bir şekilde tanımlamak ancak dikkatli bir gözlem ve hasta ile kurulan etkili bir iletişim ile gerçekleşebilir (23). Bu bağlamda hastanede sürekli hasta ile birlikte olan hemşirelere önemli bir rol düşmektedir (3, 39). Hemşirelerin solunum sistemi hastalıklarında bakım verme durumlarını inceleyen bir çalışmada astım ve KOAH başta olmak üzere solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 oranında hemşirelerin yer aldığı belirtilmektedir (74). Zakrisson ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada hemşire liderliğinde yürütülen pulmoner rehabilitasyon programının hastalık yönetiminde pozitif etkileri olduğu belirtilmektedir (75). Wood-Baker ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da benzer şekilde KOAH'ın yönetiminde, hastane yatışlarının azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelik bakımının etkili olduğu gösterilmiştir (76). KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin danışmanlık becerilerine sahip olmaları ve hastaların günlük yaşamını olumsuz etkileyen faktörleri, bunları algılayış biçimleri ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek uygun hemşirelik tanıları ile gerekli girişimlerde

bulunmaları gerekmektedir (26). KOAH'lı hastalara bakım ve eğitim veren hemşirenin bu hastalarda karşılaştığı hemşirelik tanılarını şöyle sıralayabiliriz. Alveolar-kapiller membranda değişiklik, havayolu daralması, solunum kaslarında yorgunluk ve aşırı mukus üretimi nedeniyle “gaz alışverişinde bozulma”; aşırı sekresyon, yorgunluk, enerjide azalma ve etkisiz öksürük nedeniyle “etkisiz solunum yolu temizliği”; havayolunda tıkanıklık, yorgunluk ve enerji azalması nedeniyle “etkisiz solunum”; dispne, aşırı sekresyon, iştahsızlık ve yorgunluk nedeniyle “beslenmede değişiklik: vücut gereksiniminden daha az beslenme”; dispne ile ilişkili “anksiyete”; yorgunluk, dispne, oksijen desteği ve ihtiyacı arasındaki dengesizlik nedeniyle “aktivite intoleransı”; dispne, enerji kaybı ve ilişkilerde değişiklik ile ilgili olarak “cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi”; ailede bireyin kronik hastalığı olması ile ilgili olarak ailenin “yaşam sürecinde değişiklik”tir (11, 26, 38, 77). Bu hemşirelik tanılarına yönelik girişimler ise aşağıda sıralanmaktadır.

-Hastaya akciğerlerde gaz değişimine yardımcı olması için fowler pozisyonu verilmeli, solunum yollarının açıklığını sağlamaya yardımcı olacak diyafragmatik solunum yapmaya teşvik edilmelidir.

-Pulmoner rehabilitasyon kullanılarak solunum iş yükü azaltılabilir.

-İlaçların dikkatli kullanımı, kontrollü öksürük, nemlendirme ve postural drenaj hava yolu açıklığını sağlamaya yardım edebilir.

- Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılmalıdır. Ağız bakımı hastanın iştahını düzeltmeye yardımcı olarak beslenme düzeninin yeniden sağlanmasına katkıda bulunur.

-Çiğnemesi ve yutması kolay olan yiyecekler yemesi, gaz yapan yiyecekleri yememesi önerilmelidir.

-Sık aralarla küçük öğünler alması önerilmelidir

-Kilo takibi yapılmalıdır.

-Hasta malnütrisyon belirti ve bulguları açısından gözlemlenmelidir.

-Kontrendike değil ise bol sıvı alması sağlanmalıdır

-Hastanın aktivitelerini dereceli olarak yapması, gün içine yayması ve dinlenme periyotları aktiviteleri tolere etmesini kolaylaştıracaktır.

-Amaç saptamada ve karar vermede hasta katılıma cesaretlendirilmelidir.

-Hastanın kişisel güçlerini tanınmasına yardımcı olunmalıdır.

-Hastanın ihtiyaçlarını anlamada ve nasıl yardım edileceği konusunda hastaya yardımcı olunmalıdır.

-Hasta ve ailesi ile olumlu ilişkiler kurularak işbirliği yapılmalıdır.

-Akut dönemde yatak istirahati sağlanmalıdır.

-Yeterli uyku, yatış pozisyonlarının özelliği ve önemi anlatılmalıdır.

-Akut solunum güçlüğü sırasında kapı ve pencereler açılıp odadaki görevi olmayan kişiler ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

-Solunum yolu irritanlarından uzak durulması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

-Hasta siyanoz açısından izlenmelidir.

-Aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır.

-Cinsel aktivitelerin kontrolü konusunda bilgi verilmelidir.

-Evde O₂ tedavisi sürecekse O₂'i nasıl kullanacağı,miktarı ve aralıkları hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (38,77).

Bunların yanı sıra bütüncül bir anlayışla verilen hemşirelik bakımı, öz-etkililiğin yükseltilmesine, hastalığın ilerlemesini engelleyecek yöntemlerin geliştirilmesine ve semptom kontrolünün sağlanmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca hemşire, hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli, temel iletişim ve tanılama becerilerini etkin kullanmalı ve hastayla terapötik ilişki kurabilmelidir (78). Hemşire sorun çözme becerileri ve depresyon ile baş etme teknikleri gibi yeteneklerini de geliştirmelidir.KOAH'lı hastalara verilen hemşirelik bakımı; hasta ve ailesinin eğitimini, hastanın maksimum bağımsızlık ile

aktif katılımını sağlayarak sorumluluk almasını ve bireysel bakım gücünün artırılmasını sağlamaktadır (18).

2.10. KOAH'ın Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Herkes için sağlık hedefine ulaşılması; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, birey, aile ve toplumların sağlık hizmetine katılmalarının sağlanması ve kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelerini sağlayacak çözümler geliştirilmesi ile mümkündür. Bu hedefi gerçekleştirmek ise tüm sağlık bakım profesyonellerinin görevi olmak ile birlikte bu alanda en önemli görev; bireyi biyopsikososyal ve kültürel boyutları ile ele alabilen, sağlıklı/hasta birey ile sürekli iletişimde olan tek profesyonel üye olan hemşireye düşmektedir (29, 79, 80).

KOAH gibi birçok kronik hastalıkta da psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Psikososyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirmek ve hastalığa uyumlarını artırmaktır. Çünkü hastaların uyumunun ve sosyal iletişiminin devam etmesini gerektiren kronik hastalıklarda; depresyon, uyku bozuklukları, iştah kaybı ve bitkinlik gibi sorunlar görülebilmektedir (81). Hemşirelerin psikososyal bakımda hastanın bireysel gereksinimleri ile ilgili kaynak sağlayabilme ve eğitim verme gibi rolleri vardır (38). Eğitim, hastalık şiddetine göre bireyselleştirilmeli ve bir program dahilinde hastalık ilerledikçe ortaya çıkan gereksinimlere göre planlanmalıdır. Bir uzman denetimi ve desteği altında hastalığa özgü, kendi kendini tedavi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilecek eğitimle, tedavinin etkinliği artırılabilir. İdeal bir KOAH tedavisinde, hasta eğitimi mutlaka yer almalıdır (4). Eğitim rehabilitasyon programlarının da temel ögesidir. Hastaya evde uygulamak üzere seçilen programın devamı yazılı ve sözlü rehberler verilmelidir. Düzenli aralıklarla evde veya hastanede yapılan kontroller hastayı motive etmektedir. Hastalar özellikle ilaç ve oksijen tedavisinde ve tedavi esnasında kullanılan araçlar (inhalasyon veya egzersiz araçları) konusunda ayrıntılı şekilde eğitilmelidir. KOAH'ın alevlenme nedenleri, beslenme şekli, hava yolu hijyeni, nefes alma tekniklerini içeren egzersiz eğitimi, hastalıklar ve komplikasyonlardan korunma gibi birçok konu, eğitim programında yer almalıdır. KOAH kronik bir hastalık olduğundan aile eğitiminin de hasta eğitimi kadar önemli

olduğu unutulmamalıdır. Hemşire hastalığın prognozunu ve hastaya nasıl yardımcı olunacağını aileye öğretmelidir (2). Bu bağlamda “bilgi verme” diğer önemli bir beceridir. Hastaya ve ailesine bilgi vermeden önce, hastanın mevcut durumu, istenilen bilginin tipi, miktarı ve hemşireden beklentileri belirlenerek soru sormaları için fırsat verilmelidir. Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler ve mesleki terminoloji kullanılması, hastanın görme, işitme duyularında, konuşmasında ve bilişsel özelliklerinde problemler, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık ve çok olması gibi faktörler anlama ve hatırlama için önemli engellerdir. Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin görüşmenin başlangıcında ve sonunda tekrar edilmesi, o konuda sağlık personeli arasında görüş birliği olması gerekmektedir (23). İyi bir kronik hastalık yönetimi acil servise başvuruları ve hastaneye yatışları azaltmalı bunun yanında hastanın fiziksel ve mental fonksiyonlarında iyileşme sağlamalıdır (82). Sağlığı ile ilgili uygun kararlar alma konusunda bilgi, beceri ve güven ile motive edilmiş “hasta” ile, gerekli hasta bilgisi, karar verme yeteneği ve donanıma sahip “uygulama ekibi” birlikte yüksek kalitede bakımı yönetebilirler (83).

KOAH’ı kontrol altına almak ve daha sağlıklı yaşamak için, doğru beslenme, düzenli egzersiz ve uyku ile sigaradan uzak bir ortam oldukça önemlidir. KOAH tedavisi hastalığın derecesine göre planlanmalı, verilecek ilaçlar, yapılacak girişimler düzenli bir şekilde değerlendirilerek sağlık personelleri tarafından işbirliği içinde hastaya sunulmalıdır. Özellikle hasta ve ailesinin eğitimi ve hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri konusunda hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (2).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2010 yılında yayınladığı raporunda, hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde lider rolde oldukları vurgulanmaktadır. Dünyadaki yaklaşık 13 milyon hemşirenin her biri; sağlıklı beslenme, uygun egzersiz, alkol kullanımı ve sigaradan uzak durmak gibi davranışların hastalara kazandırılmasıyla onların sağlıklarını ve iyilik hallerini geliştirme, kronik hastalık gelişme riskini azaltmada bireysel sorumluluk almalıdır. Her hemşire birey, aile ve toplumda daha sağlıklı yaşam biçimleri sağlamada rol model, eğitici ve değişim ajanı olarak faaliyet göstermelidir. Hemşireler bakım uygulamalarında ön sıralarda yer

olarak, bilgiyi ve hasta eğitimini sağlar; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişimi kurar; bakımın devamlılığını sağlar; bakımın sağlanmasındaki ilerleme için teknolojiyi kullanır; uzun süreli tedavileri destekler ve işbirlikçi uygulamayı sağlarlar (83). Hemşireler ayrıca, etkili bir öz-yönetim desteği için; amaç belirleme, plan yapma, problem çözme ve izlem stratejilerini kullanabilmelidirler. Bu amaçla ilk adım, değişim için hastanın ilgi ve hazır oluşluluğunu belirlemektir. İkinci adımda hemşire, hastanın değişiklik yapma konusundaki özgüvenini sorgulamalıdır. Son olarak ise hemşire hastanın ilgi ve güven düzeyine uygun gerçekçi ve özel amaçlar belirlemede yardımcı olmalıdır (82). KOAH tedavisinin başarısında ve hastalığın yönetiminde, sağlık bakım profesyonellerinin ekip anlayışını benimsemesi ve bütüncül hasta bakımının sürekliliği şarttır. Tedavi hedeflerine ulaşmak için özellikle sigarayı bırakma, hasta eğitimi ve bireysel yönetim, enerji koruma teknikleri, fiziksel egzersizler, solunum egzersizleri, beslenme, uyku, psikolojik, sosyal ve davranışsal girişimleri sağlamak için hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (3, 83)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatarak tedavi alan KOAH'lı hastalardan Ekim 2016 – Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmış olup, araştırma Eylül 2017 tarihinde tamamlanmıştır.

İlgili hastane toplam 403 yatak kapasiteli olup, Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 39 yatak bulunmaktadır. Hastanede 322 hemşire çalışmakta ve bunlardan 12 tanesi Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde çalışmaktadır. Klinikte toplam 6 Göğüs Hastalıkları uzmanı çalışmakta ve 6 adet poliklinikte hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde tedavi alan KOAH'lı bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup Ekim 2016 – Şubat 2017 tarihleri arasında hastaneye yatışı yapılan 299 hastadan, araştırmanın kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 204 hasta alınmıştır.

Araştırmaya kabul edilme kriterleri:

- KOAH tanısı konmuş olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme
- Herhangi bir iletişim sorunu olmama
- Psikiyatri tedavisi almıyor olması olarak kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler ve gelir düzeyi algısı,

hastalık süresi, KOAH dışında başka bir kronik hastalık durumu, günlük işlerde başkasından yardım alma, sağlık durumu algısı, sigara kullanımı ve daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma) oluşturmaktadır.

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHOÖTF)ve Beck Depresyon Envanteri (BDE)'nden alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırma verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-I), KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu (KOAHOÖTF) (EK-II), Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK-III) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu:Konu ile ilgili literatür incelendikten sonra araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı özellikler formu bireylerin yaşını, cinsiyetini, eğitimi, medeni durumunu, evde birlikte yaşadığı kişileri, gelir düzeyi algısını, hastalık süresini, KOAH dışında başka hastalığının olma durumunu,günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumunu,sağlık durumu algısını, sigara kullanma durumunu ve daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumunu içeren toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu (KOAHOÖTF):Wigal ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen The COPD Self efficacyScale/KOAH Öz-Etkililik Ölçeği KOAH'lı hastaların bazı aktiviteler esnasında solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin yeterlilik düzeyini belirleyecek 34 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Beş alt ölçeğin faktör yapısı; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörlerinden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler "Şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar yeterlisiniz" şeklinde başlatılmaktadır. Yanıt seçenekleri 5'li likert tipindedir(13). Ülkemizde Kara ve Mirici tarafından 2002 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada 110 KOAH'lı bireyle, ölçeğin test tekrar güvenilirliği $r=0.89$, iç tutarlılığı 0.94 olarak belirlenmiş olup Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğe sahip, KOAH hasta grubuna duyarlı bir araç olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. KOAHOÖTF'nin 5 alt ölçeğinin her birinin puanı, konuya ilişkin literatürde belirtildiği gibi, toplam puanı elde etmek için verilen

yanıtların toplanması ile hesaplanmaktadır. Sonra toplam puanı elde etmek için alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmekte ve puan yükselmesi belirlenen durumlarda solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin yeterlilik düzeyinin artması olarak yorumlanmaktadır (84). Bu araştırmada; olumsuz etki alt ölçeğinin 0,875, duygusal durum alt ölçeğinin 0,874, fiziksel çaba alt ölçeğinin 0,833, hava/çevre etkisi alt ölçeğinin 0,799, davranışsal faktörler alt ölçeğinin 0,661 ve toplam KOAHÖÖ'nin Cronbach α katsayısı 0,953 olarak saptanmıştır.

Beck Depresyon Envanteri: (BDE): Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen envanter depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtilerin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır(85). BDE'nin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak sayılara dökmektir. Envanterin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmaları için ölçeğin iç tutarlık katsayısına ve madde-toplam puan korelasyonlarına bakılmış elde edilen sonuçlarda ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.93, madde-toplam puan korelasyonları ise 0.45 ile 0.72 arasında bulunmuştur. Envanterin geçerlik çalışmaları için ölçüt bağıntılı geçerliğine ve yapı geçerliğine bakılmıştır. BDE, depresyon evre ve şiddetini ölçmede yaygın olarak kullanılan bir çalışmadır. Envanter likert tipi toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Envanterden alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (86). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş olup, bu araştırmadaki Cronbach α katsayısı ise 0,856 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Formu, KOAHÖÖ ve BDE kullanılarak toplanmıştır. Anketler araştırmacı tarafından, Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan KOAH'lı hastalar ile yüz yüze görüşülerek doldurulup, hastalara, gerekli açıklamalar yapılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdellikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart

sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır(87).

Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Verilerin normallik dağılımı	- Shapiro Wilk Testi
İç tutarlılık	- Cronbach α katsayısı
Çapraz Tablolar	- İkili grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, bağımsız gruplarda t testi, veri normal dağılmıyorsa, Mann Whitney-U testi, - Çoklu grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, Varyans Analizi, veri normal dağılmıyorsa, Kruskall Wallis Analizi.
İlişkisel çıkarımlar	- Spearman korelasyon analizi.
İleri analizler	Varyansların homejen olmadığı parametrik testlerde Dunnet C testi, Varyansların homejen olduğu parametrik testlerde LSD analizi, Parametrik olmayan analizlerde Mann Whitney – U analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı alındıktan sonra Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak hastalara; araştırmanın amacı, süresi ve uygulama aşaması açıklanarak Aydınlatılmış Onam İlkesi' ne bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılacak hastaların sözel onamları alınarak gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırmanın evrenini Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Kliniklerinde yatan KOAH'lı hastalar oluşturmuştur. Araştırma sadece bu kurumda yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların tanıtıcı özellikleri tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=204)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	
Yaş Grubu	35-44 yaş	6	2.9
	45-54 yaş	13	6.5
	55-64 yaş	46	22.5
	65 yaş ve üzeri	139	68.1
Cinsiyet	Kadın	71	34.8
	Erkek	133	65.2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	89	43.6
	Okuryazar/İlkokul	92	45.1
	Ortaokul	14	6.9
	Lise ve üzeri	9	4.4
Medeni Durum	Evli	137	67.2
	Bekâr	6	2.9
	Dul / boşanmış	61	29.9
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler	Eşi /çocuklarıyla	101	49.5
	Eşi, çocukları ve diğerleriyle	84	41.2
	Yalnız	19	9.3
Gelir Düzeyi Algısı	Gelir giderden az	82	40.2
	Gelir gidere eşit	107	52.5
	Gelir giderden fazla	15	7.3
Hastalık Süresi	1 yıldan az	20	9.8
	1-5yıl	71	34.8
	6-10 yıl	52	25.5
	11 yıl ve üzeri	61	29.9
KOAH Dışında Başka Bir Kronik Hastalık Durumu	Var	124	60.8
	Yok	80	39.2
Günlük İşlerde Başkasından Yardım Alma Durumu	Evet	118	57.8
	Hayır	86	42.2
Sağlık Durumu Algısı	İyi	27	13.2
	Orta	90	44.2
	Kötü	87	42.6
Sigara Kullanma Durumu	Evet	15	7.3
	Hayır	94	46.1
	Kullandım bıraktım	95	46.6
KOAH Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	166	81.4
	Hayır	38	18.6

KOAH'lı hastaların %68.1'inin 65 yaş ve üzerinde, %65.2'sinin erkek olduğu, %45.1'inin okuryazar/ilkokul düzeyinde eğitim aldığı, %67.2'sinin evli, %49.5'inin eşi/çocuklarıyla yaşadığı ve %52.5'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Hastaların %64.8'inin hastalık süresinin 1-5 yıl, %60.8'inin başka bir kronik hastalığı, %57.8'inin günlük işlerinde başkasından yardım aldığı, %44.2'sinin sağlık düzeyini orta olarak algıladığı, %46.6'sının sigara kullanmayı bıraktığı ve %81.4'ünün KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yattığı saptanmıştır.

Tablo 3.KOAH'lı Hastaların KOAHÖÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=204)

KOAHÖÖ	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Olumsuz etki	204	1.00	4.67	2.12	0.72
Duygusal durum	204	1.00	5.00	2.13	0.80
Fiziksel çaba	204	1.00	5.00	1.58	0.70
Hava/çevre etkisi	204	1.00	5.00	1.91	0.72
Davranışsal faktörler	204	1.00	5.00	2.14	0.85
Toplam KOAHÖÖ	204	1.00	4.93	1.98	0.66

Tablo 3'te görüldüğü gibi hastaların KOAHÖÖ'nin, olumsuz etki alt boyutundan ortalama 2.12 ± 0.72 , duygusal durum 2.13 ± 0.80 , fiziksel çaba 1.58 ± 0.70 , hava/çevre etkisi 1.91 ± 0.72 , davranışsal faktörler alt boyutundan ise 2.14 ± 0.85 puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların toplam KOAHÖÖ'nden ortalama 1.98 ± 0.66 puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)

Tanıtıcı Özellikler		n	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava/çevre etkisi		Davranışsal faktörler		KOAHÖÖ Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Yaş Grubu	35-44 yaş	6	2.54	0.70	2.54	0.73	2.03	0.46	2.19	0.77	2.72	1.18	2.41	0.69
	45-54 yaş	13	2.49	0.73	2.56	0.90	1.97	0.75	2.17	0.86	2.33	0.94	2.30	0.72
	55-64 yaş	46	2.17	0.70	2.15	0.83	1.61	0.62	1.82	0.71	2.23	0.85	2.00	0.64
	65 yaş ve üzeri	139	2.05	0.71	2.07	0.77	1.52	0.71	1.91	0.71	2.06	0.82	1.92	0.65
	Test ve anlamlılık			F=2.439 p=0.066		$\chi^2_{KW}=5.880$ p=0.118		$\chi^2_{KW}=13.206$ p=0.004		$\chi^2_{KW}=3.450$ p=0.327		$\chi^2_{KW}=4.413$ p=0.220		$\chi^2_{KW}=7.203$ p=0.066
Cinsiyet	Kadın	71	2.14	0.73	2.12	0.84	1.60	0.75	1.98	0.80	2.09	0.88	1.98	0.72
	Erkek	133	2.11	0.71	2.14	0.78	1.58	0.67	1.88	0.68	2.17	0.83	1.97	0.63
	Test ve anlamlılık			t= 0.318 p= 0.751		U=4519.000 p=0.614		U=4626.500 p=0.810		U=4451.000 p=0.499		U=4361.500 p=0.366		U=4575.000 p=0.715
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	89	2.03	0.70	1.97	0.79	1.52	0.70	1.81	0.72	2.08	0.86	1.88	0.67
	Okuryazar/İlkokul	92	2.20	0.76	2.28	0.81	1.63	0.70	1.95	0.75	2.24	0.88	2.06	0.67
	Ortaokul	14	2.25	0.71	2.30	0.81	1.66	0.67	2.23	0.59	2.12	0.50	2.11	0.55
	Lise ve üzeri	9	2.03	0.50	1.96	0.58	1.67	0.82	2.02	0.61	1.74	0.62	1.88	0.54
	Test ve anlamlılık			F=1.025 p=0.382		$\chi^2_{KW}=10.580$ p=0.014		$\chi^2_{KW}=3.199$ p=0.362		$\chi^2_{KW}=7.212$ p=0.065		$\chi^2_{KW}=4.335$ p=0.228		$\chi^2_{KW}=7.381$ p=0.061
Medeni Durum	Evli	137	2.15	0.74	2.15	0.82	1.59	0.73	1.90	0.75	2.16	0.84	1.99	0.68
	Bekâr	6	2.25	0.33	2.17	0.61	1.83	1.01	1.92	0.62	2.44	0.34	2.12	0.51
	Dul / Boşanmış	61	2.03	0.69	2.10	0.78	1.54	0.60	1.94	0.68	2.05	0.89	1.93	0.63
	Test ve anlamlılık			F=0.694 p=0.501		$\chi^2_{KW}=0.093$ p=0.955		$\chi^2_{KW}=0.566$ p=0.753		$\chi^2_{KW}=0.433$ p=0.805		$\chi^2_{KW}=3.833$ p=0.147		$\chi^2_{KW}=0.911$ p=0.634

Tablo 4. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)- Devamı

Tanıtıcı Özellikler		n	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava/çevre etkisi		Davranışsal faktörler		KOAHÖÖTop lamPuanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler	Eşi /çocukları ile	101	2.19	0.78	2.15	0.84	1.62	0.77	2.05	0.77	2.17	0.86	2.03	0.72
	Eşi, çocukları ve diğerleri	84	2.01	0.67	2.06	0.77	1.50	0.56	1.74	0.64	2.06	0.83	1.87	0.59
	Yalnız	19	2.24	0.50	2.35	0.70	1.62	0.77	2.05	0.77	2.17	0.86	2.03	0.72
	Test ve anlamlılık		F=1.815 p=0.166		$\chi^2_{KW}=2.926$ p=0.231		$\chi^2_{KW}=1.465$ p=0.481		$\chi^2_{KW}=9.335$ p=0.009		$\chi^2_{KW}=2.326$ p=0.313		$\chi^2_{KW}=5.640$ p=0.60	
Gelir Düzeyi Algısı	Geliri Giderinden Az	82	2.04	0.72	2.08	0.82	1.55	0.72	1.87	0.75	1.87	0.75	1.93	0.68
	Geliri Giderine Eşit	107	2.22	0.73	2.20	0.79	1.61	0.69	1.97	0.73	1.97	0.73	2.04	0.65
	Geliri Giderinden Fazla	15	1.83	0.56	1.90	0.77	1.63	0.66	1.69	0.51	1.69	0.51	1.82	0.58
	Test ve anlamlılık		F=2.746 p=0.067		$\chi^2_{KW}=3.243$ p=0.198		$\chi^2_{KW}=0.813$ p=0.666		$\chi^2_{KW}=2.505$ p=0.286		$\chi^2_{KW}=1.024$ p=0.599		$\chi^2_{KW}=4.009$ p=0.135	
Hastalık Süresi	1 yıldan az	20	2.38	0.79	2.39	0.95	1.81	0.83	2.26	0.81	2.63	0.89	2.29	0.74
	1-5yıl	71	2.13	0.75	2.19	0.81	1.56	0.57	1.96	0.66	2.12	0.85	1.99	0.64
	6-10 yıl	52	2.11	0.71	2.13	0.78	1.64	0.75	1.86	0.74	2.08	0.78	1.96	0.66
	11 yıl ve üzeri	61	2.03	0.65	1.99	0.74	1.49	0.74	1.79	0.73	2.05	0.85	1.87	0.63
	Test ve anlamlılık		F=1.231 p=0.300		$\chi^2_{KW}=3.406$ p=0.333		$\chi^2_{KW}=4.992$ p=0.172		$\chi^2_{KW}=7.551$ p=0.056		$\chi^2_{KW}=7.975$ p=0.047		$\chi^2_{KW}=5.352$ p=0.148	
KOAH Dışında Başka Bir Kronik Hastalık Durumu	Var	124	2.13	0.69	2.12	0.76	1.52	0.66	1.89	0.66	2.08	0.83	1.95	0.62
	Yok	80	2.11	0.77	2.15	0.86	1.68	0.75	1.95	0.81	2.23	0.87	2.02	0.72
	Test ve anlamlılık		t=0.151 p=0.880		U=4952.000 p=0.984		U=4374.000 p=0.147		U=4918.000 p=0.918		U=4373.500 p=0.150		U=4741.000 p=0.595	
Günlük İşlerde Başkasından Yardım Alma Durumu	Evet	118	2.06	0.73	2.07	0.81	1.51	0.72	1.91	0.78	2.02	0.83	1.92	0.68
	Hayır	86	2.20	0.70	2.22	0.79	1.69	0.65	1.91	0.64	2.30	0.86	2.06	0.62
	Test ve anlamlılık		t=-1.355 p=0.177		U=4419.000 p=0.115		U=4066.500 p=0.014		U=4847.000 p=0.584		U=3971.500 p=0.008		U=4105.000 p=0.020	

Tablo 4. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)- Devamı

Tanıtıcı Özellikler		n	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava/çevre etkisi		Davranışsal faktörler		KOAHÖÖ Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sağlık Durumu Algısı	İyi	27	2.49	0.78	2.50	0.96	1.84	0.76	2.10	0.82	2.63	0.80	2.31	0.70
	Orta	90	2.28	0.74	2.29	0.82	1.71	0.81	1.99	0.81	2.26	0.97	2.11	0.73
	Kötü	87	1.84	0.57	1.85	0.63	1.37	0.47	1.77	0.56	1.86	0.61	1.74	0.46
	Test ve anlamlılık			F=13.831 p=0.000		$\chi^2_{KW}=17.776$ p=0.000		$\chi^2_{KW}=14.625$ p=0.001		$\chi^2_{KW}=3.857$ p=0.145		$\chi^2_{KW}=18.765$ p=0.000		$\chi^2_{KW}=19.823$ p=0.000
Sigara Kullanma Durumu	Evet	15	2.31	0.67	2.32	0.85	1.61	0.63	2.10	0.84	2.33	0.68	2.13	0.61
	Hayır	94	2.16	0.83	2.16	0.91	1.67	0.84	2.03	0.81	2.18	0.97	2.04	0.79
	Kullandım bıraktım	95	2.04	0.60	2.08	0.67	1.49	0.52	1.77	0.58	2.07	0.73	1.89	0.50
	Test ve anlamlılık			F=1.221 p=0.297		$\chi^2_{KW}=0.609$ p=0.738		$\chi^2_{KW}=0.344$ p=0.842		$\chi^2_{KW}=5.362$ p=0.069		$\chi^2_{KW}=1.642$ p=0.440		$\chi^2_{KW}=1.890$ p=0.389
KOAH Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma	Evet	166	2.08	0.69	2.09	0.76	1.55	0.69	1.88	0.70	2.06	0.81	1.93	0.63
	Hayır	38	2.31	0.82	2.34	0.94	1.72	0.71	2.07	0.82	2.50	0.93	2.18	0.74
	Test ve anlamlılık			t=-1.797 p=0.074		U=2654.000 p=0.127		U=2689.500 p=0.150		U=2760.500 p=0.229		U=2212.000 p=0.004		U=2472.500 p=0.038

Tablo 4’te görüldüğü gibi, KOAHÖÖ olumsuz etki alt ölçeği puan ortalaması tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırıldığında; yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi algısı, hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı, günlük işlerde başkasından yardım alma, sigara kullanma ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre olumsuz etki alt ölçeği puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Sağlık durumu algısına göre olumsuz etki alt ölçeği puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C testi), sağlık durumu algısı kötü olanların puan ortalamalarının sağlık durumu algısı orta ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi algısı, hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı, günlük işlerde başkasından yardım alma, sigara kullanma ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre duygusal durum alt ölçeği puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumuna ve sağlık durumu algısına göre duygusal durum alt ölçeği puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney-U Testi), okuryazar olmayanların puan ortalamasının okuryazar/İlkokul düzeyinde eğitim almışlardan düşük olduğu ve sağlık durumu algısı kötü olanların puan ortalamasının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

KOAH’lı hastaların yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi algısı, hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı, sigara kullanma ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre fiziksel çaba alt ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Günlük işlerde başkasından yardım alma ve sağlık durumu algısına göre fiziksel çaba alt ölçeği puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük işlerde başkasından yardım alan hastaların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık durumu algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Mann Whitney – U Testi), sağlık durumu algısı kötü olanların puan ortalamasının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı, günlük işlerde başkasından yardım alma, sağlık durumu algısı, sigara kullanma ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre hava/çevre etkisi alt ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Evde birlikte yaşadığı kişilere göre hava/çevre etkisi alt ölçeği puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney-U Testi) eşi, çocuklar ve diğerleri ile yaşayanların puan ortalamalarının eşi/çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

KOAH'lı hastaların yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi algısı, başka kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumuna göre davranışsal faktörler alt ölçeği puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastalık süresi, günlük işlerde başkasından yardım alma, sağlık durumu algısı ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre davranışsal faktörler alt ölçeği puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney – U Testi), hastalık süresi 1 yıldan az olanların puan ortalamasının 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Günlük işlerde başkasından yardım alanların puan ortalaması daha düşüktür. Sağlık durumu algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney – U Testi) tüm grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumu algısı iyi olanların puanı orta ve düşük olanlardan yüksektir. Sağlık durumu algısı orta olanların puanı sağlık algısı düşük olanlardan yüksektir. KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler ve gelir düzeyi algısı, hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumuna göre toplam KOAHÖÖ puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Günlük işlerde başkasından yardım alma, sağlık durumu algısı ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre toplam KOAHÖÖ puan farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük işlerde başkasından yardım alanların puan ortalaması daha düşüktür. Sağlık durumu

algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney – U Testi) sağlık durumu algısı kötü olanların puanının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Tablo 5. KOAH'lı Hastaların Depresyon Durumu ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=204)

Depresyon Görülme Durumu	Sayı	Yüzde	Ort±SS
Depresyon Var (17 ve ↑)	157	77.0	22.33±14.06
Depresyon Yok (17 ↓)	47	23.0	2.81±5.38
Toplam BDE	204	100.0	25.14±10.02

Tablo 5'te görüldüğü gibi BDE kesme noktasına göre hastaların % 77.0'sinde depresyon riski olup, puan ortalamasının 22.33±14.06 olduğu, % 23.0'ünde depresyon riski olmadığı ve toplamında depresyon puan ortalamasının 25.14±10.02 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)

Tanıtıcı Özellikler		n	Ort.	SS.	Test ve anlamlılık
Yaş Grubu	35-44 Yaş	6	15.83	14.50	F=3.033 p=0.030
	45-54 Yaş	13	20.77	10.58	
	55-64 Yaş	46	26.65	9.92	
	65 ve Üzeri Yaş	139	25.46	9.59	
Cinsiyet	Kadın	71	26.66	9.77	t=1.583 p=0.115
	Erkek	133	24.34	10.10	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	89	26.45	9.70	F=1.110 p=0.346
	Okur Yazar/ İlkokul	92	24.09	10.35	
	Ortaokul	14	23.00	10.04	
	Lise ve Üzeri	9	26.44	9.53	
Medeni Durum	Evli	137	24.42	9.81	F=1.439 p=0.240
	Bekar	6	23.50	16.03	
	Dul / Boşanmış	61	26.95	9.77	
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler	Eşi /çocukları ile	101	23.54	9.60	F=2.676 p=0.071
	Eşi, çocukları ve diğerleri	84	26.54	10.20	
	Yalnız	19	23.54	9.60	

Tablo 6. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=204)- Devamı

Gelir Düzeyi Algısı	Geliri Giderinden Az	82	27.93	9.63	F=6.241 p=0.002
	Geliri Giderine Eşit	107	22.89	9.59	
	Geliri Giderinden Fazla	15	26.07	11.77	
Hastalık Süresi	1 Yıldan Az	20	20.10	10.67	F=1.988 p=0.117
	1-5yıl	71	25.51	9.94	
	6-10 Yıl	52	26.29	9.67	
	11 Yıl ve Üzeri	61	25.41	9.97	
KOAH Dışında Kronik Hastalık Durumu	Var	124	26.81	9.51	t= 3.001 p=0.003
	Yok	80	22.58	10.31	
Günlük Hayatta Başkasından Yardım Alma	Evet	118	27.83	9.58	t= 4.707 p=0.000
	Hayır	86	21.47	9.48	
Sağlık Durumu Algısı	İyi	27	17.00	9.07	F=23.302 p=0.000
	Orta	90	23.28	8.55	
	Kötü	87	29.61	9.59	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	15	21.27	9.71	F=1.430 p=0.242
	Hayır	94	24.98	9.80	
	Kullandım Bıraktım	95	25.93	10.24	
KOAH Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	166	26.12	9.51	t= 2.954 p=0.004
	Hayır	38	20.89	11.19	

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların cinsiyet, eğitim, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi ve sigara kullanma durumuna göre BDE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre ise BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) 35-44 yaş grubundakilerin puanlarının 55-64 ve 65 yaş üzerindekiilerden düşük olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi algısına göre de BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gelir düzeyinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka hastalığın olması durumuna göre de

BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Başka hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Günlük işlerde başkasından yardım alma durumuna göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Günlük işlerde başkasından yardım alanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Sağlık durumu algısına göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sağlık durumu algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney – U Testi) sağlık algısı kötü olanların puanının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumuna göre de BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce hastaneye yatanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7.KOAHÖÖ ve Alt Boyutları Puanları ile BDEPuanı Arasındaki İlişki (n=204)

KOAHÖÖ		BDE
Olumsuz etki	r	-0.145
	p	0.039
Duygusal durum	r	-0.102
	p	0.147
Fiziksel çaba	r	-0.145
	p	0.039
Hava/çevre etkisi	r	-0.105
	p	0.137
Davranışsal faktörler	r	-0.168
	p	0.017
Toplam KOAHÖÖ	r	-0.165
	p	0.019

Tablo 7’de görüldüğü gibi, olumsuz etki, fiziksel çaba, davranışsal faktörler alt ölçekleri ve toplam KOAHÖÖ puanı ile BDE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Olumsuz etki, fiziksel çaba, davranışsal faktörler alt ölçekleri ve toplam KOAHÖÖ puanı arttıkça BDE puanı düşmektedir. Duygusal durum ve hava/çevre etkisi alt ölçekleri ile BDE puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırma ilgili literatür doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların KOAHÖÖ toplam puan ortalaması 1.98 ± 0.66 olarak saptanırken, alt boyut puan ortalamaları; duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal faktörler sırasıyla 2.12 ± 0.72 , 2.13 ± 0.80 , 5.58 ± 0.70 , 1.91 ± 0.72 ve 2.14 ± 0.85 olarak tespit edilmiştir. Hastaların KOAHÖÖ toplam puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Özkaptan (2013) tarafından yapılan bir çalışmada da KOAHÖÖ toplam puan ortalamasının bu araştırma bulgusuna paralel olduğu görülmektedir (88). KOAH'lı hastalarda yapılan birçok çalışmada ise KOAHÖÖ toplam puan ortalamasının bu araştırma bulgusundan yüksek olduğu belirlenmiştir (16, 89, 90). Öz-etkililik; bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı bir şekilde yapma yeteneğine ilişkin kendi bireysel yargılarını tanımladığı gibi aynı zamanda bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelebilmesinde ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki inancını da tanımlamaktadır (9,61, 62). Bu çalışmada hastaların KOAHÖÖ puanlarının düşük olması yaşanan bölgenin coğrafi özellikleri ve hastaların bireysel özelliklerinden etkilenmiş olabilir.

KOAH'lı hastaların yaşlarına göre KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. KOAH'lı hastalarla yapılan bir çalışmada bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (91). Yıldırım ve ark.'ın (2013) hastanede yatan KOAH'lı hastalarla yaptıkları bir çalışmada ise yaş ile öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (92). Hastaların yaş gruplarının homojen dağılmaması bu sonuç üzerinde etkili olabilir. Ayrıca yaşın ilerlemesi ile birçok hastalık ortaya çıktığı için bireyin öz-etkililik durumunu hem olumlu hem de olumsuz etkileyebilir.

KOAH'lı hastaların cinsiyetine göre KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. KOAH'lı hastalarla yapılan birçok çalışma sonucu bu araştırma bulgusuyla benzerlik

gösterirken (93, 88, 90,94) yapılan bazı çalışmalarda ise farklılıklar görülmektedir (16, 95). Bu çalışmada kadın hastaların (%34.8) az olması, hastaların önceliklerinin farklılık göstermesi, hastalıklarından dolayı sorumluluklarının değişkenlik göstermesi, yaşadıkları yöreye yönelik kültürel özellikleri bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Hastaların eğitim durumuna göre KOAHÖÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmaz iken; eğitim durumuna göre duygusal durum alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer şekilde Özkaptan (2013) ve Uğur ve ark.'nın (2017) çalışmalarında da eğitim durumu ve KOAHÖÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (88, 90). Bu çalışmada okur-yazar olmayan hastaların duygusal durum alt ölçeği puan ortalamasının okur-yazar/ilkokul düzeyinde eğitim almış olan hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada üniversite mezunu birey sayısının az olması bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.

KOAH'lı hastaların medeni durumuna göre KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada da bu araştırma bulgusu ile benzer şekilde medeni durum ve öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır(88, 90). Araştırma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlasının evli olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre KOAHÖÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmaz iken; KOAHÖÖ alt boyut puan ortalamalarından sadece hava/çevre etkisi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar mevcutken (88, 96,) Benzo ve ark.'ın (2016) ve Yıldırım ve ark.'ın (2013) çalışmaları bu araştırma bulgusu ile farklılıklar göstermektedir (92, 97). Eşi/çocukları ve diğerleri ile yaşayan hastaların hava/çevre etkisi alt boyutu puan ortalamalarının eşi/çocuklarıyla yaşayanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eşi/çocuklarıyla yaşayan hastalar yaşadıkları çevrenin düzenlemesini kendilerine göre yaptıkları için puan ortalamaları diğer gruptakilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada gelir düzeyi algısı ile KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan birçok çalışmada bu araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir (88,92, 98). Geliri giderinden fazla olan hastaların az olması bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

KOAH'lı hastaların hastalık süresine göre KOAHÖÖ toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmaz iken; KOAHÖÖ alt boyutlarından sadece davranışsal faktörler alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu araştırma bulgusundan farklı olarak Park'ın(2017) KOAH'lı hastaların öz-bakım davranışlarını araştırdığı çalışmasında ise hastalık süresi ve öz-bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (99).Hastalık süresi 1 yıldan az olan hastaların puan ortalamasının 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri olan hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hastalık süresi az olan hastaların hastalıkla baş etme stratejilerinin gelişmiş olduğunun bir göstergesidir.

KOAH dışında başka bir kronik hastalığın olması durumu ile KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Wang ve ark. (2012) ve Park'ın (2017) KOAH'lı hastaların öz-bakım davranışlarını araştırdıkları çalışmalarında ise bu araştırma bulgusundan farklı olarak KOAH dışında başka bir kronik hastalığın olması durumuna göre öz-bakım davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (96, 99). Buck ve ark.'ın (2015) çalışmasında ise komorbiditeleri az olan hastaların öz-bakım ve öz-etkililikleri arasındaki ilişki komorbiditeleri çok olanlara göre daha güçlü olduğu belirlenmiştir(98). KOAH hasatlığı dışında başka bir kronik hastalığın varlığı hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların birden çok ilaç kullanmaları, diyete uyma sorunları yaşamaları, hastalıkların komplikasyonlarıyla baş edememe gibi nedenler bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Kronik hastalığı olan hastalarda hastalık sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlılıklar; günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken hastalara ciddi boyutta engel teşkil etmektedir. Dolayısıyla hastalar aktivitelerini gerçekleştirirken bir başkasının yardımına ihtiyaç duyabilmektedir (18). Hastaların günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumları ile KOAHÖÖ toplam puanı, davranışsal faktörler alt boyutu

ve fiziksel çaba alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmış olup, diğer alt boyut puanları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı bulunmuştur. Günlük işlerde başkasından yardım alan hastaların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalara rağmen hastaların kendini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sağlık bakımının en önemli amacıdır ve bu amaç doğrultusunda sağlık profesyonellerinin aileyle de iş birliği yaparak hastanın ihtiyaçlarını karşılamada uygun planlamalar yapması gerekmektedir (38).

Hastaların sağlık durumu algısı ile KOAHÖÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken; KOAHÖÖ alt boyutu olan hava/çevre etkisi alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda da sağlık algısı ile öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (92, 95, 97-100). Sağlık durum algısı kötü olan hastaların puanının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durum algısı yüksek olan hastaların öz-etkililik durumlarına ve hastalıklarının yönetimine daha fazla önem verdikleri görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların sigara kullanma durumları ile KOAHÖÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da bu araştırma bulgusu ile paralel olarak sigara kullanımı ve öz-bakım davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (90, 95, 99). Kheirabadive ark.'ın çalışmasında ise sigarayı bırakanların öz-yönetim becerileri artmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (101). KOAH'ta sigara içme en önemli risk faktörü olmasına rağmen araştırma kapsamına alınan hastaların çok azının da (%7.3) halen sigara kullanıyor olmaları bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu ile KOAHÖÖ toplam ve davranışsal faktörler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışma ile bu araştırma bulgusu paralellik gösterirken (97), Park'ın (2017) çalışmasında ise daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu ve öz-bakım davranışları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (99). Hastanın hastaneye yatması hastalığının semptomlarını hafifletmesi ya da ortadan kaldırması, hastanede kaldığı süre içinde sağlık bakım profesyonelleriyle etkili bir iletişim kurması ve hastalığa ilişkin farkındalığının artması öz-etkililik puanını etkilenmiş olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %77'sinde (22.33 ± 14.06) depresyon riski olduğu ve toplam BDE puan ortalamasının ise 25.14 ± 10.02 olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon puan ortalamasının orta düzeyin altında olduğu belirlenmiştir. Korkmaz ve Tel (2010) tarafından yapılan bir çalışmada da KOAH hastalarının depresyon puan ortalamalarının 24.41 ± 12.66 olduğu ve bu araştırma bulgusu ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (102). KOAH'lı hastalarla yapılan birçok çalışmada hastaların %56.7-%85.6 arasında depresyon riskinin olduğu belirlenmiştir (92,103, 104). Bu sonuç üzerinde hastaların ekonomik durumları, KOAH dışında başka bir kronik hastalığının bulunması ve bölgesel koşulların etkili olduğu görülmektedir.

KOAH'lı hastaların yaşı ile BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. KOAH'lı hastalarla yapılan birçok çalışma sonucu da bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (102,105-108). Hastalardan 35-44 yaş grubundakilerin puanlarının 55-64 ve 65 yaş üzerindekiilerden düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıklarındaki artış ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizliğin, hastaları depresyona sürükleyebileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastalarda cinsiyete göre BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyet ve BDE puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (102, 104, 108, 109). Yapılan bir çalışmada ise farklı olarak cinsiyet ve BDE puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir(107). Bu sonucu hastaların yaşadığı bölge ve kültürel farklılıklar etkilemiş olabilir.

Hastaların eğitim durumu ile BDE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Korkmaz ve Tel (2010) ve Albal'da (2009) çalışmalarında bu araştırmanın bulgusuna benzer olarak eğitim durumunun depresyonu etkilemediğini saptamışlardır (102, 109). Karakurt ve Ünsal (2013) ve

Uchmanowicz et al.(2016) yaptıkları çalışmalarda ise eğitim durumu ile depresyon puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğunu bulmuşlardır (104, 105). Bu sonucun araştırmadaki hastaların çoğunun okur-yazar değil, okur-yazar/ilkokul mezunu olmasından ve eğitim durumlarının homojen dağılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların medeni durumları ile BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Karakurt ve Ünsal (2013) ve Albal'ın (2009) çalışmalarında da medeni durum ile depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (104, 109).Hastaların önceliklerinin değişiklik göstermesi, evli hastaların sayısının fazla olması ve kültürel farklılıkların bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre BDE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuyla farklılık gösteren bir çalışma mevcutken (102) paralel olarak Yıldız ve ark. (2016) ve Şahin'in (2014) yaptıkları çalışmalarda da evde birlikte yaşadığı kişilerin depresyon üzerine etkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (106, 110). Yalnız yaşayan hasta sayısının az olması bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Sosyoekonomik durumun KOAH gelişimine etkisini araştırmada güçlük bulunmaktadır. Çünkü düşük sosyoekonomik düzeyle KOAH'ın diğer risk faktörleri; özellikle sigara içimi, beslenme, mesleki faktörler ve iç-dış ortam hava kirliliği arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Fakat sosyoekonomik durumun diğer risk faktörlerine göre düzeltilmiş etkisini araştıran çalışmalarda, genellikle toplam gelirle ölçülen düşük sosyoekonomik durumun bağımsız olarak KOAH için bir risk faktörü olduğu ve düşük sosyoekonomik gruplarda akciğer fonksiyonlarının düşük olmaya eğilimli olduğu bildirilmiştir (7). KOAH'lı hastaların gelir düzeyi algısına göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Karakurt ve Ünsal'ın (2013) yaptıkları çalışma sonucu bu araştırma bulgusu ile benzerlik gösterirken(104), Türk'ün (2009) çalışmasında ise depresyon ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). Bu araştırmada geliri giderinden az olan hastaların puan ortalamalarının geliri giderine eşit

olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç düşük sosyoekonomik durumun hem KOAH'ın gidişatını etkilediğini hem de hastaların depresyon durumlarını etkilediğinin bir göstergesidir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların hastalık süreleri ile BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada da (102) hastalık süresi ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmaz iken, birçok çalışmada da fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (105, 108). Hastalık süresi 1 yıldan az olan hastaları sayısının az olması bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Hastaların hastalık süreleri arttıkça KOAH'a ilişkin komplikasyonların varlığı hastalardaki depresyon düzeyini etkileyeceğinden dolayı komplikasyonların önlemesine yönelik çalışmaların yapılması önemlidir.

Başka bir kronik hastalığın olması durumu ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak, Karakurt ve Ünsal'ın (2013) çalışmasında da başka bir kronik hastalığı olan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (104). Korkmaz ve Tel'in (2010) yaptığı bir çalışmada ise hastaların başka bir fiziksel hastalığı olması durumuna göre BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (102). Kronik hastalıklar depresyon riskini yükseltmektedir (112). Bu araştırmada hastaların yarısından fazlasının KOAH dışında başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Ayrıca başka hastalığı olan hastaların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir hastalığın KOAH'lı hastalara getireceği yükün hastaların depresyon durumlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar bireyin bazı işlevlerini yerine getirmesini engelleyerek başkalarına bağımlı hale getirebilir (18). Hastaların günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumları ile BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Türk'ün (2006) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada da günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyma ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (111). Korkmaz ve Tel (2010) çalışma sonuçlarının ise bu araştırma bulgusu ile farklılık gösterdiği görülmüştür (102). Bu

araştırmada günlük işlerde başkasından yardım alanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Günlük işlerini yerine getirme başkalarına bağımlılığı gerektirdiğinden dolayı bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların sağlık durumu algısı ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım ve ark.'ın (2013) çalışmalarında da hastalarda sağlık algısı ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(92). Bu araştırmada sağlık algısı kötü olan hastaların BDE puanının iyi ve orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların sağlık algısı durumunu başka kronik hastalık varlığı, günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumu gibi değişkenlerin etkilediği görülmektedir. Ayrıca bireyin sağlık durumunu kötü olarak algılaması hastalığıyla baş etmesini önlemekte ve onu depresyona doğru sürüklemektedir.

Sigara kullanma durumu ile BDE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer şekilde sigara içmenin depresyonu etkilemediği belirlenmiştir (102). İyer ve ark.'ın çalışmasında ise sigara kullanma durumunun depresyon belirtileri ile pozitif olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (107). Sigara içimi KOAH gelişiminde en önemli çevresel risk faktörüdür. Gelişmiş ülkelerde KOAH gelişiminden % 80-85 oranında sigara içimi sorumludur (7). Sigara içme KOAH için en önemli risk faktörüken, hastalardan şu an sigara kullananların sayısının az olması ve daha önce sigara kullanan hastaların sayısının fazla olması bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

KOAH alevlenmeleri nedeniyle hastaneye yatırılmaların ardından depresyon oranının yüksek olduğu (%25-30) saptanmıştır (19). KOAH'lı hastaların daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumları ile BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gudmundsson ve ark. (2006) ve Kapsız'ın (2011) yaptıkları çalışmaların sonuçları da bu araştırmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (19, 103). Yapılan bir çalışmada ise daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumunun depresyonu etkilemediği saptanmıştır (102). Bu araştırmada KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatan hastaların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. KOAH'lı hastalar gittikçe kötüleşen

nefes darlığı ile başa çıkamayarak acile başvurmaktadırlar. Nefes darlığı yaşayan hastalar nefeslerinin yetmeyeceği ve boğulacakları hissini yaşamaktadırlar. Bu durum onlara ölümü hatırlatır ve hastaları depresif duygu durumuna sürükleyebilir. Toplam KOAHÖÖ ve olumsuz etki, fiziksel çaba, davranışsal faktörler alt boyut puan ortalamaları ile BDE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Toplam KOAHÖÖ ve olumsuz etki, fiziksel çaba, davranışsal faktörler alt boyutlar puan ortalamaları arttıkça BDE puan ortalaması düşmektedir. Duygusal durum ve hava/çevre etkisi alt boyutlar puan ortalamaları ile BDE puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Simpson ve ark.'nın (2013), Garrod (2008), Ma (2009) KOAH'lı hastalarda öz-etkililik ile ilgili çalışmalarında yüksek düzeyde öz-etkililik gücünün nefes darlığı düzeyini, kaygı ve depresyon düzeyini düşürdüğünü tespit etmişlerdir (113-115). Bu araştırmada hastaların öz-etkililik düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Öz-etkililiği yüksek olan hastaların yaşamdan aldıkları doyum arttıkça, tedaviye uyumları kolaylaşmakta, akut ve kronik komplikasyonların ve depresif semptomların gelişmesi önlenmektedir (18).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- KOAH'lı hastaların öz-etkililik puan ortalamalarının düşük olduğu.
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden günlük işlerde başkasından yardım alma, sağlık durumu algısı ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumunun öz-etkililiği etkilediği.
- KOAH'lı hastaların BDE puan ortalamalarının 25.14 ± 10.02 olduğu ve orta düzeyin altında olduğu.
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, gelir düzeyi algısı, başka hastalık varlığı, günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumu, sağlık durumu algısı ve KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumunun depresyonu etkilediği.
- Olumsuz etki, fiziksel çaba, davranışsal faktörler alt boyutları ve toplam KOAHÖÖ puan ortalamaları ile BDE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki bulunduğu.
- Hastaların öz-etkililik puan ortalamaları arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre;

- Hastaların hastalıkları ile etkili baş etme stratejileri geliştirebilmeleri için hemşirelerin hastalara ve ailelerine eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak eğitim programları düzenlemeleri,
- Hastaların sağlık algısı durumunu yükseltmek ve günlük işlerinde yardımcı olmak için planlamaların yapılması,
- KOAH'lı hastaların öz-etkililik ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla daha uzun sürede ve daha geniş bir örnekleme yürütülmek üzere çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Updated 2016. Erişim:02.02.2016
- 2.Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Ateş, Ç. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 3-16.
- 3.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017 Reports, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Erişim, 02.04.2017,
- 4.Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu (2014). *Türk Toraks Dergisi*, 11(1): 5-63.
- 5.Mirici A. (2005) KOAH: Tanımlama ve Ayırıcı Tanı. Ed: Umut S., Yıldırım N.,4: s.1-9, Turgut Yayıncılık, İstanbul,
- 6.WHO, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Erişim, 22 Nisan 2016,<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
- 7.T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı (2014-2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No :947. Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.2014
- 8.Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016. (Erişim tarihi; 20 Mart 2017 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>
- 9.Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive process through perceived self - efficacy. *Developmental Psychology*. 25 (5), 729 - 735
- 10.Yount SE, Choi SW, Victorson D et al (2011) Brief, valid measures of dyspnea and related functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Value Health*, 14(2): 307-315.
- 11.Akdemir N, Birol L (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara, 193-200.
- 12.Özkaptan, B. B., & Kapucu, S. (2015). Koah'lı bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- 13.Wigal JK, Creer TL, Kotses H.The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest* 1991;99:1193-1196

14. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
15. Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P. J., & Alexopoulos, G. S. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(4), 713.
16. Khoshkesht, S., Zakerimoghadam, M., Ghiyasvandian, S., Kazemnejad, A., & Hashemian, M. (2015). The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *rehabilitation*, 17, 18.
17. Gimeno-Santos, E., Frei, A., Steurer-Stey, C., De Batlle, J., Rabinovich, R. A., Raste, Y., Kulich, K. (2014). Determinants and outcomes of physical activity in patients with COPD: a systematic review. *Thorax*, 69(8), 731-739.
18. Mollaoğlu M. (2012). Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci Z. (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım (pp. 51-65). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
19. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med* 2006; 100: 87-93.
20. Tse, H. N., Tseng, C. Z. S., Wong, K. Y., Ng, L. Y., Lai, T. L., & Yee, K. S. (2016). Frequent Exacerbator: The Phenotype at Risk of Depressive Symptoms in Geriatric COPD Patients. *Lung*, 194(4), 665-673.
21. Afsar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S., & Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 260-267.
22. Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal/Determination of the Conditions of Anxiety, Depression and Social Support among the Patients with COPD. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(2).
23. Kocaman, N. (2005) Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 9(1):49-51.

24. Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84 (2), 191 - 215
25. Craven, R. G., & Marsh, H. W. (2008). The centrality of the self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: Implications for child and educational psychologists. *Educational and Child Psychology*, 25(2), 104-118.
26. Akyl R.Ç. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım. Durna Z. (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (pp. 75-95). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
27. Olgun, N., Eti-Aslan, F., & Sert, H. (2010). Solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi: Mekanik ventilasyondaki hastanın hemşirelik bakımı. *Karadakovan A, Eti-Aslan F, editörler. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Kitabevi*, 451-3.
28. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013, (06 Aralık 2016) Erişim: 21.05.2017. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf
<http://nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>
29. Birol L. Hemşirelik Süreci, İzmir: Medikal Kitabevi; 2013.
30. Brashier, B.B., Kodgule, R. (2012). Risk factors and pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Journal of Association of Physicians of India*, 60, 17-21.
31. Global Alliance Against Respiratory Disease (GARD) Report 2014 Erişim: 17.06.2016
http://www.who.int/entity/gard/GARDGMreport2014_web.pdf?ua=1
32. T.C. Sağlık Bakanlığı, Küresel Hastalık Yüğü çalışması, 2010 (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf, ET: 15.10.14)
33. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı 2013; Yayın No: 909
34. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014. Erişim Tarihi: 01.08.2016
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>

- 35.The Global Alliance against Respiratory Diseases (GARD) Interim Report, 2016.
Erişim: 01.08.2016.
http://www.who.int/gard/GARD_country_report_2016.pdf
- 36.Başıyigit, İ. (2010). KOAH Patogenezi ve Fizyopatolojisi. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 114-118.
- 37.T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2011. KOAH ile yaşam. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Ankara, Galenos Yayıncılık.
- 38.Uysal H, 2014. Solunum. In: İç Hastalıkları Hemşireliği. Eds: Enç N. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p. 138 -151.
- 39.Akyıl R.Ç. (2013). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım. Durna Z. (Ed.), İç Hastalıkları Hemşireliği (pp. 99-147). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- 40.Gunen, H., Hacievliyagil, S.S., Yetkin, O., Gulbas, G., Mutlu, LC., Pehlivan, E. (2008). Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey. *European Journal of Internal Medicine*, 19(7), 499-504.
- 41.Raherison C, Girodet P-O (2009) Epidemiology of COPD. *European Respiratory Reviews* 18: 213–21.
- 42.TÜSAD Dünya Sağlık Günü Basın Bildirisi, 16 Kasım 2016 Erişim: 01.02.2017
<http://www.solunum.org.tr/birim/12/koah-calisma-grubu/haber/803/16-kasim-2016-tusad-dunya-koah-gunu-basin-bildirisi.html>
- 43.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. TÜİK T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2012. Erişim: 12 Ekim 2013.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
- 44.Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) Erişim: 12.06.2016
https://havanikoru.org.tr/dosya/eylem_plani/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani.pdf
- 45.Solak, Z. A., Başoğlu, Ö. K., & Erdinç, E. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberk Toraks Derg*, 54(1), 43-50.
- 46.Koçyiğit E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi, Nobel Medicus. 2007;3 (1): 4-11.

- 47.Cho, S. J., Weiden, M. D., & Lee, C. G. (2015). Chitotriosidase in the pathogenesis of inflammation, interstitial lung diseases and COPD. *Allergy, asthma & immunology research*, 7(1), 14-21.
- 48.Hu, G., Zhong, N., & Ran, P. (2015). Air pollution and COPD in China. *Journal of thoracic disease*, 7(1), 59.
- 49.Aryal, S., Diaz-Guzman, E., & Mannino, D. M. (2013). COPD and gender differences: an update. *Translational Research*, 162(4), 208-218.
- 50.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015 Erişim: 01.08.2016. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
- 51.Jones, P., Harding, G., Wiklund, I., Berry, P., Tabberer, M., Yu, R., & Leidy, N. K. (2010). The COPD Assessment Test"(CAT) Is Responsive To Pulmonary Rehabilitation. In D22. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Novel Outcome Measures And Treatments* (pp. A6841-A6841). American Thoracic Society.
- 52.Faes, K., De Frène, V., Cohen, J., & Annemans, L. (2016). Resource use and health care costs of COPD patients at the end of life: A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 52(4), 588-599.
- 53.Miravittles, M., Calle, M., & Soler-Cataluña, J. J. (2012). Clinical phenotypes of COPD: identification, definition and implications for guidelines. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, 48(3), 86-98.
- 54.Hansel TT, Barnes PJ. An Atlas of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Çeviri Ed: Kocabaş A. AC:T Medikal İletişim Yayın Org. Dan. İç ve Dış Tic Ltd. Şti, İstanbul, 2004
- 55.Fletcher MJ, Dahl BH (2013) Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2): 230-233.
- 56.Celli, B. R., MacNee, W. A. T. S., Agusti, A. A. T. S., Anzueto, A., Berg, B., Buist, A. S., ... & Fein, A. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(6), 932-946.
- 57.National Institute for Health and Clinical Excellence (2016) Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Management of Adults with Chronic Obstructive

- Pulmonary Disease in Primary and Secondary Care. Update guideline to be published in June 2010. tinyurl.com/nice-copd (accessed 24 April 2016)
- 58.Çil, A., & Olgun, N. (2005). KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'In Pulmoner Rehabilitasyon İle Yönetimi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 103.
- 59.Senemoğlu N. Gelişim, Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Ankara, Gazi Kitabevi, 2001; 235-236
- 60.Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 8, 28-36.
- 61.Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 2(1): 21-34
- 62.Kotaman, H. (2008). Özyeterlilik inancı ve öğrenme performansının geliştirilmesine ilişkin yazın taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).
- 63.Pender, N. J., Bar-Or, O., Wilk, B., & Mitchell, S. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*, 51(2), 86-91.
- 64.Öztürk MO (2004) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 291-342
- 65.Aştı, N. (2012). Depresyon ve Bakım. Durna Z. (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım (pp. 479-493). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 66.Ingram RE, Trenary L, Odom M ve ark. (2007) Cognitive, Affective and Social Mechanisms in Depression Risk: Cognition, Hostility, and Coping Style. *Cogn Emot*, 21: 78-94.
- 67.Stjernswärd, S., & Östman, M. (2007). Depression, e-health and family support. What the Internet offers the relatives of depressed persons. *Nordic journal of psychiatry*, 61(1), 12-18.
- 68.Oga, T., Nishimura, K., Tsukino, M., Sato, S., Hajiro, T., & Mishima, M. (2007). Longitudinal deteriorations in patient reported outcomes in patients with COPD. *Respiratory medicine*, 101(1), 146-153.

69. Al-Shair, K., Kolsum, U., Dockry, R., Morris, J., Singh, D., & Vestbo, J. (2011). Biomarkers of systemic inflammation and depression and fatigue in moderate clinically stable COPD. *Respiratory research*, 12(1), 3.
70. Hill, K., Geist, R., Goldstein, R. S., & Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journal*, 31(3), 667-677.
71. Hanania, N. A., Müllerova, H., Locantore, N. W., Vestbo, J., Watkins, M. L., Wouters, E. F., ... & Sharafkhaneh, A. (2011). Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 183(5), 604-611.
72. Karadağ, E., İnkaya, B. V., & Kunduracı, E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki. *5EYLÜL*, 175.
73. Panagioti M, Scott C, Blakemore A, Coventry PA. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J C hron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:1289–1306.
74. Blake, D., Roberts, N.J., Partridge, M.R. (2007). How much of a primary care nurse's time is spent on those with respiratory disease? A pilot study. *Primary Care Respiratory Journal*, 16, 319-320.
75. Zakrisson, A.B., Engfeldt, P., Hagglund, D., Odencrants, S., Hasselgren, M., Arne, M. ve diğerleri. (2011). Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care, a controlled trial. *Primary Care Respiratory Journal*, 20, 427-433.
76. Wood-Baker R, Reid D, Robinson A et al. (2012) Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7(1): 407-413
77. Carpenito, L. J., & Erdemir, F. (2012). Hemşirelik tanıları: el kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri.
78. Taylor SJC, Candy B, Bryar RM et al. (2005) Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive

- pulmonary disease, systematic review of evidence. *British Medical Journal*, 331(485): 1-7.
79. Babadağ K, Aşti T (ed.) *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. 1. Baskı. İstanbul; Medikal Yayıncılık İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. p. 134.
80. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Herkes İçin Sağlık. 2011 Erişim: 01.02.2016.
https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf
81. Yıldırım S. Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi* 2010; 26 (1):87-97
82. Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management & Practice*, 18(6), 492-494.
83. ICN, 2010 International Classification For Nursing Practice (Icnp®) Information Sheet Erişim: 01.02.2016 <http://www.icn.ch/publications/fact-sheets/>
84. Kara, M., Mirici, A. (2002). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34,61-66.
85. Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561 -71.
86. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
87. Skoog-Holler-Nieman "Enstrümantal Analiz İlkeleri" Ed:E. Kılıç F.Köseoğlu, H.Yılmaz. Bilim Yayıncılık. 1998.
88. Özkaptan, (2013) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Olan Bireylere Öz Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
89. Kara M (2002) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Bakım Eğitim ve Eğitimin Öz-Etkililik Algısına Etkisi, İ.Ü, Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., Doktora Tezi, İstanbul
90. Uğur, O., Kizilci, S., Besen, D., Arda, H., & Duran, G. (2017). Self-Efficacy Levels of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Investigation of Caregiver Burden. *International Journal*, 10(2), 921.

91. Wong KW, Wong FKY, Chan MF, 2005. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*, 49, p. 210-22.
92. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Bakar, N., & Demir, N. (2013). Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *International journal of nursing practice*, 19(1), 14-22.
93. Bentsen, S.B., Rokne, B., Larsen, T.W., Henriksen, A.H., Wahl, A.K. (2010). The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES), a validation and reliability study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 600-609.
94. Alberto, J., & Joyner, B. (2008). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, 21 (4), 212 –217.
95. Hartman, J. E., ten Hacken, N. H., Boezen, H. M., & de Greef, M. H. (2013). Self-efficacy for physical activity and insight into its benefits are modifiable factors associated with physical activity in people with COPD: a mixed-methods study. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 117-124.
96. Wang, K. Y., Sung, P. Y., Yang, S. T., Chiang, C. H., & Perng, W. C. (2012). Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in Taiwan. *Respiratory Care*, 57(2), 263 –272.
97. Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., & Duloher, M. M. (2016). Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient education and counseling*, 99(4), 617-623.
98. Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1714-1722.
99. Park, S. K. (2017). Factors affecting self-care behavior in Koreans with COPD. *Applied Nursing Research*.

- 100.Koçoğlu, F(2009).Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı ve z Etkililik Yeterlilik Durumunun Sosyo-Ekonomik Durum İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi
- 101.Kheirabadi, G. R., Keypour, M., Attaran, N., Bagherian, R., & Maracy, M. R. (2008). Effect of add-on" Self management and behavior modification" education on severity of COPD. *Tanaffos*, 7(3), 23-30.
- 102.Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(4):79
- 103.Kapısız . (2011) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Dispne Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 68 sayfa, Dzce.
- 104.Karakurt, P., & nsal, A. (2013). Fatigue, anxiety and depression levels, activities of daily living of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of nursing practice*, 19(2), 221-231.
- 105.Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., & Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 963.
- 106.Yıldız, M., Mirici, A., Gnlğr, U., Cakır, D. ., yekin, D. G., & Akbaş, B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Eşlik Eden Depresyon Ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi Ve Egzersiz Performansına Etkisi. *zmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, Cilt XXX Sayı 2, 2016
- 107.Iyer, A. S., Bhatt, S. P., Garner, J. J., Wells, J. M., Trevor, J. L., Patel, N. M., Dransfield, M. T. (2016). Depression is associated with readmission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(2), 197-203.
- 108.Doğu ., Aydemir Y., Amasya A., Yazgan B., Gazioğlu E., Gündüz H. (2011). Kronik Solunum Ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete Ve Depresyonun Hasta zellikleri İle Değerlendirilmesi. *Kronik Hastalıklarda*

Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik Yaklaşım Sempozyumu.24 Ekim 2014. Poster bildiri

- 109.Albal, E., & Kutlu, Y. (2010). The relationship between the Depression Coping Self-Efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 115-120.
- 110.Şahin Z., 2014, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 2014: 12(3):1 13-119
- 111.Türk, D. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Hastaların Sık Hastaneye Yatışlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 92s.
- 112.Kravitz RL, Ford D. (2008). Introduction: chronic medical conditions and depression: the view from primary care. *Am J Med*. 2008;121(11Suppl2):S1–S7. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.007.
- 113.Simpson E, C Jones M -An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal Nursing*, 2013, 23: 1105-9.
- 114.Garrod, R., Marshall, J., & Jones, F. (2008). Self efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 3(4), 791.
- 115.Ma J, Zhao Q, Lu J, Tan L. A study on the correlation between the self efficacy and psychology of patients with COPD. *Journal of Nursing* 2009; 8: 1–5.

EKLER

EK-I

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

- 1. Yaş** 1. 35-44 yaş 2. 45-54 yaş 3. 55 -64 yaş 4.65 ve üzeri yaş
- 2. Cinsiyet** 1. Kadın 2. Erkek
- 3. Eğitim durumu** 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar/İlkokul 3.Ortaokul
4.Lise ve üzeri
- 4. Medeni durum** 1. Evli 2. Bekâr 3. Dul / boşanmış
- 5.Evde birlikte yaşadığı kişiler**
- 1.Eşi/çocuklarıyla
2. Eşi,çocukları ve diğerleriyle
3. Yalnız
- 6. Gelir düzeyi algısı**
1. Geliri giderinden az 2. Geliri giderine eşit 3.Geliri giderinden fazla
- 7.Kaç yıldır KOAH hastasınız?**
1. 1 yıldan az 2. 1-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 11 yıl ve üzeri
- 8. KOAH dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?**
1. Var 2. Yok
- 9.Günlük yaşamınızı sürdürürken herhangi birisinden destek alıyor musunuz?**
1. Evet 2. Hayır
- 10.Sağlığınızı şuan nasıl algılıyorsunuz?**
- 1.İyi 2.Orta 3.Kötü
- 11. Şu an sigara kullanıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır 3.
Kullandım bıraktım
- 12. Daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yattınız mı?** 1. Evet 2. Hayır

EK-II

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Aşağıda numaralanmış her bir seçeneği okuyun ve bu maddelerde belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede ne kadar yeterli olduğunuzu belirleyin. Yanıtlarınız için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyin.

	Çok yeterliyim	Oldukça yeterliyim	Biraz yeterliyim	Çok az yeterliyim	Yetersizim
1) Çok yorgun olduğumda					
2) Hava nemli olduğunda					
3) Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda					
4) Üz olduğümde					
5) Merdivenleri çok hızlı çıktığımda					
6) Nefes darlığımı inkar ettiğimde					
7) Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda					
8) Kızdığımda					
9) Egzersiz yaptığımda ya da bedenen kendimi zorladığımda					
10) Yaşamım konusunda endişelendiğimde					
11) Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde					
12) Hayal kırıklığına uğradığımda					
13) Ağır bir şey kaldırdığımda					
14) Biri benden uzaklaştığımda					
15) Bağırduğumda yada çığlık attığımda					
16) Yatağa yattığımda					
17) Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortamda bulunduğumda					
18) Çok fazla güldüğümde					
19) Perhize uymadığımda					
20) Çaresiz olduğumda					
21) Alkol aldığımda					
22) Enfeksiyon/ Bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, vb.)					
23) Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda					
24) Endişeli olduğumda					
25) Kirlili havalarda					
26) Fazla yemek yediğimde					
27) Bitkin düştüğümde ya da bunaldığımda					

28) Normal nefes alıp veremediğimde					
29) Havasız bir odada hareket yaptđımda					
30) Korktuğumda					
31) Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde					
32) Evde bir sorun olduğunda					
33) Yetersizlik hissettiğimde					
34) Acele ettiğimde ya da telařlandđımda					



EK-III

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Arş.Gör. Burcu AĞDEMİR

- 1) **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) **0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) **0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum
- 4) **0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) **0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) **0.Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) **0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) **0.Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) **0.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13) 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14) 0.Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15) 0.Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16) 0.Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17) 0.Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18) 0.İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19) 0.Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

20) 0.Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21) 0.Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-IV



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 44495147-050.01.04-E.31574
Konu : Etik Kurul Kararı

12/08/2016

Sayın Burcu AĞDEMİR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının **10.08.2016** tarih ve **5** sayılı oturumunda alınan **5/05** sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK
Etik Kurul Başkanı

Karar 05/05 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Burcu AĞDEMİR**'e ait "*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen Yüksek Lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK tarafından 10.08.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <http://evrakdogrulama.erciincan.edu.tr> linkinden E-İmza ile doğrulayabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 Ayrıntılı Bilgi İçin: S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60

EK -V



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ERZİNCAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ERZİNCAN İLİ KHBOS MALİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI

24/10/2016 14:15 - 43527969 - 774.99 - E.1565



00032065829

Sayı : 43527969/774.99
Konu : Tez Çalışma İzni

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

İlgi : 08/09/2016 tarihli ve 91611685-35464 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda adı geçen Burcu AĞDEMİR ' in "Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. İsmayil YILMAZ
Genel Sekreter

Fuat DNAL
V.H.K.İ
Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
24.10.2016

Bahçelievler Mah. Adnan menderes Cad.24050/ERZİNCAN İrtibat: Osman BALÇIK

Mali Hizmetler Uzmanı

Faks No:0 446 212 60 63

e-Posta: cennet.aktas@saglik.gov.tr

Fax: (446) 212 60 63

e-posta: osman.balcik@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 70d73766-925a-40bc-bbf0-9dec33ae8b4 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Cennet AKTAŞ

Uzman Tıbbi Sekreter

Telefon No:

EK -VI



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 18045924-302.01.08-E.43740
Konu : Burcu AĞDEMİR

29/09/2017

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21.09.2017 tarih ve 41850 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımızda ÖYP kapsamında Yüksek Lisans eğitimini tamamlayan 14780101007 nolu Arş.Gör.Burcu AĞDEMİR ile ilgili Enstitü Yönetim Kurulunun almış olduğu 22/15 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.

Bilgilerinizi ve kararın ilgili öğrenciye ve danışmanına bildirilmesini rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. İlyas SAYAR
Enstitü Müdürü

KARAR 22/15

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 21.09.2017 tarih ve 41850 sayılı Burcu AĞDEMİR ile ilgili yazısı görüşüldü;

Arş.Gör.Burcu AĞDEMİR'in 13.07.2016 tarih ve 14/2 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile 25.12.2009 tarih ve 27443 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Erzincan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin 20. maddesinin ikinci fıkrası dikkate alınarak **“Derslerini ve seminer çalışmalarını başarıyla tamamlayan öğrencinin tez konusu ve tez yazım kurallarına uygun şekilde hazırlanmış tez önerisi, en geç izleyen yarıyılın başına kadar danışmanı tarafından ana bilim/ana sanat dalı başkanlığına sunulur. Tez konusu ve önerisi ana bilim/ana sanat dalında onaylandıktan sonra Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kesinleşir. Tez konusunda değişiklik yapılması gereken durumlarda aynı işlem uygulanır.”** danışmanı Doç.Dr.Papatya KARAKURT tarafından **“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi”** tez konusu verildiği, 20.09.2017 tarihli yapılan tez savunma sınavında başarılı olduğu ve tez çalışma başlığının **“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”** olarak kabul edildiği dosyanın incelenmesinden anlaşılmıştır.

Yapılan görüşmelerden sonra Arş.Gör.Burcu AĞDEMİR'in tez konusunun konu ve içeriğinin değişmeksizin isminin değiştirilmesine, kararın ilgili öğrenciye ve danışmanına bildirilmesine oy birliği ile karar verildi.

Adres : Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, 24030, ERZİNCAN
E-posta : ilyas@erzincan.edu.tr, ilyas@sbilim.erzincan.edu.tr
Tel : (446) 224 29 10, Faks : (446) 224 18 19
Bizi (http://www.erzincan.edu.tr) üzerinden A9368C5DXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

ARAŞTIRMACININ ÖZ GEÇMİŐİ

Araştırmacı, 1990 yılında Erzincan'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Erzincan'da tamamladı. Lisans eğitimini Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2008-2012 yılları arasında tamamladıktan sonra 2012 yılında Özel Neon Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başlayan araştırmacı, 2013 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Lisansüstü eğitimine 2014 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda başladı. Araştırmacı Şuan Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görevine devam etmektedir. Evli ve bir kız çocuğu annesidir.

Burcu AĞDEMİR