



T. C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)  
OLAN BİREYLERDE DİSPNE ALGILARI İLE ANKSİYETE  
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge KAPISIZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce 2011

T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)  
OLAN BİREYLERDE DİSPNE ALGILARI İLE ANKSİYETE  
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge KAPISIZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

DÜZCE  
2011

## ÖNSÖZ

*“Bu tezi, konu seçimimdeki en büyük desteği aldığım ve 25 Eylül 2009’da KOAH nedeniyle kaybettiğim sevgili babacığıma ithaf ediyorum.”*

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, katkı ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker'e

Tezimin oluşmasında değerli görüş ve desteklerini aldığım Yrd. Doç. Dr. Ayla Keçeci, Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım, Doç. Dr. Öner Balbay'a, tez süresince bunaldığım her anda psikolojik desteğini ve tezimle ilgili görüşlerini benden esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Adnan Özçetin'e, çalışmamın istatistiksel analizlerini büyük bir sabırla yapan kıymetli hocam Doç. Dr. Handan Ankaralı'ya,

Tezimin düzenlenmesinde ve hazırlanmasında destek olan çalışma arkadaşlarım Öğr. Gör. Ferhan Açıkgöz, Öğr. Gör. Aysel Karaca, Öğr. Gör. Dilek Akkuş, Öğr. Gör. Sırma Seda Bapoğlu, Arş. Gör. Özge Yılmaz, Arş. Gör. Ayhan Tozluoğlu, Okt. Korkmaz Yiğiter ve Sağlık Yüksek Okulu akademik ve idari personeline,

Araştırma yapılmasına izin veren Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yöneticilerine ve Göğüs Servisi çalışanlarına, araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm bireylere,

Bana ailem kadar yakın olan ve çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Seda Öner ve Hamide Pala'ya,

Araştırmanın her aşamasında beni gönülden destekleyen annem ve kardeşime ve

Daima yanımda olan, hayat ışığım eşim Engin Kapısız'a

**Teşekkür ederim**

**Arş. Gör. Özge KAPISIZ**

## ÖZET

### KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DİSPNE ALGILARI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge KAPISIZ

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

Ocak 2011, 54 sayfa

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının (KOA) dispne düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde yatarak tedavi alan ve araştırma sınırlılıklarını taşıyan, çalışmaya katılmayı kabul eden 90 KOAH hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Medical Research Council Scale (MRCS)” ve “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde betimsel tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon testleri ve Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların çoğunun erkek, evli, çekirdek ailede yaşayan, ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde, çalışmayan, düşük gelir düzeyinde oldukları ve sosyal desteğe sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların %34.4’ünün hastalık süresi 1-5 yıl arasındadır, %43.3’ü son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yatmıştır ve %64.4’ü KOAH ile birlikte başka sağlık sorunları yaşamaktadır. Hastaların %44.4’ü evlerinde oksijen tedavisi almaktadır. Hastaların %67.8’i nefes almayı “hayat”, “yaşamak”, “rahatlık” olarak, nefes alamamayı en fazla “nefesinin yetmeyeceği, nefessiz kalacağı hissi” olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaların kendilerini dispne yönetimi konusunda yeterli buldukları saptanmıştır. KOAH hastalarının Hastane Anksiyete, Depresyon-Anksiyete (HAD-A) puan ortalaması  $7.42 \pm 4.43$  (min:0-max: 20), Hastane Anksiyete, Depresyon-Depresyon (HAD-D) puan ortalaması  $8.85 \pm 4.23$  (min: 3-max: 18) olarak saptanmıştır. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin alt boyutları ile dispnenin objektif ve subjektif değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde, anksiyete ile MRCS, depresyon ile MRCS ve anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $r=0.493$ ). Depresyon ile FEV<sub>1</sub> arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Anksiyete ile PO<sub>2</sub> arasında negatif yönde bir ilişki vardır ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, depresyon, dispne algısı, KOAH

## ABSTRACT

### EVALUATION OF RELEATIONSHIP BETWEEN PERCEPTIONS OF BREATHLESSNESS AND ANXIETY DEPRESSION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) PATIENTS

Özge KAPISIZ

Master of Thesis, Department of Nursing

Supervisor Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

January 2011, 54 pages

This study was done to determine the relationship between level of diyspnea and levels of anxiety, depression as descriptive. The range of research was composed by 90 inpatients who had chronic obstructive pulmonary disease and had the limitations of research and accepted to join the research at the pulmonary diseases service of the research and practical hospital of Düzce University.

The data of research were gathered by using Medical Research Council Scale and HAD with method of face to face meeting. In the analysis of data, descriptive statistical techniques, pearson correlation and logistic regression were used and significance level was found 0.05.

In conclusion of the research, it was determined that most of the patients were male, married, unemployed, graduated from primary school and had nucleus family, low income level, social support and for treatment to be helped by their family. The illness duration of %34.4 patients was between 1-5 years, %43.3 patients entered the hospital once or twice a year within a last year and %64.4 patients had other health problems with chronic obstructive pulmonary disease. %44.4 patients were receiving O<sub>2</sub> treatment at the their home. %67.8 patients expressed for breathe that means “life”, “living”, “relaxation” and for smother that means “insufficient breath”, “feeling of be out of breath”. Also, it was determined that they were enough about management of diyspne. It was determined that the HAD-A points of patients were  $\bar{x}:7.42\pm4.43$  (min:0-max:20), The HAD-D points of patients were  $\bar{x}:8.85\pm4.23$  (min: 3-max:18). It was determined that a significiant relation in advenced level was found between anxiety and MRCS, depression and MRCS, anxiety and depression ( $p<0.01$ ). A significiant relation was found between depression and FEV<sub>1</sub> ( $p<0.05$ ). A negative relation was found between anxiety and PO<sub>2</sub> but this was not meaningful statistically. According to findings of research, some suggestions were proposed.

**Key words:** anxiety, COPD, depression, perception of dyspnea.

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) .....	5
2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları.....	7
2.3.1.Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne .....	7
2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Anksiyete ve Depresyon .....	8
3.1. Araştırmanın Şekli .....	11
3.2. Araştırmanın Alt Problemi.....	11
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	11
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	12
3.5. Araştırmaya Katılma ve Katılmama Kriterleri.....	13
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	13
3.7. Veri Toplama Araçları.....	13
3.7.1. Hasta tanıtım formu.....	13
3.7.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	13
3.7.3. Dispnenin Subjektif ve Objektif Olarak Ölçülmesi .....	14
3.7.3.1. Medical Research Council Scale (MRCS).....	14
3.7.3.2. Dipnenin Objektif Olarak Ölçülmesi.....	14
3.8. Ön Uygulama .....	15
3.9. Verilerin Toplanması .....	15
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu .....	16
4. BULGULAR .....	17
4.1. Araştırmaya Katılan KOAH Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	17
.....	26
4.2. KOAH Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının İncelenmesi.....	26
4.3. HAD Ölçeği Alt Boyutları İle Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	27
4.4. KOAH'lı Hastalarda Anksiyeteyi ve Depresyonu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi .....	28
5. TARTIŞMA.....	30
5.1. KOAH Hastalarının Dispne Yaşantıları .....	30
5.2. KOAH'lı Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri.....	32
5.3. Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri ile Anksiyete Depresyon İlişkisi.....	33
5.4. KOAH'lı Hastalarda Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler .....	36
5.5. KOAH'lı Hastalarda Depresyonu Etkileyen Faktörler .....	37

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	39
6.1. Sonuçlar.....	39
6.2. Öneriler.....	39
EKLER.....	48
EK I.....	48
HASTA BİLGİ VE RIZA FORMU.....	48
EK II.....	52
HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	52
EK III.....	54
MRC( Medical Research Council Dyspnea Index) SKALA.....	54



## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATS	American Thoracic Society/Amerikan Toraks Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERS	European Respiratory Society/ Avrupa Solunum Derneği
FEV <sub>1</sub>	Birinci dakika zorlu ekspirium volümü
FVC	Ekspirasyonla atılan maksimum hava hacmi
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MRCS	Medical Research Council Scale
n	Örnekleme alınacak birey sayısı
pO <sub>2</sub>	Parsiyel oksijen basıncı
pCO <sub>2</sub>	Parsiyel karbondioksit basıncı
SD	Standart deviasyon

**USOT**      **Uzun süreli oksijen tedavisi**

## ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1: Türk Toraks Derneği'nin KOAH Evrelendirmesi (2010) .....	6
Tablo 4.1.1. KOAH Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri (n=90) .....	18
Tablo 4.1.2: KOAH Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=90) .....	20
Tablo 4.1.3: KOAH Hastalarının Sosyal Destek ve Bakım Alma Durumları (n=90).....	21
Tablo 4.1.4: KOAH Hastalarının Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Psikiyatrik Destek Alma Durumları (n=90).....	22
Tablo 4.1.5: KOAH Hastalarının Nefes Almaya Verdikleri Anlam (n=90) .....	23
Tablo 4.1.6: Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerlendirme Boyutları .....	23
Tablo 4.1.7: KOAH Hastalarının Dispneye Bağlı Yaşadıkları Duygular (n=90).....	24
Tablo 4.1.8: KOAH Hastalarının Dispne Yönetimi Konusunda Kendilerini Yeterli Bulma Durumları (n=90).....	25
Tablo 4.2.1: KOAH Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanları (n=90).....	
4.3.1: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin Alt Boyutları ile Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri Arasındaki İlişki .....	27
Tablo 4.4.1: KOAH'lı Hastalarda Anksiyete Üzerine Etkisi Saptanan Değişkenlerin Analizinin Sonucu (n=90).....	28
Tablo 4.4.2.: KOAH'lı Hastalarda Depresyon Üzerine Etkisi Saptanan Değişkenlerin Analizinin Sonucu (n=90).....	29

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Hastalık ise bedensel olduğu kadar bireyleri psikolojik, spiritüel, sosyal ve cinsel yönden etkileyebilen bir durumdur<sup>1</sup>. Kronik hastalıklarda bu alanlara dair sorunlar daha belirgin olarak ortaya çıkabilmektedir. Kronik hastalıklar; ilerleyici, tedavi edilemez, fonksiyonları zayıflatan, tekrarlayıcı belirtileri olduğu için bireylerin yaşam düzeninde değişikliğin sürekli olduğu, hastalıkla ilişkili uyum için gayret ve istek gerektiren sağlık sorunlarıdır<sup>2</sup>. Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliğe neden oldukları, ölüm oranında artışa yol açtıkları için önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklardan en yaygın olanı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'dır<sup>3</sup>. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); zararlı gaz ve partiküllere özellikle sigara dumanına bağlı olarak gelişen, tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık enflamatuvar bir süreç sonucu gelişir. Enflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir. Önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyrederek eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler), hastalığın doğal gidişini etkilemektedir<sup>4</sup>.

KOAH geçmişteki tanımlama sorunları nedeniyle hakkında yeterli epidemiyolojik verilerin olmadığı bir hastalıktır. KOAH tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH en önemli ölüm nedenleri arasında, dünyada 4. ve Türkiye'de ise 3. sıradadır. Diğer önde gelen ölüm nedenlerinde ciddi bir düşüş olmasına rağmen KOAH mortalitesinde %163'lük bir artış görülmektedir. 2002 yılı verilerine göre KOAH dünyada en sık sakat bırakan hastalıklar arasında 11. sırada yer alırken, 2030'da 5. sırada yer alacağı ön görülmektedir. Türkiye'de en sık sakat bırakan hastalıklar arasında KOAH 8. sıradadır<sup>4</sup>.

Sigara tüketimin artmasına bağlı olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de KOAH ve KOAH'a bağlı ölümler hızla artmaktadır<sup>4</sup>. KOAH'ın neden olduğu akut ataklara bağlı tekrarlı hastane yatışlar, tıbbi harcamalar ve işgücü kaybı tüm ülkelerde ciddi boyutlarda ekonomik ve sosyal kayıpları oluşturmaktadır. ABD'de 1993 yılında KOAH'a

bağlı harcamaların 23.9 milyar dolar, astım için 12.6 milyar dolar, pnömoni için 7.8 milyar dolar ve tüberküloz için 1.1 milyar dolar olduğu bildirilmiştir<sup>4</sup>.

KOAH'da hastalık ilerledikçe hava yolu obstrüksiyonunun şiddetinde artma, dispne ve yorgunluk gibi semptomlar görülebilmektedir. Bu belirtiler genellikle yürüme, banyo yapma ve hatta yemek yeme gibi günlük yaşamsal işlevlerin bozulmasına ve hastaların başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olabilmektedir<sup>5,6</sup>. KOAH'ta en sık rastlanan belirti olan dispne (nefes darlığı) hastaların yoğun korku yaşamalarına, yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin ortaya çıkmasına, önceliklerinin değişmesine, bağımlılık durumlarının artmasına, ölüm korkusu, yoğun anksiyete ve depresyon yaşamalarına yol açmaktadır<sup>3,7,8</sup>. Dispnenin subjektif bir deneyim olduğunu savunan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda dispnenin her birey için farklı anlam taşıdığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastaların %100'ünün dispne yaşadıkları<sup>3</sup>, nefes darlığının en kötü semptom olarak algılandığı<sup>9</sup> hastaların dispne yaşayacağı korkusuyla, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken sıkıntı yaşadıkları ve kendilerini sınırlandırabildikleri belirlenmiştir<sup>10</sup>. Meydana gelen fizyolojik değişimlerin yanı sıra, KOAH'lı hastaların günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal aktivitelerde kontrol kaybı, bağımsızlık kaybı, erken emeklilik, finansal sorunlar, rol performansında değişim, aile yaşantısında değişim, beden imgesinde değişim ve öz saygılarında azalma gibi problemlerle karşı karşıya gelmektedirler. Tüm bu psikososyal değişim ve problemler hastalarda anksiyete ve depresyon yaşanmasına neden olmaktadır<sup>11,12,13,14,15,16,17</sup>.

KOAH'da en yaygın görülen ruhsal bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmektedir<sup>18,19</sup>. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastalarda anksiyete prevalansının %2-96 arasında<sup>20,21,22</sup> depresyon prevalansının ise kesin bir oranı olmamakla birlikte %6-56 arasında olduğu tahmin edilmektedir<sup>17,20,23</sup>. KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyona neden olan faktörlerin sigara içimine devam etme<sup>15</sup>, fiziksel gücün ilerleyici kaybı, kişilerarası ilişkilerde gerileme, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü, yaşamdan beklentilerinde zorlanma<sup>24</sup>, uzun süreli sistemik kortikostroid kullanımı<sup>25</sup> ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Anksiyete yaşantısı genellikle KOAH'lı hastalarda dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğüünün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olmaktadır. Anksiyeteli birey mevcut dispnesini daha da endişe ile yorumlayabilmekte ve korkusu artabilmektedir. Yoğunluğu kişide ve kişiler arasında da değişkenlik göstermekle birlikte, hastalığın akut alevlenmelerinde dispne artmaktadır<sup>26</sup>. KOAH hastalarının

dispne algularının; yaşadıkları anksiyete ve depresyon, hastalığa uyum, başa çıkma yetenekleri, öz yeterlilikleri, hastalığın evresi, geçmiş deneyimler gibi birçok faktör ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir<sup>12,20,26,27,28,29,30</sup>. Bu nedenle hastaların yaşamlarını kısıtlayan ve müdahale gerektiren en önemli olgunun dispne olduğu bildirilmektedir<sup>28</sup>.

Depresyon KOAH'lı hastalarda anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluktur<sup>21</sup>. Yapılan çalışmalarda depresyon prevalansı %13-50 arasında bulunmuştur<sup>18,12,20,22</sup>. Bedensel hastalığı olanlarda oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir<sup>13,31,32</sup>. Depresyon, hastaların tedaviye uyumunu azaltması, alevlenmeleri çok daha şiddetli hale getirmesi ve yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle önemli bir sorun olarak görülmektedir<sup>15,17,76</sup>. KOAH'da öz-denetim kaybı, rol kaybı ve sosyal izolasyonun diğer kronik hastalıklara göre daha fazla görüldüğü için hastalar kendilerini daha depresif hissetmelerine neden olduğu bildirilmektedir<sup>13,15</sup>. Depresyonun, psikososyal alanlardaki değişimlerle olduğu kadar, dispne şiddeti ve mevcut oksijenlenme düzeyi ile de ilişkili olduğu görülmektedir<sup>17</sup>. Hafif nefes darlığı atakları ile kıyaslandığında; şiddetli dispnede pCO<sub>2</sub> düzeyleri yüksek, pO<sub>2</sub> seviyeleri düşük ve depresyon bulgularının belirgin olduğu izlenmiştir<sup>25</sup>. Düşük pCO<sub>2</sub> düzeylerinin artmış depresyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti dikkate alındığında ise, pCO<sub>2</sub> düzeylerinin depresyonun ağırlığı ile birliktelik gösterdiği görülmüştür<sup>33</sup>.

KOAH hastalarının yaşadıkları nefes darlığı ve psikososyal değişimleri doğru bir şekilde tanımlamak ancak dikkatli bir gözlem ve hasta ile kurulan etkili bir iletişim ile gerçekleşebilir. Bu bağlamda hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşirelere önemli bir rol düşmektedir. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (KLP) hemşireliği, gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır<sup>34</sup>. Bu tanımdan yola çıkarak, KLP hemşiresinin KOAH hastalarına anksiyete giderici eğitimler verme, korkularını paylaşmalarını sağlama, nefessizlik hissi ile baş edebilmelerine yardımcı olma ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunma gibi birçok fonksiyonları bulunmaktadır. Bunların yanında KOAH'lı hastalara bakım veren

hemşirelerin danışmanlık becerilerini geliştirme işlevi bulunmaktadır. KOAH'lı hastalarla çalışan hemşirelerin de hastaların günlük yaşamını olumsuz etkileyen faktörleri, bunları algılayış biçimlerini ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek uygun hemşirelik müdahalelerini yapması gerekmektedir.

Türkiye'de KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde, özbakım gücü<sup>35</sup>, öz-etkililik<sup>13</sup>, yaşam kalitesi<sup>36</sup>, anksiyete ve depresyon<sup>18,12</sup>, sosyal destek<sup>37</sup> gibi konuların ağırlıklı olarak ele alındığı, ancak KOAH'ın en önemli belirtisi olan dispne ile ruh sağlığı ilişkisinin incelendiği çalışmaların bulunmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırmacı tarafından KOAH'lı hastalarla çalışan hemşirelere rehber olması düşünülen bir çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, KOAH'lı hastaların dispne düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), değişik zararlı partikül ve gazlara bağlı olarak gelişen enflamatuvar yanıtla ilgili, tam olarak geri dönüşü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlılığı ile karakterize, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır<sup>38</sup> (GOLD, 2009). KOAH'da enflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir<sup>39</sup>.

KOAH'da kronik bronşit ve amfizem genellikle bir aradadır. Kronik bronşit, ardarda en az iki yıldır tekrarlayan ve en az üç ay boyunca devam eden ve diğer solunum ya da kalp hastalıklarına bağlanamayan öksürük ve balgam çıkarma ile karakterize bir hastalıktır. Amfizem ise; terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının, belirgin fibrozisin eşlik etmediği duvar hasarı ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir<sup>40</sup>.

KOAH tanısı koyulabilmesi için FEV<sub>1</sub> (Birinci dakika zorlu ekspirium volümü) değerinin beklenenin %80 altında olması ve FEV<sub>1</sub> /FVC (ekspirasyonla atılan maksimum hava hacmi) < %70 olması gerekmektedir<sup>41</sup>. Toraks Derneği, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), American Thoracic Society (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği (European Respiratory Society)'nin raporunda KOAH FEV<sub>1</sub> değerine göre hafif, orta, ağır, çok ağır olmak üzere 4 evreye ayrılmıştır<sup>42,43</sup>. Şekil 1'de Türk Toraks Derneği'nin KOAH Evrelendirmesi gösterilmektedir.

DERECE	ÖZELLİKLERİ	
<b>Hafif</b>	FEV1 $\geq$ %80 (beklenenin)	FEV1/FVC < %70
<b>Orta</b>	%50 $\leq$ FEV1 < %80 (beklenenin)	
<b>Ağır</b>	%30 $\leq$ FEV1 < %50 (beklenenin)	
<b>Çok ağır</b>	FEV1 < %30 (beklenenin) ya da FEV1 < %50 (beklenenin)+kronik solunum yetmezliği*	

\*Solunum yetmezliği: Deniz seviyesinde ve oda havası solunurken; PaO<sub>2</sub> < 60mmHg ve/veya PaCO<sub>2</sub> > 50mmHg

**Şekil 1:** Türk Toraks Derneği'nin KOAH Evrelendirmesi (2010)

## 2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi

Tüm dünya ülkelerinde ekonomik yükü oldukça fazla olan KOAH ve giderek artan ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. DSÖ'ne göre; 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür ve bu ölümlerin yarısı, çoğu Çin'de olmak üzere Batı Pasifik bölgesinde gerçekleşmiştir. Diğer taraftan Avrupa ülkelerinde KOAH, astım ve pnömoniden oluşan hastalık grubu ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı alırken, ABD'de KOAH tek başına dördüncü ölüm nedeni olarak izlenmektedir. Bugün tüm dünyada en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alan KOAH, DSÖ tahminlerine göre 2030 yılında en sık 4. ölüm nedeni haline gelecektir<sup>4</sup>. T.C. Sağlık Bakanlığı 2004 yılı raporunda ise KOAH ülkemizdeki en önemli 3. ölüm nedeni olarak saptanmıştır. Diğer önde gelen ölüm nedenlerinde ciddi bir düşüş olmasına karşın KOAH mortalitesinde %163'lük bir artış görülmektedir<sup>44</sup>. Türk Toraks Derneği (2010) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşım Raporu'na göre KOAH dünyada sakat bırakan hastalıklar arasında 11. sırada yer alırken, 2030'da 5. sırada yer alacağı ön görülmektedir<sup>4</sup>. KOAH, Türkiye'de en sık sakat bırakan hastalıklar arasında 8. sırada olmakla birlikte hastanelerde gerçekleşen en yaygın ölüm nedenleri arasında 11. sırada yer almaktadır<sup>45</sup>.

Türkiye'de, KOAH'ın yüküne yönelik yeterli çalışma bulunmamasıyla birlikte, 1976'da Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada, 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH



prevalansı %13.6 (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) olarak bildirilmiştir. Yine Kayseri'nin kırsal bölgesinde 20 yaş üstü nüfusta yapılan bir çalışmada ise, kronik bronşit prevalansı %13.5 (erkeklerde %17.8, kadınlarda %10.0) olarak bulunmuştur<sup>46</sup>.

### **2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları**

KOAH' da yaygın görülen semptomlar dispne, balgam çıkartma ve özellikle sabahları görülen öksürüktür. Ayrıca yorgunluk, sağ kalp yetmezliği, siyanoz, ödem, iştahsızlık, kilo kaybı, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) görülebilmektedir. Fizik muayene bulgularında ise, ekspiryum uzunluğu, zorlu ekspirasyon, solunum seslerinde azalma, raller, büyük dudak solunumu, göğüs ön arka çapında artma, alt interkostal aralıklarda paradoksal içe çekilme, kalp seslerinin derinden duyulması görülebilmektedir~~Hata! Yer işareti tanımlanmamış.~~<sup>16,47</sup>.

#### **2.3.1. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne**

American Thoracic Society (ATS) dispneyi, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ve bunlara eşlik edebilen fizyolojik ve davranışsal etkilenimlerden kaynaklanan çok yönlü subjektif bir deneyim olarak tanımlamıştır. Dispne ilerlemiş birçok kanser türünde ve kardiyolojik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'm da en yaygın yakınması olarak görülmektedir<sup>27, 48</sup>.

Dispne varlığını, çeşitlerini, şiddetini ve sıklığını değerlendirmek için çok çeşitli parametreler kullanılmaktadır<sup>49,50</sup>. Günümüzde kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne şiddetini saptamak için en sık Modifiye Borg Skalası, Vizüel Analog Skalası, Medical Research Council Dyspnea Scale, Baseline Dispne İndeksi ve Oksijen Tüketim Diyagramının kullanıldığı görülmektedir<sup>10</sup>. MRC Skalanın yüz geçerliliği, yapı geçerliliği ve ayırıcı geçerliliğinin yapıldığı bir çalışmada kullanıma uygunluğu kanıtlanmıştır<sup>49</sup>. Bu testler dispnenin subjektif değerlendirilmesinde kriter olarak alınmaktadır. Solunum fonksiyon testleri ise, dispnenin objektif kriterlerle değerlendirilmesini sağlamaktadır. Buna göre spirometre ile maksimum inspirasyon noktasından itibaren zorlu ekspirasyonla atılan maksimum hava hacmi (FVC) ve bu manevranın birinci saniyesinde atılan hava hacmi (FEV<sub>1</sub>) ölçülmeli ve bu iki ölçümün oranı (FEV<sub>1</sub>/FVC) hesaplanmalıdır.

KOAH hastalarında hem FEV<sub>1</sub> hem de FVC düşüktür (GOLD Report, 2009). FEV<sub>1</sub> hava yollarının obstrüksiyonunun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan parametre olmasına rağmen<sup>51</sup>, KOAH'ın erken dönemlerinde hassas olmayabilmektedir.

Bu nedenle hafif şiddette KOAH'da, FEV<sub>1</sub> / FVC oranı duyarlı bir indeks olarak kabul edilirken, orta-ileri dereceli KOAH'da, FEV<sub>1</sub> değerinin hava yolundaki kısıtlanmayı daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla GOLD, KOAH' da hava akımının şiddetinin ve hastalığın evresinin belirlenmesinde FEV<sub>1</sub>'in mutlak değeri ve FEV<sub>1</sub>/FVC oranının birlikte değerlendirilme zorunluluğunu getirmiştir<sup>42</sup>.

#### **2.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Anksiyete ve Depresyon**

Anksiyete sözcüğü sıkışma ve darlık anlamına gelmektedir. İngilizce konuşan ülkelerde "anxiety" sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne bu şekilde girmiştir<sup>52</sup>. Türkçe'de "bun", "bunaltı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tanımlanmaktadır<sup>53</sup>. Depresyon ise, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur<sup>32</sup>.

KOAH ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki incelendiğinde en yaygın görülen psikiyatrik hastalıkların anksiyete ve depresyon olduğu görülmüştür<sup>15,19,20,21</sup>. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastalarda anksiyetenin prevalansının %2-96 arasında olduğu bildirilmektedir<sup>20,21,22</sup>.

Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur<sup>18,19</sup>. KOAH'lı hastalarda depresyonun yaygınlığını %2-42 arasında değiştiği belirtilmektedir<sup>19</sup>. KOAH'lı hastalar fiziksel gücün ilerleyici kaybı (FEV<sub>1</sub> düşüklüğü)<sup>12,18</sup>, kişilerarası ilişkilerde gerileme, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü, yaşamdan beklentilerinde azalma<sup>17</sup> gibi sorunlar yaşamakta, bu sorunlar hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltmakta<sup>13</sup>, depresyon gelişmesine neden olmaktadır<sup>24</sup>. Buna ek olarak artan yaş faktörü<sup>12</sup>, bekar olma ya da yalnız yaşama<sup>17</sup>, hastanede yatıyor olma<sup>18</sup>, uzun süreli oksijen kullanımı<sup>15,16,20</sup>, geniş ailede yaşama<sup>17</sup> KOAH olanlarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yükselmesine yol açan diğer faktörler arasında gösterilmektedir. KOAH'lı bireylerde egzersiz toleransını arttırarak ve hava hapsini azaltarak etki gösteren teofilinin anksiyete yapıcı etkileri olduğu bilinmektedir<sup>4,54</sup>. Ayrıca KOAH'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak depresyona eşlik ettiğini gösteren araştırmalara da rastlanmaktadır<sup>12,55</sup>.

## **2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi**

### **2.5.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne ve Anksiyete İlişkisi**

Anksiyete ve KOAH arasındaki sıkı ilişkiyi açıklamaya yönelik genel mekanizmalar çoğunlukla dispne ile ilişkili faktörleri içermektedir. KOAH hastalarında en sık görülen ve en çok fonksiyon kaybına neden olan semptom olarak bilinen dispne<sup>7</sup>, hoş olmayan veya rahatsız soluk alma hissi ve bu duyuya karşı vücudun reaksiyonu olarak tanımlanabilmektedir<sup>11,14</sup>. Kullanılan en yaygın Türkçe karşılığı nefes darlığıdır. Amerikan Thoracic Society (ATS) dispneyi “niteliksel olarak çeşitli yoğunlukta duyuların oluşturduğu öznel solunum rahatsızlığı deneyimi” olarak tanımlamıştır<sup>43</sup>. Zelechowski'nin Dispne Modeline göre ise (1977), dispnenin yoğunluğu ve şiddeti kişiden kişiye değişebilmektedir. Bazı bireyler herhangi bir psikolojik stresle karşılaştıklarında aşırı dispne yaşayabilirken, bazı bireylerin ciddi hastalıkları olmasına karşın dispne algılamaları düşük olabilmektedir. Bir başka deyişle dispne subjektiftir<sup>27</sup>. O'Driscoll'un yaptığı çalışmada (1999); dispnenin subjektif bir deneyim olduğunun kanıtı olarak, hastaların dispne deneyimlerini ve hissettikleri duygularını çok farklı şekillerde dile getirmiş olmaları düşünülebilir<sup>11</sup>. Bu nedenle KOAH'lı hastaların dispnesini değerlendirirken hem objektif verilerden (solunum fonksiyon testi, kan gazı değerleri pulse oksimetre) hem de subjektif verilerden yararlanılmalıdır. Çünkü dispne yakınması tek başına solunum güçlüğünün şiddetinin artmasına ve hiperventilasyona neden olan bir faktördür. Anksiyeteli bireylerde ise mevcut dispne daha endişeli yorumlanacak ve korkuları daha da artacaktır. KOAH'lı hastaların dispne yaşadıkları dönemde ayrıca anksiyete de yaşadıkları görülmektedir<sup>56</sup>. Dispne ve anksiyete arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere, “KOAH hastalarının anksiyeteyi hastalığın alevleneceğinin bir işareti” olarak tanımlamaktadır.<sup>57</sup>

### **2.5.2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne ve depresyon ilişkisi**

KOAH'lı hastalarda depresyon varlığını açıklayan birçok durum vardır. Hipoksi, sigara içmek ve hastalığın alevlenmesi bunlardan en çok bilinenleridir<sup>11,12,57</sup>. Dispne algısı artan hastalarda yaygın hipoksi görülmektedir<sup>57</sup>. KOAH'ta hastalık ilerledikçe, dispne nedeniyle fiziksel aktivite düzeyinde azalma meydana gelir<sup>58,59</sup>. Sedanter yaşam biçiminin yarattığı etkiyle birleşince, hastaların günlük yaşamdaki temel fonksiyonları yerine getirmeleri giderek zorlaşır<sup>58</sup>. Aktiviteler sırasında, metabolik ve solunumla ilgili

gereksinimlerde normalin üstünde bir artış meydana gelir. Özellikle üst ekstremitenin kullanıldığı basit günlük aktivitelerin yapılması, oksijen gereksiniminde artışa ve aktivite sırasında ventilatuar rezervin daha büyük bir yüzdesinin kullanılmasına neden olur<sup>60</sup>. Bunun sonucunda, nefes darlığı algılamasında artış, dolayısıyla hipokside artış<sup>19</sup> ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma meydana gelir<sup>60,65</sup>. Hipoksi psikomotor yavaşlama ve hafıza kaybına yol açtığı gibi, depresif duygudurumunu da etkilemektedir KOAH'lı olguların duygudurumlarının, solunum fonksiyon testi parametrelerinden etkilendiği ve FEV<sub>1</sub>'de meydana gelen düşüşün, hastalarda depresif duygulanıma eğilim yaratabildiği görülmektedir<sup>18,20,30</sup>. Ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamaların depresyon ile ilişkili olduğu da görülmektedir<sup>5</sup>. Depresyon hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırdığında, hastalar bir kısır döngüye girebilmektedir<sup>24</sup>.

Depresyon, dispne şiddeti ile olduğu kadar mevcut oksijenlenme düzeyi ile de ilişkili görünmektedir. Hafif nefes darlığı atakları ile kıyaslandığında, şiddetli dispnede plazma CO<sub>2</sub> düzeyleri yüksek, plazma O<sub>2</sub> seviyeleri düşük ve depresyon bulgularının belirgin olduğu izlenmektedir<sup>25</sup>. Baskılanmış ventilasyona bağlı düşük pCO<sub>2</sub> düzeyleri, artmış depresyon ile ilişkilidir. Dispnenin şiddeti dikkate alındığında, düşük pCO<sub>2</sub> düzeylerinin depresyonun ağırlığı ile ilişkili olduğu düşünülebilmektedir<sup>33</sup>.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde dispne algıları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Alt Problemi**

1. Dispnenin objektif ve subjektif değerleri ile Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği alt boyutları puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?
2. KOAH hastalarının bazı sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler) göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puan ortalaması farklılaşmakta mıdır?
3. KOAH hastalarının hastalığa ilişkin özelliklerine (hastalık süresi, hastaneye yatma sıklığı, başka kronik hastalığın varlığı, psikiyatrik bir hastalığın varlığı, sigara içme durumu, sosyal destek varlığı) göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puan ortalaması farklılaşmakta mıdır?
4. KOAH hastalarının nefes darlığına (dispne) ilişkin özelliklerine (nefes almanın anlamı, dispneyi ifade ediş biçimi, dispne yönetimi konusunda bildikleri) göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puan ortalaması farklılaşmakta mıdır?
5. KOAH hastalarının algıladıkları dispne ile anksiyete arasında bir ilişki var mıdır?
6. KOAH hastalarının algıladıkları dispne ile depresyon arasında bir ilişki var mıdır?
7. KOAH hastalarının hastalık evresine göre yaşamış oldukları anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. Solunum parametreleri (Kan gazı ölçümleri, SFT) ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları polikliniğinde yapılmıştır. Bu hastanenin seçilmesinin nedeni hastanede tanı ve tedavi için her türlü klinik ortam, araç ve gereç bulunmasıdır.

Düzce ilinde yaşayan ve KOAH tanısı alan veya şüphelenilen hastalar ileri tetkikler için Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine gönderilmektedir.

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 350 yataklıdır. Solunum sıkıntısı yaşayan hastalar hastanenin göğüs hastalıkları polikliniğinde muayene edilmektedirler. Yatarak tedavi gören hastalar için hastanede ayrı bir Göğüs Servisi bulunmaktadır. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında 3 Doçent ve 7 asistan bulunmaktadır. Hastanenin göğüs hastalıkları servisi 25 yataklı olup 9 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede hemşireler 08:00-16:00, 16:00-08:00 şeklinde haftada 40 saat çalışmaktadırlar. Her serviste bir sorumlu hemşire bulunmakta, hemşireler başhemşireliğe bağlı görev yapmaktadırlar.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni 01.01.2008-31.12.2009 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Acil Servise Başvuran KOAH tanısı almış 326 hastadan oluşmuştur. Örneklem evreni %13 KOAH görülme sıklığı ile, %95 güven aralığında, %0,5'lik yanılma payı ile evreni bilinen örneklem formülüne ( $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$ ) göre hesaplanmıştır. Bu formül hesaplanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır.

n= Örneklem alınacak birey sayısı

N= 326

t=1.96 (%5 anlamlılık düzeyinde)

p=%0.13 (KOAH hastalığının toplumda görülme sıklığı)

q=%0.87 (1-p)

d= 0.05 ( p değeri için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konduğunda, n: 96 birey sonucu çıkmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde (01.02.2009-30.07.2009) Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde tedavi edilen veya kontrole gelen araştırmayı kabul eden, FEV<sub>1</sub> değeri < %80 olan algılama bozukluğu olmayan 90 KOAH hastası (%93,75) ile araştırma tamamlanmıştır.

### **3.5. Araştırmaya Katılma ve Katılmama Kriterleri**

- FEV<sub>1</sub> değeri > 80 olan,
- Anket formundaki soruları algılayabilecek bilişsel kapasiteye sahip olamayan,
- Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek ağır ruhsal bozukluğu olan,
- Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek şekilde genel sağlık durumu kötü olan,
- Araştırmaya katılmayı yazılı veya sözlü olarak kabul etmeyen hastalar örneklem dışı bırakılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırma Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde takip ve tedavi edilen hastalarla sınırlıdır.
- Anksiyete ve depresyon belirtileri, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğindeki (HAD) maddelerle sınırlıdır.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

#### **3.7.1. Hasta tanıtım formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak<sup>5,20,22,25,26,28,50,75</sup> KOAH'lı hastalarda dispne, anksiyete ve depresyon belirtilerini etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurularak yapılandırılan 24 açık ve kapalı uçlu sorudan oluşan soru formu (Ek 1), hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler), hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilerini (hastalık süresi, hastaneye yatma sıklığı, başka kronik hastalığın varlığı, psikiyatrik bir hastalığın varlığı, sigara içme durumu, sosyal destek varlığı) ve nefes darlığına (dispne) ilişkin özelliklerini (nefes almanın anlamı, dispneyi ifade ediş biçimi, dispne yönetimi konusunda bildikleri) içermektedir.

#### **3.7.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)**

Araştırmada, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen<sup>61</sup>, ülkemizde geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Aydemir (1997) tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır<sup>62</sup> (EK 2). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların 7'si (tek sayılar) anksiyeteyi, 7'si (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü liker tipi ölçüm sağlamaktadır. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.8161-0.8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.7374-0.7795 arasında değişmektedir. Yarıya bölme güvenirlüğünde anksiyete alt ölçeği için  $r=0.8532$ , depresyon alt ölçeği için  $r=0.8069$  bulunmuştur<sup>62</sup>.

### **3.7.3. Dispnenin Subjektif ve Objektif Olarak Ölçülmesi**

#### **3.7.3.1. Medical Research Council Scale (MRCS)**

Flatcher (1952) tarafından geliştirilen ve KOAH'lı hastaların kategorizasyonunda basit ve geçerli bir yöntem olduğu düşünülen<sup>63</sup> Medical Research Council Scale (MRC) kullanılmıştır (EK 3). Dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşmuş bir skaladır. Beş maddeden oluşur. Hasta skala seçeneklerini okuyarak solunum sıkıntısını tanımlayan en uygun dereceyi seçer. Puanlama 0-4 arasındadır<sup>63,64</sup>. MRC Skalası daha önce bir çok araştırmada dispne algısını değerlendirmek için kullanılmıştır<sup>5,10,65,66,67</sup>.

#### **3.7.3.2. Dipnenin Objektif Olarak Ölçülmesi**

Hastaların solunum fonksiyon testleri (SFT), ( $FEV_1$ ,  $FEV_1/FVC$ ) ve kan gazı değerleri ( $pO_2$  ve  $pCO_2$ ) ölçülmüştür. Polikliniğe gelen hastalara SFT uygulanmış, yatarak tedavi



gören hastaların anketin uygulandığı gün alınan kan gazı değerleri baz alınmış, ayrıca en son bir yıl içinde yaptırmış SFT'si var ise bu değerleri de kaydedilmiştir.

### **3.8. Ön Uygulama**

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 01-20 Şubat 2010 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği ve Göğüs Hastalıkları Servisinde KOAH nedeniyle takip ve tedavi edilen 10 (on) hastaya uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucu ankette önemli değişiklikler olmadığı için ön uygulamaya alınan on hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.9. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın yapılması konusunda 25.03.2010 tarihli ve 2010091 numaralı yazılı kurum izni (Ek-4) alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı poliklinik ve klinikteki sağlık personeli ile görüşülerek araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmada yüz yüze görüşme yoluyla hasta tanıtım formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile Medical Research Council Scale (MRCS) araştırmacı tarafından hastalara uygulanarak veriler toplanmıştır. 1 Şubat- 30 Temmuz 2010 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs hastalıkları servisinde yatan ve Göğüs hastalıkları polikliniğine gelen, araştırma sınırlılıklarını taşıyan hastaların aydınlatılmış imzalı onamları alınarak hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından okunmuş, hastaların yanıtları araştırmacı tarafından forma kaydedilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler istatistik paket programında değerlendirilmiştir (SPSS 18.0). Verilere ait tanımlayıcı değerler ortalama SD, sayı ve % olarak hesaplanmış, tablo ve grafikler halinde verilmiştir. Hastane anksiyete depresyon ölçeğinin alt boyutları ile dispnenin objektif ve subjektif değerleri arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile, anksiyete ve depresyonu etkileyen diğer tüm değişkenler ise lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. İstatistik değerlendirmelerde I.tip hata ( $\alpha$ ) 0.05 olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için 25.03.2010 tarihli ve 2010091 numaralı Kurum İzni (Ek-4) ve Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu'ndan 28.05.2010 tarihli ve 2010/5 Karar nolu Etik Kurul izni (Ek-5) alınmıştır. KOAH hastalarına araştırma hakkında bilgi verilip yazılı onam alınmış, araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır (Bilgilendirilmiş onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüşlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları söylenmiştir (Otonomi, bireye saygı).

Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, dürüşlük). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen diğer hasta ve hasta yakınlarına da hizmetler sunulmuştur (Eşitlik).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırmaya Katılan KOAH Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %91.1'nin erkek, hastaların yaş ortalamalarının  $67.16 \pm 10.535$  (min:40-max:90) olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan KOAH hastalarının %80'i evli olup, %70'i çekirdek ailede, %35.6'sı eşi ve çocukları ile birlikte, %5.6'sı yalnız yaşamaktadır. Hastaların %76.7'si okur yazar olup, %60'ı hastalık dışı nedenlerden dolayı eve gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Algılanan sosyo-ekonomik düzey incelendiğinde hastaların yarısından çoğunun (%51.1) kendi sosyoekonomik düzeyini düşük olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.1. KOAH Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri (n=90)**

<b>ÖZELLİKLER</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	8	8.9
	Erkek	82	91.1
<b>Öğrenim Düzeyi</b>	Okur yazar	69	76.7
	Okur yazar değil	21	23.3
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	72	80.0
	Bekar/Dul/Boşanmış	18	20.0
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	63	70.0
	Geniş aile	27	30.0
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	Yalnız	5	5.6.0
	Eşi ile	24	26.7
	Çocukları ile	6	6.7
	Eşi ve çocukları ile	32	35.6
	Eşi, çocuğu, gelini, damadı, torunu ile	23	25.6
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışan	9	10.0
	Hastalık yüzünden çalışamayan	27	30.0
	Hastalık dışı nedenlerden çalışamayan	54	60.0
<b>Algılanan Sosyoekonomik Düzey</b>	Düşük	46	51.1
	Orta	44	48.9
<b>Yaş <math>\bar{x}</math> : 67.1±10.53 (min:40-max:90)</b>			

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan KOAH hastalarının hastalığına ilişkin özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %34.4’ünün hastalık sresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %43.3’ünün son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığı, büyük bir çoğunluğun (%91.1) düzenli kontrollere gelmediği ve %47.8’inin KOAH ile birlikte başka sağlık sorunları yaşadığı görülmektedir. Hastaların önemli bir çoğunluğunun (%76.7) sigara öyküleri olup řu anda içmedikleri belirlenmiş ve sigara içme süresi incelendiğinde  $54.23 \pm 4.16$  yıl/paket (min:10-max: 300) olarak bulunmuştur. Hastaların evlerinde solunuma destek veren cihaz kullanma durumları incelendiğinde %33.3’ünün evinde nebulizatör cihazı, %24.4’ünün evinde oksijen tüpü, %10’unu evinde bibap cihazı bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.1.2: KOAH Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=90)**

ÖZELLİKLER		Sayı	%
<b>Hastalığın Süresi</b>	< 1 yıl	28	31.1
	1-5 yıl	31	34.4
	6-10 yıl	14	15.6
	10 yıldan fazla	15	16.7
<b>Hastaneye Yatış Sayısı</b>	Hiç yatmayan	29	32.2
	1-2 kez yatan	39	43.3
	3 kez ve üstü yatan	22	24.4
<b>Kontrole düzenli gelme</b>	Gelen	50	55.6
	Gelmeyen	40	44.4
<b>Başka Bir Kronik Hastalık</b>	Olmayan	32	35.6
	Olan	58	64.4
<b>Tütün Kullanımı</b>	Hiç kullanmayan	10	11.1
	Kullanıp, bırakan	69	76.7
	Kullanan	11	12.2
<b>Evinde O<sub>2</sub> Tüpü Olma Durumu</b>	Olan	22	24.4
	Olmayan	68	75.6
<b>Evde O<sub>2</sub> Konsantretörü</b>	Olan	18	20.0
	Olmayan	72	72.0
<b>Evinde Nebülizatör Olma Durumu</b>	Olan	30	33.3
	Olmayan	60	66.7
<b>Sigara içme süresi (yıl/paket): 54.23±4.16 (min:10-max: 300)</b>			

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının aldıkları sosyal destek durumları Tablo 4.1.3’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %82.2’sinin sosyal desteğe sahip olduğu ve bakıma ihtiyacı olan hastaların %62.2’sinin bakım konusunda ailesinden yardım aldıkları görülmüştür. Hastaların %33.3’ü bakım gereksinimlerinin olmadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.1.3: KOAH Hastalarının Sosyal Destek ve Bakım Alma Durumları (n=90)**

SOSYAL DESTEK		Sayı	%
<b>Sosyal Desteğe Sahip Olma</b>	Olan	82	91.1
	Olmayan	8	8.9
<b>Bakımıyla İlgilenen Kimse</b>	Bakıma gereksinimi olmayan	30	33.3
	Ailesinden bakım alan	56	62.2
	“İhtiyaç duyuyorum, ancak kimse yok” diyen	4	4.4

Tablo 4.1.4.'de araştırmaya katılan KOAH hastalarının Psikiyatrik hastalık ve tedavi öykülerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %74.4'ünde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmadığı, %90.7'sinin herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığı ve %9.3'ünün psikiyatrik destek almadığı görölmektedir.

**Tablo 4.1.4: KOAH Hastalarının Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Psikiyatrik Destek Alma Durumları (n=90)**

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Olmayan	67	74.4
	Olan	23	25.6
Psikiyatrik Tedavi (n=23)	Almayan	15	66.6
	Alan	8	33.3
Psikiyatrik Destek	Alan	6	6.7
	Almak isteyen	28	31.1
	Almak istemeyen	56	62.2

- *Psikiyatrik tedavi alanına 86 hasta yanıt vermiştir.*



Tablo 4.1.5'te KOAH hastalarının nefes almaya verdikleri anlamlar incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %67.8'i nefes almayı “hayat”, “yaşamak”, “rahatlık”, “olmazsa olmaz” gibi ifadeler ile anlatmaya çalışırken, %24.4'ü nefes almayı tanımlayamadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.5: KOAH Hastalarının Nefes Almaya Verdikleri Anlam (n=90)**

NEFES ALMAYA VERDİKLERİ ANLAM		Sayı	%
Nefes almak	Hayat, yaşamak, rahatlık, olmazsa olmaz	61	67.8
	Uzun zamandır tatmadığı bir duygu	7	7.8
	Tanımlayamayan	22	24.4
<b>Toplam</b>		90	100.0

Tablo 4.1.6.'da dispnenin objektif ve subjektif değerlendirme boyutlarına ilişkin veriler incelenmektedir. Hastaların pO<sub>2</sub> ortalamaları 57.4±17.05, pCO<sub>2</sub> ortalamaları 48.3±15.83, FEV<sub>1</sub>/FVC ortalamaları 59.9±15.42, FEV<sub>1</sub> ortalamaları 50.6±21.84, MRCS ortalaması ise 3.1±1.37 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.6: Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerlendirme Boyutları**

DEĞERLER	$\bar{x} \pm SD$	Minimum-Maximum
pO <sub>2</sub>	57.4±17.05	25.2-100
pCO <sub>2</sub>	48.3±15.87	28.4-113
FEV <sub>1</sub> /FVC	59.9±15.42	28-97
FEV <sub>1</sub>	50.6±21.84	13-123
MRCS	3.1±1.37	1-5

KOAH hastalarında dispne yaşantısının onlarda yarattığı duygulara ilişkin bilgilere Tablo 4.1.7’de yer verilmiştir. Hastalara nefes darlığı yaşadıklarında ne hissettikleri sorulduğunda en fazla (%70.0) nefesinin yetmeyeceği, nefessiz kalacağı hissini yaşadıkları bulunmuştur.

Ayrıca araştırmaya katılan KOAH hastalarının nefessiz kalacağı hissini yanı sıra boğulma hissi (%37.7), ölüm korkusu (%36.6), moral bozukluğu (%28.8), umutsuzluk ve ağlama hissi (24.4), göğsünü bir bandın sıkacağı hissi (%23.3), sigara içmenin verdiği suçluluk hissi (%17.7), göğüste yanma hissi (%12.2) ve hayal kırıklığı (%11.1) hislerini de yaşadıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.1.7: KOAH Hastalarının Dispneye Bağlı Yaşadıkları Duygular (n=90)**

DUYGULAR	Sayı	%
Nefesinin yetmeyeceği hissi	63/90	70.0
Boğulma hissi	34/90	37.7
Ölüm korkusu	33/90	36.6
Moral bozukluğu	26/90	28.8
Umutsuzluk	22/90	24.4
Ağlama hissi	22/90	24.4
Göğsünü sıkın bant hissi	21/90	23.3
Suçluluk	16/90	17.7
Göğüste yanma hissi	11/90	12.2
Hayal kırıklığı	10/90	11.1
Hissizlik (hiçbir şey)	8/90	8.8

\* Bir kişi birden fazla şık işaretlemiştir.

Tablo 4.1.8.'de KOAH'lı hastaların dispne yönetimi konusunda kendilerini yeterli bulma durumları incelenmiştir. Dispne yönetiminde hastaların nefes darlığı yaşadığında ne yaptıkları, bu durumla nasıl başa çıktıkları ve nefes darlığını yatıştırma ya da rahatlama teknikleri hakkında ne bildikleri sorgulanmıştır. Hastaların %53.4'ünün kendilerini dispne yönetimi konusunda yeterli buldukları görülmüştür.

**Tablo 4.1.8: KOAH Hastalarının Dispne Yönetimi Konusunda Kendilerini Yeterli Bulma Durumları (n=90)**

YETERLİ BULMA DURUMLARI	Sayı	%
Yeterli bulan	48	53.4
Yetersiz bulan	22	24.4
Kısmen yeterli bulan	20	22.2
<b>Toplam</b>	90	100.0

#### 4.2. KOAH Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının İncelenmesi

Tablo 4.2.1’de KOAH hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği puanları incelenmiş ve anksiyete puan ortalaması  $7.42 \pm 4.43$  (min:0-max: 20), depresyon puan ortalaması  $8.85 \pm 4.23$  (min: 3-max: 18) olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %26.7’sinin anksiyete ve %56.7’sinin depresyon riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.1: KOAH Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyutları Puanları (n=90)**

PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLER	Sayı	%
<b>Hastane Anksiyete Puanı</b>		
Anksiyete ↓ (0-10)	66.0	73.3
Anksiyete ↑ (11-21)	24.0	26.7
<b>Hastane Depresyon Puanı</b>		
Depresyon ↓ (0-7)	39.0	43.3
Depresyon ↑ (8-21)	51.0	56.7
<b>Anksiyete <math>\bar{x} \pm SD</math>: <math>7.42 \pm 4.43</math> (min:0-max: 20)</b>		
<b>Depresyon <math>\bar{x} \pm SD</math>: <math>8.85 \pm 4.23</math> (min: 3-max: 18)</b>		

### 4.3. HAD Ölçeği Alt Boyutları İle Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.3.1'de Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin alt boyutları ile dispnenin objektif ve subjektif değerleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Tabloya göre anksiyete ile MRCS, depresyon ile MRCS , anksiyete ile depresyon ve MRCS ile FEV<sub>1</sub> arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01). Depresyon ile FEV<sub>1</sub> ve MRCS ile FEV<sub>1</sub>/FVC arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Anksiyete ve depresyon ile PO<sub>2</sub> arasında negatif yönde bir ilişki vardır ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 4.3.1: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin Alt Boyutları ile Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri Arasındaki İlişki (n=90)**

Anksiyete Depresyon Ölçeğinin Alt Boyutları	pO <sub>2</sub> r	pCO <sub>2</sub> r	FEV <sub>1</sub> /FVC r	FEV <sub>1</sub> r	MRCS r	Anksiyete r
MRCS	-0.194	0.195	-0.292*	-0.477**	-	0.505**
Anksiyete	-0.065	0.028	-0.184	-0.061	0.505**	-
Depresyon	-0.046	-0.016	-0.197	-0.250*	0.522**	0.493**

\*p<0.05 , \*\*p<0.01

#### 4.4. KOAH'lı Hastalarda Anksiyeteyi ve Depresyonu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

KOAH'lı hastalarda anksiyete durumunu etkileyen faktörler Logistic Regresyon ile araştırıldı. Çok şiddetli dispnesi olduğunu belirtenler anksiyeteyi 22.754 kat, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu anksiyeteyi 4.304 kat, depresyon görülme sıklığı anksiyeteyi 17.528 kat arttırdığı belirlendi. Hastaneye hiç yatmayan hastaların 1 veya 2 kez yatanlara göre (1/0.048) 20.83 kat daha anksiyeteli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1.).

**Tablo 4.4.1: KOAH'lı Hastalarda Anksiyete Üzerine Etkisi Saptanan Değişkenlerin Analizinin Sonucu (n=90)**

RİSK FAKTÖRLERİ	B	P	Exp (B) (OR)	%95
MRCS (ref) Hafif dispne			1	
Orta dispne	2.026	0.080	7,580	0.786-73.122
Şiddetli dispne	1.750	0.156	5,757	0.512-64.674
Çok şiddetli dispne	3.125	0.007	22.754	2.392-216,461
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı (ref) Hiç yatmadım			1	
1 veya 2 kez	-3,037	0.009	0.048	0.005-0.474
3 ve daha fazla	-2,107	0.087	0.122	0.011-1.363
Psikiyatrik öyküsünün olma durumu (ref) Olmayan			1	
Olan	1.460.....	0.046	4.304	1,026-18,060
Depresyon görülme durumu (ref) Olmayan			1	
Olan	2,864	0.004	17,528	2,432-126,337
Constant	-3,454			

Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda şiddetli dispnesi olanlarda hafif dispnesi olanlara göre 5.957 kat, bir yılda üç ve daha fazla hastaneye yatanlarda hiç yatmayanlara göre 22.181 kat, bir veya iki kez yatanların ise 12.352 kat, sosyal desteği olmayanların olanlara göre 28.712 kat, anksiyetesi olanlarda olmayanlara göre 23.294 kat daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.3.2.).

**Tablo 4.4.2: KOAH'lı Hastalarda Depresyon Üzerine Etkisi Saptanan Değişkenlerin Analizinin Sonucu (n=90)**

RİSK FAKTÖRLERİ	B	P	Exp (B) (OR)	%95
MRCS			1	
(ref) Hafif dispne			1	
Orta dispne	-0.041	0.957	0.960	0.215-4.294
Şiddetli dispne	1,785	0.066	5,957	0.888-39,967
Çok şiddetli dispne	0.541	0.521	1,717	0.330-8,936
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı			1	
(ref) Hiç yatmadım			1	
1 veya 2 kez	2,514	0.004	12,352	2.257-67.602
3 ve daha fazla	3,099	0.004	22,181	2,705-181,875
Sosyal destek			1	
(ref) Olan			1	
Omayan	3,357	0.035	28,712	1,277-645,415
Anksiyete görülme durumu			1	
(ref) Olmayan			1	
Olan	3,148	0.002	23,294	3,255-166,690
Constant	-2,624			

## 5. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, daha çok ileri yaş grubunun hastalığı olarak bilinmektedir. 1990 ile 2004 yılları arasında 28 ülkede yapılan bir çalışmanın metaanalizinde ve Ülkemizde Zonguldak ilinde yapılan bir çalışmada, KOAH prevalansının sigara içen ya da sigara öyküsü olan kişilerde, 40 yaşın üzerindeki ve erkeklerde önemli ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>68,69</sup>. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, hastalığın erkeklerde daha yaygın olması daha fazla sigara içme ve mesleki maruziyetle açıklanabilir. Ancak sigara içmenin günümüzde kadınlarda da giderek yaygınlaşması hastalığın cinsiyetler arası farkı ortadan kaldıracığını düşündürmektedir.**Hata! Yer işareti tanımlanmamış..** Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak KOAH'lı olgularımızın çoğunluğunu erkek cinsiyet (%91.1) ve ileri yaş (Yaş  $\bar{x} \pm \text{std}$ : 67.1±10.53) oluşturmaktadır.

### 5.1. KOAH Hastalarının Dispne Yaşantıları

Dispne fark edilebilir bir şekilde nefes almada yaşanan zorluk olarak tanımlanmakta ve genellikle akciğer fonksiyonlarındaki bozulmaya bağlı olarak gelişmektedir. Dispne objektif olduğu kadar subjektif bir deneyimdir. Çalışma kapsamına alınan hastalara nefes almanın onlar için ne ifade ettiği sorulduğunda, hastaların %67.8'i nefes almayı “hayat, yaşamak, rahatlık, olmazsa olmaz”, %7.8'i ise “uzun zamandır tatmadığım bir duygu” olarak ifade ederken, %24.4'ü nefes almayı tanımlayamamışlardır (Tablo 4.1.5.). Hastaların nefes almayı tanımlayamamış olmaları dikkat çekici bir bulgudur. Çalışmaya katılan hastaların öğrenim düzeyi incelendiğinde okur-yazar olmayanların oranı %23.3, okur-yazar olan hastaların oranı ise %76.3 ve okur yazar olanlarında eğitim düzeyi ilköğretim olarak saptanmıştır. Nefes almanın önemini ifade edemeyenlerin oranının yüksek olması eğitim seviyesinin düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların dispneye bağlı yaşadıkları duygulara bakıldığında hastalar en fazla nefesinin yetmeyeceği hissini (%70.0) yaşarken, %8.8'i hiç bir şey hissetmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.1.7.). O'Driscoll dispne deneyimlerini incelediği çalışmasında (1999), hastalar dispneyi, “boğulmaya benzer bir his, göğsün etrafını saran bir bant, yemeğini bitiremem, hiçbir işe yetişememe, alışverişe gidememe, sürekli yorgun hissetme” olarak tanımlamışlardır<sup>11</sup>. Aynı çalışmada



yaşadıkları duygular sorulduğunda, hastalar ölüm korkusu, panik, suçluluk ve hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Barnet'in (2005) KOAH'lı hastaların deneyimlerini tanımladıkları çalışmasında hastalar dispneyi "boğulmak, nefessiz kalmak ve ölüm ile ilişkili korkutucu bir tecrübe olarak tanımlamışlardır<sup>28</sup>. Bu çalışmada da O'Driscoll ve Barnet'in çalışmalarına benzer şekilde, hastalar ölüm korkusu, boğulma hissi, moral bozukluğu ve hayal kırıklığı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Dispnenin tanımını göz önünde bulunduracak olursak, bu ifadeler beklenen sonuçları göstermektedir. Ülkemizde KOAH ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok yaşam kalitesi<sup>70,71,72</sup>, öz-etkililik<sup>13</sup>, hastalıkla başetme<sup>3</sup>, aile-sosyal destek ve bakım verici rolleri<sup>22,73</sup> gibi konulara yer verildiği, ancak hastaların dispne deneyimlerini ve yaşadığı duyguları dile getirmesini sağlayan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Hastaların genellikle ruhsal ve bilişsel semptomlarını inkar ederek, sadece somatik yakınmalarını dile getirdikleri bilinen bir gerçektir<sup>32</sup>. Bu bilgiden bağımsız olarak Türk toplumunun yapısını düşündüğümüzde, erkek güç ve otoriteyi temsil etmekte ve duygularını açığa çıkarmaması yönünde yetiştirilmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların %91.1'inin erkek olması duygularını ifade etmeyi engellemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Dispne bireyler üzerinde olumsuz etki yaratarak, hastaların bununla başa çıkması için stratejiler geliştirmesini gerektirmektedir. Dispne yönetimi konusunda hastaların kendilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında hastaların %53.3'ü yeterli bulurken, %24.4'ü yetersiz, %22.2'si kısmen yeterli bulmuşlardır (Tablo 4.1.8.). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunun dispne ile baş edebildikleri görülmektedir<sup>28,74,75</sup>. Bu bulgu literatüre yakın sonuçları vermektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların dispne yönetimi konusunda kendisi yetersiz bulmaları hastalara sağlık bakım hizmeti sunulurken dispne ile başetme konusunda yeterli bilgilendirilmenin yapılmadığını düşündürmektedir. Ülkemizde sağlık sisteminin daha çok tedavi ağırlıklı hizmet vermesi ve hemşirelerin tedavi ağırlıklı çalışması nedeniyle eğitim rolünü kullanmadıklarını göstermektedir. Hemşireliğin çağdaş rollerinden biri olan "eğitim rolü" sadece sağlığı sürdürme ve geliştirmede değil, kronik hastalıkların rehabilitasyonunda da önemlidir. Bunun yanında hastalara dispne yönetimi konusunda eğitim verilmiş olup hastalar bu yöntemleri kullanmıyor olabilir, bu durum eğitim seviyesinin düşük olması ile açıklanabilir. Literatürde hastaların eğitim düzeyleri arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlarla ve dispne ile daha kolay başa çıktıkları,

tedaviyi ve verilen eğitimi daha çok benimsedikleri bildirilmiştir<sup>17,76</sup>. Çalışma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyleri ilkökul seviyesinde olması, baş etme güçlüğü yaşadıklarının başka bir göstergesi olarak düşünülmüştür.

## 5.2. KOAH'lı Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının dispne ile ilgili objektif ve subjektif verileri incelendiğinde (Tablo 4.1.6.) hastaların daha çok orta düzeyde KOAH oldukları ( $FEV_1 \bar{x}$ : 50.6±21.84) ve dispne algılarının şiddetli (MRCS  $\bar{x}$ : 3.1±1.37) olduğu saptanmıştır. Sonuçlarda da görüldüğü gibi hastalar yüksek düzeyde dispne yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların algıladıkları dispne düzeyinin yüksek olması, başa çıkma yöntemlerinin olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kronik hastalıklar anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Kronik bir hastalığa sahip olmak bireylerde belirsizliği doğurur<sup>77</sup>. Belirsizlik birey tarafından bir tehdit ya da fırsat olarak değerlendirilebilir ve hastalarda görülen anksiyete nedeni olabilir. Ayrıca birey için hastalık kişinin dengesini, uyumunu bozan, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan zorlanmalara neden olan bir varoluş krizi olarak değerlendirilebilir. Beden bütünlüğünün tehdit edilmesi, bağımsızlığın kaybı, kontrolünü kaybetme korkusu yüksek düzeyde anksiyeteye neden olabilir. Kronik hastalıkla birlikte hastaneye yatış sayısının fazla olması, kullanılan ilaçlar, hastalığın neden olduğu fiziksel ve sosyal işlev kayıpları, ekonomik nedenler, hastalığa bağlı bedensel görünümde değişiklikler, sosyal ilişkilerde zorlanmalar depresyona neden olan etkenlerdir<sup>15,18,78</sup>.

Çalışma kapsamına alınan hastaların anksiyete puan ortalaması 7.42±4.43 olup, %26.7'sinde anksiyete riskinin yüksek olduğu ve depresyon puan ortalaması 8.85 ± 4.23 olup, hastaların %56.7'sinde depresyon riski yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Howard'ın (2009) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmasında anksiyete oranı %35, depresyon oranı %19 olarak bulunmuştur<sup>23</sup>. Bahar'ın (2006) diyabetli hastalarda hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında anksiyete puan ortalaması 10,18±9, depresyon puan ortalaması ise 9,89±37 olarak bulunmuştur<sup>79</sup>. Altan'ın (2004) romatoid artritli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında anksiyete puan ortalaması 8.24±4.46, depresyon puan ortalaması ise 6.50±3.87 olarak bulunmuştur<sup>80</sup>. Bu çalışmada anksiyete puan ortalaması beklenenin altında olmakla birlikte literatüre yakın değerdedir.

İyi ve yeterli olan sosyal destek bireyin kendini daha güvende hissetmesini sağlayabilir. Çalışma kapsamına alınan hastaların anksiyete düzeyinin düşük olması hastaların neredeyse hepsinin (%91.1) sosyal desteğe sahip olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada ailelerin (eş, çocuk) hastalarla aynı evi paylaştığı ve hastaları daha çok psikososyal yönden destekledikleri saptanmıştır<sup>73</sup>. Çalışmamızda ki hastaların çoğunluğunun evli olup, eşi ve çocukları ile birlikte yaşamasının bu bulguyu desteklediği düşünülmektedir. Çalışmamızda anksiyete puanı beklenenin altında rahmen depresyon puanı oldukça yüksektir ( $8.85 \pm 4.23$ ). Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının algılanan sosyoekonomik durumunu düşük olması, %90'ının çalışmaması, bunların %30'unun hastalık nedeni ile çalışmaması ve %64.4'ünün KOAH'dan başka kronik bir hastalığının bulunması bu bulguyu destekleyen bir gösterge olarak düşünülebilir.

### **5.3. Dispnenin Objektif ve Subjektif Değerleri ile Anksiyete Depresyon İlişkisi**

Medical Research Council Scale (MRCS) KOAH hastalarının dispne algısını ölçmek için kullanılan bir skaladır<sup>10,50</sup>. MRCS ile FEV<sub>1</sub>/FVC arasında anlamlı negatif bir ilişki, MRCS ve FEV<sub>1</sub> arasında ileri derecede negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla r: -0.292, -0.477, sırasıyla p<0.05, p<0.01). Anksiyete ile MRCS arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r: 0.505, p<0.01), (Tablo: 4.1.3.). Yani hastaların algıladıkları dispne arttıkça anksiyete belirtileri de artmaktadır. Literatürde benzer şekilde yüksek anksiyetesi olan bireylerde dispne algısının daha fazla görüldüğü saptanmıştır<sup>59,84,81</sup>. Çalışmamızdaki bulgu literatürle uyumludur. Bu durumu destekleyen iki hastanın açıklamaları aşağıda verilmiştir.

*“Yürüdüğüm zaman sıkışıyorum, tuvalete kadar bile gidemiyorum, hareket etsem nefes nefese kalıyorum”*

8Hafif KOAH tanısı alan bir hasta ifadesi)

*“ Yemek yemeye başlarsın bitiremezsin, bi bardak suyu bile kafama dikip bi kerede içemiyom, tebem atıveriyooo.”*

(Orta KOAH tanısı alan erkek hasta)

Literatürde anksiyete düzeyi ve FEV<sub>1</sub> düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir<sup>15,20,82</sup>. Yapılan çalışmalar akut ataklar sonrası acile başvuran hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir<sup>15,83</sup>. Bu çalışmadaki bulgularda görüldüğü gibi, hastalar nefesinin yetmeyeceği duygusuyla birlikte ölüm anksiyetesini yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu durum anksiyetenin nedeni olarak düşünülebilir. Bizim çalışmamızda anksiyete ve FEV<sub>1</sub> düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir (r: -0.061, p>0.05). Literatürde çalışmamızı destekleyen çalışmalara da yer verilmiştir<sup>18,84</sup>.

Bu çalışmada depresyon ile MRCS arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01). Depresyonun dispneyi etkileyen faktörler arasında olduğu bilinen bir gerçektir<sup>29</sup>. KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmalarda dispne algısının negatif duygulardan etkilendiği vurgulanmaktadır<sup>14,85</sup>. Dispne ile birlikte ortaya çıkan fiziksel kısıtlılıklar bireylerin kendilerini yetersiz hissetmelerine, rol performansında değişim yaşamalarına, çalışma ve sosyal yaşantılarından uzaklaşmalarına, öz-bakım gereksinimlerini yerine getirememelerine neden olarak bireyleri depresyona sürükleyebilir. Bu nedenle hastaların dispneyi nasıl algıladıkları oldukça önemlidir. Çünkü kişinin dispne algısı ne kadar yüksekse o kadar depresif duygu durum içinde olabilir. MRCS değerlendirmesine göre (subjektif değerlendirme) orta ve şiddetli dispnesi olduğu belirlenen hastanın aşağıdaki ifadeleri fiziksel kısıtlılığın ruhsal sıkıntılara yol açtığını göstermiştir:

*“Ah bi yürüyebilsem, yürümeyi çok özledim ama yapamıyorum hemen nefesim kesiliyo, bırak yürümeyi buradan karşı kanepeye geçemem, anca sandelyede oturursam rahatım. Geçtiğimiz altı aydır sadece bir kere dışarı çıktım.”*

(Orta KOAH tanısı alan erkek hasta)

*“Eskiden arabaya biner her yere giderdim, buhar makinemi de yanıma alıyodum (nebulizatörden bahsediyor), o nalet makineyi (Oksijen konsantratöründen bahsediyor) yanımda taşıyamıyorum. Gürültüsü cabası, hanım akşam uyuyamıyor, valla bıktım bu hayattan, eve tıkdım kaldım.”*

(Ağır KOAH tanısı alan erkek hasta)

Depresyon ile FEV<sub>1</sub> arasındaki ilişki değerlendirildiğinde negatif yönde bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların FEV<sub>1</sub> değeri 50.6±21.84 olarak bulunmuştur. Hastaların geneli III. Evre KOAH grubundadır. Çalışmalar düşük FEV<sub>1</sub> düzeyine sahip olmak<sup>12,18,20,30</sup> ve fiziksel kısıtlılık yaşamının<sup>17,74</sup> depresyon nedenleri arasında olduğunu göstermektedir.

Fiziksel kısıtlılığa neden olan en önemli faktörlerden biri ileri evre KOAH hastalarının evde uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) almalarıdır<sup>16,17,86</sup>. USOT hastalarda çoğunlukla sosyal izolasyona neden olarak, hastalara yalnızlık, umutsuzluk gibi duygular yaşatabilir. Zamanının tamamını evde geçiren hasta yaşamını makinaya bağlı olara devam ettirmektedir. Bağımsızlığını kaybeden hastada depresif semptomlar ortaya çıkabilir. Çalışmamızdaki hastaların %44.4'ü evde USOT kullanan hastalardır. Bu oran hastaların ekonomik nedenlerle O<sub>2</sub> tüpünü dolduramayan veya elektrik faturasının fazla geleceği endişesiyle O<sub>2</sub> konsantratorü kullanamayan hastalar nedeniyle düşük görünmektedir. FEV<sub>1</sub> ile depresyon arasındaki korelasyon bu faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Hastaların yaşadığı depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif ilişki olduğu, anksiyete puanı arttıkça depresyon puanının da arttığı belirlenmiştir (r: 0.493, p<0.01). Korkmaz'ın KOAH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmasında (2008), anksiyete puanı arttıkça depresyon puanının arttığını saptamıştır<sup>22</sup>.

Marko'nun yapmış olduğu bir çalışmada (2006), ağır KOAH'lılarda anksiyete oranları daha yüksek bulunmuştur<sup>20</sup>. Kömürcüoğlu ve ark. (2000), KOAH'lı erkek olgularda solunum fonksiyon testleri ve kan gazı değerleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında FEV<sub>1</sub> değeri ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptadıkları görülmektedir<sup>18</sup>. Atacanlı ve Dilbaz (2001) ile Ulubay'ın (2009) yapmış olduğu çalışmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır. Bizim çalışmamızda bu sonuçla paralellik göstermektedir<sup>12,30</sup>.

Hastalığın ciddiyeti ve derecesiyle ilgili açık ve net veriler yoksa hastaların ifade ettikleri anksiyete akut atak boyunca belirleyici bir faktör olabilir<sup>15,26</sup>. Bu bulgu bize dispnenin objektif değerlendirilmesinin yanında subjektif değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmalar hastalık evresi ile depresyon görülme oranları arasında doğrusal bir ilişki olduğunu gösterirken<sup>12,18,20</sup>. Çalışmamızda KOAH evrelendirilmesi (objektif sınıflandırma) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

#### **5.4. KOAH'lı Hastalarda Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler**

Çalışmada ki değişkenlerin anksiyete ve depresyonu etkileme durumları lojistik regresyon analizi yapılarak incelenmiş ve MRCS, son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, depresyon görülme durumu anksiyeteyi etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir.

Hastaların subjektif verilerine bakıldığında çok şiddetli dispnesi olduğunu ifade edenler (MRCS puanı 5 olanlar) hafif dispne var diyenlere göre 22.754 kat daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar (p=0.007). Bu bulgu dispnenin objektif değerlendirilmesinin yanında subjektif değerlendirilmesinin önemli olduğunu, dispne algısının her hasta için değişebildiğini bunun da anksiyete düzeyini etkilediğini göstermektedir. Voogd (2010), hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların dispne sırasında anksiyete yaşadıklarını saptamıştır<sup>56</sup>. Yine yapılan bir çalışmada yüksek anksiyetesi olan bireylerde dispne algısının daha fazla görüldüğü saptanmıştır<sup>81</sup>. Çalışmamızdaki bu bulgu literatürle uyumludur.

Psikiyatrik öyküsü olan KOAH hastalarında anksiyete görülme olasılığı olmayan KOAH'lılara göre 4.304 kat daha fazla anksiyete görülmektedir (p=0.04). Bu bulgu beklenen bir sonuçtur. Benzer şekilde Korkmaz'ın KOAH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapmış olduğu tezinde (2008); KOAH'ın ruh sağlığını etkilediğini söyleyen hastaların anksiyete belirtisine sahip olma oranı etkilenmediğini ifade eden hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Yine İtalya'da KOAH hastaları için eylem planı geliştirmeye yönelik yapılan bir çalışmada, hazırlanan bütüncül tedavi ve bakımın hastaların anksiyete oranlarını düşürdüğü görülmektedir.

Hastane ortamı birey için yabancı, endişe verici, bilinmeyen birçok işlemi için içeren karmaşık ve korkutucu bir ortamdır. Hastaneye yatan birey hem hastalığı ile mücadele eder hem de yabancı ortama uyum sağlamaya çalışır. Bu uyum sürecinde bireylerin anksiyetenin yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu bulgu hastaneye yatış sayısının artmasının hastaneye uyumu kolaylaştırdığı ve anksiyete düzeyini düşürdüğünü düşündürmüştür. Literatürü incelediğimizde, çocuklarda hastaneye yatma etkilerine yoğunlaşan bir çalışmada anksiyete oranını %92.9 oranında görülmektedir<sup>87</sup>. Yine başka bir çalışmada akut ataklar sonrası hastane yatışlarının hastalarda anksiyeteye yol açtığını ortaya koymaktadır<sup>15</sup>. Hastaneye yatıştan yedi gün önceki ve yedi gün sonraki psikiyatrik bozukluk oranını karşılaştıran çalışmasında DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan hastaların oranı %27 olarak bulunmuştur<sup>88</sup>. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir. Bununla birlikte Yohannes ve ark. yaşlı hastalarda KOAH alevlenmeler için hastaneye kabul veya yatış sıklığında anksiyetenin major prediktif değer olduğunu bulmuştur<sup>89</sup>.

Çalışmamızda hastaneye hiç yatmayan hastaların 1 veya 2 kez yatanlara göre (1/0.048) 20.83 kat daha fazla anksiyeteli olduğu saptanmıştır (p=0.009).

Çalışmamızda depresyonu olan hastaların olmayanlara göre 17.528 kat daha fazla anksiyete yaşadıkları görülmektedir (p=0.004). bu bulgu depresyonun anksiyeteyi etkilediğini ve tetiklediğini belirten bir göstergedir.

### **5.5. KOAH'lı Hastalarda Depresyonu Etkileyen Faktörler**

Yapılan regresyon analizi sonucunda MRCS, son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı, sosyal destek olma/olmama durumu, anksiyete görülme durumu depresyonu etkileyen faktörler olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan KOAH hastalarından şiddetli dispnesi olduğunu ifade eden hastalar 5.957 kat daha fazla depresyon yaşadıkları belirlenmiş, ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da 39 kata kadar artabildiği görülmüştür (p=0.06). Bu durum bize dispne algısı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığını göstermektedir. Önceki bölümde belirtildiği gibi dispneli bireylerde özellikle ortaya çıkan fiziksel kısıtlılıklar, rol performanslarında değişim, çalışma ve sosyal yaşantılarından uzaklaşma gibi faktörler bireyi depresyona götürebilmektedir. Bu bulgu bir kez daha dispne algısının önemini vurgulamaktadır.

Sık hastaneye yatma KOAH'lı hastalarda depresyon belirti düzeyini etkileyen bir faktördür<sup>15</sup>. Çalışma kapsamına alınan hastalardan son bir yıl içinde üç ve daha fazla hastaneye yatanlar 22.181 kat, bir veya iki kez yatanların ise 12.352 kat daha fazla depresyon yaşadıkları saptanmıştır. ( $r=0.004$ ,  $r=0.004$ ). KOAH hastalarının hastaneye yatışı genellikle acilden giriş şeklinde olmaktadır. Hastalar gittikçe kötüleşen nefes darlığı ile başa çıkamayıp acile vurmaktadırlar. Nefes darlığı yaşayan hastalar nefeslerinin yetmeyeceği ve boğulacakları hissini yaşarlar. Bu durum onlara ölümü hatırlatır ve hastaları depresif duygu durumuna sürükleyebilir. Depresyon puanları yüksek çıkan yatan hastanın ifadeleri aşağıdaki gibidir:

*“Sanki son nefesini alıyorsun, çok korkutucu, öbür tarafa gidip gidip geliyorum. Bunu hissettiğimde birilerine ihtiyacım oluyor. Elimi tutup beni teselli edecek birilerine...”*

(Ağır KOAH'lı erkek hasta)

Yalnız yaşamının KOAH hastalarında depresyon belirti düzeylerini arttıran bir risk olduğu çalışmalarla kanıtlanan bir gerçektir <sup>15,18,78</sup>. Çalışmamızda sosyal desteği olmayan hastaların 28.712 kat daha fazla depresyona girdikleri görülmektedir ( $p=0.002$ ). Bu bulgumuzun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Depresyon ile anksiyetenin paralellik gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızda anksiyete bulunma durumu depresyon belirti düzeyini 23.294 kat arttırmaktadır.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışma KOAH'lı hastalarda dispne algısı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda; dispnenin KOAH hastaları için en kötü semptom olup subjektif değerlendirme yapılmasının önemli olduğu ancak hastaların dispneye bağlı yaşadıkları duyguları anlatmakta zorlandıkları görülmektedir. Ayrıca dispne yönetimi konusunda hastaların %46.6'sı kendileri tam anlamıyla yeterli görmemektedirler.

Dispne değerlendirmesini objektif ve subjektif olarak değerlendirdiğimiz çalışmada, hastalığın evresi ilerledikçe dispne algısının arttığı görülmüştür. Ayrıca FEV<sub>1</sub> ve FEV<sub>1</sub>/FVC (objektif bulgular) değerleri düştükçe yani hastalık evresi ilerledikçe depresyon belirti düzeyinin arttığı, dispne algısı arttıkça hem anksiyete hem de depresyon belirti düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu bulguların yanı sıra yeni tanı alan, çok şiddetli ve boğulacak gibi hissettiren dispnesi olan ve dispne yaşadığında moral bozukluğu duyan, okuma yazma bilmeyen, ihtiyacı olduğu halde psikiyatrik tedavi görmeyen, sık hastaneye yatan, kimsesiz olan KOAH'lı hastalarda anksiyete görülme riski daha fazladır. Yine çok şiddetli ve boğulacak gibi hissettiren dispnesi olan, geniş ailede yaşayan, KOAH yüzünden çalışamayan, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip, evinde bibap ve oksijen konsantretörü kullanan, sık hastaneye yatan ve kimsesi olmayan KOAH hastalarında depresyon görülme riski yüksek bulunmuştur.

### 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda,

- Hastaların dispne yaşantıları ve dispneye verdikleri anlamın düzenli olarak değerlendirilmesi,
- KOAH hastalarının dispne yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilip uygun eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Klinikte objektif ölçümlerin yanı sıra dispnenin subjektif ölçüm aracı olan MRC skalasının uygulanması,
- Dispne ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki göz önünde bulundurularak dispneli hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin izlenmesi,

- KOAH'lı hastaların özellikle depresyon riski açısından ele alınması,
- Konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimiyle işbirliği yapılması,
- KOAH'lı hastaların dispne deneyimlerini ve yaşadığı duyguları dile getirmesini sağlayan niteliksel çalışmaların yapılması,
- Çalışmanın daha geniş bir evren üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. İnanç E, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. Hemşirelik Esasları. Gata Basımevi. Ankara. 1998: p. 29-30.
2. Barry P. Psychosocial Nursing Care of Physically III Patients and Their Families. 3<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippicott. 1996.
3. Tel H, Akdemir N. KOAH' lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sivas. 1998; 2(2):44-52
4. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu 2010. [http://www.toraks.org.tr/pdf/koah\\_rehberi/KOAH\\_tum.pdf](http://www.toraks.org.tr/pdf/koah_rehberi/KOAH_tum.pdf). Eylül 2010
5. İnce Dİ, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi. 2005; 6(1):31-36.
6. Akkoca Ö, Öner F, Saryal S. The relationship between dyspnea and pulmonary functions, arterial blood gases and exercise capacity in patients with COPD. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2001;49:431-438.
7. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. GOLD Scientific Committee: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am } Respir Crit Care Med 2001;163:1256-1276
8. Çelik P, Esen A, Akın M. Kronik obstrüktif akciğer olgularında depresyon. Solunum Hastalıkları. 1998;9(1):25-32.
9. Haris S. COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. Br J Community Nurs. 2007;12(9):411.
10. Özalevli S, Uçan ES. Farklı dispne skalalarının kronik obstrüktif akciğer hastalığında karşılaştırılması. Türk Toraks Dergisi. 2004;5(2):90-94.
11. O'Driscoll M, Corner J, Bailey C. The experience of breathlessness in lung cancer. European Journal of Cancer Care. 1999; 8:37-43.
12. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2001;4:147-153.
13. Kara M, Mirici A. KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2002;34:61-66.
14. Seamark DA, Blake SD, Seamark CJ. Living with severe chronic obstructive

---

pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*. 2004;18:619-625.

15. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik CS, Brøndum E, Nieminend MM, Ained T, Hallin R, Bakke P. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine*. 2006;100:87–93.

16. Kanervisto M, Kaistila T, Paavilainen E. Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing and Health Sciences*. 2007; 9:40–47.

17. Schane RE, Woodruff PG, Dinno A, Covinsky KE, Walter LC. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med*. 2008;23(11):1757–1762.

18. Kömürçüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E, Perim K. KOAH'lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*. 2000;1(3):31-34.

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

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

21. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. *European Respiratory Journal*. 2008;3(2):1-11.

22. Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (KOAH) ile Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. 2008, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 71 sayfa, Konya, (Yard. Doç. Dr. Havva Tel).

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

24. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Thorax* 1999;54:688-692.

25. Gift AG, Wood RM, Cahill CA. Depression, somatization and steroid use in chronic

---

obstructive pulmonary disease. Nurs Stud. 1989; 26: 281-286.

26. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle - COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/When you can't breathe". Qual Health Res. 2004;14:760-778.

27. West N. The subjective and psychosocial nature of breathlessness. Journal of Advanced Nursmg. 1994;20:622-626.

28. Barnett M, Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. Journal Clinical Nursing. 2005;14:805-812.

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

30. Ulubay G, Ulaşlı S, Akıncı B, Görek A, Akcay Ş. KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2009;57(2):169-176.

31. Özmen E. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. Psikiyatri Bülteni. 1993;2(2):71-77.

32. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2008.

33. Gordon GH, Michiels TM, Mahutte CK. Effect of Desipramine on control of ventilation and depression scores in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. Psychiatry Res. 1985;15:25-32.

34. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9(1):49-54.

35. Bayram M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz-bakım gücüne etkisinin incelenmesi. 2001, Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 72 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Olcay Çam).

36. İnce Dİ, Tunalı N, Savcı S, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları. 2000;11:333-337.

37. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009;10:63-68.

38. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop Executive Summary 2009. <http://www.goldcopd.org>.

- 
39. Fabri LM, Romagnoli M, Corbetta L. Differences in airway inflammation in patients with fixed airflow obstruction due to asthma or chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167:418-24.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (astım - KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009 - 2013) Eylem Planı, Ankara, 2009.  
[http://www.ssuk.org.tr/pdf/KHH\\_OnlemeKontrolEylemPlani.pdf](http://www.ssuk.org.tr/pdf/KHH_OnlemeKontrolEylemPlani.pdf)
41. Chapman S, Robinson G, Stradling J, West S Solunum Hastalıkları El Kitabı. İçinde: Turna A, Çetinkaya E (Ç. Eds). 2007. Oxford University Press: Nobel Tıp Kitapevleri, 2007, p.116-117.
42. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2009 (update).  
<http://www.goldcopd.org>.
43. American Thoracic Society. Dyspnea: Mechanisms, assessment and management: A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159:321–340.
44. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006.  
<http://www.goldcopd.org>.
45. Sağlık İstatistikleri 1964-1994. SB APK Dairesi Yayınları, Ankara; 1995.
46. Kocabas A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: epidemiyoloji ve doğal gelişimi. *Toraks Derneği Türk Toraks Derneği Yayınları.* 2000. p:8-25.
47. Topçu FA. KOAH'da klinik özellikler ve tanı, XXIII. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi Tüberküloz ve Tüberküloz Kontrolü Kongre Kitabı. İnönü Üniversitesi, Malatya, Nisan 2003; p.67-70.
48. O'Donnell DE. Breathlessness in patients with chronic airflow limitation. *Chest.* 1994;106:904-912.
49. Dorman S, Byrne A, Edwards A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliative Medicine.* 2007;21:177-191.
50. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson I.J. Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respiratory Medicine.* 2007;101:399–410.
51. Koçyiğit E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi, *Nobel Medicus.* 2007;3 (1): 4-11.

- 
52. Güleç C, Köroğlu E. Temel Psikiyatri Kitabı. Psikiyatri, Ankara: MedicoGraphics, 1997: p. 449.
53. <http://www.tdkterim.gov.tr/bts/>-. 29.07.2010.
54. Eren A, Yurdakul AS, Atikcan Ş. Akut atak ile başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan 370 olgunun analizi. Solunum Hastalıkları. 2003;14:254-265.
55. Mc Sweeny AJ, Heaton RK, Grant I. Chronic obstructive pulmonary disease: Socioemotional adjustment and life quality. Chest. 1980;77:309-311.
56. Voogdab JN; Sandermanb R; Postemaa K; Sonderenb E; Wempeac JB. Relationship between anxiety and dyspnea on exertion in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Anxiety, Stress, Coping. 2010; 1:1-11.
57. Costi S, Brooks D, Goldstein RS. Perspectives that influence action plans for chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir J. 2006;13:362-368.
58. Woo K. A pilot study to examine the relationships of dyspnea, physical activity and fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Clinical Nursing. 2000;9:526-533
59. Falter LB, Gignac MA, Cott C. Adaptation to disability in chronic obstructive pulmonary disease: Neglected relationship to older adults' perceptions of independence. Disabil Rehabil. 2003;25:795-806.
60. Velloso M, Stella SG, Cendon S, Silva AC, Jardim JR. Metabolic and ventilatory parameters of four activities of daily living accomplished with arms in COPD patients. Chest. 2003;123:1047-53.
61. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Pschiatr scad. 1983;67:361-370.
62. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8:280-287.
63. Bestall JC, Paul EA, Garrod R. Usefulness of the medical research council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability In patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1999;54:581-586.
64. Mahler DA, Wells C K. Evaluation of clinical methods for rating. Chest. 1988;93-3:580-586.
65. Soyyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2006;54(3):259-266.

- 
66. Yürütükümen A, Karcioğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. Dispne ile başvuran geriatrik olgularda yakınma şiddeti ile klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp*. 2009;9(4):163-168.
67. İnce Dİ, Savcı S, Arıkan H, Sağlam M, Güçlü MB, Tokgözoğlu L, Çöplü L. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında egzersiz testine kardiyak otonom yanıtlar. *Anadolu Kardiyak Derg*. 2010; 10:104-110.
68. Menezes AMB, Parez-Padilla R, Jardim JRB. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (The PLATINO study): A prevalence study. *Lancet*. 2005;366:1875-81.
69. Örnek T. Zonguldak İl Merkezinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansının Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı. 2006. (Doç.Dr. Müge Meltem Tor).
70. Türk D. KOAH'lı Hastaların Sık Hastaneye Yatmalarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. 2003, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl).
71. Özkan S. KOAH ve Astımlı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. 2006, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 118 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Zehra Durna).
72. Çevirme L. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Olgularda Solunum Onksiyonlarının, Yaşam Kalitesinin, Anksiyetenin Ve Depresyonun Alevlenme Sayısına Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 52 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Gündenez Altıay).
73. Yaşar F, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, Ankara, (Yard. Doç. Dr. Sultan Kav).
74. Huurre TM, Aro HM. Long-term psychosocial effects of persistent chronic illness. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;11:85-91.
75. Morimoto M, Kenichi Takai, Nakajima K, Kagawa K. Development of the chronic obstructive pulmonary disease activity rating scale: Reliability, validity and factorial structure. *Nursing and Health Sciences*. 2003;5:23-30.
76. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete



---

depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2007;8:52-61.

77. Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1):61-68

78. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:293-296

79. Bahar A. Diabetes mellituslu hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(1):1-16.

80. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma*. 2004;19(1):7-13.

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

82. Kaptein AA, Brand PL, Dekker FW, Kerstjens HAM, Postma DS, Sluiter HJ. Quality-of-life in a long-term multicentre trial in chronic nonspecific lung disease: assessment at baseline. The Dutch CNSLD Study Group. *Eur Respir J*. 1993;6:1479-84.

83. Kim FS, Kunik ME, Molinari VA, Hillman SL, Lalani S, Orengo CA, Petersen NJ, Nahas Z, White SG. Functional impairment in COPD patients the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*. 2000;41:465-71.

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

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

86. Kanervisto M, Paavilainen E, Heikkilä J. Family dynamic in families of severe COPD patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:1498-1505.

87. Beytut DŞ, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(3):36-44.

88. Yazıcı K, Tot S, Yazıcı A, Buturak V, Okyay Y, Simsek Y. Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanımlanabiliyor mu?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2003; 6(1):27-31.

89. Yohannes AM. Palliative care provision for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5:17.

## **EKLER**

### **EK I**

#### **HASTA BİLGİ VE RIZA FORMU**

##### **Sayın Hastamız**

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının (KOAH) yaşadıkları nefes darlığının derecesini ve nefes darlığının hastalarda oluşturabileceği etkileri belirlemek, hastaların bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim için bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığımız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Araştırmanın Sorumluları:

Arş. Gör. Özge KAPISIZ  
Düzce Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yard. Doç. Dr. Fatma EKER  
Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

## A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Adınız, Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz

1- Kadın

2- Erkek

4. En son hangi okulu bitirdiniz?

1- Okur-yazar değilim

2- Okul bitirmedim-okur yazarım

3- İlkokul mezunuyum

4- Ortaokul

5- Lise

6- Üniversite ve üstü

5. Medeni durumunuz:

1. Evli

2- Bekar

3- Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

6. Aile yapınız nasıl?

1- Çekirdek aile

2- Geniş aile

7. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1- Yalnız başına

2- Eşim ile

3- Çocuklarım ile

4- Eşim ve çocuklarım ile

5- Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile

8. Çalışma durumunuz nedir?

1-Evet -Tam gün çalışıyorum

2-Evet- Yarım gün/belli aralıklarla çalışıyorum

3-Hastalık nedeniyle çalışmıyorum

4- Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyorum (ise belirtiniz.....)

FEV1	
FEV1/FVC	
PO <sub>2</sub>	
PCO <sub>2</sub>	
HCO <sub>3</sub>	
SO <sub>2</sub>	
pH	

<b>Adres:</b>	
<b>Telefon:</b>	

**9. Size göre maddi durumunuz nasıldır?**

- 1- Düşük (Gelir giderden az)
- 2- Orta (Gelir gider eşit)
- 3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

**B- HASTALIĞA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER**

**10. Hastalık süresi.....ay/yıldır.**

**11. Hastalığınızla ilgili evde kullandığınız herhangi bir cihazınız var mı?**

- 1- Nebulizatör
- 2- Oksijen tüpü
- 3- Oksijen konsantretörü
- 4- Bipap Cihazı
- 5- Mekanik ventilatör
- 6- Diğer

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

- 1- Evet (Açıklayınız.....)
- 2- Hayır

**13. Psikiyatrik hastalık öyküsü:** 1. Yok 2.Var

(açıklayınız).....

**14. Psikiyatrik tedavi:** 1. Yok 2.Var...

.....

2a- Ayaktan

2b-Yatarak

**15. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?**

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Kısmen

**16. Geçtiğimiz bir yıl boyunca kaç kez hastaneye yattınız?**

- 1- Hiç yatmadım
- 2- 1 veya 2 kez
- 3- 3 ve daha fazla

**17. Bakımınız ile ilgilenen birileri var mı?**

- 1- Evet, Açıklayınız.....
- 2- İhtiyaç duyuyorum ancak kimse yok
- 3-Hayır, ihtiyaç duymuyorum

**18. Çevrenizde sıkıntılı ve sevinçli anlarınızda sizi destekleyen kişiler var mı?**

- 1- Evet (Açıklayınız.....)
- 2- Hayır

**Cevabınız “HAYIR” ise 19. soruya geçiniz.**

**19. Bu kişilerin desteğinden memnun musunuz?**

**Kesinlikle hayır** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Kesinlikle evet**

**20. Sigara kullanıyor musunuz?**

- Halen sigara içiyorum ( .....Yıl/paket sigara içiyorum)
- .....Yıl/paket sigara kullandım; ..... ay/yıldır sigara içmiyorum.
- Hayır, hiç sigara kullanmadım

**C- NEFES DARLIĞI (DİSPNE) İLE İLGİLİ BİLGİLER**

**21. “Nefes almak” sizin için ne ifade ediyor?**

.....

**22. Nefes darlığı yaşamak sizde nasıl bir duygu yaratıyor?**

- 1- Nefesinin yetmeyeceği/nefessiz kalacağı hissi
- 2- Boğulma hissi
- 3- Göğüs kafesinin etrafında sizi sıkan bir bant hissi
- 4- Umutsuzluk
- 5-Zaman zaman ağlıyorum
- 6- Hayal kırıklığı
- 7- Suçluluk/Pişmanlık
- 8- Ölüm korkusu
9. Göğüste yanma hissi
- 10- Moral bozukluğu yaşamama neden oluyor
11. Bir şey hissetmiyorum
- 12- Diğer

(Belirtiniz).....

**23. Dispne (Nefes darlığı) yönetimi hakkında kendinizi yeterli buluyor musunuz?**

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Kısmen

**24. Hastalık sürecinde psikolojik yardım almak istediniz mi / ister misiniz?**

- 1-Evet aldım
- 2-İstedim ama olmadı
- 3-Hayır istemedim
- 4-Almak istiyorum

## EK II

### HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

#### 1) Kendimi gergin, ‘ patlayacak gibi ’ hissediyorum.

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1- Çoğu zaman         | 2- Birçok zaman |
| 3- Zaman zaman, bazen | 4- Hiçbir zaman |

#### 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1- Aynı eskisi kadar           | 2- Pek eskisi kadar değil          |
| 3- Yalnızca biraz eskisi kadar | 4- Nerdeyse hiç eskisi kadar değil |

#### 3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1- Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli | 2- Evet, ama çok da şiddetli değil |
| 3- Biraz, ama beni endişelendiriyor    | 4- Hayır, hiç öyle değil           |

#### 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Her zaman olduğu kadar         | 2- Simdi pek o kadar değil |
| 3- Simdi kesinlikle o kadar değil | 4- Artık hiç değil         |

#### 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

- |                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1- Çoğu zaman                     | 2- Bir çok zaman  |
| 3- Zaman zaman, ama çok sık değil | 4- Yalnızca bazen |

#### 6) Kendimi neşeli hissediyorum

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1- Hiçbir zaman | 2- Sık değil  |
| 3- Bazen        | 4- Çoğu zaman |

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi hissediyorum.**

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1- Kesinlikle | 2- Genellikle   |
| 3- Sık değil  | 4- Hiçbir zaman |

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum**

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 1- Hemen hemen her zaman | 2- Çok sık      |
| 3- Bazen                 | 4- Hiçbir zaman |

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

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| 1- Hiçbir zaman | 2- Bazen   |
| 3- Oldukça sık  | 4- Çok sık |

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim**

- |   |   |
|---|---|
| 1- Kesinlikle göstermiyorum             | 2- Gerektiği kadar özen                 |
| 3- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum | 4- Her zaman ki kadar özen gösteriyorum |

**11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum**

- |                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| 1- Gerçekten de çok fazla | 2- Oldukça fazla |
| 3- Çok fazla değil        | 4- Hiç değil     |

**12) Olacakları zevkle bekliyorum**

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1- Her zaman olduğu kadar             | 2- Her zamankinden biraz daha az |
| 3- Her zamankinden kesinlikle daha az | 4- Hemen hemen hiç               |

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1- Gerçekten de çok sık | 2- Oldukça sık  |
| 3- Çok sık değil        | 4- Hiçbir zaman |

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

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1- Sıklıkla      | 2- Bazen      |
| 3- Pek sık değil | 4- Çok seyrek |

### EK III

#### MRC( Medical Research Council Dyspnea Index) SKALA

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

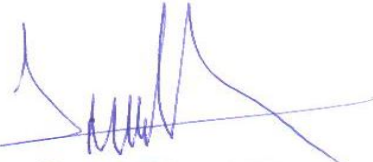


 <p>DÜZCE ÜNİVERSİTESİ 2006</p>	<p>T.C. <b>DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b> <b>GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b></p>
<p>Sayı : B.30.2.DZC.0.20.20.06- 2010-091 Konu : Özge KAPISIZ Tez izin</p>	<p>Düzce, 25.03.2010</p>

### Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne


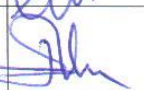

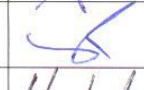
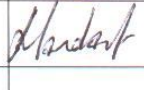
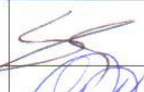

Enstitü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğrencilerinden 0814060001 numaralı Özge KAPISIZ'ın "*KOAH olan bireylerde dispne algıları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*" başlıklı tez anket çalışmasının Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde yapılmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



**Doç. Dr. Ali Nihat ANNAKKAYA**  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİTESİ**  
**ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>ARAŞTIRMANIN ADI</b>	<b>“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ( KOAH) olan Bireylerde Dispne Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”</b>				
	<b>SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI</b>	Yard. Doç. Dr. Fatma EKER				
	<b>DİĞER ARAŞTIRMACILAR</b>	Araş. Gör. Özge Kapisız				
	<b>ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi				
	<b>DESTEKLEYİCİ FİRMA</b>	--				
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası				
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		<b>İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU</b>				
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No : 2010/5</b>		<b>Tarih : 28.05.2010</b>			
	Yard. Doç. Dr. Fatma EKER sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, <b>adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına</b> mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
<b>Ünvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Adı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyeti</b>	<b>İlişki (*)</b>	<b>Katılım(**)</b>	<b>İmza</b>
Doç. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan)	Kardiyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Başkan Yard.)	Tıbbi Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör)	Tıbbi Biyokimya	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Prof. Dr. Ali TEKİN(Üye)	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN(Üye)	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN ( Üye)	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Yrd.Doç. Dr. Seyit ANKARALI ( Üye)	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Elif EFE ( Üye)	Eczacı	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Av. Suat UYAR (Üye)	Hukuk	Düzce Üniversitesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Araş.Gör.Metin TOZ (Üye)	Sivil	Düzce Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI

\* Araştırma ile ilişki \*\* Toplantıda bulunma

## BEYAN

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

10.01.2011



Özge KAPISIZ

## ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Kocaeli’nde doğdu. İlköğretim ve liseyi burada tamamladıktan sonra 2003 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. İntörnlüğünü Erasmus programı kapsamında İtalya’nın Modena şehrinde “Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia”da tamamlayarak mezun oldu. 2008 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Aynı yıl Düzce Üniversitesi’nde Araştırma Görevlisi olarak işe başladı ve halen burada çalışmaya devam etmektedir.

Tel :0 422 2126243

e-posta: ozgeoner@duzce.edu.tr

enoz\_oner@hotmail.com