T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KONYA NUMUNE HASTANESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİSİNDE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANISI (KOAH) İLE YATAN HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba KORKMAZ

Danışman
Yard. Doç. Dr. Havva TEL

Konya-2008

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İÇİNDEKİLER	İ
TABLO LİSTESİ	İV
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
2. LİTERATÜR BİLGİLERİ	5
2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	5
2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Sıklık ve Yaygınlığı	5
2.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Etiyolojisi	6
2.1.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları	7
2.1.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi	7
2.1.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Anksiyete	8
2.1.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon	9
2.1.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Sosyal Destek	10
2.1.8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Yaklaşımı	11
3.GEREÇ ve YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	12
3.3.Araştırmanın Evreni	12
3.4. Araştırmanın Örneklemi	12
3.5. Veri Toplama Yöntemi	13
3.6. Veri Toplama Araçları	13
3.6.1. Anket formu	13
3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	13
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	14
3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	14
3.7.Araştırmanın Değişkenleri	14
3.8. Araştırmanın Etiği	15
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	15
3.10. Verilerin Analizi	15

	SAYFA NO
4. BULGULAR	16
4.1. Hastalar ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler	16
4.2. Hastaların Anksiyete (BAÖ) ve Depresyona (BDÖ) İlişkin Bulguları	18
4.3. Hastaların Sosyal Desteğe (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguları	26
5. ÇOKLU ANALİZ SONUÇLARI	38
5.1. Anksiyete Belirti Düzeyine Etkili Faktörler	38
5.2. Depresyon Belirti Düzeyine Etkili Faktörler	39
5.3. Sosyal Destek Üzerine Etkili Faktörler	40
6.TARTIŞMA ve SONUÇ	44
6.1. Hastalar ve Hastalık Süreci ile İlgili Bulgulara İlişkin Tartışma	44
6.2. Hastaların Anksiyete ve Depresyon Bulgularına İlişkin Tartışma	45
6.3. Hastaların Sosyal Destek Bulgularına İlişkin Tartışma	47
7.ÖZET	51
8. SUMMARY	53
9.KAYNAKLAR	55
10.EKLER	62
Ek-1. Anket Formu	62
Ek-2. Beck Anksiyete Ölçeği	64
Ek-3. Beck Depresyon Ölçeği	65
Ek-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	69
11. ÖZGEÇMİŞ	70
12. TEŞEKKÜR	71

TABLOLAR LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 4.1.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle ilgili Bilgiler	16
Tablo 4.1.2 Hastaların Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler	17
Tablo 4.2.1.Hastaların BAÖ ve BDÖ Puanları	18
Tablo 4.2.2.Hastaların Cinsiyete Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	19
Tablo 4.2.3.Hastaların Yaş Gruplarına Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	19
Tablo 4.2.4.Hastaların Medeni Duruma Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	20
Tablo 4.2.5.Hastaların Eğitim Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	20
Tablo 4.2.6.Hastaların Meslek Durumu Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	21
Tablo 4.2.7.Hastaların Aile Yapısına Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	21
Tablo 4.2.8.Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	22
Tablo 4.2.9.Hastaların Hastalık Süresine Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	22
Tablo 4.2.10.Hastaların Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olup-Olmama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	23
Tablo 4.2.11.Hastaların Tedaviye Uyumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	23
Tablo 4.2.12.Hastaların Daha Önce Bir Ruhsal Hastalık Olup-Olmama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	24
Tablo 4.2.13. Hastaların Kendini Ruhsal Yönden Nasıl Hissettiğine Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	24
Tablo 4.2.14.KOAH'ın Hastanın Ruh Sağlığını Etkileyip-Etkilememe Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	25
Tablo 4.2.15.Hastaların İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım Alıp-Almama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları	25
Tablo 4.3.1.Hastaların ÇBASDÖ Puanları	26
Tablo 4.3.2.Hastaların Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları	26
Tablo 4.3.3.Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ Puanları	27
Tablo 4.3.4.Hastaların Medeni Duruma Göre ÇBASDÖ Puanları	28

SAYFA NO

Tablo 4.3.5.Hastaların Eğitim Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 29
Tablo 4.3.6.Hastaların Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları 30
Tablo 4.3.7.Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre ÇBASDÖ Puanları 31
Tablo 4.3.8.Hastaların Hastalık Süresine Göre ÇBASDÖ Puanları 32
Tablo 4.3.9.Hastaların Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olup -Olmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 33
Tablo 4.3.10.Hastaların Tedaviye Uyumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 34
Tablo 4.3.11.Hastaların Daha Önce Bir Ruhsal Hastalık Olup- Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları 35
Tablo 4.3.12.KOAH'ın Hastanın Ruh Sağlığını Etkileyip-Etkilememe Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 36
Tablo 4.3.13.Hastaların İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım Alma Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 37
Tablo 5.1.1. Anksiyete Varlığını Etkileyen Faktörlerin Puanları 38
Tablo 5.2.1. Depresyon Varlığını Etkileyen Faktörlerin Puanları 39
Tablo 5.3.1. Aile Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları 40
Tablo 5.3.2. Arkadaş Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları 41
Tablo 5.3.3. Özel Kişi Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları 42
Tablo 5.3.4. Toplam Sosyal Desteği Etkileyen Faktörlerin Puanları 43

1.GİRİŞ

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 (Tel ve Akdemir 1998). KOAH kronik bronşit ve amfizeme bağlı, genellikle geri dönüşümsüz, hava akımı kısıtlaması ile karakterize kronik ve yavaş ilerleyici nitelikte bir hastalıktır (Bronwold ve ark 2004, Karadakovan 2007).

KOAH'ta bronşit başka bir nedene bağlanamayan ve bireyde öksürük ve balgam bulgularının 2 yıl sürekli ya da en az 3 aylık süre devam ettiği bir durum olarak tanımlanır ve birey yoğun olarak hava akımı kısıtlılığı yaşar. Bronşit hava akımı kısıtlılığı olmadan da görülebilir ama KOAH' ta görülen bronşitte hava akımı kısıtlılığı süreklidir. KOAH tablosundaki diğer hastalık amfizemdir. Amfizem anatomik olarak terminal bronşiollerin distalinde hava yollarının kalıcı ve destriktüf genişlemesi şeklinde görülür. (Bronwold ve ark 2004, Gazioğlu 1997, Barış ve ark 1998).

KOAH tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. 1998 dünya sağlık örgütü verilerine göre tüm dünyada 600 milyon KOAH'lı hasta bulunmaktadır ve her yıl KOAH nedeniyle 2.3 milyon kişi ölmektedir. Ölüm nedenleri sıralamasında KOAH, 1990'da tüm dünyada en sık görülen 6. ölüm nedeniyken, 2020'de 3. sıraya yükselmesi beklenmektedir. (Toraks Derneği 2000, Saryal ve Acıcan, 2003)

Ülkemizde KAOH'ın sıklık ve yaygınlığına ilişkin kesin rakamlar bilinmemekle beraber yaklaşık 2.5-3 milyon KOAH hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Sigara tüketimin artmasına bağlı olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de KOAH ve KOAH'a bağlı ölümler hızla artmaktadır (Umut ve Yıldırım 1992, Aydın 2000, Saryal ve Acıcan 2003).

KOAH'ın neden olduğu akut ataklara bağlı tekrarlı hastane yatışları, tıbbi harcamalar ve işgücü kaybı tüm ülkelerde ciddi boyutlarda ekonomik ve sosyal kayıplar oluşturmaktadır (San Pedro 1999, Parshall 1999). ABD'de 1993 yılında KOAH'a bağlı harcamaların 23.9 milyar dolar, astımda 12.6 milyar dolar, pnömonide 7.8 milyar dolar ve tüberkülozda 1.1 milyar dolar olduğu bildirilmiştir (Toraks Derneği 2000).

KOAH fiziksel, ekonomik sorunlarla birlikte anksiyete, depresyon gibi duygusal sorunlarında sıkça yaşandığı bir hastalıktır. Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır (Kum 1998, Berksun 2002). Anksiyete solunum sistemi hastalıklarında en yaygın görülen bir ruhsal sorundur. Anksiyete yaşantısı genellikle KOAH'lı hastalarda dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğünün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olur. Anksiyeteli birey mevcut dispnesini daha da endişe ile yorumlar, korkusu artar. Buna bağlı olarak ta ilaç alma ihtiyacı artar (Gökmen 1992, Özkan 1994, Zanbak 2000).

Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon, günlük etkinliklerinin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyon güçlüğü, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ümitsizlik, aşırı keder, irritabilite gibi duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur. Bedensel hastalığı olanlarda gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir (Özmen 1993, Kara 2002 Öztürk 2004).

Hastalık ilerledikçe tekrarlı hastaneye yatma, sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu bu kronik hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (Aras, Tel 2001). Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal sorunların ele alınmasında ve bireyin kronik hastalığa uyumunda sosyal destek kaynaklarından etkin şekilde yararlanmak bireyi olumlu yönde desteklemektedir (Sorias 1988).

KOAH bireyin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğinden; kronik bir hastalığa sahip olan KOAH'lı bireyin bakımında hastanın bütüncül olarak ele alınması, bireyin fiziksel durumu gibi ruhsal durumunun da belirli aralıklarla değerlendirilerek ruhsal

sorunların erken dönemde belirlenmesi ve ruhsal sorunların önlenmesinde önemli bir etkisi olan sosyal destek düzeyinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

LİTERATÜR BİLGİLERİ

2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH kronik bronşit ve amfizeme bağlı, genellikle geri dönüşümsüz, hava akımı kısıtlaması ile karakterize kronik ve yavaş ilerleyici nitelikte bir hastalıktır (Keele-Card ve ark 1993, Bronwold ve ark 2004, Karadakovan 2007).

Kronik bronşit; bronşial enflamasyon ve aşırı müküs sekresyonu solunum yollarında obstrüksiyona yol açmaktadır. Aşırı müküs üretimine ve kronik bronşial irritasyona bir tepki olarak öksürük gelişmektedir. Kronik bronşite neden olan solunum irritanları, özellikle sigara kronik enflamasyona, muko siliar temizliğin bozulmasına, goblet hücrelerinde, bronşial mukos glandlarda hipertrofiye ve sekresyon miktarının artmasına neden olmaktadır (Gazioğlu 1997, Tel ve Akdemir 1998).

Amfizem; terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının belirgin fibrozis olmaksızın, duvar harabiyeti ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir. Duvar harabiyeti ekspirasyon sırasında hava yollarında kollapsa neden olarak kronik hava akımı kısıtlamasına yol açmaktadır. Kronik bronşit ve amfizem birçok vakada belirtileri, histopatolojik durumları bakımından kesin hatlarla ayrılamayan hastalıklar olduğundan literatür de bu iki hastalık KOAH adı altında birlikte incelenmektedir (Tel ve Akdemir 1998, Birol ve ark 2000, Karadakovan 2007).

2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Sıklık ve Yaygınlığı

KOAH günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorundur. KOAH tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. ABD'de 1996 yılında 16 milyon KOAH hastası olduğu belirtilmiş, gerçek sayının ise 30-35 milyon olduğu tahmin edilmiştir. 1982-1997 yılları arasında KOAH hastalarında %41 artış olduğu bilinmektedir. KOAH üçüncü dünya ülkelerinde en hızla artan hastalıklar arasındadır. KOAH dünyadaki ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Sigara içme bağımlılığının artmasına bağlı olarak 2020 yılında KOAH'ın üçüncü ölüm nedeni olması beklenmektedir. DSÖ verilerine (1998) göre dünyada 600 milyon KOAH hastası bulunmakta ve her yıl 2.3 milyon kişi KOAH

nedeni ile ölmektedir. Ülkemizde KOAH'la ilgili kesin rakamlar bilinmemektedir. Yaklaşık 2.4 milyon KOAH hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1992 yılında 81.806 hasta bu hastalıkla hastaneden taburcu olmuş ve 1086 hasta kaybedilmiştir. 1997 yılında 126. 832 hasta KOAH tanısı ile hastanede yatmış ve bunların 1460' ölmüştür. Türkiye'de hastanede gerçekleşen en aygın ölüm nedenleri arasında KOAH 11. sırada yer almaktadır. 2000 yılında 156.354 KOAH'lı hasta hastaneden taburcu edilmiş, 1.886 hasta kaybedilmiştir. Bu sayılar bile KOAH'ın ülkemizdeki gerçek önemini göstermekten çok uzaktır. Sigara tüketiminin artmasına bağlı olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de KOAH ve KOAH'a bağlı ölümler hızla artmaktadır (Özkan 1994, Tel ve Akdemir 1998, Saryal ve Acıcan 2003, Atasever ve ark 2005, Karadakovan 2007).

2.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Etiyolojisi

Büyük bir toplumsal sorun olan KOAH'ın etiyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Sigara kullanımı, mesleki karşılaşmalar ve kalıtsal alfa-1 antitripsin eksikliği KOAH gelişiminde rolü iyi bilinen risk faktörleridir. Hava kirliliği, diyetle ilgili faktörler (tuzlu diyet, diyette antioksidan vitaminlerin yetersizliği, diyette doymamış yağ asitlerinin yetersizliği) enfeksiyonlar, aile öyküsü, hava yolu aşırı cevaplılığı, atopi, düşük doğum ağırlığı gibi faktörler de olası risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Barış ve ark 1998, Saryal ve Acıcan 2003, Akdemir ve Birol 2004, Karadakovan 2007).

Sigara içiciliği KOAH için en önemli risk faktörüdür. Gelişmiş ülkelerdeki KOAH riskinin %80-90'ından sigara sorumludur. KOAH sigara içmeyen kişiler arasında da yaygın bir hastalıktır. Mesleksel maruziyet KOAH gelişimi için bir diğer risk faktörüdür. Kimyasal dumanlar, organik ve inorganik tozlarla yeterince yoğun ve uzun süre karşılaşma, sigara etkisinden bağımsız olarak hava yolu aşırı cevaplılığında, FEV1 azalma hızında ve KOAH mortalitesinde artışa neden olmaktadır. Bu etkenlere sigaranın zararlı etkisi de ilave olursa KOAH gelişme riski belirgin olarak artar. Yoğun hava kirliliğinin olduğu yerler KOAH gelişmesinde sigara kadar risk oluşturabilmektedir. Büyük şehirlerdeki hava kirliliğinin yüksek düzeyde olması kalp ve akciğer sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ekonomik durumu bozuk olan bireylerde KOAH daha sık görülmektedir. Diyetle alınan antioksidan özellikteki vitaminlerin (A,C,E) ve doymamış yağ asitlerinin

azlığının yanında fazla tuzlu diyetin de KOAH gelişimi için olası birer risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Vidinel 1989, Saryal ve Acıcan 2003, Braunwald ve ark 2004, Karadakovan 2007).

2.1.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları

KOAH'ın en belirgin belirtileri öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır. KOAH'ta en sık görülen belirti nefes darlığıdır. Dispne yıllar içinde giderek artar, dispne önceleri eforla ortaya çıkarken, sonraları günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek boyuta ulaşır. Ayrıca hastada öksürük, hırıltılı solunum ve balgam çıkarma olabilir. Kronik öksürük genellikle sabahları daha fazladır. Akut ataklar sırasında balgam miktarı artar, pürülan görünüm olabilir. Çoğunlukla hastalar kış aylarında sık solunum yolu enfeksiyonu geçirir (Akdemir 2004, İnce ve ark 2005, Karadakovan 2007).

KOAH'ta bazen ataklar sırasında hışıltılı solunum sesleri duyulabilir. Hastalık ilerleyip oksijen azlığı da geliştiğinde eller, ayaklar ve yüzde morarmalar da görülebilmektedir. Kronik oksijen eksikliği ve tekrarlayan ataklar kalp yetersizliği gelişimine neden olur. Yerleşmiş KOAH'ı olan hastalarda hastalığın derecesine göre birçok fizik muayene bulguları saptanabilir. Hastalar genellikle geniş, fıçı göğse sahiptir, göğüs ön-arka çapı artmıştır. Boyunda yardımcı solunum kaslarının belirgin hale gelmiş olması ve nefes alırken bu kasların solunuma katılmaları izlenebilir. KOAH'lı hastalarda dinleme bulguları değişkendir. Genellikle solunum sesleri azalmış olarak duyulur ve kalp sesleri derinden ve hafif şekilde duyulabilir. Hastalarda solunumun nefes verme safhası uzamıştır. Genellikle ataklar sırasında, nefes verme döneminde daha belirgin olan, ancak solunumun hem nefes alma hem de nefes verme dönemlerinde işitilebilen, ronküs denilen anormal sesler duyulabilir. Hastalarda el, ayak ve yüzde morarmalar görülebilir. Bu hastalığın şiddetli olduğunu gösterebilir. (Keele-Card ve ark 1993, Saryal ve Acıcan 2003, Braunwald ve ark 2004)

2.1.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi

KOAH tedavisinde temel amaç; nefes darlığı ve diğer belirtilerin azaltılması, alevlenmelerin önlenmesi ve tedavisi, akciğer fonksiyonlarının iyi düzeyde tutulup, hastanın yaşam kaybını azaltmaktır. Bu nedenle hastalığın ilerlememesi için en etkili

girişim en önemli risk faktörü olan sigaranın bıraktırılmasıdır. KOAH'ın tedavisinde bronkodiladatör ilaçlar, kortikosteroid tedavisi, mukolitik ve antioksidan tedavisi, oksijen tedavisi mekanik ventilasyon, pulmoner rehabilitasyon uygulanır. KOAH'ın akut alevlenmelerinde antibiyotik kullanımı tartışmalıdır. Ancak sürekli veya tekrarlı ateşi olan hastalarda bakteriyel enfeksiyon düşünülerek antibiyotik verilmektedir. Hipoksemik KOAH hastalarında yaşamı uzattığı ispatlanmış tek tedavi oksijen tedavisidir. KOAH hastalarının yaşamlarını, hastalıklarına rağmen sürdürmeleri, egzersiz kapasitelerini korumaları çok önemlidir. Bu nedenle hastaların rehabilitasyon programlarına alınarak egzersiz kapasitelerini kullanmaları sağlanır. Bu amaçla solunum egzersizleri, kontrollü solunum, postüral drenaj gibi yöntemler uygulanır. (Aydın 2000, Kara 2002, Akdemir ve Birol 2004, Karadakovan 2007)

2.1.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Anksiyete

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır (Berksun 2002, Kum 1998). Anksiyete solunum sistemi hastalıklarında en yaygın görülen bir ruhsal sorundur. Anksiyete yaşantısı genellikle KOAH'lı hastalarda dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğünün şiddetinin artmasına ve hiperventilasyona neden olmaktadır. Anksiyeteli birey mevcut dispnesini daha da endişe ile yorumlamakta, korkusu artmaktadır. Buna bağlı olarak da bireyin ilaç kullanma ihtiyacı artmaktadır (Özkan 1994, Zanbak 2000). KOAH'da da yaşanan solunum güçlüğünün pek çok psikiyatrik yönü bulunmaktadır. Hastalar nefes darlığının yarattığı rahatsızlık, işlevselliklerinde azalma ve ölüm tehlikesi nedeniyle kendilerini kötü hissetmektedirler. KOAH hastalarında anksiyete belirtilerinin yaygınlığının % 2-50 arasında değiştiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastalarda anksiyetenin % 15.8 yaygınlıkta olduğu bildirilmektedir. (Gökmen 1992, Özkan 1994, Aydın 2000).

Solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlardan teofilin'in anksiyete yapıcı yan etkisi bilinmektedir. Anksiyeteli durumlarda anksiyetenin psikojenik boyutu ile hipoksiye bağlı olarak mı, yoksa ilaçlara bağlı gelişen ikincil anksiyete mi olduğu ayırt edilmelidir. Solunum sistemi hastalığı olan kişilerde gerek psikofarmakolojik, gerekse psikotarapötik yardımların temel amaçlarından birisi dispne-anksiyete kısır döngüsünü

kırmaktır. Klinik gözetim altında uygulanan fiziksel tedaviler, bu kısır döngünün kırılmasına dönük psikoterapötik yöntemlerle (sistematik duyarsızlaştırma) desteklenmelidir. Dispnenin, boğulma ve ölüm olmadığı ve fiziksel faaliyetin dengeli ayarlanması ile yaşam kalitesinin korunabileceği gösterilir. Kronik akciğer hastalarında psikoterapi uygulaması ile hastanede yatış süresi, acil başvurular azalmakta, tedavi daha iyi düzenlenmekte, yaşam kalitesi artmakta, fiziksel durum daha çabuk dengelenmekte, uyum artmaktadır. Hastalığın etkin fiziksel tedavisi ve profilaksisinin yanında, hastanın bütüncül kavranması, ruhsal durumun değerlendirilmesi, majör psikiyatrik bozuklukların tanınıp tedavisi, kronik hastalığın getirdiği uyum güçlüklerin, dispne-anksiyete döngüsünün dikkati alınması gerektirir **(**Tel ve Akdemir 1998, Sheehan 1999, Fidangül 2003, Üskül ve ark 2006).

2.1.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon

Depresyon, günlük etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyon güçlüğü, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ümitsizlik, aşırı keder, irritabilite gibi duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur. Bedensel hastalığı olanlarda gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir (Özmen 1993, Kuğu ve ark 2001, Öztürk 2004).

Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. KOAH'lı hastalarda yaşam amaçları ve beklentiler zorlanmakta, kayıp algı ve tepkileri gelişmektedir. Fiziksel gücün ilerleyici kaybı, kişilerarası ve sosyal etkinlikleri yürütme güçlüğü gibi sorunlar ve kayıplar bireyin benlik saygısının ve kendine güveninin azalmasına neden olduğundan KOAH'lı bireyler depresyon gelişmesi açısında büyük risk taşımaktadırlar. KOAH'lı hastalarda depresyonun yaygınlığının % 2- 42 arasında değiştiği belirtilmiştir (Özkan 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise KOAH'lı hastalarda majör depresyonun %39.5 yaygınlıkta olduğu bildirilmektedir (Aydın 2000)**.**

Depresyon, hastaların rahatsızlıklarına toleranslarını azaltır, tedavi ve rehabilitasyon programlarına istekle katılmalarını ve tedavi uygulamalarına uyumlarını olumsuz etkiler.

Depresyon nedeniyle olumsuz davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir. Örneğin aşırı bağımlı bir davranış ortaya çıkartan hasta, gereksiz yere fiziksel etkinlikten kaçınabilir. Bazı hastalarda ise uyumsuz, öfkeli, etkin ya da edilgin saldırgan davranışlar gözlenebilir. Bunların yanında depresif hastalarda intihar riskinin yüksek olduğu da unutulmamalıdır. Bu neden depresyonun erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi önem taşımaktadır (Özmen 1993, Köknel 2005).

Solunum sistemi hastalığı olanlarda gelişen depresyonun immun sistemi baskıladığı ve depresif hastalarda üst solunum sistemi enfeksiyonlarının daha sık geliştiği kaydedilmiştir. Kortikosteroid tedavisi altında olan ve depresif sendrom tanımlayan bir hastada, kortizol dozunu arttırmadan önce depresyonun tedavi edilmesi gerekir. Özellikle fiziksel güçlerinde ileri azalma tanımlayan, görünüm bozulması gelişen, işlerini ve kendi kendilerine yeterliliklerini kaybeden, hastalığın getirdiği kayıpları fazla olan vakalarda, depresyon gelişim riski artmaktadır. Efendrin, fenilefedrin gibi seçici olmayan sempatomimetikler, bronkodilatatör ve dekonjestan ilaçlar ile kaygı, depresyon ve psikotik belirti gelişimi bildirmiştir. Seçici B2 agonistleri (terbutaline, albuterol, metaproterenol) ise psikiyatrik yönden daha güvenli olduğu kabul edilmektedir (Aydın 2000, Üskül ve ark 2006).

2.1.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Sosyal Destek

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Sorias 1988, Dearling 1993, Barker 1999, Tomanbay 1999).

KOAH'lı birey fiziksel gücünün ilerleyici kaybı, kişilerarası ve sosyal etkinlikleri yürütme güçlüğü, mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar ve kayıplar yaşadığından bireyin kendine güveni ve benlik saygısı azalmaktadır. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar nedeni ile bireyin sosyal etkileşimleri azalmakta ve yalnızlık duygusu artmakta birey

sosyal izolasyon yaşamaktadır (Aras ve Tel 2001). Bu nedenle bireyin çevresindekiler tarafından anlaşılma ve yardım alma gereksimi artmaktadır. Hastalık sürecinde bireyin sahip olduğu sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi ve bireyin bu kaynaklardan yararlanması önemlidir. Ayrıca sosyal destek stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal sorunların ele alınmasında ve bireyin kronik hastalığa uyumunda sosyal destek kaynaklarından etkin şekilde yararlanmak bireyi olumlu yönde desteklemektedir (Çakır 1993, Aras ve Tel 2001, Kara 2002, Özcan ve Buzlu 2005).

2.1.8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Yaklaşımı

KOAH'lı hastalar hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fizik aktivitelerdeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıyadırlar. KOAH'lı hastaların sağlık ekibinden yeterince yardım ve destek görmesi, yaşam durumuyla ilgili iyi şeyler hissetmesine, daha ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesine ve hastaların hastalıkla daha uyumlu yaşamasına yardım etmektedir (Tel ve Akdemir 1998).

KOAH kronik bir hastalık olduğu için KOAH'lı hastanın hemşirelik bakımında; hasta ve ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve rehabilitasyonu çok önemlidir. KOAH hastasına verilecek eğitim; KOAH hakkında bilgi, tedavi ve evde oksijen tedavisi, beslenme, solunum tedavisi, sigaranın bırakılması, KOAH ve cinsel yaşam, kronik hastalıkla baş etme yöntemleri gibi konuları içermektedir. (Gökmen 1992, Birol 2000, Akdemir ve Birol 2004, Karadakovan 2007).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastalarla yapıldı.

Konya Numune Hastanesi 1931 yılında kurulmuştur. 750 yataklı hastanede 30 ayrı branşta sağlık hizmeti verilmektedir. Göğüs Hastalıkları Servisi, A blok, 2. katta bulunmakta ve 41 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Serviste, 7 göğüs hastalıkları uzmanı, 10 hemşire, 1 sağlık memuru, 4 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Göğüs hastalıkları servisinde uzmanlar tarafından bronkoskopi uygulanmaktadır. Solunum fonksiyon testi (SFT) ise poliklinikte ölçülmektedir. Serviste genel hastane kuralları gereği her gün saat 13.00 ile 14.00 arası hasta ziyareti yapılabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Konya Numune Hastanesi Göğüs Servisinde 10 Ocak 2007 – 10 Haziran 2007 tarihleri arasında yatarak tedavi alan ve araştırma sınırlılıklarını taşıyan, çalışmaya katılmayı kabul eden KOAH tanısı olan 126 hasta oluşturdu.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada yüz yüze görüşme yoluyla anket formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) araştırmacı tarafından hastalara uygulanarak veriler toplandı. 10 Ocak –10 Haziran 2007 tarihleri arasında Konya Numune Hastanesi Göğüs servisinde yatan araştırma sınırlılıklarını taşıyan hastaların aydınlatılmış onamları alınarak, hastaneye yatışın ikinci gününde hastalara veri toplama araçları uygulandı.

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Anket Formu

Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgilerini içeren 25 soruluk anket (Ek 1) araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturuldu (Alpay 1996, Cebeci ve ark 1997, Tosun 1998, Güner 1999, Baştürk 2002, Motan 2002, Cebeci 2004, Özen 2004)

3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği: (BAÖ)

1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen BAÖ, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. BAÖ 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte; 0-10 puan anksiyete bulguları olmadığını, 11-17 puan arası hafif düzeyde anksiyete, 18-29 puan arası orta düzeyde anksiyete, 30-63 puan arası ciddi düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir (Ulusoy 1998).

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği: (BDÖ)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçek on beş yaş ve üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanmakta, her birinde 4 seçenek bulunan 21 belirti kategorisini içermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte; 0-10 puan depresyon bulguları olmadığını, 11-17 puan arası hafif düzeyde depresyon, 18-29 puan arası orta düzeyde depresyon, 30-63 puan arası ciddi düzeyde depresyon olduğunu göstermektedir (Hisli 1989).

3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. ÇBASDÖ "Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3,4,8,11 maddeler aile desteğini, 6,7,9,12 maddeler arkadaş desteğini ve 1,2,5,10 maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995, Eker ve Arkar ve ark 2001)

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

1. Beck Anksiyete Ölçeğinin (BAÖ) Toplam Puanı
2. Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ)Toplam Puanı
3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

Bağımsız Değişkenler

Hastanın; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, mesleği, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, sigara kullanma durumu, hastalık süresi, yıllık hastaneye yatma sıklığı, başka bir fiziksel hastalığı olma durumu ve ne olduğu, kontrollerini düzenli sürdürüp sürdürmediği, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürme durumu, daha önce herhangi ruhsal sorunun veya hastalığın olma durumu, hastanın kendini ruhsal yönden nasıl hissettiği, şu anda ruhsal bir sorunun olma durumu ve bu sorunla ilgili olarak herhangi bir tedavi alma durumu, KOAH hastalığının hastanın ruh sağlığını etkileme durumu ve hastanın ihtiyaç duyduğunda ailesi ve yakın çevresinden yardımı alma durumu olarak tespit edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Kurumsal izin, Konya İl sağlık Müdürlüğü, Konya Numune Hastanesi Başhekimliğinden yazılı olarak, katılımcı izinleri ise, araştırma kapsamındaki hastalardan, çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onay şeklinde alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, Konya merkezde ikamet eden, KOAH tanısı ile tedavi edilmekte olan, bilinci açık, görme-işitme kaybı gibi iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri hastalar alınmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında yapıldı. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, ±standart sapma, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U testi, Lojistik Regresyon ve Pearson Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Hastalar ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler

Tablo 4.1.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bilgiler

Özellikler	Sayı	(%)
Cinsiyet		
Kadın	50	39.7
Erkek	76	60.3
Yaş grubu		
35-44	8	6.3
45-54	19	15.1
55-64	24	19.0
65 ve Üzeri	75	59.5
Medeni durum		
Bekar	13	10.3
Evli	74	58.7
Dul	39	31.0
Eğitim durumu		
Okur Yazar Değil	49	38.9
İlkokul	53	42.1
Ortaokul	17	13.5
Lise	7	5.6
Meslek		
İşçi	12	9.5
Serbest Meslek	21	16.7
Emekli	29	23.0
Ev Hanımı	43	34.1
Diğer	21	16.7
Aile Yapısı		
Çekirdek	69	54.8
Geniş	57	45.2
Sosyal Güvencesi		
Var	114	90.5
Yok	12	9.5
Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş ve Çocuklar	78	61.9
Anne-Baba	9	7.1
Diğer	39	31.0

Tablo 1'de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hastaların % 60.3' ünün erkek, % 59.5'inin 65 yaş ve üzeri grubunda, % 58.7'sinin evli, % 42.1'inin ilkokul mezunu, % 34.1'inin ev hanımı, % 54.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %

90.5'inin sosyal güvencesi olduğu, % 61.9'unun eşi ve çocukları ile beraber yaşadığı saptandı.

Tablo 4.1.2 Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Bilgiler

Hastalık Süresi		
0-1 yıl	16	12.7
2-5 yıl	32	25.4
6 ve üzeri	78	61.9
Hastaneye Yatma Sıklığı		
Yılda 1-2	49	38.9
Yılda 3-5	41	32.5
Yılda 6 ve üzeri	9	7.1
Ayda 1-2	11	8.7
Diğer	16	12.7
Sigara Kullanma		
Evet	39	31.0
Hayır	87	69.0
Başka Bir Fiziksel Hastalığı		
Var	77	61.1
Yok	49	38.9
Kontrollerini Düzenli Olarak Sürdürme Durumu		
Evet	89	70.6
Hayır	3	2.4
Kısmen	34	27.0
Tedaviye Uyum Durumu		
Uyumlu	97	77.0
Uyumsuz	29	23.0
Hastanın Daha Önce Herhangi Bir Ruhsal Hastalığı		
Var	17	13.5
Yok	109	86.5
Kendini Ruhsal Yönden Hissetme Durumu		
Kötü	65	51.6
İyi	61	48.4
Şu An Ruhsal Bir Hastalığı		
Var	42	33.3
Yok	84	66.7
KOAH Hastanın Ruh Sağlığını		
Etkiliyor	80	63.5
Etkilemiyor	46	36.5
İhtiyaç Duyduğunda Ailesinden Yardım		
Alıyor	102	81.0
Almıyor	24	19.0

Tablo 2'de hastaların hastalık süreci ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hastaların % 61.9'unun 6 yıl ve üzeri süredir hasta olduğu, % 31.0'inin sigara kullandığı, % 38.9'unun yılda 1-2 kez hastaneye yattığı, % 61.1'inin KOAH'la beraber başka bir fiziksel hastalığının olduğu, % 70.6'sının kontrollerini düzenli olarak sürdürdüğü, % 77'sinin ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürdüğü, %86.5'inin daha önce herhangi bir ruhsal sorununun olmadığı, % 47.6'si ruhsal yönden kendini kısmen iyi hissettiğini ifade ettiği, % 33.3'ünün şu an tanı konulan ruhsal bir sorunu olduğunu belirttiği, % 63.5'inin KOAH'ın ruh sağlığını etkilediğini belirttiği, %81'inin ihtiyaç duyduğunda ailesinden yardım aldığı saptandı.

4.2. Hastaların Anksiyete (BAÖ) ve Depresyona (BDÖ) İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1.Hastaların BAÖ ve BDÖ Puanları

Düzeyi	**Anksiyete Puanı**		**Depresyon Puanı**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Yok	14	11,1	18	14,3
Hafif Düzey	23	18,3	31	24,6
Orta Düzey	55	43,7	61	48,4
Ciddi Düzey	34	27,0	16	12,7
Toplam	126	100,0	126	100,0

Tablo 4.2.1'de hastaların BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların % 88.9' unda anksiyete, % 43.0'ünde ise orta düzeyde anksiyete belirtisi olduğu, hastaların % 85.7'inde depresyon, % 48.4'ünde ise orta düzeyde depresyon belirtisi olduğu anksiyete ve depresyon arasında orta derecede pozitif bir ilişki olduğu ($r=.542$, $p<0.01$), anksiyete artıkça depresyonunda arttığı saptandı.

Tablo 4.2.2. Hastaların Cinsiyete Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Cinsiyet (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Kadın 50	22,04 ± 10,45	19,16 ± 9,15
Erkek 76	24,48 ±11,03	21,36 ± 9,37
Toplam 126	23,51 ±10,83	20,49 ±9,31
	p=0,155	p=0,183

Tablo 4.2.2'de hastaların cinsiyete göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Cinsiyete göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 4.2.3. Hastaların Yaş Gruplarına Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Yaş Grubu (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
35-44 yaş 8	25,50 ± 13,93	25,37± 9,79
45-54 yaş 19	23,10 ± 16,67	19,89 ±10,70
55-64 yaş 24	21,79 ± 7,52	17,33 ± 6,61
65 yaş ve üzeri 75	23,96 ± 9,64	21,13 ± 9,47
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,695	p=0,075

Tablo 4.2.3'te hastaların yaş gruplarına göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Yaş gruplarına göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 4.2.4.Hastaların Medeni Duruma Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Medeni Durum (n)	**Anksiyete Puanı** $\overline{X} \pm S$	**Depresyon Puanı** $\overline{X} \pm S$
Bekar 13	22,23 ± 17,01	15,61 ± 8,83*
Evli 74	24,62 ± 10,43	22,06 ± 8,87
Dul 39	21,84 ±8,92	19,12 ± 9,73
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,275	p=0,046

*evlilere göre p<0.05

Tablo 4.2.4'te hastaların medeni durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Medeni duruma göre hastaların BAÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) saptandı.

Tablo 4.2.5.Hastaların Eğitim Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Eğitim Durumu (n)	**Anksiyete Puanı** $\overline{X} \pm S$	**Depresyon Puanı** $\overline{X} \pm S$
Okur-yazar değil 49	25,46 ±10,75	21,83 ± 10,89
İlkokul 53	23,88 ± 11,25	20,73 ± 7,60
Ortaokul 17	18,52 ±9,94	16,41 ± 9,17
Lise 7	19,14 ± 5,72	19,14 ± 8,19
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ±9,31
	p=0,111	p=0,302

Tablo 4.2.5'te hastaların eğitim durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Eğitim duruma göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) saptandı.

Tablo 4.2.6.Hastaların Meslek Durumu Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Meslek Durumu (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
İşçi 12	28,00 ± 12,27	26,33 ± 12,85
Serbest Meslek 21	24,04 ± 6,08	20,80 ± 5,30
Emekli 29	21,58 ± 10,69	18,89 ± 9,08
Ev Hanımı 43	22,46 ± 11,06	19,53 ± 9,39
Diğer 21	25,23 ± 13,16	21,00 ± 9,78
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,369	p=0,400

Tablo 4.2.6'da hastaların meslek durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Meslek durumuna göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Tablo 4.2.7.Hastaların Aile Yapısına Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Aile Yapısı (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Çekirdek aile 69	20,86 ± 10,32	17,92 ± 9,43
Geniş aile 57	26,71 ± 10,65	23,59 ± 8,22
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,001	p=0,001

Tablo 4.2.7'de hastaların aile yapısına göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Çekirdek aile ve geniş aile olmasına göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), çekirdek ailede yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının diğer hastalardan daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.2.8.Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Birlikte Yaşadığı Kişiler (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Eş ve Çocuklar 78	26,10 ± 10,65	22,28 ± 8,69
Anne-Baba 9	23,00 ± 9,40	20,22 ± 7,24
Diğer 39	18,46 ± 9,85*	16,97 ± 10,09*
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,002	p=0,020

*Eş ve çocuklarıyla yaşayanlara göre p<0.05

Tablo 4.2.8'de hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu (p<0.05) diğer akrabalarla birlikte yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının eş ve çocukları ile yaşayan hastalardan daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.2.9.Hastaların Hastalık Süresine Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Hastalık Süresi (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
0-1 yıl 16	23,00 ± 10,35	20,50 ± 10,99
2-5 yıl 32	18,59 ± 7,82	20,59 ± 7,89
6 yıl ve üzeri 78	25,64 ± 11,41*	20,44 ± 9,60
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,005	p=0,784

*2-5 yıla göre p<0.05

Tablo 4.2.9'da hastaların hastalık süresine göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastalık süresine göre hastaların BAÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu (p<0.05) hastalık süresi altı yıl ve üzeri olan hastaların anksiyete puanlarının 2-5 yıldır hasta olanlara göre yüksek olduğu belirlendi. Hastalık süresine göre hastaların BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 4.2.10.Hastaların Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olup-Olmama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Başka Bir Fiziksel Hastalığı (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Var 77	25,67 ± 10,38	20,97 ± 9,38
Yok 49	20,12 ± 10,75	19,73 ± 9,25
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,002	p=0,798

Tablo 4.2.10'da hastaların başka bir fiziksel hastalığı olup-olmama durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların başka bir fiziksel hastalığı olup-olmama durumuna göre BAÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) başka bir fiziksel hastalığı olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu, hastaların başka bir fiziksel hastalığı olup- olmama durumuna göre BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Tablo 4.2.11. Hastaların Tedaviye Uyumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Tedaviye Uyum (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Uyumlu 97	23,36 ± 11,54	20,44 ± 9,35
Uyumsuz 29	24,03 ± 8,17	20,65 ± 9,33
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,479	p=0,552

Tablo 4.2.11'de hastaların tedaviye uyumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Tedaviye uyuma göre BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Tablo 4.2.12.Hastaların Daha Önce Bir Ruhsal Hastalık Olup-Olmama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Daha Önce Bir Ruhsal Hastalık (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Var 17	30,17 ± 14,34	22,35 ± 6,49
Yok 109	22,47 ± 9,86	20,20 ± 9,67
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,036	p=0,288

Tablo 4.2.12'de hastaların daha önce ruhsal bir hastalık olup-olmama durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Daha önce ruhsal bir hastalığı olup-olmama durumuna göre hastaların BAÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) daha önce ruhsal bir hastalığı olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Daha önce ruhsal bir hastalığı olup-olmama durumuna göre hastaların BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 4.2.13.Hastaların Kendini Ruhsal Yönden Nasıl Hissettiğine Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Kendini Ruhsal Yönden Hissetme Durumu (n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Kötü 65	26,57 ± 11,31	22,66 ± 9,44
İyi 61	20,26 ± 9,33	18,25 ± 8,70
Toplam 126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
	p=0,003	p=0,036

Tablo 4.2.13'te hastaların kendini ruhsal yönden nasıl hissettiğine göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Kendini ruhsal yönden nasıl hissettiğine göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ruhsal yönden kendini kötü hisseden hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.2.14.KOAH'ın Hastanın Ruh Sağlığını Etkileyip-Etkilememe Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

Ruh Sağlığını Etkileme Durumu	(n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Etkiliyor	80	25,91 ± 10,28	21,90 ± 8,52
Etkilemiyor	46	19,34 ± 10,59	18,04 ± 10,19
Toplam	126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
		p=0,001	p=0,059

Tablo 4.2.14'de KOAH'ın hastanın ruh sağlığını etkileyip-etkilememe durumuna göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. KOAH'ın hastanın ruh sağlığını etkileyip-etkilememe durumuna göre hastaların BAÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ruh sağlığı etkilenen hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlendi. KOAH'ın hastanın ruh sağlığını etkileyip-etkilememe durumuna göre hastaların BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 4.2.15.Hastaların İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım Alıp-Almama Durumuna Göre BAÖ ve BDÖ Puanları

İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım	(n)	Anksiyete Puanı $\overline{X} \pm S$	Depresyon Puanı $\overline{X} \pm S$
Alıyor	102	23,85 ± 11,24	19,79 ± 9,65
Almıyor	24	22,08 ± 8,95	23,45 ± 7,15
Toplam	126	23,51 ± 10,83	20,49 ± 9,31
		p=0,448	p=0,080

Tablo 4.2.15'de hastaların ihtiyaç duyduğunda aileden yardım alıp-almama durumuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. İhtiyaç duyduğunda aileden yardım alıp-almama durumuna göre hastaların BAÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Ayrıca hastaların sigara kullanma, sosyal güvence, hastaneye yatma sıklığı, kontrolleri düzenli sürdürme, mevcut ruhsal sorunun olup- olmaması değişkenleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

4.3. Hastaların Sosyal Desteğe (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguları

Tablo 4.3.1.Hastaların ÇBASDÖ Puanları

Sosyal Destek	$\overline{X} \pm S$
Aile Desteği	19,92 ± 7,84
Arkadaş Desteği	15,22 ± 7,63
Özel Kişi Desteği	18,05 ± 8,69
Toplam Sosyal Destek	53,26 ± 18,62

Tablo 4.3.1.'de hastaların ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların aile desteği puanlarının sosyal desteğin diğer alt gruplarının puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.2.Hastaların Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	**Cinsiyet**	**(n)**	$\overline{X} \pm S$	**p**
Aile Desteği	Kadın	50	18,82 ± 8,59	p=0,262
	Erkek	76	20,65 ± 7,27	
Arkadaş Desteği	Kadın	50	17,24 ± 7,85	p= 0,016
	Erkek	76	13,89 ± 7,24	
Özel Kişi Desteği	Kadın	50	18,02 ± 8,87	p= 0,906
	Erkek	76	18,07 ± 8,63	
Sosyal Destek Toplam	Kadın	50	54,04 ± 20,54	p= 0,565
	Erkek	76	53,26 ± 18,62	

Tablo 4.3.2.'de hastaların cinsiyete göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların cinsiyete göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), kadın hastalardaki arkadaş desteğinin erkek hastalardaki arkadaş desteğinden yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.3.Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Yaş Grubu (n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	35-44 8	20,12 ± 8,83	p= 0,008
	45-54 19	18,47 ± 7,60*	
	55-64 24	24,08 ± 6,82	
	65 ve üzeri 75	18,94 ± 7,80*	
Arkadaş Desteği	35-44 8	16,00 ± 7,27	p= 0,493
	45-54 19	16,21 ± 8,75	
	55-64 24	16,91 ± 7,89	
	65 ve üzeri 75	14,34 ± 7,31*	
Özel Kişi Desteği	35-44 8	20,12 ± 8,20	p= 0,001
	45-54 19	18,21 ± 8,49	
	55-64 24	23,45 ± 7,36	
	65 ve üzeri 75	16,06 ± 8,54*	
Sosyal Destek Toplam	35-44 8	56,25 ± 20,45	p= 0,004
	45-54 19	52,89 ± 20,42	
	55-64 24	64,37 ± 16,58	
	65 ve üzeri 75	49,49 ± 17,44*	
	Toplam 126	53,26 ± 18,62	

*55-64 yaş grubuna göre $p<0.05$

Tablo 4.3.3'te hastaların yaş gruplarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), 65 yaş üzerinde aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının 55-64 yaş grubuna göre düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.4.Hastaların Medeni Duruma Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Medeni Durum(n)		$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Bekar	13	21,53 ± 7,30	p= 0,000
	Evli	74	22,00 ± 7,30	
	Dul	39	15,46 ± 7,29*	
Arkadaş Desteği	Bekar	13	16,84 ± 9,84	p= 0,743
	Evli	74	14,97 ± 7,72	
	Dul	39	15,15 ± 6,74	
Özel Kişi Desteği	Bekar	13	21,38 ± 7,07	p= 0,000
	Evli	74	20,58 ± 7,94	
	Dul	39	12,15 ± 7,72*	
Sosyal Destek Toplam	Bekâr	13	59,76 ± 19,39	p= 0,000
	Evli	74	57,66 ± 17,51	
	Dul	39	42,76 ± 16,37*	

*Diğerlerine göre $p<0.05$

Tablo 4.3.4'te hastaların medeni duruma göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların medeni duruma göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), dul hastaların aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.5.Hastaların Eğitim Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Öğrenim Durum (n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Okur-yazar değil 49	19,06 ± 8,40	p= 0,721
	İlkokul 53	20,77 ± 7,51	
	Ortaokul 17	20,00 ± 7,14	
	Lise 7	19,42 ± 8,82	
Arkadaş Desteği	Okur-yazar değil 49	14,10 ± 7,85	p= 0,467
	İlkokul 53	15,33 ± 8,15	
	Ortaokul 17	17,58 ± 6,24	
	Lise 7	16,42 ± 3,77	
Özel Kişi Desteği	Okur-yazar değil 49	16,85 ± 8,25	p= 0,397
	İlkokul 53	19,39 ± 8,63	
	Ortaokul 17	17,23 ± 9,92	
	Lise 7	18,28 ± 9,55	
Sosyal Toplam Destek	Okur-yazar değil 49	50,18 ± 17,87	p= 0,493
	İlkokul 53	55,50 ± 18,74	
	Ortaokul 17	54,82 ± 20,73	
	Lise 7	54,14 ± 18,80	

Tablo 4.3.5'de hastaların öğrenim durumlarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların öğrenim durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 4.3.6.Hastaların Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Aile Yapısı	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Çekirdek	69	18,05 ± 8,39	p= 0,005
	Geniş	57	22,19 ± 6,49	
Arkadaş Desteği	Çekirdek	69	17,01 ± 7,24	p= 0,004
	Geniş	57	13,05 ± 7,60	
Özel Kişi Desteği	Çekirdek	69	15,71 ± 9,35	p= 0,004
	Geniş	57	20,89 ± 6,88	
Sosyal Destek Toplam	Çekirdek	69	50,89 ± 19,88	p= 0,139
	Geniş	57	56,14 ± 16,712	

Tablo 4.3.6'da hastaların aile yapısına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların aile yapısına göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), geniş ailede aile desteği, özel kişi desteği puanının yüksek, arkadaş desteği puanının düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.7.Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Birlikte Yaşadığı Kişiler (n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Eş ve Çocuklar 78	21,83 ± 7,05*	p= 0,001
	Anne-Baba 9	17,77 ± 10,63	
	Diğer 39	16,61 ± 7,59	
Arkadaş Desteği	Eş ve Çocuklar 78	14,21 ± 7,55	p= 0,174
	Anne-Baba 9	16,77 ± 7,44	
	Diğer 39	16,87 ± 7,69	
Özel Kişi Desteği	Eş ve Çocuklar 78	20,35 ± 7,61*	p= 0,001
	Anne-Baba 9	17,22 ± 10,46	
	Diğer 39	13,64 ± 8,77	
Sosyal Destek Toplam	Eş ve Çocuklar 78	56,53 ± 16,27	p= 0,050
	Anne-Baba 9	51,77 ± 23,82	
	Diğer 39	47,07 ± 20,58	

*Diğer akraba ile yaşayanlara göre $p<0.05$

Tablo 4.3.7'de hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların aile desteği ve özel kişi desteğinin diğer akrabalarla yaşayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.3.8.Hastaların Hastalık Süresine Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hastalık Süresi	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	0-1 yıl	16	22,75 ± 4,94	p=0,041
	2-5 yıl	32	16,59 ± 8,91*	
	6 yıl ve üzeri	78	20,71 ± 7,49	
Arkadaş Desteği	0-1 yıl	16	14,62 ± 8,81	p=0,277
	2-5 yıl	32	17,06 ± 6,97	
	6 yıl ve üzeri	78	14,58 ± 7,62	
Özel Kişi Desteği	0-1 yıl	16	22,43 ± 5,66	p=0,030
	2-5 yıl	32	14,93 ± 9,47*	
	6 yıl ve üzeri	78	18,43 ± 8,49	
Sosyal Destek Toplam	0-1 yıl	16	59,81 ± 14,45	p=0,215
	2-5 yıl	32	48,59 ± 21,51	
	6 yıl ve üzeri	78	53,84 ± 17,83	

*0-1 yıla göre $p<0.05$

Tablo 4.3.8'de hastaların hastalık süresine göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların hastalık süresine göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) hastalık süresi 2-5 yıl olan hastaların aile desteği ve özel kişi desteği puanlarının 0-1 yıl olanlara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.3.9.Hastaların Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olup- Olmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Başka Bir Fiziksel Hastalık	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Var	77	19,01 ± 7,80	p= 0,067
	Yok	49	21,36 ± 7,76	
Arkadaş Desteği	Var	77	14,44 ± 7,20	p= 0,151
	Yok	49	16,44 ± 8,20	
Özel Kişi Desteği	Var	77	17,14 ± 8,87	p=0,169
	Yok	49	19,48 ± 8,28	
Sosyal Destek Toplam	Var	77	50,70 ± 17,46	p=0,037
	Yok	49	57,30 ± 19,83	

Tablo 4.3.9'da hastaların başka bir fiziksel hastalık olup-olmama durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların başka bir fiziksel hastalık olup-olmama durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) başka bir fiziksel hastalık olan hastaların toplam sosyal destek ve diğer sosyal destek puanlarının düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.3.10. Hastaların Tedaviye Uyumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Tedaviye Uyum	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Uyumlu	97	19,86 ± 7,56	p=0,501
	Uyumsuz	29	20,13 ± 8,86	
Arkadaş Desteği	Uyumlu	97	16,13 ± 7,53	p=0,013
	Uyumsuz	29	12,17 ± 7,31	
Özel Kişi Desteği	Uyumlu	97	17,69 ± 8,39	p= 0,223
	Uyumsuz	29	19,27 ± 9,69	
Sosyal Destek Toplam	Uyumlu	97	53,79 ± 18,70	p=0,614
	Uyumsuz	29	51,51 ± 18,60	

Tablo 4.3.10'da hastaların tedaviye uyuma göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Tedaviye uyuma göre hastaların ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) tedaviye uyumlu hastaların arkadaş desteği puanının yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.3.11.Hastaların Daha Önce Ruhsal Bir Hastalık Olup- Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Daha Önce Ruhsal Hastalık	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Var	17	17,00 ± 8,34	p= 0,172
	Yok	109	20,38 ± 7,70	
Arkadaş Desteği	Var	17	11,11 ± 7,80	p= 0,020
	Yok	109	15,86 ± 7,44	
Özel Kişi Desteği	Var	17	14,88 ± 8,98	p=0,084
	Yok	109	18,55 ± 8,58	
Sosyal Destek Toplam	Var	17	43,00 ± 17,91	p=0,014
	Yok	109	54,87 ± 18,30	

Tablo 4.3.11'de hastaların daha önce ruhsal bir hastalığı olup-olmadığına durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Daha önce ruhsal bir hastalığı olup-olmadığına göre hastaların ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) daha önce bir ruhsal hastalığı olan hastaların arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanının düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.3.12.KOAH'ın Hastanın Ruh Sağlığını Etkileyip-Etkilememe Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	KOAH'ın Ruh Sağlığını Etkileme Durumu	(n)	$\overline{X} \pm S$	p
Aile Desteği	Etkiliyor	80	20,86 ± 7,81	p= 0,027
	Etkilemiyor	46	18,30 ± 7,71	
Arkadaş Desteği	Etkiliyor	80	14,48 ± 7,63	p= 0,156
	Etkilemiyor	46	16,50 ± 7,56	
Özel Kişi Desteği	Etkiliyor	80	18,96 ± 8,64	p=0,138
	Etkilemiyor	46	16,47 ± 8,64	
Sosyal Destek Toplam	Etkiliyor	80	54,43 ± 18,74	p=0,370
	Etkilemiyor	46	51,23 ± 18,44	

Tablo 4.3.12'de KOAH'ın hastanın ruh sağlığını etkileyip-etkilememe durumuna göre hastaların ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. KOAH'ın ruh sağlığını etkileyip-etkilememe durumuna göre hastaların ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) KOAH'ın ruh sağlığını etkilediği hastaların aile desteği puanının yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.3.13.Hastaların İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım Alma Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	İhtiyaç Duyduğunda Aileden Yardım (n)		$\overline{X} \pm S$	p
Aile Dest	Alıyor	102	22,55 ± 5,96	p= 0,000
	Almıyor	24	8,75 ± 4,09	
Arkadaş Desteği	Alıyor	102	15,63 ± 7,93	p=0,179
	Almıyor	24	13,45 ± 6,04	
Özel Kişi Desteği	Alıyor	102	20,56 ± 7,37	p=0,000
	Almıyor	24	7,37 ± 4,98	
Sosyal Destek Toplam	Alıyor	102	58,84 ± 15,40	p=0,000
	Almıyor	24	29,58 ± 10,99	

Tablo 4.3.13'te hastaların ihtiyaç duyduğunda aileden yardım alma durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. İhtiyaç duyduğunda aileden yardım alma durumuna göre hastaların ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) İhtiyaç duyduğunda aileden yardım alan hastaların aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanının yüksek olduğu saptandı.

Ayrıca hastaların meslek, sigara kullanma, sosyal güvence, hastaneye yatma sıklığı, kontrolleri düzenli sürdürme, mevcut ruhsal sorunun olup- olmaması, hastanın ruhsal yönden kendini nasıl hissettiği değişkenleri ile sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı saptandı. Ayrıca hastalarda depresyon belirtisi ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki olduğu ($r=-.244$, $p<0.01$), sosyal destek puanı azaldıkça depresyon belirti düzeyinin arttığı saptandı.

5. ÇOKLU ANALİZ SONUÇLARI

Bağımsız değişkenlerden bağımlı değişkenlerle ilişkili olanlar tek tek analiz edildiğinde yukarıdaki bulgular elde edilmiştir. Ancak bağımsız değişkenler arasındaki olan etkileşimler dikkate alınarak anksiyete belirti düzeyi, depresyon belirti düzeyi ve sosyal destek puanları üzerinde etkili olan faktörler lojistik regresyon analizi yapılarak belirlenmeye çalışıldı. Bunun için bağımsız değişkenlerden nominal kategorik olanlar dikotom veriye dönüştürüldü.

5.1. Anksiyete Belirti Düzeyine Etkili Faktörler

Anksiyete belirti düzeyi BAÖ göre 18 ve üzerinde olanlar anksiyete belirtisi olan, daha aşağı puanlar ise anksiyete belirtisi olmayan şeklinde analize dahil edildi.

Tablo 5.1.1. Anksiyete Varlığını Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Aile yapısı (çekirdek, geniş)	0.420	0.503	0.404	1.522	0.568	4.076
Akraba İle Kalanlar (eş-çocuk, diğer)	-1.833	0.566	**0.001**	0.160	0.053	0.485
Hastalık Süresi (0-1 yıl, 2-5 yıl, 6 yıl ve üstü)	0.174	0.342	0.610	1.190	0.609	2.325
Başka Fiziksel Hastalık (var, yok)	1.670	0.556	**0.003**	5.314	1.789	15.789
Daha Önce Ruhsal Hastalık (var, yok)	0.601	0.715	0.400	1.825	0.450	7.403
Ruhsal Hissetme Durumu (kötü, iyi)	-.648	0.482	0.179	0.523	0.203	1.345
KOAH'ın Ruh Sağlığına Etkisi (etkiliyor, etkilemiyor)	2.153	0.551	**0.000**	8.613	2.927	25.346
Constant	-3.757	2.462	0.127	0.023		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre anksiyete belirti düzeyine etkili olan faktörler şunlardır: Akraba ile kalma, başka hastalık varlığı hastalıktan ruhsal olarak etkilendiğini ifade etme. Eş-çocuk, anne ve babayla kalanlara göre akrabası yanında kalanların anksiyete belirtisi sahip olma oranının daha az olduğu saptandı. Başka bir fiziksel hastalığa sahip olanların olmayanlara göre anksiyete belirtisine sahip olma oranının daha fazla olduğu saptandı. KOAH'ın ruh sağlığını etkilediğini ifade eden hastaların anksiyete belirtisine sahip olma oranı, etkilenmediğini ifade eden hastalara göre daha fazla bulundu.

5.2. Depresyon Belirti Düzeyine Etkili Faktörler

Depresyon belirti düzeyi BDÖ göre 18 ve üzerinde olanlar depresyon belirtisi olan, daha aşağı puanlar ise depresyon belirtisi olmayan şeklinde analize dahil edildi.

Tablo 5.2.1. Depresyon Varlığını Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Medeni Durum (bekar ve bekar olmayan)	-.892	0.664	0.179	0.410	0.112	1.505
Aile yapısı (çekirdek, geniş)	0.988	0.423	**0.019**	2.687	1.173	6.153
Akraba İle Kalanlar (eş-çocuk, diğer)	-1.168	0.432	**0.007**	0.311	0.133	0.725
Ruhsal Hissetme Durumu (kötü, iyi)	-.245	0.406	0.546	0.783	0.353	1.735
Constant	1.069	1.059	0.313	2.912		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre depresyon belirti düzeyine etkili olan faktörler şunlardır: Akraba ile kalma ve aile yapısı. Eş-çocuk, anne ve babayla kalanlara göre akrabası yanında kalanların depresyon belirtisi sahip olma oranının daha az olduğu saptandı. Aile yapısına göre geniş ailede yaşayanların, çekirdek ailede yaşayanlara göre depresyon belirtisine sahip olma oranının daha fazla olduğu saptandı.

5.3. Sosyal Destek Üzerine Etkili Faktörler

Yeterli düzeyde toplam sosyal destek ve sosyal destek alt puanlarına sahip olma durumunu belirlemek için alınabilecek olası toplam destek puanının yarısından fazla puan alanların "yeterli" destek aldığı, yarıdan az puan alanların sosyal desteğinin yeterli olmadığı kabul edildi. Buna göre sosyal destek puanının yeterli olup olmamasıyla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizi ile belli oldu.

Tablo 5.3.1. Aile Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Yaş Grup	0.013	0.261	0.960	1.013	0.607	1.692
Medeni Durum (dul, diğer)	-1.129	0.532	**0.034**	0.323	0.114	0.917
Aile Yapısı (çekirdek, geniş)	0.979	0.473	**0.039**	2.663	1.053	6.733
Akraba İle Kalanlar (eş-çocuk, diğer)	0.519	0.522	0.320	1.680	0.604	4.670
Hastalık Süresi (0-1 yıl, 2-5 yıl, 6 yıl ve üstü)	0.081	0.350	0.818	1.084	0.546	2.152
KOAH'ın Ruh Sağlığına Etkisi (etkiliyor, etkilemiyor)	0.608	0.443	0.169	1.838	0.771	4.377
Constant	-1.570	1.361	0.249	0.208		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre aile desteğini etkileyen faktörler şunlardır: Medeni durum ve aile yapısı. Medeni duruma göre dul olan hastaların diğer hastalara göre (evli ve bekar) aile desteğinin oranının daha az olduğu saptandı. Aile yapısına göre

çekirdek ailede yaşayan hastaların, geniş ailede yaşayan hastalara göre aile desteği oranının daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 5.3.2. Arkadaş Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Aile Yapısı (çekirdek, geniş)	-1.463	0.417	**0.000**	0.231	0.102	0.524
Cinsiyet (kadın, erkek)	-1.093	0.418	**0.009**	0.335	0.148	0.761
Tedaviye Uyum Durumu (uyumlu, uyumsuz)	1.315	0.517	**0.011**	3.724	1.351	10.261
Daha Önce Ruhsal Hastalık (var, yok)	1.114	0.618	0.071	3.045	0.908	10.217
Constant	0.507	1.425	0.722	1.660		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre arkadaş desteğini etkileyen faktörler şunlardır: Aile yapısı, cinsiyet ve tedaviye uyum durumu. Aile yapısına göre geniş ailede yaşayan hastaların, çekirdek ailede yaşayan hastalara göre arkadaş desteğinin oranının daha az olduğu saptandı. Cinsiyete göre erkek hastaların, kadın hastalara göre arkadaş desteğinin oranının daha az olduğu saptandı. Hastaların tedaviye uyumlu, uyumsuz olmalarına göre, tedaviye uyan hastaların uymayan hastalara göre arkadaş desteğinin oranının daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 5.3.3. Özel Kişi Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Yaş Grup	-.023	0.264	0.932	0.978	0.583	1.640
Medeni Durum (dul, diğer)	-2.047	0.554	**0.000**	0.129	0.044	0.382
Aile Yapısı (çekirdek, geniş)	1.385	0.460	**0.003**	3.993	1.620	9.844
Akraba İle Kalanlar (eş-çocuk, diğer)	-.140	0.529	0.791	0.869	0.308	2.450
Hastalık Süresi (0-1 yıl, 2-5 yıl, 6 yıl ve üstü)	-.067	0.343	0.845	0.935	0.477	1.832
Constant	-.487	1.119	0.663	0.614		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre özel kişi desteğini etkileyen faktörler şunlardır: Medeni durum ve aile yapısı. Medeni duruma göre dul olan hastaların diğer hastalara göre (evli ve bekar) özel kişi desteğinin oranının daha az olduğu saptandı. Aile yapısına göre çekirdek ailede yaşayan hastaların, geniş ailede yaşayan hastalara göre özel kişi desteği oranının daha fazla saptandı.

Tablo 5.3.4. Toplam Sosyal Desteği Etkileyen Faktörlerin Puanları

	B	S.H.	P	Odds Oranı	% 95 GA	
Yaş Grup	0.234	0.231	0.312	1.264	0.803	1.989
Medeni Durum (dul, diğer)	-1.281	0.447	**0.004**	0.278	0.116	0.667
Başka Fiziksel Hastalık (var, yok)	-.359	0.478	0.453	0.698	0.273	1.783
Daha Önce Ruhsal Hastalık (var, yok)	1.218	0.580	**0.036**	3.381	1.086	10.528
Constant	-1.542	1.373	0.261	0.214		

Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre toplam sosyal desteği etkileyen faktörler şunlardır: Medeni durum ve daha önce herhangi bir ruhsal hastalığı olup-olmama durumu. Medeni duruma göre dul olan hastaların diğer hastalara göre (evli ve bekar) toplam sosyal destek oranının daha az olduğu saptandı. Daha önce herhangi bir ruhsal hastalığı olan hastaların, daha önce herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan hastalara göre toplam sosyal destek oranının daha fazla olduğu saptandı.

6.TARTIŞMA ve SONUÇ

6.1.Hastalar ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmadaki hastaların yarıdan fazlasının erkek, çoğunluğunun ise 65 yaş üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte KOAH'ın daha çok erkeklerde görülen bir hastalık olduğu ve KOAH'lı hastalarda yaş ortalamasının 60-65 olduğu bildirilmektedir (Toraks Derneği 2000).

Çalışmada hastaların çoğunluğunun evli, ilkokul mezunu, ev hanımı, çekirdek ailede, eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları, %81'inin ihtiyaç duyduğunda ailesinden yardım aldığı ve tamamına yakınının sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların çoğunluğunun düzenli bir yaşantısı ve sosyal destek kaynakları olduğunu göstermektedir. Kronik hastalık bireyin yaşantısını çok yönlü etkilediğinden çalışmadaki hastaların sahip oldukları bu özelliklerin bireylerin hastalıkla yaşamasını olumlu etkileyeceği düşünülebilir.

KOAH tanısına rağmen hastaların %31.0' inin sigara kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir. Sigara içiciliği KOAH için en önemli risk faktörüdür ve KOAH tedavisinin etkin olabilmesi için sigaranın bıraktırılması gerekmektedir (Saryal ve Acıcan 2003, Karadakovan 2007, Çelikel ve Saatçioğlu 2003).

Hastaların %61.9' unun 6 yıl ve üzeri süredir hasta olduğu ve %38.9'unun yılda 1-2 kez hastaneye yattığı belirlenmiştir. KOAH kronik bir hastalık olduğundan bireyler kronik hastalık nedeni ile tekrarlı hastane yatışı deneyimi yaşamaktadırlar. Aras ve Tel (2001) hastaların %25.9' unun hastalık süresinin 6 yıl ve üzeri olduğunu ve %33.3'ünün yılda iki ve daha fazla sayıda hastane yatışı olduğunu belirtmektedir.

Hastaların %61.1'inde KOAH'la beraber başka bir fiziksel rahatsızlık bulunmaktadır. KOAH'lı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %72.0' sinde KOAH'tan başka bir sağlık problemi bulunduğu ve bu hastaların %64.5'inde bu sağlık probleminin bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır (Tel ve Akdemir 1998).

Hastaların %70.6'sının kontrollerini, %77'sinin ise tedaviye uyumlu olduğu belirlenmiştir. KOAH'lı hastaların tedaviye uyumda kontrollere düzenli gelmesi ve ilaç tedavisini sürdürmesi önemlidir. KOAH'lı hastaların kontrollerini ve ilaç tedavisini düzenli sürdürmedikleri ve farklılıklar gösterdikleri bilinmektedir. Tel ve Akdemir (1998) KOAH'lı hastaların %44,2'sinin, Aras ve Tel (2001) hastaların %75.62sının ilaçlarını düzenli olarak kullanamadığını belirlemiştir. KOAH'da hastalık süreci ve hastalık belirtileri üzerinde kontrol sağlayabilmek için ilaç tedavisi ve kontrollerin düzenli olarak sürdürülmesi gerekmektedir (Karadakovan 2007).

KOAH'ın hastaların %63.5'inin ruh sağlığını olumsuz etkilediği, hastaların %47.6'sinin ruhsal yönden kendini kısmen iyi hissettiği, %33.3'ünün ise şu an ruhsal bir hastalığı olduğu saptanmıştır. KOAH'ın süregen ve geriye dönüşsüz kayıplara neden olması, bireyin sosyal izolasyon yaşamasına, kendini yetersiz, değersiz görmesine neden olmakta bireyin hastalıkla yaşama gücü azalmakta ve hastalığa toleransı güçleşmektedir (Kömürcüoğlu 2000).

6.2. Hastaların Anksiyete ve Depresyon Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmada hastaların yaşadığı anksiyete puanı ve depresyon puanı arasında pozitif bir ilişki olduğu ($r=.542$, $p<0.01$), anksiyete puanı arttıkça depresyon puanının da arttığı, hastaların yaklaşık %90'ında anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu, %43.0' ünde orta düzeyde anksiyete belirtisi ve %48.4'ünde ise orta düzeyde depresyon belirtisi olduğu saptanmıştır. Orta düzey yaşanılan anksiyete ve depresyon belirtisi bireylerin profesyonel yardıma ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Kronik hastalık anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olarak kabul edilmekte ve kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon sıklıkla görülmektedir (Üskül ve ark 2006) Anksiyete ve depresyon solunum sistemi hastalıklarında en sık görülen ruhsal sorunlardır. Dahlen, Jansob (2002) KOAH'lı hastaların %40'ında yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon olduğunu, Dowson ve ark (2004) 39 KOAH'lı hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %33'ünde anksiyete % 35'inde depresyon olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da KOAH'lı ve Astımlı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır. (Çelik ve ark 1998, Sözer ve ark 1990) çalışma bulgularımız literatürle uyumludur.

Erkeklerin anksiyete ve depresyon puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Depresyon cinsiyete göre kadınlarda daha sık görülmekle birlikte KOAH'lı

erkek hastalar hastalık nedeni ile işlerini istedikleri şekilde yürütememekte eve kapanmak zorunda kalmakta ve ruhsal olarak ciddi zorlanmalar yaşamaktadırlar. (Özkan 1993, Öztürk 2004). Çalışmada erkeklerde anksiyete ve depresyonun yüksek çıkmasında bu durumun etkili olduğu düşünülmektedir.

Bekar hastaların depresyon puanlarının evlilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bekar hastaların sorumluluk alanlarının evlilere göre daha sınırlı olmasının depresyonun daha az düzeyde yaşanmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Çekirdek ailede yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının diğer hastalardan daha düşük, depresyon belirti görülme oranlarının ise daha az olduğu saptanmıştır. Çekirdek ailede kişi sayısının daha az olması ve ilişkilerde ulaşırlık ve yakınlık yaşanması bireylerin sıkıntılarını paylaşmasına ihtiyaç duyduğu yardımı almasına fırsat verebilmektedir.

Diğer akrabaları ile birlikte yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının eş ve çocukları ile yaşayan hastalardan daha düşük, anksiyete belirti ve depresyon belirti oranlarının daha az olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların ihtiyaç duyduğu bakım ve yardımı alabilmesinin diğer akrabaları ile yaşayanlara göre daha yüksek olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Hastalık süresi altı yıl ve üzeri olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek, başka bir fiziksel hastalığı olan hastaların ise anksiyete puanlarının yüksek, anksiyete belirti oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.9, Tablo 4.2.10). KOAH'lı hastalarda hastalık süresinin uzun olması ve eşlik eden başka bir fiziksel hastalığın olması bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte anksiyete depresyonu artırmaktadır (Özkan 2001, Üskül ve ark 2006)

Tedaviye uyuma göre hastaların anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.11). Kronik hastalıklarda hastalık belirtilerinin kontrolü için tedaviye uyum önemlidir. KOAH'lı hastalarda tedaviye uyumun önemli bir boyutu olan düzenli ilaç kullanımının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Toraks Dergisi 2000). Tedaviye uyum sorunu yaşayan hasta fiziksel olarak kendini iyi hissetmediği gibi duygusal olarak ta kendini iyi hissetmemektedir. Çalışmada ruhsal yönden kendini kötü

hisseden hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin de yüksek olduğu (Tablo 4.2.13) belirlenmiştir**.** Hastanın kendini kötü hissetme duygusu tedaviye uyumunu da olumsuz etkileyebilir.

Daha önce ruhsal bir hastalığı olan, KOAH tanısına sahip olmaktan ruh sağlığı olumsuz etkilenen hastaların anksiyete puanlarının yüksek**,** anksiyete belirti oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.12, 4.2.14). Bu sonuçlar hastaların yaşadıkları hastalıklar ister fiziksel olsun ister ruhsal olsun bireyin duygu durumunu önemli düzeyde etkilediğini göstermektedir. KOAH'ta hastalar sıklıkla nefes darlığı, öksürük ve efor kapasitesinde azalma yaşamaktadırlar. Nefes darlığı hastanın ölüm korkusunu tetikleyerek kendini kötü hissetmesine neden olmakta ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir (Çelik ve ark 1998).

Çalışmada ailesinden yardım alamayan hastaların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile; bireye bir gruba ait olduğu, değerli olduğu duygusu veren doğal ve sosyal bir ortamdır. Ailesinden ihtiyaç duyduğu yardımı alamayan hasta kendisini yetersiz, değersiz hissedeceğinden bu durum depresyonu arttırmaktadır.

6.3. Hastaların Sosyal Destek Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmada hastaların aile desteği puanlarının sosyal desteğin diğer alt gruplarının puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KOAH'ın uzun süreli bir hastalık olması ve hastanın bakım ihtiyacının gün geçtikçe artması aile desteğini zorunlu kılmaktadır.

Kadın hastaların arkadaş desteğinin erkek hastalardan yüksek, erkek hastaların arkadaş desteği oranının kadınlara göre daha az olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda arkadaş desteğinin yüksek olmasında kadınların çoğunlukla çevresi ile kolay iletişime girme ve sorunlarını paylaşma özelliklerinin etkili olduğu düşünülmekle birlikte KOAH'lı hastalarla yapılan bir çalışmada erkek hastaların arkadaş desteğinin kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Aras ve Tel 2001).

65 yaş üzerindeki KOAH'lı hastaların aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının 55-64 yaş grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir. 55-64 yaş grubundaki hastaların yaşam deneyimleri ve paylaşımları ile ailede ve toplumda sosyal

etkileşimler yönünden önemli bir konumda olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Aras, Tel (2001) çalışmalarında 50-64 yaş grubundaki KOAH'lı hastalarda aile desteğinin yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma sonucu bu bulgu ile benzerlik göstermektedir.

Dul hastaların aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük, aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Dul bireylerin eşin kaybı, çocukların evden ayrılması gibi nedenlerle aile bütünlüğü bozulduğundan ilişkilerde uzaklaşma ve yalnızlık nedeni ile aile ve özel kişi desteği azalmaktadır. Aras ve Tel (2001) KOAH'lı hastalarla çalışmalarında dul hastaların aile ve arkadaş desteğinin düşük olduğunu saptamıştır.

Geniş ailede aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının yüksek, arkadaş desteği oranının daha az olduğu, çekirdek ailede ise arkadaş desteği ve özel kişi desteği oranı daha fazla belirlenmiştir. Geniş ailede, ailenin destek kaynakları ve paylaşımları da fazla olduğundan ailede birden fazla kişinin hasta ile ilgilenmesi, hastanın sorumluluklarının diğer aile bireyleri tarafından daha rahat paylaşılması söz konusu olabilmektedir. Hasta da birden fazla kişiden sürekli yardım ve destek alabilmektedir. Çekirdek ailede birey sayısı geniş aileye göre daha az olduğundan aile bireylerinin yakın ilişki içinde olmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların aile desteği ve özel kişi desteği puanlarının diğer akrabaları ile yaşayan hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde kentleşme ve sanayileşme nedeniyle özellikle büyük kentlerde aile yapısı hızla değişmekte, aileler küçülmekte bu değişim sonucu ailede anne baba çocukları ile birlikte yaşamakta, destek kaynakları sınırlanmakta, sorunların çözümü de genellikle aile içinde aranmaktadır. Elde ettiğimiz sonuç ta bu durumun bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Hastalık süresi 2-5 yıl olan hastalarda aile desteği ve özel kişi desteği puanlarının 0-1 yıl olanlara göre daha düşük, başka bir fiziksel hastalığı olan hastaların da aile desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.8, Tablo 4.3.9). KOAH uzun süreli bir hastalıktır yaşla birlikte başka fiziksel hastalıklar da ortaya çıkmaktadır. KOAH'lı hastaların hastane yatış sayısı arttıkça hastaların doğal ortamlarından uzaklaşması nedeni ile aile ve arkadaş desteğinin azaldığı belirtilmektedir. (Aras ve Tel 2001).

Tedaviye uyumlu olan hastaların arkadaş desteği puanının yüksek**,** arkadaş desteği oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. KOAH uzun süreli ilaç tedavisi gerektiren bir hastalık olduğundan tedavinin sürdürülmesinde hasta ile yakından ilgilenilmesi ve desteklenmesi önemlidir.

Daha önce ruhsal bir hastalığı olan hastaların arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanının düşük, KOAH'ın ruh sağlığını olumsuz etkilediği hastaların aile desteği puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.11, Tablo 4.3.12). Bu sonuçta ruhsal hastalıkların iyileşmesinin KOAH gibi fiziksel hastalıklara göre daha uzun süreli olmasının hastanın destek kaynaklarını azalttığı, KOAH'ta bakımla belirtilerin düzelmesinin aile desteğinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülebilir.

İhtiyaç duyduğunda aileden yardım alan hastaların aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların ihtiyaç duyduklarında sosyal destek kaynaklarını etkin kullandıkları görülmektedir. Bireyin ihtiyaç duyduğu yardımı alamaması onun kendisini işe yaramaz, değersiz, çaresiz hissetmesi sonucunda depresyona neden olmaktadır. Çalışmada hastaların sosyal desteği azaldıkça depresyonun arttığı belirlenmiştir. Sosyal destek sevgi, şefkat, benlik saygısı gibi kişinin sosyal ihtiyaçlarını karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu etkilemektedir (Sorias 1988). Sosyal desteği az olan KOAH'lı hastaların depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (Aras, Tel 2001).

Sonuç;

Bu çalışmada KOAH tanısı ile hastanede yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrulturunda KOAH'lı hastaların sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşadıkları, sosyal destek kaynaklarından aile desteğini daha çok kullandıkları saptanmıştır. Sosyal destekle depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, hastaların sosyal desteği azaldıkça depresyonun da arttığı saptanmıştır.

KOAH kronik bir hastalık olduğundan hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon düzeylerinin de rutin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalığa eşlik eden ruhsal sorunları erken dönemde tanımak hastanın tedaviye uyumunu desteklediği gibi ikincil bir hastalık eklenmesini de önleyerek hasta ve ailesini maddi ve manevi kayıplardan korur. Bunun için hemşirelerin; KOAH'lı hasta ile çalışırken hastanın fiziksel bakımını yürütmenin yanında duygusal durumunu da değerlendirerek hastaya bütüncül bakım vermesi gerekmektedir. Aynı zamanda hasta ve ailesine anksiyete, depresyon belirtileri, bu belirtiler ortaya çıktığında erken dönemde yardım almaya yönelmesi konusunda eğitim vermesi, hasta ve ailenin sosyal destek kaynaklarını tanımasını ve bu kaynakları etkin kullanmasını sağlayacaktır. Konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda anksiyete ve depresyon belirtisi gösteren hastalara belirti kontrolüne yönelik eğitim verilerek anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi ve hastanın semptomların kontrolünde etkin rol almasının desteklenmesi önerilmektedir.

7. ÖZET

S.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ /KONYA

TUBA KORKMAZ

Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (KOAH) İle Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi

Araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanılı hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır ve planlanmıştır.

10 Ocak 2007 – 10 Haziran 2007 tarihleri arasında Konya Numune Hastanesi Göğüs Servisinde yatarak tedavi alan ve araştırma sınırlılıklarını taşıyan, KOAH tanılı 126 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada anksiyeteyi belirlemek için "Beck Anksiyete Ölçeği" depresyonu belirlemek için "Beck Depresyon Ölçeği" sosyal desteği belirlemek için "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama araçları yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, ±standart sapma, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U, Pearson Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre hastaların büyük çoğunluğunda anksiyete ve depresyon belirtisi olduğu, anksiyete ve depresyon arasında yakın bir ilişki olduğu, anksiyete artıkça depresyonun da arttığı, hastaların aile desteğini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların anksiyete puanları hastalık süresi, daha önce ruhsal bir hastalık

olması, KOAH'ın bireyin ruh sağlığını etkilemesine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Hastaların hem anksiyete hem depresyon puanları ise aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler ve kendini ruhsal yönden iyi hissetme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

KOAH'lı hastaların sosyal destek toplam puanları yaş, medeni durum, başka bir fiziksel hastalık olması, daha önce ruhsal bir sorun olması, ihtiyaç duyduğunda aileden yardım almaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

KOAH'lı hastaların tedavi sürecinde ruhsal sorunlarını erken dönemde ele almak için anksiyete ve depresyon değerlendirmesi rutin olarak yapılmalı, hastaların sosyal desteklerinden etkin olarak yararlanması sağlanmalıdır.

8. SUMMARY

S. U. (UNIVERSITY OF SELÇUK) INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
NURSING BRANCH MASTER THESIS
KONYA
Tuba KORKMAZ

The Establishment of the Levels of Anxiety, Depression and Social Support in the Patients Hospitalized With the Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Konya Numune Hospital, Pulmonary Disease Service

This investigation has been programmed and made in definitive type in order to establish the levels of anxiety, depression and social support in patients with the diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

The study has been put in to practice on 126 patients, who have been hospitalized with the diagnosis of COPD in the Pulmonar Service of Konya Numune Hospital between January 10st and June 10st 2007.

It has been used, "Beck Anxiety Scale" to establish anxiety, "Beck Depression Scale" to establish depression, and "Multidimensional Scala of Perceived Social Support" to establish social support. Data collection of the research has been done by applying face to face interview method.

Data assessment and analysis has been done in computer by SPSS 15.0 software. Assessment has been done on the data by making use of percentile distribution, arithmetic mean, Kruskal-Wallis, Mann Whitney U test, correction in Mann Whitney U test, Lojistics Regresion and Pearson Correlation Analysis.

Accordıng to the data of the study most of the patıents have symptoms of the anxıety and depressıon , there ıs a close connectıon wıth the anxıety and depressıon and the patıents need much more famıly support and use thıs.

The points of anxiety, obtained from the study, have been statistically different in the patients, according to the illness period, the previous psycologic problem and the psychic effects of COPD on the patients. Both points of anxiety and depression have been

statistically different according to family type, people who lived together, and psychic well-being sense.

The whole social support points in the patients with COPD, has been significantly different due to age, marital status, associated physical illness, previous psychic problem, getting help from the family when needed.

It is neccassary to perform evaluation of anxiety and depression routinely, and to provide social supports for the patients,in order to consider psychic problems in early phase in the treatment period of the patients with COPD.

9.KAYNAKLAR

1. **Akdemir N, Birol L (2004)** *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Sistem Ofset, s: 368-370, Ankara

2. **Alpay Z (1996)** 6-12 *Yaş Grubu Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Anksiyete Düzeyleri ve Azaltılmasında Hemşirenin Rolü*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. , Yüksek Lisans Tezi, S:72-76 İstanbul

3. **Aras A, Tel H (2002)***Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi*,4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, 187, Antalya

4. **Atasever A, Başoğlu Ö, Bacakoğlu F (2005)** *Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları A.B.D., Toraks Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 1, 25-26, İzmir

5. **Aydın İ (2000)** *Tüberküloz ve KOAH' da Depresyon Anksiyete ve Yeti yitimi*, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D., Uzmanlık Tezi,Ankara

6. **Barış Y, Akay H, Barış B, Çöplü L, Ekim N, Emri S ve ark (1998)** *Akciğer Hastalıkları Cep Kitabı*, Atlas Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara

7. **Barker R (1999)** *The Social Work Dictionary*, NASW Press, 4th. Edition s.454 Washington D.C.

8. **Baştürk D (2002)** *Orta Öğretim Kurumlarındaki Öğrencilerde Algılanan Sosyal Desteğin Akademik Başarı Üzerine Etkisi*, Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimler A.B.D, Yüksek Lisans Tezi, Konya

9. **Berksun O (2002)** *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*, Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Yayın No: 7, Ankara

10. **Birol L, Akdemir N, Bedük T (2000)** *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6 Baskı:7 229-232, Ankara

11. **Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Faucı (2004)** *Harrison: İç Hastalıkları Prensipleri*, Sağlıker Y.(Çev.Edit.) Nobel Tıp Kitapevi, S: 1491-1497, İstanbul

12. **Cebeci S, Aydemir Ç, Göka E (1997)** *Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi*, Kriz Dergisi 10 (1): 11-18, Ankara

13. **Cebeci F (2004)** *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara

14. **Çakır Y (1993)** *Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması*, Kriz Dergisi 5(1): 15-24 Ankara

15. **Çelik P, Esen A, Akın M, Içelli I, Yorgancıoğlu A (1998)** *Kronik Obstrüktif Akciğer Olgularında Depresyon*, Solunum Hastalıkları, 9:25-32

16. Çelikel F, Saatçioğlu Ö (2003) *Kronik Ağrı Hastalarında Depresif Yakınmalar ve Şiddeti*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 20-25

17. Dahlen I, Jansob C (2002) *Anxiety and Depression are Related to the Outcome of Emergency Treatment in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Chest 122: 1633- 1637.

18. Dearling A (1993) *The Social Welfare Word Book*, Longman S:177, Great Britain

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

20. Eker D, Arkar H (1995) *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği*, Türk Psikiyatri Dergisi, Ankara

21. Eker D, Arkar H, Yaldız H (2001) *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği*, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 17-25 Ankara

22. Fidangül A (2003) *Ameliyat Öncesi Akşamı Hastaların Anksiyete Düzeyleri*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

23. Gazioğlu K (1997) *Akciğer Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitapevi, 7. Baskı, İstanbul

24. Gökmen G (1992) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalara Yapılan Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisi,* İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

25. **Güner P (1999)** *Evre I-II Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Problem Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon Uyumsuzluk Biçimine Etkisi,* Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara

26. **Hisli N (1989)** *Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği,* Psikoloji Dergisi, 7(23), 3-13

27. **İnce D, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H (2005)** *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Toraks Dergisi, Cilt: 6, Sayı.1, 31-36, Ankara

28. **Kara M (2002)** *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Bakım Eğitim ve Eğitimin Öz-Etkinlik Algısına Etkisi*, İ.Ü, Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., Doktora Tezi, İstanbul

29. **Karadakovan A, Akbayrak N (Editör) (2007)** *Hemşirelik Bakım Planları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*, 201-206, Alter Yayıncılık, Ankara

30. **Kayahan M, Sertbaş G (2007)** *Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki,* Anadolu Psikiyatri Dergisi; Sayı: 8 s:52-61, Şanlıurfa

31. **Keele- Card G, Foxall M, Barron C (1993)** *Loneliness, Depression and Social Support of Patients With COPD and Their Spouses*, Public Health Nursing Vol. 10 No:4, pp:245-251, Columbia

32. **Köknel Ö (2005)** *Dünyada ve Ülkemizde Depresyonların Yaygınlığı*, Altın Kitaplar Yayınevi, s. 304-316, İstanbul

33. Kömürcüoğlu B, Balioğlu M, Öztuna I, Büyükşirin M (2000) *KOAH' lı Erkek Olgularda Depresyon,* Toraks Dergisi, 1(3):31-34.

34. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O (2001) *Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri,* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(4): 213-221, Sivas.

35. Kum N (1998) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, 2. basım, Koç Yayınları, İstanbul

36. Motan İ (2002) *Distinguishing Anxiety and Depresson: School of Social Sciences of Middle East Technical Üniversty*, In Partial Fulfillment of the ReQvirements for the Degree of Master of Science in the Department of Psychology, ss: 124-132

37. Özcan N, Buzlu S (2005) *Problemli İnternet Kullanımını Belirlemede Yardımcı Bir Araç: " İnternette Bilişsel Durum Ölçeği"nin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği*, Bağımlılık Dergisi Cilt:6 Sayı:1,19-26, Ankara

38. Özen Ş (2004) *Astımlı Hastalarda Duygu Durum Değişikliği, Genelleşmiş ve Obsesif Anksiyetenin İncelenmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5:22-27 Diyarbakır

39. Özkan S (1994) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Roche, s: 109-113 İstanbul

40. Özkan S (2001) *Genel tıpta depresyon*, Hipokrat dergisi, 10:79-83.

41. Özmen E (1993) *Bedensel Hastalığı Olanlarda Depresyon*, Psikiyatri Bülteni, Cilt:2 Sayı:2 S: 71-77

42. Öztürk O (2004) *Duygulanım Bozuklukları, Ruh sağlığı ve Bozuklukları*, Feryal Matbaası, Ankara, ss 295

43. Parshall MB (1999) *Adult Emergency Visits for Chronic Cardiorespiratory Disease: Does Dyspnea Matter*, Nursin Research, 48 (2): 62-70.

44. San Pedro GS (1999) *Pulmonary Rehabilitation for Patient with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, The American Journal of The Medical Sciences, 318 (2):99-102.

45. Saryal B, Acıcan T (2003) *Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara

46. Sheehan E (1999) *Kaygı Bozuklukları Kaygı, Fobiler ve Panik Ataklar*,(Çev: Sağlam M.), Alfa Basım Yayın, S: 13-17, İstanbul

47. Sorias O (1988) *Sosyal Destek Kavramı*, Ege Ü. Tıp Fak. Dergisi, 27(1):353-357.

48. Sözer K, Öngen G, Songar A (1990) *Diffüz Obstrüktif Akciğer Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığı*, Solunum, 18:1-7.

49. Tel H, Akdemir N (1998) *KOAH' lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Baş etme Durumlarına Etkisi,* Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2) s: 44-52, Sivas

50. Tomanbay İ (1999) *Sosyal Çalışma Sözlüğü*, Selvi Yayınevi, s: 234-235, Ankara

51. Toraks Derneği (2000) *Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu (KOAH,* www.toraks.org

52. Tosun H (1998) *19-25 Yaş Grubundaki Genç Erişkin Diabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, S: 90- 93, İstanbul

53. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H (1998) *Turkish Version of the Beck Anxiety*

Inventor, Psychometric Properties J. Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly, 12: 28-35.

54. Umut S, Yıldırım N (1992) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, S:1-4 İstanbul

55. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H (2006) *Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi*, Akciğer Arşivi, 7:11-15, İstanbul

56. Vidinel İ (1989) *Akciğer Hastaları*, Ege Üniversitesi Ege Tıp Fakültesi Yayınları, No:43, s: 301-305 İzmir

10.EKLER

EK-1 ANKET FORMU

1- Yaşı:

2- Cinsiyeti:
a) Kadın
b)Erkek

3- Medeni Durumu:
a) Evli
b) Bekar
c) Dul
d) Boşanmış

4- Eğitim Durumu:
a) Okur_Yazar değil
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Üniversite

5- Mesleği:
a) Memur
b) İşçi
c) Serbest Meslek
d) Emekli
e) Diğer

6- Aile Yapısı:
a) Çekirdek
b) Geniş

7- Sosyal Güvenceniz:
a) Bağ-kur
b) SSK
c) Emekli Sandığı
d) Diğer

8- Birlikte Yaşadığınız Kişiler:
a) Aile
b) Anne – Baba
c) Anne
d) Baba
e) Diğer

9- Sigara Kullanıyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır

10- Hastalık Süresi

11- Yıllık Hastaneye Yatma Sıklığı

12- Başka Bir Fiziksel Hastalığınız Var mı?
a) Evet
b) Hayır

13- Cevabınız Evet ise Hastalığın Adı Nedir?

14- KOAH Hastalığınızın Kontrollerini Düzenli Olarak Sürdürüyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır
c) Kısmen

15- KOAH Tedavisinde Aldığınız İlaçlar Nelerdir?

16- KOAH Tedavisine Uyumlu musunuz?
a) Uyumlu
b) Uyumsuz

17- Daha Önce Herhangi Bir Ruhsal Sorununuz/Hastalığınız Oldu mu?
a) Evet
b) Hayır

18- Cevabınız Evet ise Bu Hastalığın Adı ve Kullandığınız İlaç Nedir?

19- Şu an Kendinizi Ruhsal Yönden Nasıl Hissediyorsunuz?
a) Kötü
b) İyi

20- Sizce Şu an Ruhsal Bir Sorununuz Var mı?
a) Var
b) Yok

21- Cevabınız Evet ise Bu Sorunla İlgili Olarak Herhangi Bir Tedavi Aldınız mı?
a) Evet
b) Hayır

22- Cevabınız Evet ise Aldığınız ilaçların adı?

23- Sizce sahip olduğunuz bu hastalık (KOAH) sizin ruh sağlığınızı etkiliyor mu?
a) Evet
b) Hayır

24- Cevabınız Evet ise nasıl etkiliyor?

25-Hastalığınız süresince ihtiyaç duyduğunuz yardımı ailenizden/ yakın çevrenizden alıyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

EK-2

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin (bugün dahil) son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki cevabı yuvarlak içine alarak belirleyiniz.

0. Hiç 1. Hafif derecede 2. Orta derecede 3. Ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma 0….1….2….3

2. Sıcak / ateş basmaları 0….1….2….3

3. Bacaklarda halsizlik, titreme 0….1….2….3

4. Gevşeyememe 0….1….2….3

5. Çok kötü şeyler olacak korkusu 0….1….2….3

6. Baş dönmesi veya sersemlik 0….1….2….3

7. Kalp çarpıntısı 0….1….2….3

8. Dengeyi kaybetme korkusu 0….1….2….3

9. Dehşete kapılma 0….1….2….3

10. Sinirlilik 0….1….2….3

11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu 0….1….2….3

12. Ellerde titreme 0….1….2….3

13. Titreklik 0….1….2….3

14. Kontrolü kaybetme korkusu 0….1….2….3

15. Nefes almada güçlük 0….1….2….3

16. Ölüm korkusu 0….1….2….3

17. Korkuya kapılma 0….1….2….3

18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi 0….1….2….3

19. Baygınlık 0….1….2….3

20. Yüzün kızarması 0….1….2….3

21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan) 0….1….2….3

EK-3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o duygu durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Küften bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi duygu durumunuzu göz önünde bulundurarak, size uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye karşılık gelen seçeneği bulup işaretleyiniz.

1- a) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
d) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- a) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
b) Gelecek hakkında karamsarım.
c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
d) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- a) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
b) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
c) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- a) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
b) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
d) Her şeyden sıkılıyorum.

5- a) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- **a)** Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

b) Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

c) Cezalandırılmayı bekliyorum.

d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- **a)** Kendimden memnunum.

b) Kendi kendimden pek memnun değilim.

c) Kendime çok kızıyorum.

d) Kendimden nefret ediyorum.

8- **a)** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

b) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

c) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

d) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- **a)** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

b) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

c) Kendimi öldürmek isterdim.

d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- **a)** Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

c) Çoğu zaman ağlıyorum.

d) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- **a)** Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

b) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

c) Şimdi hep sinirliyim.

d) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- **a)** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

b) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

c) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

d) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- a) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

c) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

d) Artık hiç karar veremiyorum.

14- a) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

b) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

c) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

d) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

b) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

c) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

d) Hiçbir şey yapamıyorum.

16- a) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

b) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

c) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

d) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- a) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

b) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

c) Yaptığım her şey beni yoruyor.

d) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- a) İştahım her zamanki gibi.

b) İştahım her zamanki kadar iyi değil.

c) İştahım çok azaldı.

d) Artık hiç iştahım yok.

19- **a)** Son zamanlarda kilo vermedim.

b) İki kilodan fazla kilo verdim.

c) Dört kilodan fazla kilo verdim.

d) Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

20- **a)** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

b) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

c) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

d) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- **a)** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim**.**

b) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

c) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

d) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

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

11. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Konya'da doğdu. İlk, Orta, Lise eğitimini Konya'da tamamladı. 2005'te Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksek Okulundan birinci olarak mezun oldu. Mezuniyet sonrasında özel bir Diyaliz Merkezinde hemşire olarak görev yaptı. 2005-2006 öğrenim yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği'nde Yüksek Lisansa başladı. Halen özel bir Diyaliz Merkezinde sertifikalı hemşire olarak görev yapmaktadır.

12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, çalışmanın planlanması ve yürütülmesindeki değerli katkıları nedeniyle danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Havva Tel'e,

Çalışmanın gerçekleştirilmesine izin veren ve çalışma süresince destekleyen Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinin hekim ve hemşirelerine,

Araştırmanın istatistik analizinde beni yönlendiren ve yardımlarını esirgemeyen Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İstatistik Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Said Bodur'a,

Araştırmam boyunca maddi ve manevi olarak beni destekleyen sevgili aileme,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve ailelerine içtenlikle TEŞEKKÜRLERİMİ SUNUYORUM.