



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA ÖZKIYIM
DÜŞÜNCESİ VE SAVUNMA MEKANİZMALARI İLE İLİŞKİSİ**

Burak ŞİRİN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

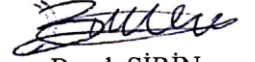
TEMMUZ 2020

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Burak ŞİRİN

24/07/2020

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA ÖZKIYIM DÜŞÜNCESİ VE SAVUNMA MEKANİZMALARI İLE İLİŞKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Burak ŞİRİN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2020

ÖZET

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) olan hastalarda özkıyım düşüncesi ve savunma mekanizmaları ile olan ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış karşılaştırmalı tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran KOAH hastası ve sağlıklı bireyler olarak toplumdan alınan toplam 108 birey (52 KOAH hastası, 56 sağlıklı birey) oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Birey Tanıtım Formu, Koah Değerlendirme Ölçeği (CAT) ,Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile toplanmıştır. Veriler; hasta bireyler ve sağlıklı bireylere yüz yüze uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Bağımsız Gruplarda T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmada, hasta bireylerin yaş ortalaması $57,95 \pm 7,65$ iken, sağlıklı bireylerin yaş ortalaması $56,86 \pm 6,35$ bulunmuştur. Hastaların %55,8'i (n=29) KOAH B grubunda (1-2 Evre), %30,8'inin (n=16) ek bir kronik hastalığı olmadığı, %65,4'ünün (n=34) hastaneye düzenli olarak geldiği, %76,9'unun (n=40) tedaviye uyum gösterdiği belirlenmiştir. Sağlıklı bireylerde matur savunma mekanizmaları, hasta grubunda ise nörotik savunma mekanizmaları toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların intihar olasılığı ölçeği ($p = 0,001$) ve CAT puan ortalamaları ($p < 0,001$) yüksek, sağlıklı bireylerde ise anksiyete puan ortalamaları ($p = 0,036$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Hastaların CAT puan ortalamaları ile depresyon ($p < 0,01$) ve anksiyete ($p < 0,05$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca hastaların depresyon puan ortalamaları ile ilkel savunmalar ($p < 0,05$), umutsuzluk/yalnızlık ($p < 0,01$) ve anksiyete ($p < 0,01$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. KOAH B grubu hastalarının öfke/ dürtüsellik ve anksiyete puan ortalamaları, diğer evrelere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p = 0,035$). Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonellerinin hastaları KOAH tanısı, evresi ve belirtilerine göre ruhsal bozukluklar ve intihar olasılığı açısından izlenmesi önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.02

Anahtar Kelimler : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Özkıyım, Savunma mekanizmaları, Hastalık

Sayfa Adedi : 82

Danışman : Doç. Dr. Ülkü POLAT

THE RELATIONSHIP SUICIDAL IDEATION AND DEFENSE MECHANISMS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

(M. Sc. Thesis)

Burak ŞİRİN

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2020

ABSTRACT

This study is a comparative descriptive-researcher study to investigate the relationship between the diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and suicidal ideation and defense mechanisms. The sample of the study consists of Gazi University Health Research and Application Center Gazi Hospital, Ankara Atatürk Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital and 106 people (52 COPD patients, 54 healthy individuals) from the community. The data of the study were collected using the Individual Information Form, COPD Assessment Scale (CAT), Defence Style Questionnaire (DSQ), Suicide Probability Scale (SPS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The data were collected by applying face-to-face to sick individuals and individuals in the healthy individuals. In the evaluation of the data; Independent T Test, One Way Variance Analysis, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test and Regression Analysis were used. In the study, the average age of the patients was 57.95 ± 7.65 , while the average age of the healthy individuals was 56.86 ± 6.35 . It was determined that 55.8% (n = 29) of the patients were in the COPD group B (1-2 stage), 30.8% (n = 16) did not have an additional chronic disease, 65.4% (n = 34) came to the hospital regularly and 76.9% (n = 40) complied with the treatment. Maturity defense mechanism in the healthy individuals and neurotic defense mechanism in the patient group were found to be statistically significantly higher (p < 0.05). Suicide probability scale (p = 0.001) and CAT mean scores (p < 0.001) were high, and anxiety mean scores (p = 0.036) were statistically significantly higher in the healthy individuals. Positive correlation was found between patients' CAT mean scores and depression (p < 0.01) and anxiety (p < 0.05) mean scores. In addition, a positive correlation was found between the mean scores of depression and primitive defenses (p < 0.05), hopelessness / loneliness (p < 0.01) and anxiety (p < 0.01). The anger / impulsivity and anxiety point averages of the COPD group B patients were found to be significantly higher than the other stages (p = 0.035). As a result ; Healthcare professionals are advised to monitor patients for mental disorders and the possibility of suicide, depending on the diagnosis, stage and symptoms of COPD.

Science Code : 1032.02

Key Words : Chronic obstructive pulmonary disease, Suicide, Defense mechanisms, Disease

Page Number : 82

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Lisans öğrenimimden itibaren tanıdığım, bana güvenen, sevgisini en içten duygularla hissettiğim, akademiye inanmamı sağlayan, zorluklara karşı dik duruşuyla örnek olan, bilime inanan, ben dahil her zaman öğrencilerinin gelişmesini isteyen, hemşireliği sevdiren, ömrüm boyunca beni geliştireceğine ve kendisinden her zaman yeni şeyler öğreneceğime inandığım, önümde veya arkamda değil sürekli yanımda hissettiğim, değerli fikirleri ile bana daima yol gösteren; benzeri bulunmadığına inandığım ruhiyatçı, öğretmenim ve bir öğretmenden öte hissettiğim nadide bilim insanı Sayın Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a, Tezimde, öğrenim hayatımda, bununla birlikte özel hayatımda da bana destek olan, fikir ve tecrübelerini hiç çekinmeden benimle paylaşan, öğrencilerinin her zaman iyiliğini ve gelişmesini isteyen, beni sürekli anlayışla karşılayan, bir hocadan da öte olduğuna inandığım sevgili danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ülkü POLAT' a, Araştırmam boyunca bana desteğini esirgemeyen, hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan, fedakar, varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim, sevgi dolu canım ailem Buse Su ŞİRİN, Birkan ŞİRİN, Nurten ŞİRİN ve Sefa ŞİRİN'e ,

Bana her zaman güvenen, beni yalnız bırakmayan, bana inanan, bu zorlu süreçte elimi hiç bırakmayan sevgili nişanlıma,

Benimle engin tecrübelerini paylaşan, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, bana her zaman yol gösteren, nadide bilim insanı Sayın Uzm. Doktor Bahadır GENİŞ'e, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'ne ve bilim insanı Sayın Prof. Dr. Nurdan KÖKTÜRK'e Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine, Kronik Solunum Yetmezliği Servisi ve 7. Servis hemşire ve hekimlerine, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen bilim insanı Sayın Uzm. Dr. Özlem SÖNMEZ'e ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Mine YEKELER' e, Desteğini hissettiğim, bana bu süreçte her zaman yardımcı olan, Sayın Atakan KOLUMAN' a

Daha ismini sayamadığım ama destekleriyle kendilerini yanımda hissettiren saygıdeğer hocalarıma, sevgili arkadaşlarıma ve çalışmaya katılan herkese sonsuz teşekkürlerimi iletir; sevgi, saygı ve minnetlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı).....	5
2.1.1. Koah tanımı ve yaygınlığı	5
2.1.2. Belirti ve bulgular.....	6
2.1.3. Tanı ve evreleme	8
2.1.4. KOAH’ ta risk faktörleri	10
2.1.5. KOAH’ ta tedavi.....	13
2.2. KOAH’ta Evde Bakım.....	16
2.3. KOAH, Depresyon, Anksiyete İlişkisi	17
2.4. KOAH ve Özkıyım Riski İlişkisi.....	18
2.5. KOAH ve Savunma Mekanizmaları.....	19
2.6. Ruhsal Bozuklukların Yönetiminde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni.....	23

	Sayfa
3.4. Araştırma Örneklemi	24
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	28
3.7. Verilerin Toplanması.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.11. Araştırma Soruları	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	63
EK-1. Birey Tanıtım Formu.....	64
EK-2. KOAH Değerlendirme Testi “CAT”	66
EK-3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40).....	67
EK-4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	72
EK-5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)	74
EK-6. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kararı	75
EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Kararı.....	76
EK-8. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kararı	77
EK-9. İntihar Olasılığı Ölçeği İzin Yazısı	78
EK-10. Savunma Biçimleri Testi İzin Yazısı	79
EK-11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	80
ÖZGEÇMİŞ	81

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi	9
Çizelge 4.1. Hastaların ve Sağlıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=108).....	32
Çizelge 4.2. Hasta bireylerin yaşantıları ile ilgili özellikleri.....	33
Çizelge 4.3. Hasta bireylerin hastalık, tedavi ile ilgili özellikleri (n=52)	33
Çizelge 4.4. Hasta ve Sağlıklı bireylerinin savunma biçimleri testi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=108).....	34
Çizelge 4.5. Hasta ve Sağlıklı Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve CAT puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=108)	35
Çizelge 4.6. Hastaların Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, Cat, HAD ölçeklerinin puan ortalamaları ile yaş ve hastalık süresi ilişkisinin değerlendirilmesi (n=52)	36
Çizelge 4.7. Sağlıklı Bireylerde Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, Cat, HAD ölçeklerinin puan ortalamaları ile yaş ilişkisinin değerlendirilmesi (n=56).....	38
Çizelge 4.8. Hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=52)	40
Çizelge 4.9. İntihar Olasılığı Ölçeği İntihar düşüncesi alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi	41
Çizelge 4.10. Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Anksiyete alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	42
Çizelge 4.11. Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Depresyon alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	43

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. KOAH şiddetinin birleşik değerlendirme.....	9



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar Açıklamalar

ATT	Alfa-1 Antitripsin
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BOLD	Burden of Obstructive Lung Diseases (Obstrüktif Akciğer Hastalıkları Yüğü)
CAT	COPD Assessment Test (KOAİ Değerlendirme testi)
DALY	Disability Adjusted Life Years (Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	Birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü
FVC	Zorlu vital kapasite
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
İÖÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KOAİ	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRCS	Medical Research Council Skalas (İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası)
PR	Pulmoner Rehabilitasyon
SBT-40	Savunma Biçimleri Testi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Problem tanımı

KOAH genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (1).

Dünya’ da ölüm nedenleri arasında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), 3. Sırada yer almakta olup , tüm ölümlerin %5,5 ine neden olduğu belirtilmektedir (59). KOAH küresel prevalansı % 10.1 olup, erkeklerde % 11,8 kadınlarda ise %8,5 oranında görülmektedir (1). Türkiye’de prevalans düzeyi yaklaşık %20 olarak saptanan KOAH, 3. en sık ölüm ile sonuçlanan hastalık olarak yer almaktadır (1,6). Türkiye’de KOAH prevalansı 40 yaş üstü bireylerde %19, erkek bireylerde %28, kadın bireylerde %10 olarak bildirilmiştir (88).

KOAH hastalığı fizyolojik, psikolojik, sosyal ekonomik olarak sorunlara neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. KOAH hastalarında dispne, kronik öksürük, kalitesiz uyku, yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel semptomlar bireyin merdiven çıkma, yürüme, tuvalete gitme gibi günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını olumsuz etkileyebilmektedir. KOAH hastalarında hastalık süreci ile ilişkili olarak psikiyatrik sorunlar da (depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, öfke, sigara bağımlılığı vb.) sıklıkla görülebilmektedir (67-69). KOAH ilerledikçe hastaların hastanede yatış tekrarları ve süreleri de artmaktadır ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (68). KOAH bireyi; sosyal, duygusal, ruhsal, psikososyal yönden etkilemektedir (13).

KOAH hastalarında rol ve işlevleri yerine getirememe, sosyal izolasyon, inaktivite ve dispne; anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (2,10,13). Yapılan çalışmalarda KOAH hastalarında %7- %88,4 sinde depresyon görülebildiği belirtilmektedir (11,14). KOAH hastalarında depresyon ile birlikte anksiyete görülme olasılığı da artmaktadır. Fiziksel fonksiyonda azalma, yüksek alevlenme sayısı, hastaneye yatış, egzersiz toleransında azalma ve mortalite oranları anksiyete oranını 2 kat arttırmaktadır (67,68). Anksiyetenin KOAH hastalarında % 21 ile %96' sında meydana geldiği tahmin edilmektedir (67). Hastalarda görülen anksiyete tedaviyi olumsuz etkilemekte, tedavide

isteksizlik ve ölüm korkusu oluşturabilmektedir. KOAH hastalarında sosyal destek eksikliği, çevresel etkileşimde azalma, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve KOAH' tan kaynaklı birçok semptom depresyon düzeyinde artmaya neden olmaktadır. Bu artan depresyon hastalarda özkıyım düşüncesine kadar ilerleyebilmektedir (30).

Özkıyım tüm dünyada önemli bir sorun olarak ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl 800.000' den fazla birey özkıyım gerçekleştirmekte ve giderek artacağı tahmin edilmektedir (78). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre Türkiye de 2018 yılında 3000 den fazla kişi özkıyım gerçekleştirmiştir (36). Özkıyım girişimleri ölümle sonuçlanan özkıyım vakalarının 10-30 katı olarak belirlenmiştir (31). Depresyon intiharla (özkıyım) yakın ilişkilidir, özkıyım vakalarının %80 depresyonla ilişkili olduğu literatürde yer almaktadır (15). Güney Kore' de 30.000 kişiden fazla kişinin örnekleme oluşturduğu bir çalışmada en az bir kronik hastalığı olan kişiler arasında, % 19,5'i intihar düşüncesi olduğu saptanmıştır. KOAH'ta major depresyonun görülmesiyle özkıyım düşüncesi artmaktadır. İntihar düşüncesi sebebi arasında yaşam kalitesinin fazlasıyla etkilenmesinin önemi belirtilmektedir (23). KOAH hastaların da yaygın olarak görülebilen depresyon, özkıyım olasılığı için önemli bir risk faktörüdür. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde özkıyım düşüncesi pasif ve aktif olarak görülebilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde ve KOAH tanılı hastalarda önlem alındığında özkıyım vakaların azalabileceği öngörülmektedir (23).

İntihar olasılığının primer sebeplerinden olan depresyon ve anksiyete ruhsal bozukluğu olan bireylerde; depresif semptomlarının görüldüğü dönemde başetme yöntemlerini kullanmaya devam etmektedir (75). Bireyin başetme mekanizmaları yetersiz kaldığında özkıyım düşünce ve girişimleri artmaktadır. Başetme mekanizmaları ile savunma mekanizmaları sanılanın aksine farklı kavramlardır. Başetme ve savunma mekanizmaları, bireyin olumsuz olaylarla başa çıkmasına yardımcı olan psikolojik mekanizmalardır (75). Bu süreçte birey savunma mekanizmalarını aktif bir şekilde başarılı veya başarısız şekilde kullanabilmektedir. Bu süreçte inkar, bireyde yetersiz bireysel başetme veya yetersiz savunma görülebilmektedir. Freud'a göre ego tarafından endişe karşısında korunmak için kullanılan yöntemler olarak tanımlanmaktadır. Bunu bir süreç olarak tanımlarken, zor olan duygulara ve düşüncelere karşı bilinç dışı bir süreç olarak bahsetmiştir (21). Freud'a göre, zihni bireyin bilinçli olarak ele alması zor olan duygulara ve düşüncelere karşı koruyan bilinçdışı süreçlerdir (21). Bu mekanizmaların bazıları sağlıklı bir şekilde kullanılabilirken,

diğerleri psikopatolojik düşünce ve davranışların gelişmesini sağlar. 20' den fazla olan savunma mekanizmalarının kullanımı ile bireyin durumla ne kadar yeterli başettiği ve nasıl bir yol izlediğinin tanımlanabilmesi için önemlidir (21). Savunma mekanizmalarının uygun kullanımıyla depresyon gibi nevrotik durumlarla başetme artmaktadır. Savunma mekanizmaları duygusal çatışmalara verilen bireysel tepkiler ile içsel ve dışsal stres faktörleri arasında ara bulucu görevi yapar (76). Bazı çalışmalarda KOAH hastaların normal bireylere göre daha nevrotik davrandıkları saptanmıştır (21-22). İlkel ve olgun savunma mekanizmaları gibi nevrotik savunma mekanizmaları da daha çok stres, anksiyete depresyon gibi durumlarda daha çok kullanılır. Nevrotik savunma mekanizmaları, yapma-bozma, idealleştirme, karşıt tepki gösterme ve psödo altruizm şeklinde kullanılabilir. İlkel savunmalar daha çok çevresel değişkenlere uyum sağlamada, olgun savunmalar ise anksiyete gibi durumlarda uyum sağlamak için kullanılabilir. Uygun kullanımda savunma mekanizmaları; anksiyete de azalma, çevresel uyaranlara ve değişimlere adaptasyon, istenmeyen olaylarla baş edebilmeyi sağlayabilir (76). Çalışmalarda KOAH hastaların normal bireylere göre depresyon, anksiyete, özkıyım riski fazla olduğu; nevrotik davrandıkları saptanmıştır (65,69). Bireysel başetme yöntemlerinin yetersiz kaldığı ve ihtiyacının arttığı, nevrotik davranışların bireyi fazlasıyla etkilediği bu durumlarda savunma mekanizmalarının kullanımının artış gösterdiği belirtilmiştir (21-22).

Bu nedenle KOAH hastalarında uygun savunma mekanizmalarının kullanımı psikiyatrik sorunların önlenmesinde önemlidir. Literatürde KOAH hastalarında depresyon ve özkıyım ilişkisi ve kullanılan savunma mekanizmalarına yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın KOAH hastalarında psikiyatrik bozuklukların varlığı ve ciddiyeti konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının artmasını sağlayacağı ve tedavi için gerekli önlemlerinin alınmasını teşvik edeceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

2.1.1. Koah tanımı ve yaygınlığı

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)' na göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (1).

Hastalığın şiddetini etkileyen önemli etkenler arasında alevlenmeler ve komorbiditeler bulunmaktadır. KOAH hastalarının yaşlı olması nedeniyle komorbiditelerde önem kazanmaktadır. En sık görülen komorbiditeler; metabolik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve akciğer kanseridir (34). KOAH ta en sık görülen semptomlar nefes darlığı, kronik öksürük, balgamdır. Bu semptomlar kış aylarında artış gösterebilmektedirler. Bu artışlarla birlikte akciğer fonksiyonlarında fazlasıyla oluşan azalmalar ile alevlenmeler görülebilmektedir. Alevlenmeler hastalarda günlük olağan değişimlerin ötesinde, tedavide değişiklik gerektirecek derecede semptomlarda artış olarak da tanımlanabilmektedir (1,34, 35).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Dünyada 3. ölüm nedeni olarak yer almaktadır. 2012 yılında Dünyada 3 milyon insandan fazlası KOAH nedeniyle ölmüştür. O yıldaki tüm ölümlerin %6 sını oluşturmaktadır (1,59). Türkiye'deki KOAH prevalans düzeyi yaklaşık %20 olarak saptanmıştır (6). 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye' de ölüm nedenleri arasında solunum sistemi hastalıkları 3. en sık ölüm ile sonuçlanan hastalık olarak yer almakta, KOAH ise Türkiye'de 3. Sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır (38). Çalışmalarda Dünyada KOAH tanısı alabilecek tüm hastaların %25-40'ına tanı konulabildiği bildirilmiştir. Ülkemizde Adana ilinde yapılan BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) (Obstrüktif Akciğer Hastalıkları Yüğü) çalışmasına göre hastaların sadece %8.4'üne KOAH tanısı konulduğu saptanmıştır (39). Bir diğer ifade ile, ülkemizde bulunan 3-5 milyona yakın KOAH'lı hastanın sadece 300-500 bini kendisinde hastalık bulunduğunu bilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün hastalık ve hastalık

yükleri arasında ilişkiyi değerlendirmek için kullandığı Disability Adjusted Life Years (DALY) ölçütüne göre KOAH hastalık yükü açısından Dünya’ da 9. Sırada yer almaktadır (6). 2017 Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasına göre DALY ölçütüne göre KOAH 3. Sırada yer almaktadır (37).

KOAH’ ın prevelansı ile birlikte morbilite ve mortaliteleri de gerçek değerlerinin altındadır. Tanılamada doğru ve güvenilir testlerin yapılmaması ile birlikte asıl ölüm nedeni KOAH olmasına rağmen ölüm raporlarda yazmaması veya katkıda bulunan neden olan yazması nedeniyle doğru veriler alınamamaktadır. İngiltere’ de yapılan bir çalışmaya göre KOAH tanısı almış hastaların ölüm nedenlerinde KOAH yazmaması gibi durumların %57 olduğu belirtilmiştir (39).

2.1.2. Belirti ve bulgular

KOAH’ ta belirti ve bulguların şiddet ve sıklığı; hastalığın seyrine, bireye özgüllüğüne ve alevlenme dönemlerine göre değişebilmektedir. Nefes darlığı (dispne) , kronik öksürük ve balgam sıklıkla görülen semptomlar arasında yer almaktadır (1,3) Kalp yetmezliği gibi yaygın komorbid durumlar aynı semptomlarla ilişkili olduğunda klinisyenler semptomları KOAH'a atfetmekten kaçınmaktadırlar (40).

Dispne KOAH için önemli semptomlardan birisidir. Dispne'nin KOAH'lı hastalarda en sık rahatsız edici semptomlardan biri olduğu sonucuna varılabilir. KOAH tanılı bireylerde dispne görülme oranı %50'den daha fazladır (45). Dispne ani ve ciddi bir nefes darlığı veya solunum zorluğu anlamına gelir, bu da genellikle KOAH hastalarında bulunur. KOAH hastalarında, dispne ilk olarak fiziksel aktivite sırasında bildirilir ve genellikle aşırı yüklenen solunum kaslarına artmış bir nöral dürtüyü yansıtır. KOAH'ta, inspirasyon zorluğu ve tatmin edici olmayan inspirasyon (“yeterince hava alamıyor”) anlamına gelen duyular dahil olmak üzere ek ve baskın nitel tanımlayıcılar bildirilmiştir. Bunun, egzersiz sırasında artan inspiratuar nöral sürücü ile solunum sisteminin künt yanıtı (nöromekanik ayrışma) arasındaki genişlemiş eşitsizliği yansıttığına inanılmaktadır (44). Dispne iki aşamadan oluşur: akut alevlenme ve kronik dispne. Akut alevlenme dispnenin aniden kötüleşmesidir ve her alevlenme ölümle sonuçlanabilir. Kronik dispne, bir aydan fazla süren nefes darlığıdır. Dispne algısı hastaların davranışsal ve fizyolojik tepkilerine göre değişir. Dispne, enerji kaybına yol açarak kilo kaybı ve yorgunluğa neden olur. Ayrıca,

efor sırasında dispne, günlük aktivite ve egzersiz kapasitesinin yanı sıra hastaların yaşam kalitesini de ciddi şekilde etkileyebilir. Bireyin yaşamsal aktivitelerini azalttığı gibi dispne anksiyete, stres, korku, panik ve depresyon gibi durumlara neden olmaktadır. Hastaları fazlasıyla olumsuz etkilemektedir (13, 41). Dispne nedeniyle sosyokültürel boyut, yorgunluk ve fiziksel aktivitenin azaltılması bireyleri daha önce tanımlanmış rol ve sorumluluk kaybına ve geçim kazanamamaya neden olabilir, bu da sosyal izolasyona yol açabilir (13, 42,43) .

Öksürük ve balgam KOAH hastalarında sık görülen ve birbirleriyle bağlantılı semptomlardır (45). Hastaların bakış açısına göre, öksürük birinci basamak bir hekime en sık başvuru sebebidir. Sigara ile ilişkili akciğer hastalığının (MRC 1965) ilk sınıflandırılmasındaki tanı kriterleri, güçlü klinik bulguların ve öksürüğün klinik modellerine dayanmaktadır. Öksürük ilk bulgulardan birisidir. Hastalar sigaraya bağlı öksürük olduğunu düşündüğü için sağlık kuruluşlarına başvurmazlar (46). KOAH popülasyonunda kronik üretken öksürük prevalansı erkeklerde % 15-44 ve kadınlarda % 6-17 olduğu tahmin edilmektedir. Öksürük ve balgam varlığı; artmış hava yolu inflamasyonu, sigara kullanımı ve alevlenme dönemi ile ilişkilidir. Bir çalışmaya göre alevlenme görülen hastalarda öksürük ve balgam görülme sıklığı %74.1'dir. Bu oranlar yaşla birlikte artar ve sigara içimi ile yakından ilgilidir. KOAH hastalarında öksürük de yoğun balgam oluşumu ve balgamın temizlememesinden kaynaklanabilir (47). KOAH' ta öksürük şiddet ve sıklığı değişim gösterip artabilir. Bu artışlar hastanın yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (45,47).

Balgam, beklenen salgıları ifade eder. Balgam genellikle beyaz gri, koyu kıvamlı ve yapışkandır. KOAH' ın bileşenlerinden birisi olan Kronik bronşit 2 yıl üst üste en az 3 ay boyunca kronik, üretken bir öksürük ve balgam üretiminin varlığı olarak tanımlanır. Sigara tüketimi veya alevlenme dönemiyle artış gösterebilmektedir. Bir çalışmaya göre KOAH' a bağlı hastaneye yatışlarda mukus hipersekresyonu ile ilişkili olanların erkeklerde % 2.4 ve kadınlarda % 2,6 olduğunu belirtilmiştir. Çeşitli analizler, kronik balgam üretiminin daha kötü bir yaşam kalitesi ve fiziksel sağlık nedeniyle daha fazla sınırlama ile ilişkili olduğunu göstermektedir. (39, 48).

KOAH ta en sık görülen semptomlar kış aylarında artış gösterebilmektedirler. Bu artışlarla birlikte akciğer fonksiyonlarında fazlasıyla oluşan azalmalar ile alevlenmeler

görülebilmektedir. Alevlenmeler hastalarda günlük olağan değişimlerin ötesinde, tedavide değişiklik gerektirecek derecede semptomlarda artış olarak da tanımlanabilmektedir. Esas olarak solunum yolu enfeksiyonları (çoğunlukla rinovirüs gibi viral ve bakteriyel enfeksiyonlar) ve sigara gibi hava kirliliğine neden olan çevresel faktörler tarafından tetiklenir (1,34, 35, 49). Günlük semptom yüküne ek olarak, sağlık bakım sistemlerindeki toplam KOAH yükünün en büyük oranını alevlenmeler oluşturmaktadır. Viral enfeksiyonlarla ilişkili alevlenmeler daha şiddetli, daha uzun sürer ve daha fazla hastaneye yatış gerektirir (49). Şiddetli alevlenmeler hastaneye yatışı gerektirebilir (35). Çalışmalar sık alevlenme geçiren hastaların daha az alevlenme geçiren hastalara göre daha kötü sağlık durumuna, morbidite ve mortaliteye sahip olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen, birçok hasta alevlenmelerini sağlık uzmanlarına bildirmemektedir. Sık akut alevlenmeler yaşayan KOAH hastalarında dispne hissinin arttığı bildirilmiştir (49). Alevlenme döneminde semptomların artması ve özellikle artan dispne hissi hastaların yaşam kalitelerini fazlasıyla olumsuz etkilemekte, psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir (13,41,49).

2.1.3. Tanı ve evreleme

KOAH'ta önemli bir sorun da yetersiz tanıdır. Tanılamada doğru ve güvenilir testlerin yapılmaması ile birlikte asıl ölüm nedeni KOAH olmasına rağmen ölüm raporlarında yazmaması veya katkıda bulunan neden olan yazması nedeniyle doğru veriler alınamamaktadır. İngiltere' de yapılan bir çalışmaya göre KOAH tanısı almış hastaların ölüm nedenlerinde KOAH yazmaması gibi durumların %57 olduğu belirtilmiştir (39). Birçok hasta tanı alamamıştır ve tanı almamış bu hastalar genellikle hafif-orta şiddette KOAH'ı bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan BOLD-Adana çalışmasında, bir doktor tarafından KOAH tanısı konma oranı %8.4 bulunmuştur (3).

Nefes darlığı, kronik öksürük veya balgam semptomlarına sahip olan ve risk faktörleri arasında bulunan bireylerde KOAH tanısı düşünülebilmektedir. Semptomlar ve risk faktörleri dışında komorbiditeler ve alevlenmeler açısından da hasta değerlendirilmelidir. Hastayı değerlendirirken semptom öyküsü, fizik muayenesi, spirometrik değerlendirme, hastalık değerlendirmesi göz önünde bulundurulmaktadır (3). Tanı spirometre ile doğrulanmalıdır. KOAH şüphesi ile yaklaşılan hastada bronkodilatör sonrası 1. Saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV1), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı; $FEV1/FVC < \%70$ ise hastada hava akımı kısıtlanmasının varlığı doğrulanır ve hasta KOAH olarak

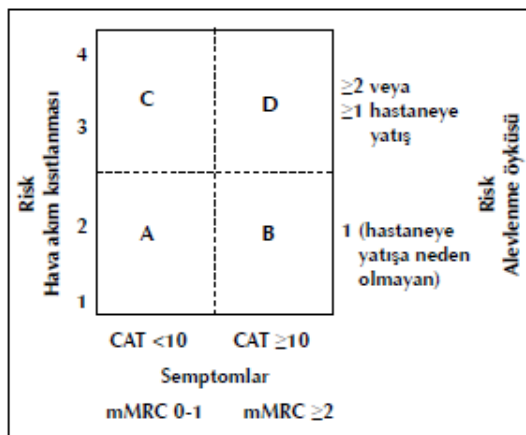
değerlendirilir. Spirometri Hava akımı kısıtlanmasının düzeyini belirlemek için kullanılır ve hafif, orta, ağır ve çok ağır hava akımı kısıtlanması olarak dört gruba ayrılır (1,3).

Çizelge 2.1. Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi (3)

Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC < %70 olan hastalarda	
GOLD EVRESİ	Spirometri (bronkodilatör sonrası)
I: Hafif	FEV1 $\geq$ %80 (beklenenin)
II: Orta	%50 $\leq$ FEV1 < %80 (beklenenin)
III: Ağır	%30 $\leq$ FEV1 < %50 (beklenenin)
IV: Çok ağır	FEV1 < %30 (beklenenin)

GOLD tarafından hastalık şiddetinin derecelendirilmesinde ve evrenlenmesinde spirometre parametreleri yeterli değildir. Semptomlar ile birlikte hastanın spirometrik olarak sınıflandırılması veya alevlenme riskine dayalı birleşik değerlendirme sistemi önerilmektedir (1). Semptomların değerlendirilmesi için CAT (COPD Assessment Test) (Koah Değerlendirme Ölçeği) önerilmektedir. CAT skorunun ≥ 10 olması “fazla semptomu” belirlemektedir. Eğer CAT skoru belirlenmediyse, mMRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) (İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası) skorları ile nefes darlığı düzeyinin saptanması önerilmektedir.

Birleşik değerlendirme sistemine göre alevlenme riskinin varlığı için üç yaklaşım bulunmaktadır. Birincisi; GOLD spirometrik sınıflandırması, ikincisi; hastanın alevlenme öyküsü, üçüncü yaklaşımda ise; son bir yılda alevlenme nedeniyle hastaneye yatış durumu kullanılır.



Şekil 2.1. KOAH şiddetinin birleşik değerlendirme (3)

Birleşik değerlendirme sistemine göre hastalar şu şekilde gruplandırılmaktadır.

A grubu: Düşük riskli gruptur, semptomları azdır. GOLD evresi 1 veya 2 (hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması)' dir. Bir yıl içinde alevlenme sayısı 0-1'dir ve hastanın alevlenmeye bağlı hastaneye yatış yoktur. Hastanın CAT skoru <10 veya mMRC skoru 0-1'dir.

B grubu: Düşük risk grubudur, semptomları fazladır. GOLD evresi 1 veya 2 (hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması)' dir. Bir yıl içinde alevlenme sayısı 0-1 olabilir veya hastanın hastaneye yatışına neden olan alevlenme varlığı olmayabilir. CAT skoru ≥ 10 veya mMRC skoru ≥ 2 ' dir.

C grubu: Yüksek risk grubudur, semptomları azdır. GOLD evresi 3 veya 4 (ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması)' dür. Bir yıl içinde alevlenme sayısı 2 veya 2'den fazla olabilir veya hastanın bir veya birden fazla hastaneye yatışına neden olan alevlenme varlığı bulunabilir. CAT skoru <10 veya mMRC skoru 0-1'dir.

D grubu: Yüksek risk grubudur, semptomları fazladır. GOLD evresi 3 veya 4 (ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması), Bir yıl içinde alevlenme sayısı 2 veya 2'den fazla olabilir veya hastanın bir veya birden fazla hastaneye yatışına neden olan alevlenme varlığı bulunabilir. CAT skoru ≥ 10 veya mMRC skoru ≥ 2 ' dir. (1,3)

2.1.4. KOAH' ta risk faktörleri

KOAH gelişiminde rol oynayan birçok risk faktörü vardır. Genler ve çevresel uyarılara maruziyet önemli faktörlerdendir. En önemli nedenler arasında sigara kullanımı yer almaktadır. Bu faktörlerle birlikte hava kirliliği, mesleki maruziyet, eğitim durumu, akciğer gelişimi, yaş, cinsiyet, düşük boy kilo indeksi, sosyoekonomik durum, enfeksiyon gibi faktörlerde KOAH gelişiminde etkilidir (7,8,50). Aşağıda KOAH' ın gelişimine katkı sağlayan önemli risk faktörü açıklanmıştır.

Genetik faktörler

KOAH'ta genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin (ATT) eksikliğidir. ATT, proteaz enzim inhibitörüdür. Çok yaygın olmasa da tüm KOAH'lı hastaların %1-3' ünde bulunur. Aktif

sigara kullanımı durumunda ATT eksikliği, panlobuler amfizem gelişme riskini artırır (3,38). Genetik risk faktörleri için başka çalışmalar yapılsa da şu an için ATT dışında KOAH gelişimini etkileyen genetik değişiklikler saptanmamıştır (38).

Cinsiyet ve yaş faktörleri

KOAH görülme sıklığı Dünya geneli verilere göre erkeklerde daha fazladır (3). Ancak yapılan çalışmalara KOAH prevalansının erkeklerde ve kadınlarda hemen hemen eşit olduğunu ve muhtemelen tütün içiminin değişen modellerini yansıttığını bildirmiştir (50). Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranının kadınlarda artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortamda sigara dumanına maruz kalması kadınlarda ki KOAH prevalansını artmıştır (38).

İlerleyen yaşlar KOAH için risk faktörü oluşturabilmektedir. Yaşın, maruziyetin sonucu mu yoksa yaşlılıktan mı KOAH'ın gelişimine katkı sağladığı tam saptanamamaktadır (3). Ancak yaşlılık ve ek hastalıkların yanında, yaş ilerledikçe sigara kullanımı artma eğilimi gösterir. Bu da dolaylı olarak KOAH'ın gelişimine katkı sağlamıştır (38).

Mesleki ve çevresel maruziyet

Amerikan Toraks Derneği mesleki maruziyetin; KOAH'ın % 10 ila 20'sini oluşturduğunu gelişmemiş ülkelerde mesleki maruziyet riskinin diğer ülkelere göre çok daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Bireyler sahip oldukları meslekleri icra ederken zararlı gaz ve partiküllere maruz kalabilmektedir. Bu maruziyet hem sigara içenlerde hem de içmeyenlerde kronik bronşite ve klinik olarak önemli akciğer fonksiyon kaybına neden olabilmektedir. Bu risk sigara içenlerde daha fazladır (50). Bir çalışmada, %41.2'sinde ise mesleki maruziyetten kaynaklandığı belirtilmiştir (51).

Hava kirliliği

Biyomas yakıt dumanı maruziyeti KOAH 'ın gelişmesinde önemli risk faktörlerindendir. Evlerde ısınmak ve yemek yapmak gibi amaçlarla kullanılan odun,kömür, tezek gibi yakıtların kullanılması iç ortam kirliliğine katkı sağlamaktadır (38). Katı yakıt veya biyokütle yakma sonucu oluşan partiküllere maruz kalmanın, 1990-2010 yılları arasında küresel hastalık yükü için üçüncü önde gelen risk faktörü olduğunu ve dünyanın engellilik ayarlı

yaşam yıllarının % 5'inin atfedilebileceği tahmin edilmektedir. Bu durum gelişmemiş ülkelerde daha fazla görülmektedir. Ayrıca KOAH' ın havalandırılmamış odalarda açık ateşli ocaklarla yemek pişiren kadınlar arasında daha yüksek olduğu belirtilmiştir (52). Kötü havalandırmaya sahip ortamlarda yaşayan insanların KOAH riski yeterli havalandırmaya sahip ortamlarda yaşayanlara göre 2,2 kat daha fazladır. 9 yıllık bir prospektif çalışma, mutfak havalandırmasını iyileştirmek için yapılan uzun süreli müdahalelerin, iç mekan hava kalitesini iyileştirdiğini ve akciğer fonksiyonunda azalma ile KOAH insidansının azalmasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, açık hava kirliliğinin KOAH için bir risk faktörü olarak rolü belirsizliğini korumuştur (50).

Akciğer gelişimi

Çok sayıda mekanik ve biyokimyasal faktörden etkilenen akciğer gelişimi utero'da başlar ve fetal yaşamda ve doğumdan sonraki ilk birkaç yıl içinde meydana gelen en belirgin yapısal değişikliklerle ergenlik ve erken yetişkinliğe kadar çeşitli aşamalarda devam eder. KOAH'ı geliştiren faktörler arasında fetal yaşamda ve doğum sonrası yaşamın ilk birkaç yılında gelişen akciğere hakaretlerle ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Rahim içi büyüme kısıtlaması, tütün dumanına ve diğer kirleticilere prenatal ve postnatal maruz kalma, erken doğum ve çocukluk dönemi solunum hastalıkları gibi erken yaşam faktörlerinin uzun dönemde KOAH' ı etkilediği bilinmektedir. Annenin hamile iken sigara kullanımı, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, yetersiz beslenme, çocuklukta geçirilen akciğer hastalıkları, sağlıksız ortamda büyüme akciğer gelişimini olumsuz etkilemekte ve KOAH' ın gelişimine katkıda bulunmaktadır (53).

Sosyo-ekonomik faktörler

Düşük sosyo-ekonomik düzey kronik hastalıklarının çoğunda önemli bir risk faktörüdür. Çünkü birçok risk faktörünü de doğrudan etkiler. Yetersiz beslenme, düşük eğitim düzeyi, yüksek biomas maruziyeti, sigara kullanımı, sağlıksız ve kötü koşullarda çalışmayı arttırarak çocukluktan başlayıp bireyin tüm yaşamı boyunca KOAH gelişimini arttıran faktörlerden birisidir (3, 54).

Sigara kullanımı

Sigara kullanımı KOAH'ı geliştiren en önemli risk faktörlerinden birisidir. Sigara içenlerin yada bırakmış olanlar, hiç sigara içmeyen bireylere göre KOAH açısından daha risk altındadır. Ayrıca sigara kullanımı havayollarında tıkanmalara, kardiyovasküler hastalıklara, kansere, amfizem, kronik bronşit vb. KOAH'a zemin hazırlayan birçok olaya neden olmaktadır (1). Ömür boyu sigara içen bireylerde Koah gelişme olasılığı %50' dir (55). Aktif sigara kullanımı olan bireylerde KOAH gelişme riski kullanmayanlara göre 3-5 kat daha fazladır. İçilen süre, miktar, etken maddeler ve içilen mekan gibi birçok faktör riski değiştirebilmektedir (56). Sigaranın KOAH riskini arttırması sadece aktif kullanımla değil pasif kullanım ile de gelişebilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre hayatında hiç sigara içmemiş ama sigara dumanına maruz kalmış insanlarda KOAH görülme sıklığı %6,4 çıkmıştır (57). Postbronkodilatör spirometri değerleri ile tanımlanan 14 ülkeden gelen KOAH prevalansı üzerine yakın tarihli bir çalışma, KOAH olgularının % 23.3'ünün hiç sigara içmediğini bildirmiştir; hastalığı önemleme ve müdahale planlarının öncelikli maddeleri arasında sigara kullanımı bulunmaktadır (58).

2.1.5. KOAH' ta tedavi

Hastalar KOAH tanısı aldıktan sonra tedavi planı, hem mevcut semptomları hem de gelecekteki alevlenme risklerini azaltmak için etkili yönetim değerlendirmeye dayalı olmalıdır. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmek, semptomlarını azaltmak, solunum kapasitesini korumak veya artırmak, alevlenme sayısını ve dispnesini azaltmak, egzersiz kapasitesini azaltmak için aşağıda belirtilen tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Her tedavi planının bireye özgü olması önemlidir (59,60).

Risk faktörlerinin azaltılması

Risk faktörlerinin azaltılması hastalar için önem arz etmektedir. Çünkü hastalığın etiyolojisi olabilmekle birlikte prognozu da ciddi bir şekilde etkileyebilmektedir. Risk faktörleri azaldığında hastaların prognozunun olumlu olduğu belirtilmiştir. (59). Öncelikli olarak hastaların sağlığa erişimindeki sosyal belirleyicilerin belirlenmesi ve sağlıkta eşitsizliğin iyileştirilmesi önerilmektedir. Bunlar bireyin bulunduğu toplum ve bireysel özelliklerin birleşimiyle oluşmuş özelliklerdir. Tedavinin yönetimi, gelişimi ve başarısı

için önem arz etmektedir (3,59). Risk faktörlerinin uzaklaştırılması veya minimuma indirgenmesi önerilmektedir. En önemli faktör olarak sigaranın bırakılması ve biomas yakıt dumanına maruziyetin kesilmesi gereklidir. Sigara bırakmanın başarılı olduğu hastalarda mortalitenin azaldığıda gözlemlenmiştir. Mesleki maruziyet ve hava kirliliğinin önlenmesi; aşı ile bağışıklama yapılması da risk faktörlerinin azaltılmasında önemli etkenlerdir (3).

Farmakolojik tedavi

KOAH' ta ilaç tedavileri stabil ve alevlenme döneminde ki KOAH hastaları için değişkenlik göstermektedir. Her tedavi yöntemi hasta gözlemlendikten ve değerlendirildikten sonra hastaya özgü belirlenmelidir (3). Farmakolojik tedaviler aşağıda belirtildiği gibidir.

Bronkodilatörler

Bronkodilatörler tedavinin temelini oluşturmaktadır. Genellikle inhalasyon yolu ile tedavi tercih edilmektedir. Tedavi olarak tek başına kullanımı çok yaygın olmayan bronkodilatörler kombine olarak uzun ve kısa vadeli olarak uygulanmaktadır. Akciğer düz kaslarında gevşeme sağlayarak hava akımının ve inspiratuar kapasitesinin artmasına, yaşam kalitesi ile egzersiz kapasitesini arttırabilmektedir. Bronkodilatörler antikolinergikler, beta-2 agonistler ve metilksantinler alt grupları olarak yer almaktadır. Antikolinergikler bronkodilatasyon sağlayarak, beta-2 agonistler bronkospazmı engelleyerek, metilksantiler ise bazı kasların kasılmasını; dispne ve alevlenmeleri azaltması gibi etkiler ile tedavi sağlar (3,60).

Kortikosteroidler

Uzun süreli kullanımı önerilmemekle birlikte alevlenme dönemlerinde kullanılmaktadır. Antiinflamatuvar ve immunosupresif etkileri bulunmaktadır. Oral, IV ve inhaler formları bulunmaktadır. Alevlenmeleri azaltmakla birlikte C ve D grubu hastalara önerilmektedir. Miyopati gibi olası yan etkileri nedeniyle dikkat edilmesi önerilmektedir (3,60).

Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri

Yeni sayılabilecek bir türdür. İntrasellüler cAMP'nin yıkımını engellemekte, inflamatuvar hücrelerin aktivasyonunu baskılayarak tedavi etmektedir. Akciğer fonksiyonlarında olumlu etkileri vardır ve alevlenme oranlarını azaltabilmektedir (3).

Diğer farmakolojik tedaviler

KOAH' ın tedavisinde kullanılan diğer ilaç tedavileri; Mukolitik ve Antioksidan ajanlar, immünoregülatörler, alfa-1 antitripsin tedavisi, antibiyotikler, antitussifler, vazodilatörler ve narkotikler bulunmaktadır (3).

İlaç dışı tedaviler

İlaç dışı tedaviler hastalarda fizikse aktivitelerini arttırmayı, semptomları ve alevlenmeleri azaltmak, emosyonel ve psikolojik durumlarını düzeltmek ve iyiye taşımak, fonksiyonel kapasiteyi arttırmayı, egzersiz eğitimi sağlamayı amaçlamaktadır.

Pulmoner rehabilitasyon

İleri evreli Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan hastalarda pulmoner rehabilitasyonun (PR) yararlı etkileri olduğu belirtilmiştir. PR; temel egzersizleri, fiziksel tedaviyi, eğitimi, psikososyal yaklaşımları ve hastaya özgü mutlidisipliner egzersiz davranışlarını içerir (62). Pulmoner rehabilitasyon, hastalığın fizyopatolojik ve psikopatolojik bulgularını stabilize etmeyi veya tersine çevirmeyi amaçlar ve hastayı mümkün olan en yüksek fonksiyonel kapasiteye getirmeye çalışır. Bunlarla birlikte semptomları azaltmayı, yaşam kalitesini arttırmayı, sağlık harcamalarının azalmasını ve uzun dönem davranış değişikliğini sağlar (3). Son zamanlarda, pulmoner rehabilitasyon, “kapsamlı” bir hasta değerlendirmesine dayanan kapsamlı bir müdahale ve bunu takiben hastaların fiziksel ve psikolojik durumunu iyileştirmek ve sağlığa uzun süreli uyumu teşvik etmek için tasarlanmış hastaya özel tedaviler olarak tanımlanmıştır. Pulmoner rehabilitasyonun temel özelliklerinden birisi hastaya özgü bir program hazırlanmasıyla oluşur. Bunun içinde hastayı kapsamlı ve her yönüyle değerlendirmek gereklidir (61). PR olmadığında hastaların fiziksel aktivitelerinde azalma görülmektedir. Bu azalma ile hastaların sigara kullanımının, hastaneye yatışın ve mortalitenin artabildiği; prognozunun

hızlı ilerleyebildiği gözlemlenmiştir (62). KOAH hastalarının gerek dispne gerekte efor kayıplarından dolayı fiziksel aktiviteleri azalmıştır. Tüm bunlarla birlikte yaşam kalitesinde düşme ve rol işlevinde yetersizlik bireyin sosyal rolünü olumsuz etkileyen durumlar görülmektedir. KOAH bireyi, sosyal, duygusal, ruhsal, psikososyal yönden etkilemektedir. Bununla birlikte birçok psikiyatrik sorun tablosu oluşturabilmektedir (13). Özellikle kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremeyen hastalarda depresyon, sosyal izolasyon, bağımsızlık kaybı ve anksiyete görülme riski artmaktadır (2,3,10). PR ile kaslarda gelişme, yaşam kalitesinin, hastane yatış süresi ile sıklığı, sağkalım oranı, bağımsızlık oranının ve egzersiz kapasitelerinin arttığı; dispne, depresyon, anksiyetenin azaldığı yüksek kanıt düzeyleriyle belirtilmiştir (3).

Uzun süreli oksijen tedavisi

Oksijen tedavisi KOAH hastalarında sık kullanılan bir tedavi çeşididir. Hipoksemisi olan KOAH hastalarında tedavinin temel dayanağıdır. Oksijen tedavisinin amacı hipoksiyi gidermektir. Orta derece hipoksemi, egzersize bağlı hipoksemi, noktürnal oksijen desatürasyonu ve palyatif bakım için diğer kullanımlarının tam etkinliği kanıtlanmış olmasa da oksijen tedavisi uygulanmaktadır (63). Hipoksisi olan bireylerde günde 15 saat ve üzerinde oksijen tedavisi uygulanması sağkalımı arttırdığı belirtilmektedir. Bununla birlikte egzersiz kapasitesi, akciğer mekanikleri ve mental durum üzerinde de olumlu etkilere sebep olduğu gözlemlenmiştir (3).

Diğer ilaç dışı tedaviler

Diğer ilaç dışı tedavi yöntemleri: non- invaziv mekanik ventilasyon, akciğer volüm azaltıcı cerrahi, bronkoskopik volüm azaltıcı cerrahi yaklaşımları, akciğer nakli, büllektomi, volüm azaltıcı coil'ler (teller), endobronşiyal valv'ler, blokaj yapmayan termal buhar ablasyonu şeklinde sıralanabilir (3).

2.2. KOAH'ta Evde Bakım

Evde bakım; hastanın evinde gördüğü bir dizi sağlık ve bakım hizmeti olarak adlandırılabilir. KOAH hastalarında evde bakım hastane yatış süresini ve sıklığını, sağlık harcamalarını, semptomları, alevlenmeleri mortalite, morbidite azalmayı; yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasiteyi arttırmayı hedefler. Diğer hedeflerle birlikte evde bakım KOAH

hastalarında özellikle solunum fonksiyonlarını korumak ve egzersiz kapasitesini arttırmayı amaçlar. Hastaya ve yakınlarına verilen doğru eğitimle hastaneye başvuru ve yatışların azaldığı bildirilmiştir. Aynı zamanda hastanın öz bakımı, güveni ve psikososyal yönlerinde yarar sağladığı belirtilmiştir (3,64).

2.3. KOAH, Depresyon, Anksiyete İlişkisi

KOAH bireyi; sosyal, duygusal, ruhsal, psikososyal yönden etkilemektedir. Bununla birlikte birçok psikiyatrik sorun tablosu oluşturabilmektedir (13). KOAH ve depresyon arasındaki ilişki dispne ve azalan fiziksel işlevle birlikte sosyal izolasyonu nedeniyle beklenmektedir. KOAH' ta depresyon prevalansının diğer kronik engelli hastalıklara göre daha sık olduğu görülmektedir (65). Özellikle kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremeyen hastalarda depresyon ve anksiyete görülme riski artmaktadır (2,10). Anksiyete sonucu KOAH hastalarının sıklıkla depresyonla ilgili semptomları olduğu görülmüştür. KOAH için önde gelen risk faktörü olan sigara içme sıklıkla depresyonla ilişkilidir ve her ikisi de sıklıkla birbirini güçlendirir. Bu nedenle sigara kullanımı, KOAH ve depresyon arasında derinlemesine bir ilişki vardır. Depresyonun sigara içiminin başlatılmasında ve sürdürülmesinde rol oynamakta, sıklıkla sigara içilmesi KOAH gelişimine yol açarak, depresyonun oluşmasına veya kötüleşmesine katkıda bulunmaktadır (65). KOAH'ın hasta bireyin tüm yaşam alanında gösterdiği ve olumsuz etkilediği semptomlarda depresyon riskini arttırabilmektedir. Bir çalışmaya göre KOAH tanısına sahip hastalar öksürük, nefes darlığı, yorgunluk ve artmış balgam üretiminin yaşamına fazlasıyla etkilediğini belirtmiştir (66). Yorgunluk, düşük fiziksel aktivite, uyku bozukluğu, mortalite, alevlenme oranları, hastanede kalış süresi, hastalık şiddeti ve yaşama ilgi kaybı gibi özellikler KOAH' ta depresyon prevelansı derinden etkileyen faktörlerdir (65,66,67). Alevlenme ve semptomlardan dolayı sık yatış gerektiren KOAH'ta hastane yatışları ve semptom yükünün de depresyonu arttırdığı bellirlenmiştir. Çalışmalarda şiddetli KOAH' lılarda hafif KOAH' lı hastalara kıyasla depresyon gelişme olasılığı iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (66,68). Özellikle dispnenin KOAH'lı hastaların fiziksel aktivitelerini fazlasıyla etkilediği, bu etkilenmenin sonunda hastaların hareketsiz bir yaşam seçtikleri, depresyona zemin hazırlayan negatif belirtileri arttırdığı belirtilmiştir (65,66). Depresyon ve KOAH arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu görülmektedir (65). Bir çalışmaya göre KOAH'lı hastaların %10 ile %57 arasında depresyon görülebildiği belirlenmiştir (65). Başka bir çalışmaya göre depresyonun hastaların % 27 ile % 79' unda, genel popülasyondan ve diğer

kronik hastalıklardan daha yüksek olan rakamlarda bildirilmiştir (67). Depresyon insidansı, 10 yıllık ve 35.000 kişinin takibiyle olan bir çalışmada KOAH grubunda 1000 kişi başına 16,2 olgu iken, KOAH dışı kontrol grubunda 1000 kişi başına 9,4 olgu olduğu belirtilmiştir (68).

Düşük fonksiyonel kapasitesi olan hastalarda anksiyete anlamlı olarak daha fazladır (66). Fiziksel fonksiyonda azalma, yüksek alevlenme sayısı, hastaneye yatış, egzersiz toleransında azalma ve mortalite oranları anksiyete oranını 2 kat arttırmaktadır (67,68). Anksiyetenin hastaların % 21 ile % 96' sında meydana geldiği tahmin edilmektedir (67). KOAH hastalarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, sağlıklı bireylere kıyasla anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığının KOAH hastalarında % 85 daha fazla olduğunu bildirmiştir. Ayrıca KOAH polikliniğinde klinik anksiyete prevalansı % 13-46 arasında değiştiği bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları yeterince tedavi edilmedikçe kronikleşebilir, benlik saygısı azaltabilir, intihar düşüncesine yatkınlığını ve hastaneye yatış riskini artırabilir (68).

2.4. KOAH ve Özkıym Riski İlişkisi

İntihar olasılığının primer sebeplerinden olan depresyon ve anksiyete ruhsal bozukluğu olan bireylerde depresif semptomların görüldüğü dönemde başetme yöntemlerini kullanmaya devam etmektedir (75). Çalışmalara göre KOAH tanılı bireylerde depresyon ve anksiyetenin yüksek olduğu belirtilmiştir (11,14,67,68). Depresyon ve anksiyete KOAH' ta sık görülen ruhsal bozukluktur (65). Depresyon intihar düşünceleri ve davranışları için en büyük risk faktörü olduğundan, KOAH'lılar arasında ağır bir depresyon yükünün intihar olasılığı riskini artırabilecektir (69). KOAH'ın günlük rutinlerini, sosyal ve rol işlevlerini kısıtladığı, yaşam kalitesini düşürme sebepleri intihar olasılığı arttırmaktadır (70). Yapılan bir çalışmaya göre KOAH lı hasta katılımcıların %27' sinde intihar düşüncesi olduğu ve %15 in özkıym girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (25).

Sigaranın depresyon ile çift taraflı ilişkisi olduğu bilinmektedir (65). Nikotin kullanımının fazla olduğu KOAH hastalarında; intihar riskinde yüksek olduğu belirtilmiştir (70). Bir çalışmada KOAH hastalarında sigara kullanımı, depresyon ve intihar olasılığının ilişkili olduğu bildirilmiştir (71). Ayrıca KOAH nedeniyle hastaneye yatışlarda ve hipoksinin temel neden olduğu semptomlar intihar olasılığını arttırmaktadır (72,73).

2.5. KOAH ve Savunma Mekanizmaları

Bireyler egonun (benlik) istenmeyen, olağan dışı, stres, kaygı, anksiyete gibi olağan durumunu bozan durumlardan uzaklaşmak için; davranış, duygu ve dürtülerini kontrol altına alabilmek için istemli veya istem dışı savunma mekanizmalarını kullanırlar (74,75). Savunma mekanizmaları genellikle bilinç dışı süreçler olarak yer almaktadır. Bireyin adaptif yanıt olarak anksiyete, stres gibi olağan dışı durumla mücadele etmek için geçirdiği bu süreç, ilk defa Freud tarafından ortaya atılmış ve daha sonrasında bir çok kez geliştirilmiştir (29, 74). Savunma mekanizmalarının kullanıldığı durumlar daha çok nevrotik durumlar olarak görülebilmektedir. Freud'a göre, zihni bireyin bilinçli olarak ele alması zor olan duygulara ve düşüncelere karşı koruyan bilinçdışı süreçlerdir. Bu mekanizmaların bazıları sağlıklı bir şekilde kullanılabilirken, diğerleri psikopatolojik düşünce ve davranışların gelişmesini sağlar. 20' den fazla olan savunma mekanizmalarının kullanımı ile bireyin durumla ne kadar yeterli baş ettiği ve nasıl bir yol izlediğinin tanımlanabilmesi için önemlidir. Savunma mekanizmaları bireylerde farklılık gösterebilmektedir (22).

Çalışmalarda KOAH hastaların normal bireylere göre depresyon, anksiyete, özkıyım riski fazla olduğu; nevrotik davrandıkları saptanmıştır (65,69). Bireysel başetme yöntemlerinin yetersiz kaldığı ve ihtiyacının arttığı, nevrotik davranışların bireyi fazlasıyla etkilediği bu durumlarda savunma mekanizmalarının kullanımının artış gösterdiği belirtilmiştir (21,22). Savunma mekanizmaları egoyu korumayı amaçlamaktadır. Koruyucu işlevi yanı sıra bireyin işlevini de bozabilmektedir. Savunma mekanizmaları bireyin mizacına, çocukluğundan başlayan yaşantısına, öğrenilen ve deneyimlenen savunmalara ve pekiştirme etkilerine göre şekillenebilmektedir. KOAH hastalarında da bilinçli bir çaba olarak değil de kendiliğinden ortaya çıkması daha muhtemeldir (76). Yapılan bir çalışmada KOAH hastaları sağlıklı kontrollere kıyasla geri alma, yer değiştirme, otistik fantezi, inkar ve bölme savunma mekanizmalarını daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca olgunlaşmamış ve nevrotik savunma mekanizmalarını daha aktif şekilde kullanabildikleri bildirilmiştir (22).

2.6. Ruhsal Bozuklukların Yönetiminde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Ruhsal bozukluklar bireyleri ve toplumları olumsuz yönde etkileyebilen rahatsızlıklardır (88). Küresel yaygınlığı ve hastalık yükü açısından ruhsal bozukluklar giderek artış göstermektedir (37). Ülkemizde ve Dünya da ruhsal bozukluklar bakımı zor olarak tanımlanabilmektedir. Özellikle hemşireler ruhsal bozukluklarda bire bir çalışan ruh sağlığı profesyonellerindendir. Ruhsal bozukluklarda hemşireler birey ve ailelerine bakım, danışmanlık, vaka yönetimi, eğitim ve terapi sağlama gibi girişimlere sahiptir (90). Hastalarına hastalığın belirtileri ile başa çıkmada ve sıkıntılarını gidermede, ilaçların düzenli bir şekilde alınmasında yardım eder ve hastaların öz bakım becerilerinin geliştirilmesine olanak sağlar (91). Ruh sağlığı hemşireleri hasta ve aile bireylerine bilgi vererek eğitici rolünü ön plana çıkarırlar. Hemşireler hastanın ana gereksinimlerini değerlendirerek hasta bireye yönelik bütüncül bakımı hazırlamak, yönetmek ve eşgüdümlü bir şekilde uygulayarak vaka yöneticisi rolünü kullanır. Ruh sağlığı hemşiresi verilen hizmetlerin kalitesi ve uyumuna bakar ve bu sayede savunuculuk rolünü kullanır (90). Hemşirenin savunucu rolü hasta ve aile bireyinin sorunlarını ele almada, hasta ve aile bireyinin içinde bulunulan duruma yönelik sorular sormasına ve sağlık ekibi üyelerinin hastaya zaman ayırması konusunda uyarıda bulunur. Savunuculuk rolünün temel hedefi hasta bireyi bağımsızlaştırmaktır (89). Bu temel görevler KOAH hastalarında da üstelenilmektedir.

KOAH bireyi; sosyal, duygusal, ruhsal, psikososyal yönden etkilemektedir. Bununla birlikte birçok psikiyatrik sorun tablosu oluşturabilmektedir (13). KOAH semptomları nedeniyle hasta bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir hastalıktır. KOAH' ın risk faktörlerinin azaltılması davranış değişikliği ve hastalık yönetimi becerileri edinilerek sağlanabilir. Hemşirelerin en önemli rollerinden biri eğitimidir. Verdikleri eğitimlerle bireyin yaşam kalitesini arttırmakta davranış değişikliği sağlayabilmektedir. Hemşirelik eğitim ve bakımıyla hasta bireylerin semptomlarında ve hastane yatışlarında azalma; fiziksel aktivitede, yaşam kalitesinde, öz bakımında, sosyal işlevsellikte artma görülebilmektedir (87). Bakım veren sağlık personelleri, KOAH tanılı bireylere semptomlarla baş edebilme, risk faktörlerini azaltma, hastalık hakkında eğitim verme gibi davranışlar kazandırmak yanı sıra; bireylere kriz yönetimi, öz yönetim, kaygı düzeyini kontrol altında tutma gibi kazançlarda sağlanmayı amaçlanmaktadır (104). KOAH hastalarıyla yapılan bir çalışmada bakım veren sağlık profesyonellerinin ve hasta

yakınlarının; hastaların zihinsel yaşam kalitesini ve hastaların fiziksel yaşam kalitesini olumlu ve olumsuz etkileyebildiğini göstermiştir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin KOAH' da anksiyete ve depresyonu değerlendirmesi ve tedaviye yönelik girişimler planlaması önerilmiştir (104).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı (KOA) hastalarında özkıym düşünçesi ve savunma mekanizmalarıyla olan ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış karşılaştırmalı tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma hasta bireyler için; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin klinik ve polikliniklerinde Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğinde Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır. Poliklinikler ve kliniklerde uygun bir ortam oluşturularak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle veriler toplanmıştır. Sağlıklı bireyler için de uygun ortam sağlanmış, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle veriler toplanmıştır. İki hastanede de veriler toplanırken hasta bireyler için poliklinikte bekleme salonları kullanılmıştır. Hastalardan daha kolay ve rahat veri toplanması için muayene sonrası yapılması planlanmıştır. Yataklı servislerde ise veriler hasta odalarında toplanılmış, ilaç ve visit saatleri dışında veri toplama araçları uygulanmıştır. Sağlıklı bireylerden alınan veriler için bireyin uygun olduğu zaman aralığında sessiz ve anlaşılır mekanlar seçilmiştir. Veri toplamak için bekleme salonları kullanılmıştır.

Poliklinikler 08.00-17.00 arasında hizmet vermektedir. Her iki hastane de polikliniklerde birer hemşire; çalışma çizelgesine göre değişmekle birlikte beşten fazla doktor çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde klinik ve poliklinikleri ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği'ne başvuran KOA tanımlı hastalar ile benzer yaş grubundaki KOA hastalığı olmayan bireyler

oluşturmuştur. Tekrarlı başvuruların fazla olması nedeniyle belirtilen kurumlara başvuru yapan KOAH' lı bireylerin sayısına ulaşamamıştır.

3.4. Araştırma Örnekleme

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde NCSS-PASS Statistical Packag for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı- Power Analysis and Sample Size) -Güç Analizi ve Örnek Boyu- 2008 programı kullanılmıştır. Çalışmada örneklem büyüklüğü çalışmamıza benzer bir araştırma temel alınarak hesaplandı (20). Yapılan güç analizinde, α (alfa) yanılma payı 0.05, iyi bir güç oranı elde edilmesi için güç oranı %80 ve Cohen'in etki büyüklüğü d değeri 0.88 temel alındı. Bu değerlerle hesaplanan güç analizinde araştırmada yer alan hasta grubunun en az 46 örneklem sayısına ulaşılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklemine, Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği'ne başvuran 52 tane stabil (Alevlenme döneminde olmayan) KOAH tanılı birey ve sağlıklı bireyler olarak 56 birey katılmıştır. Sağlıklı bireyler kar topu yöntem ile toplumdan seçilmiştir. Bireyler; hastalar aracılığıyla iletişime geçilerek birincil olmayan hasta yakınlarından seçilmiştir. Kar topu yöntemi kullanılarak hasta yakınlarına başka tanıdığı bireyler olup olmadığı sorulmuştur. Birincil olmayan hasta yakınları aracılığıyla sağlıklı bireylerin örneklemine ulaşılmıştır. Bu kriterlere uymayan bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmaya hasta bireyler ile ilgili dahil etme kriterleri

- KOAH tanısına sahip olma
- Akut atak döneminde/Alevlenme döneminde olmama
- 40 yaş üstü olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Okur-yazar olma
- Herhangi bir psikiyatrik problemi bulunmama
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel ve fiziksel yeterliliği sahip olma
- İletişim problemine sahip olmama

- Ağır hiperkapnisi ve hipoksisi olmama
- KOAH dışında kontrol altında olmayan kardiyak vb hastalığı olmama

Araştırmaya katılan sağlıklı bireyler ile ilgili dahil etme kriterleri

- 40 yaş ve üstü olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Okuryazar olma
- Herhangi bir psikiyatrik problemi bulunmama
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel ve fiziksel yeterliliği sahip olma
- İletişim problemine sahip olmama
- KOAH tanısına sahip olmama
- Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmama

3.5. Veri Toplama Araçları

Hasta ve sağlıklı bireylerin verilerini toplamak için Birey Tanıtım Formu, KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT) ,Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu (EK-1)

Birey tanıtım formu araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (25,28,29,33,38,68). Birey tanıtım formu olarak KOAH hastalarına ve sağlıklı toplumdaki alınan bireylere yönelik iki ayrı form kullanılmıştır. Birey Tanıtım Formu için uzman görüşü alınmıştır.

Hasta bireyler ile ilgili formda sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, ekonomik durum), hastalık ve tedavi özellikleri (kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, KOAH tanısı ve tedavisi, vb) bilgileri içeren 24 soru yer almıştır.

Sağlıklı bireyler ile ilgili birey tanıtım formunda ise sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, ekonomik

durum), kronik hastalık varlığı, sigara kullanım durumu, süresi ve miktarı, psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, süresi, var ise kullandığı ilaçları, kullanım süresi, sıklığı ve miktarı gibi bilgileri içeren 16 soru yer almıştır.

KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT) (EK-2)

KOAH' ta mevcut sağlık durumunu ölçen ve hastanın yaşam kalitesi ile ilgili kullanılan en yaygın ölçeklerden birisidir. Jones ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen bir testtir. Çok iyi ölçüm özelliği bulunan ve oluşan değişimlere oldukça duyarlı olan bu form KOAH tanısı almış hastalarda önerilmektedir. CAT' ın ülkemiz koşullarında Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2012 yılında Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Test 8 sorudan ve 0' dan 5' e 5'li likert tipten oluşmaktadır. Toplam puan 0-40 arasında değişmektedir. Güvenirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.9116 olarak hesaplanmıştır (33). Puan arttıkça semptomlar artmaktadır. CAT skoru ≥ 10 yüksek semptom anlamına gelmektedir. Çalışmamızda ise cronbach alfa değeri ise 0,88 bulunmuştur.

Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) (EK-3)

Bilinçaltı ile kullanılan savunma mekanizmalarını değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Bond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. SBT-40' nın ülkemiz koşullarında geçerlik ve güvenirliği Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Savunma Biçimleri Testi, bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını değerlendiren 20 savunmadan, 40 sorudan ve 9' lu likert tipten oluşan bir ölçektir. 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Savunma mekanizmaları 3 alt faktör olarak nevrotik savunma biçimi, matur savunma biçimi ve immatür savunma biçimi olarak belirlenmiş ve cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .70, .61 ve .83 olarak bulunmuştur. Her üç savunma biçimi içinde tutarlılık katsayıların geçerliği olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa değeri sırasıyla 0,73, 0,67, 0,83' dür. Alt grupların bulunduğu savunma biçimleri kendi arasında değerlendirilmekte puanlar arttıkça savunma biçimlerinin kullanımı arttığı belirtilmiştir (29). Sayın Yılmaz'dan ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-10).

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK-4):

Cull ve Gill tarafından 1988 yılında intihar olasılığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yetişkin ve ergenlerde intihar riskini değerlendirmek için kullanılabilir, herhangi bir tedavi grubuna özgü değildir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Batıgün ve Şahin tarafından 2018 yılında yapılmıştır. 4 faktörden, 36 maddeden ve 4'lü likert tipten oluşmuştur. Ölçek sırasıyla %0 (hiçbir zaman veya nadiren), %30 (bazen), %70 (sık sık), %100 (çoğu zaman veya her zaman) olarak değerlendirilmektedir. Faktörleri Sosyal Destek/Benlik Algısı (16 madde), öfke/dürtüsellik (6 madde), umutsuzluk/yalnızlık (7 madde) ve intihar düşüncesini (7 madde) oluşturmaktadır. Alt faktörler kendi aralarında puanlaması yapılmaktadır. Ters puanlamalar bulunmaktadır. Puan arttıkça alt faktörlerin etkinliği artmaktadır. Alt faktörlerin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0.81, 0.71, 0.73 ve 0.74 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları toplam puan için 0,87'dir (28). Çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa değeri 0,68 bulunmuştur. Sayın Batıgün den ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır (EK-9).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (EK-5)

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında anksiyete ve depresyonu kısa sürede değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ayrıca hastada Emosyonel değişiklikleri de hızlıca ölçebilmektedir. Amacı tanı koymak yerine depresyon ve anksiyeteyi hızlıca taramaktır. Herhangi bir tedavi grubuna özgü değildir. 14 maddeden, 4'lü likert tipten oluşmaktadır. Ölçek 0-3 arası puanlamadan oluşmaktadır. İki alt faktörden oluşmaktadır. Faktörleri anksiyete (7 madde) ve depresyon (7 madde) oluşturmaktadır. Anksiyete alt faktörünün kesme noktası 10, Depresyon alt faktörünün kesme noktası 7 olarak belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyon ayrı ayrı değerlendirildiğinde 0-21 puan arasında oluşmaktadır. Puan arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyi artmaktadır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları anksiyete alt ölçeği için 0.85 depresyon alt ölçeği için ise 0.77 bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (17). Çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa değeri 0,74' dür.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Çalışmanın ön uygulaması Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 4 KOAH tanısı almış hasta üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında tanıtıcı bilgi formunda herhangi bir soruda değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Bu nedenle elde edilen veriler de çalışma sonuçlarına dahil edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulamasına ölçek izinleri, etik komisyon ve hastane izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmadaki veri toplama araçları , çalışma yapılmasına izin verilen Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğine başvuran KOAH tanılı bireyler ile toplumdan alınan sağlıklı bireylere uygulanmıştır. Hasta bireyler için veri toplama araçlarının uygulanması için araştırmacı tarafından ilgili kurumda uygun görüşme ortamı sağlanmış ve araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmacı verileri hafta içi mesai saatleri içerisinde toplamıştır. Verilerin toplanmasından önce bireylerin dahil edilme kriterlerine sahip olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bireylerden yazılı/sözel onamlarını almıştır (EK-11). Yazılı onam formunun bir örneği araştırmaya katılmaya kabul edenlere verilmiştir. Her bir veri toplama yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Sağlıklı bireyler kar topu yöntemi ile toplumdan seçilmiştir. Sağlıklı bireyler; hastalar aracılığıyla iletişime geçilerek birincil olmayan hasta yakınlarından seçilmiştir. Kar topu yöntemi kullanılarak hasta yakınlarına başka tanıdığı bireyler olup olmadığı sorulmuştur. Birincil olmayan hasta yakınları aracılığıyla sağlıklı bireylerin örnekleme ulaşılmıştır. Bu kriterlere uymayan bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması için uygun görüşme ortamı sağlanmış ve araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Verilerin toplanmasından önce bireylerin dahil edilme kriterlerine sahip olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bireylerden yazılı/sözel onamlarını almıştır (EK-11). Yazılı onam formunun bir örneği araştırmaya katılmaya kabul edenlere verilmiştir. Her bir veri toplama yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada istatistiksel analiz için SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile gösterilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin çarpıklık/basıklık değerleri ± 2 arasında olduğu için verilerin normallik varsayımını sağlandığı kabul edilmiştir. İki grup arası sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda T Testi üç ve üzeri gruplar arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Bununla birlikte veriler normallik varsayımını sağlasa bile 30 ve altındaki örnekleme sahip grupların verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeği intihar düşüncesi alt boyutu ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin alt boyutlarının öngörücülerini değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analizde çoklu bağıntı (multicollinearity) sorunu yaşanmaması için stepwise yöntemi kullanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde sıklıkla nicel değişkenler değerlendirilmiştir. Ancak iki kategorili nitel değişkenler ve sıralı değişkenlerinde değerlendirilebileceği bildirilmiştir (108). Bundan dolayı analizlerde cinsiyet, aile tipi ve medeni durum gibi ikili değişkenler ve sosyoekonomik durum, eğitim durumu gibi sıralı değişkenlerde analizlerde kullanılmıştır. Hasta ve sağlıklı grupta yaş, cinsiyet, aile tipi, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, Savunma Biçimleri Ölçeği alt boyutları, İntihar olasılığı ölçeği alt boyutları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği alt boyutları modele katılmıştır. Hasta grubunda ek olarak, KOAH süresi, KOAH evresi ve KOAH dışı kronik hastalık durumu değişkenleri de modele katılmıştır. Ölçek güvenilirlik değerlendirmesinde iç güvenilirlik katsayıları (Cronbach alfa) kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerle anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Çalışmaya başlamadan önce T.C Ankara İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi (EK-7) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık

Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nden yazılı izin alınmıştır (EK-8). Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllü olan bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin klinik ve polikliniklerinde Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğinde takip ve tedavi edilen hastalarla sınırlandırılmıştır.

3.11. Araştırma Soruları

1. KOAH tanısı alan bireylerde özkıyım olasılığı ne düzeydedir?
2. KOAH tanısı almış bireylerde hangi savunma mekanizmaları kullanılır?
3. KOAH tanısı almış bireylerde depresyon ve anksiyete ne düzeydedir?
4. KOAH tanısı almış bireylerde depresyon ve anksiyete ile özkıyım olasılığı arasında bir ilişki var mıdır?
5. KOAH tanısı almış bireylerde semptom, depresyon ve anksiyete, intihar olasılığı ve savunma mekanizmaları arasında bir ilişki var mıdır?

4. BULGULAR

Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) hastalarında özkıym düşünçesi ve savunma mekanizmalarıyla olan ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları;

1. Hastaların ve sağlıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı,
2. Hasta bireylerin hastalık, tedavi ve yaşantıları ile ilgili özellikleri,
3. Hasta ve Sağlıklı bireylerinin Savunma Biçimleri Testi puan ortalamalarının karşılaştırılması,
4. Hasta ve Sağlıklı Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve CAT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
5. Hastaların Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, CAT, HAD Ölçeklerinin Puan Ortalamaları ile Yaş ve Hastalık Süresi İlişkisinin Değerlendirilmesi
6. Sağlıklı Bireylerin Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, CAT, HAD Ölçeklerinin Puan Ortalamaları ile Yaş ve Hastalık Süresi İlişkisinin Değerlendirilmesi
7. Hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çizelge 4.1. Hastaların ve Sağlıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=108)

Değişkenler	Hasta (n=52)		Sağlıklı (n=56)		Toplam (n=108)		X ²	P	
	n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet ¹									
	Kadın	9	17,3	13	23,2	22	20,4	0,580	0,446
	Erkek	43	82,7	43	76,8	86	79,6		
Yaş ^{2,3}		57,98	7,65	56,86	6,35	57,40	6,99	0,833	0,407
	40-49	8	15,4	5	8,9	13	12,0	3,789	0,301
	50-59	22	42,3	34	60,7	56	51,9		
	60-69	18	34,6	14	25,0	32	29,6		
	70 ve üzeri	4	7,7	3	5,4	7	6,5		
Medeni durum ¹									
	Evli	39	75,0	36	64,3	75	69,4	1,459	0,227
	Bekar	13	25,0	20	35,7	33	30,6		
Aile tipi ¹									
	Çekirdek aile	41	78,8	32	57,1	73	67,6	9,699	0,008
	Parçalanmış aile	10	19,2	13	23,2	23	21,3		
	Geniş aile	1	1,9	11	19,6	12	11,1		
Eğitim durumu ¹									
	İlkokul	24	46,2	10	17,9	34	31,5	11,098	0,011
	Ortaokul	10	19,2	20	35,7	30	27,8		
	Lise	11	21,2	19	33,9	30	27,8		
	Üniversite	7	13,5	7	12,5	14	13,0		
Sosyal güvence ²									
	Emekli Sandığı	12	23,1	16	28,6	28	25,9	1,966	0,579
	SSK	31	59,6	29	51,8	60	55,6		
	Yeşil Kart	8	15,4	11	19,6	19	17,6		
	Yok	1	1,9	0	0,0	1	0,9		
Sosyoekonomik durum ²									
	Düşük	17	32,7	22	39,3	39	36,1	0,597	0,813
	Orta	32	61,5	31	55,4	63	58,3		
	Yüksek	3	5,8	3	5,4	6	5,6		
Sigara kullanımı									
	Evet	16	30,8	18	32,1	34	31,5	15,921	<0,001
	Hayır	8	15,4	26	46,4	34	31,5		
	Bırakmış	28	53,8	12	21,4	40	37,0		

¹ Ki-Kare testi kullanıldı.² Fisher's exact testi kullanıldı.³ Bağımsız örneklem t testi kullanıldı.

Grupların demografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.1'de gösterilmiştir. Grupların cinsiyet (p=0,446), yaş (p=0,407), medeni durum (p=0,227) ve sosyoekonomik durum (p=0,813) değişkenleri açısından benzer olduğu, aile tipi (p=0,008), eğitim durumu (p=0,011) ve sigara kullanımı (p<0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Hasta bireylerin yaşantıları ile ilgili özellikleri (52)

Değişkenler	n	%
Evde Yaşadığı Kişi	Kardeş	4
	Çocuk	5
	Eşi	19
	Tek Başına	10
	Çekirdek Aile	13
	Anne/Baba	1
Bakım Veren Kişi	Kardeş	2
	Çocuk	4
	Eşi	24
	Kendisi	17
	Gelin	3
	Anne/Baba	2

Hasta bireylerin yaşantıları ile ilgili özellikleri Çizelge 4.2’de gösterilmiştir. Hastalığı olan katılımcıların %36,5’i (n=19) evde eşi ile birlikte yaşamakta, %46,2’ine (n=24) eşi bakım vermiştir.

Çizelge 4.3. Hasta bireylerin hastalık, tedavi ile ilgili özellikleri (n=52)

Değişkenler	n	%
KOA H Evresi	B	7
	C	29
	D	16
Hastalık Süresi	1-9 yıl	18
	10-19 yıl	28
	≥ 20 yıl	6
KOA H Dışı Kronik Hastalık Varlığı	Var	16
	Yok	36
KOA H Dışı Kronik Hastalık	HT	1
	DM	6
	KY	4
	HT ve DM	4
	Osteoporoz	1
Düzenli Hastaneye Geliş	Evet	34
	Hayır	18
Tedaviye Uyum	Evet	40
	Hayır	12

Hasta grubunun hastalık ve sosyal yaşam özellikleri Çizelge 4.3’de gösterilmiştir. Hastalığı olan katılımcıların %36,5’i (n=19) evde eşi ile birlikte yaşamakta, %46,2’ine (n=24) eşi bakım vermekte, %55,8’i (n=29) KOA H C grubunda bulunmakta, %30,8’inin (n=16) ek

bir kronik hastalığı bulunmakta, %65,4'ü (n=34) hastaneye düzenli olarak gelmekte ve %76,9'u (n=40) tedaviye uyum göstermiştir.

Çizelge 4.4. Hasta ve Sağlıklı bireylerinin savunma biçimleri testi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=108)

Değişkenler ¹	Hasta (n=52)	Sağlıklı (n=56)	İstatistiksel Analiz	
	Ort.±ss	Ort.±ss	t	p
Yüceltme	10,57±4,48	10,25±3,42	0,427	0,670
Mizah	9,25±3,74	11,17±3,48	-2,775	0,007
Beklenti (Anticipation)	11,57±3,62	12,64±3,05	-1,656	0,101
Baskılama (Supresyon)	9,13±3,87	10,57±3,62	-1,993	0,049
Matur Savunmalar	40,53±9,31	44,64±9,71	-2,238	0,027
Yapma Bozma	9,21±3,73	9,39±3,09	-0,275	0,783
Psödo altruizm	12,92±3,86	11,48±3,40	2,059	0,042
İdealleştirme	10,03±3,99	8,78±4,30	1,564	0,121
Karşıt Tepki Geliştirme	9,34±4,14	7,69±3,02	2,374	0,019
Nörotik Savunmalar	41,51±9,71	37,35±11,63	2,009	0,047
Yansıtma	9,51±4,15	8,19±3,60	2,011	0,047
Pasif Saldırganlık	7,94±4,50	8,41±3,48	-0,607	0,545
Dışa Vurma	8,15±3,51	8,80±3,84	-0,914	0,363
Yalıtma	10,53±4,09	9,01±3,75	2,011	0,047
Değersizleştirme	8,28±4,36	7,41±2,87	1,243	0,216
Otistik Fantezi	9,82±4,03	9,10±3,35	1,010	0,315
İnkâr	9,65±3,05	6,57±2,76	5,501	<0,001
Yer Değiştirme	7,98±4,73	8,53±4,31	-0,638	0,525
Disosiyasyon	8,50±3,81	6,42±3,05	3,129	0,002
Bölünme	8,36±3,70	8,58±3,26	-0,334	0,739
Rasyonalizasyon	7,80±3,79	8,83±2,33	-1,715	0,089
Bedenselleştirme	10,07±4,25	9,66±3,60	0,550	0,584
İlkel Savunmalar	106,65±25,23	99,57±24,09	1,492	0,139

¹ Bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Gruplar arasında savunma biçimlerinin karşılaştırılması Çizelge 4.4'te gösterimiştir. Sağlıklı bireylerde matur savunma mekanizmasının toplam puan ortamları hasta gruba göre anlamlı düzeyde yüksek iken (p=0,027), nörotik savunma mekanizmasının toplam puanları hasta grupta anlamlı derecede daha yüksek (p=0,047). Alt savunma mekanizmasının incelendiğinde hasta grupta psödo altruizm (p=0,042), karşıt tepki geliştirme (p=0,019), yansıtma (p=0,047), yalıtma (p=0,047), inkâr (p<0,001) ve disosiyasyon (p=0,002) puanları anlamlı düzeyde yüksek iken, sağlıklı bireylerde mizah (p=0,007) ve baskılama (p=0,049) puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Hasta ve Sağlıklı Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve CAT puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=108)

Değişkenler ¹		Hasta (n=52)	Sağlıklı (n=56)	t	p
		Ort.±ss	Ort.±ss		
İÖÖ	Sosyal Destek/Benlik Algısı	30,28±5,42	31,05±4,70	-0,784	0,435
	Öfke/Dürtüsellik	10,76±3,28	11,00±2,66	-0,403	0,688
	Umutsuzluk/Yalnızlık	16,65±3,91	15,83±2,95	1,227	0,222
	İntihar Düşüncesi	16,61±4,55	14,05±3,31	3,358	0,001
HADÖ	Anksiyete	7,40±3,64	8,87±3,27	-2,208	0,029
	Depresyon	7,98±2,94	7,94±2,99	0,060	0,952
CAT		22,48±6,99	8,57±5,75	11,313	<0,001

¹ Bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Gruplar arasında intihar olasılığı ölçeği, hastane anksiyete depresyon ölçeği ve CAT puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 4.5'te gösterilmiştir. Gruplar sosyal destek/benlik algısı, öfke/dürtüsellik, umutsuzluk/yalnızlık ve depresyon alt boyutları açısından benzer olduğu belirlenmiştir. Hasta grubunda intihar düşüncesi (p=0,001) 16,61±4,55 ve CAT puanları (p<0,001) 22,48±6,99 yüksek iken, sağlıklı bireylerde anksiyete puanlarının (p=0,029) 8,87±3,27 anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.6. Hastaların Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, Cat, HAD ölçeklerinin puan ortalamaları ile yaş ve hastalık süresi ilişkisinin değerlendirilmesi (n=52)

Değişkenler ¹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(1) Matur Savunmalar	1											
(2) Nörotik Savunmalar	0,534**	1										
(3) İlkel savunmalar	0,343*	0,626**	1									
(4) Sosyal Destek/ Benlik Algısı	0,002	0,090	0,332*	1								
(5) Öfke/Dürtüsellik	0,016	0,415**	0,386**	0,154	1							
(6) Umutsuzluk/Yalnızlık	-0,164	0,426**	0,550**	0,347*	0,435**	1						
(7) İntihar Düşüncesi	0,105	0,009	-0,137	-0,049	-0,260	-0,323*	1					
(8) Anksiyete	-0,031	0,249	0,378**	0,170	0,358**	0,443**	-0,252	1				
(9) Depresyon	-0,231	-0,057	0,280*	0,411**	0,227	0,443**	-0,256	0,582**	1			
(10) CAT	-0,112	0,065	0,051	-0,088	-0,003	0,017	0,085	0,348*	0,377**	1		
(11) Yaş	0,206	0,213	0,088	0,385**	0,054	0,126	0,023	-0,130	-0,072	-0,424**	1	
(12) Hastalık Süresi	0,172	0,045	0,032	0,194	-0,346*	-0,231	0,185	-0,304*	-0,348*	-0,270	0,169	1
Ortalama	40,53	41,51	106,65	30,28	10,76	16,65	16,61	7,40	7,98	22,48	58,98	11,62
Standart Sapma	9,31	9,71	25,23	5,42	3,28	3,91	4,55	3,64	2,94	6,99	7,65	5,51
Ortanca	41	41	100	29	10	16	17	8	9	23	58	12,00
En küçük- En büyük	25-61	13-63	64-181	17-42	6-20	8-26	7-25	0-14	1-14	8-36	44-73	2-28

¹ Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Hasta grubunda yaşı, hastalık süresi ve ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Çizelge 4.6’te gösterilmiştir. CAT puanları ile depresyon ($p<0,01$) ve anksiyete ($p<0,05$) arasında, depresyon ile ilkel savunmalar ($p<0,05$), umutsuzluk/yalnızlık ($p<0,01$) ve anksiyete ($p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Hastalık süresi ile öfke/dürtüsellik ($p<0,05$), anksiyete ($p<0,05$) ve depresyon ($p<0,05$) puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.



Çizelge 4.7. Sağlıklı Bireylerde Savunma Biçimleri Testi, İntihar Olasılığı Ölçeği, Cat, HAD ölçeklerinin puan ortalamaları ile yaş ilişkisinin değerlendirilmesi (n=56)

Değişkenler ¹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1) Matur Savunmalar	1,000										
(2) Nörotik Savunmalar	0,576**	1,000									
(3) İlkel savunmalar	0,466**	0,840**	1,000								
(4) Sosyal Destek/ Benlik Algısı	-0,294*	-0,133	0,077	1,000							
(5) Öfke/Dürtüsellik	-0,242	0,007	0,030	0,208	1,000						
(6) Umutsuzluk/Yalnızlık	0,014	0,231	0,383**	0,539**	0,055	1,000					
(7) İntihar Düşüncesi	-0,325*	-0,212	-0,119	0,543**	0,280*	0,397**	1,000				
(8) Anksiyete	0,049	0,122	0,295*	0,373**	0,277*	0,379**	0,269*	1,000			
(9) Depresyon	-0,052	0,193	0,292*	0,223	0,371**	0,153	0,345**	0,517**	1,000		
(10) CAT	-0,133	0,040	0,134	0,150	0,352**	0,289*	0,282*	0,344**	0,239	1,000	
(11) Yaş	-0,085	0,027	0,106	0,411**	0,161	0,169	0,373**	0,021	0,176	0,066	1,000
Ortalama	44,50	37,57	97,06	31,57	10,77	15,91	14,28	8,71	7,86	8,66	53,22
Standart Sapma	10,75	11,81	25,83	4,59	2,59	2,88	3,41	3,38	2,78	6,06	7,60
Ortanca	45	39	98	31	11	16	14	9	8	8	52
En küçük- En büyük	12-64	9-59	35-161	21-50	6-18	8-20	7-22	1-16	1-11	0-25	39-72

¹ Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Sağlıklı bireylerde yaş ve ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Çizelge 4.7’de gösterilmiştir. Sağlıklı bireylerde depresyon ile öfke/dürtüsellik ($p<0,01$), intihar düşüncesi ($p<0,01$) ve anksiyete ($p<0,01$) arasında, anksiyete ile Sosyal Destek/Benlik Algısı ($p<0,01$) ve Öfke/Dürtüsellik ($p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.



Çizelge 4.8. Hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=52)

Değişkenler	n	Matur Savunmalar	Nörotik Savunmalar	İlkel savunmalar	Sosyal Destek/ Benlik Algısı	Öfke/ Dürtüsellik	Umutsuzluk/ Yalnızlık	İntihar Düşüncesi	Anksiyete	Depresyon	
Yaş	40-49	8	34,75±6,58	35,00±11,40	89,12±19,59	27,75±3,80	8,87±2,64	15,37±4,17	20,50±3,42	7,25±4,89	8,25±2,49
	50-59	22	41,09±11,44	41,86±9,50	111,04±20,11	29,18±5,46	11,68±3,16	16,50±3,87	14,22±3,97	8,00±3,45	8,59±3,45
	60-69	18	42,55±7,53	42,66±9,27	111,16±32,23	31,55±5,52	10,00±3,41	17,27±4,26	17,00±3,46	6,77±3,75	6,77±2,43
	70 ve üzeri	4	40,00±4,08	47,50±3,41	97,25±2,36	35,75±3,09	13,00±2,16	17,25±1,89	20,25±6,84	7,25±1,50	9,50±0,57
	X ²		4,684	5,038	6,214	7,990	9,307	1,005	13,674	1,051	6,934
Cinsiyet ¹	p		0,196	0,169	0,102	0,046	0,025	0,800	0,003	0,789	0,074
	Kadın	9	41,66±6,87	43,22±13,63	108,88±26,85	27,22±5,71	9,66±2,06	16,22±3,70	17,33±5,00	8,22±3,76	8,11±1,69
	Erkek	43	40,30±9,79	41,16±8,86	106,18±25,18	30,93±5,20	11,00±3,45	16,74±3,98	16,46±4,51	7,23±3,64	7,95±3,15
	Z		-0,484	-1,090	-0,533	-2,367	-0,924	-0,279	-0,437	-0,899	-0,110
Medeni Durum ¹	p		0,628	0,276	0,594	0,018	0,355	0,780	0,662	0,369	0,913
	Evli	39	40,33±10,07	42,66±8,73	108,35±25,30	29,94±5,05	10,89±3,55	16,87±3,72	16,97±4,67	7,84±3,48	7,94±3,13
	Bekar	13	41,15±6,80	38,07±11,95	101,53±25,30	31,30±6,54	10,38±2,32	16,00±4,50	15,53±4,19	6,07±3,94	8,07±2,36
	Z		-0,264	-1,333	-0,878	-0,594	-0,234	-0,530	-1,050	-1,231	-0,192
Hastalık Evresi ²	p		0,791	0,183	0,380	0,553	0,815	0,596	0,294	0,218	0,848
	B Grubu	7	36,71±9,28	41,14±8,82	113,71±13,54	28,28±1,97	13,85±2,79	17,85±1,06	14,28±4,15	10,71±2,62	8,85±2,41
	C Grubu	29	41,93±9,69	41,72±9,62	106,34±29,04	31,00±5,80	10,24±2,84	16,72±3,78	17,31±3,99	7,00±3,67	8,00±2,65
	D Grubu	16	39,68±8,56	41,31±10,81	104,12±22,05	29,87±5,71	10,37±3,63	16,00±4,85	16,37±5,52	6,68±3,36	7,56±3,65
	X ²		2,287	0,423	2,695	3,962	6,721	2,906	1,874	6,899	1,141
Eğitim Düzeyi ²	p		0,319	0,809	0,260	0,138	0,035	0,234	0,392	0,032	0,565
	İlkokul	24	41,25±10,42	42,66±11,46	110,33±31,79	30,33±5,10	10,91±3,50	17,41±4,51	16,29±5,01	6,54±3,63	7,29±3,07
	Ortaokul	10	40,60±4,35	41,50±5,87	101,70±12,93	30,60±4,57	11,90±3,57	17,70±3,26	19,10±2,88	6,70±3,49	8,00±3,01
	Lise	11	42,36±10,14	40,63±10,90	102,90±21,56	29,81±8,08	8,81±2,35	14,54±3,23	15,54±3,50	8,18±2,78	8,45±3,01
	Üniversite	7	35,14±8,83	39,00±5,88	107,00±19,73	30,42±3,10	11,71±2,42	15,85±2,26	15,85±5,81	10,14±4,18	9,57±1,81
	X ²		2,638	1,000	1,659	0,111	6,397	6,231	4,720	5,121	4,260
Ekonomik Durum ²	p		0,451	0,801	0,646	0,990	0,094	0,101	0,194	0,163	0,235
	Düşük	17	42,05±8,71	42,70±13,01	109,23±31,12	29,17±4,91	10,70±2,77	17,41±3,84	16,82±3,69	9,00±2,93	7,94±2,86
	Orta	32	40,84±9,39	41,18±8,10	103,59±22,41	31,09±5,83	10,59±3,62	16,12±4,09	17,00±4,92	6,03±3,32	7,78±3,05
	Yüksek	3	28,66±1,15	38,33±2,08	124,66±2,51	28,00±1,00	13,00±1,00	18,00±0,00	11,33±0,57	13,00±0,00	10,33±1,15
	X ²		5,593	0,695	4,510	2,850	2,463	4,315	4,828	15,569	2,930
Aile yapısı ¹	p		0,061	0,706	0,105	0,241	0,292	0,116	0,089	<0,001	0,231
	Çekirdek	42	40,54±9,94	42,71±8,99	108,16±24,60	29,90±4,89	11,02±3,46	16,95±3,62	16,88±4,63	8,00±3,40	8,02±3,04
	Parçalanmış	10	40,50±6,38	36,50±11,50	100,30±28,20	31,90±7,35	9,70±2,21	15,40±4,97	15,50±4,24	4,90±3,72	7,80±2,61
	Z		-0,093	-1,046	-0,839	-1,016	-1,016	-1,166	-1,095	-2,263	-0,175
Hastalık süresi	p		0,926	0,160	0,295	0,402	0,310	0,244	0,273	0,024	0,861
	1-9 yıl	18	38,05±10,04	40,61±7,86	103,38±13,52	28,66±4,89	12,27±3,83	17,00±3,80	16,00±5,21	8,72±2,24	8,83±3,11
	10-19 yıl	28	42,57±8,58	41,46±11,15	108,25±29,94	31,00±5,49	9,89±2,62	16,17±3,82	16,89±4,31	6,82±4,21	7,85±2,56
	≥ 20 yıl	6	38,50±9,60	44,50±8,26	109,00±31,17	31,83±6,40	10,33±3,14	17,83±4,95	17,16±4,11	6,16±3,54	6,00±3,52
	Z		3,277	1,081	0,082	1,314	4,571	0,597	0,075	2,193	3,719
	p		0,194	0,583	0,960	0,518	0,102	0,742	0,963	0,334	0,156

¹Mann Whitnet U testi kullanıldı. ² Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Hasta grubunda demografik verilere göre uygulanan ölçek puanlarının değerlendirilmesi Çizelge 4.8’de gösterilmiştir. Çizelge incelendiğinde Sosyal Destek/ Benlik Algısı puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksektir ($p=0,018$). Öfke/ Dürtüsellik ve anksiyete puan ortalamaları, B gurubu hastalarda hastalarda diğer evrelere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,035$). Bu bulgulara ek olarak sosyoekonomik durumu iyi olanlarda ve çekirdek aile yapısına sahip olanlarda anksiyete puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$; $p=0,024$).

Çizelge 4.9. İntihar Olasılığı Ölçeği İntihar düşüncesi alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	Değişkenler	β	t	p	F	p	R^2	Düzeltilmiş R^2
Hasta Bireyler	Umutsuzluk/ Yalnızlık	-0,323	-2,415	0,019	5,834	0,019	0,10	0,08
	Umutsuzluk/ Yalnızlık	0,371	3,203	0,002				
Sağlıklı Bireyler	Sosyal Destek/Benlik Algısı	0,232	2,082	0,041	10,715	<0,001	0,40	0,36
	Depresyon	0,334	3,178	0,002				
	İlkel Savunmalar	-0,347	-3,163	0,002				

İntihar Olasılığı Ölçeği, İntihar düşüncesi alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Çizelge 4.9’da gösterilmiştir. Hasta bireylerde yüksek özkıyım düşüncelerini ön gören tek değişken İntihar Olasılığı Ölçeğinin Umutsuzluk/ Yalnızlık alt boyutu puanlarının ($p=0,019$) düşük olması olarak bulunmuştur. Sağlıklı bireylerde ise yüksek özkıyım düşüncelerini ön gören değişkenler İntihar Olasılığı Ölçeğinin Umutsuzluk/ Yalnızlık alt boyutu puanının yüksek olması ($p=0,002$), İntihar Olasılığı Ölçeğinin Sosyal Destek/Benlik Algısı alt boyutu puanının yüksek olması ($0,041$), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Depresyon alt boyutu puanının yüksek olması ($p=0,002$) ve Savunma Biçimleri Ölçeğinin İlkel Savunmalar alt boyutu puanlarının ($p=0,002$) düşük olması olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.10. Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Anksiyete alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	Değişkenler	β	t	p	F	p	R ²	Düzeltilmiş R ²
Hasta Bireyler	Depresyon	0,335	3,194	0,003	15,687	<0,001	0,67	0,63
	Aile tipi	-0,315	-3,617	0,001				
	KOAH dışı kronik hastalık varlığı	-0,256	-2,873	0,006				
	Sosyoekonomik durum	-0,343	-3,588	0,001				
	Eğitim durumu	0,409	3,791	<0,001				
	Umutsuzluk/ Yalnızlık	0,278	2,590	0,013				
Sağlıklı Bireyler	Depresyon	0,461	4,473	<0,001	17,030	<0,001	0,34	0,32
	Sosyal Destek/Benlik Algısı	0,273	2,650	0,010				

Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Anksiyete alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Çizelge 4.10’ da gösterilmiştir. Hasta bireylerde yüksek anksiyete düzeylerini öngören değişkenler, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Depresyon alt boyutu puanlarının yüksek olması ($p=0,003$), çekirdek aile tipi ($p=0,001$), KOAH dışı kronik hastalık varlığı ($p=0,006$), düşük sosyoekonomik düzeyin ($p=0,001$), yüksek eğitim durumu ($p<0,001$) ve İntihar olasılığı ölçeği Umutsuzluk/ Yalnızlık alt boyutu puanlarının ($p=0,013$) yüksek olması olarak bulunmuştur. Sağlıklı bireylerde ise yüksek anksiyete düzeylerini öngören değişkenler, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Depresyon alt boyutu ($p<0,001$) ve İntihar olasılığı ölçeği Sosyal Destek/Benlik Algısı alt boyutu ($p=0,010$) puanlarının yüksek olması olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.11. Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Depresyon alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	Değişkenler	β	t	p	F	p	R ²	Düzeltilmiş R ²
Hasta Bireyler	Anksiyete	0,425	3,893	<0,001	16,816	<0,001	0,51	0,48
	Sosyal Destek/Benlik Algısı	0,396	3,732	0,001				
	Hastalık süresi	-0,295	-2,693	0,010				
Sağlıklı Bireyler	Anksiyete	0,402	3,777	<0,001	12,605	<0,001	0,37	0,34
	İntihar Düşüncesi	0,274	2,663	0,010				
	İlkel Savunmalar	0,226	2,161	0,034				

Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Depresyon alt boyutunu öngören değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Çizelge 4.11 gösterilmiştir. Hasta bireylerde yüksek depresyon düzeylerini öngören değişkenler, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Anksiyete alt boyutu puanlarının yüksek olması ($p<0,001$), İntihar Olasılığı Ölçeği Sosyal Destek/Benlik Algısı alt boyutu puanlarının yüksek olması ($p=0,001$) ve hastalık süresinin kısa olması ($p=0,010$) olarak bulunmuştur. Sağlıklı bireylerde Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin Anksiyete alt boyutu puanlarının yüksek olması ($p<0,001$), İntihar Olasılığı Ölçeği intihar düşüncesi alt boyutu puanlarının yüksek olması ($p=0,010$) ve Savunma Biçimleri Ölçeği İlkel Savunmalar alt boyutu puanlarının ($p=0,034$) yüksek olması olarak bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerde özkıyım olasılığı ile savunma mekanizmaları arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Kronik hastalıklarda, hastaların yaşamını olumsuz etkilemelerinden dolayı özkıyım riski görülebilmektedir. KOAH'ın hastalarda günlük rutinlerde, sosyal ve rol işlevlerde kısıtlama , yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak intihar düşüncesinin arttığı belirtilmektedir (70,73). Chung ve arkadaşlarının Kore’ de 2007-2012 yılları arasında 15.000 KOAH tanılı ve sağlıklı bireyler ile yapılan bir çalışmada özkıyım düşüncesinin KOAH hastalarında daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (24). Fleehart ve Chung yaptığı çalışmalarda özellikle anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan ve KOAH 3 ve 4 evresi hastaların özkıyım riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (24,25). Bu çalışmalar ile tutarlı olarak çalışmamızda da KOAH’lı hastaların intihar düşüncesinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KOAH tanısı almış bireylerde anksiyete ve depresyon görülme riski oldukça fazladır (78). Thapa ve arkadaşlarının 198 KOAH hastası , 93 genel toplumdaki bireylerle yürüttükleri hastane tabanlı gözlemsel karşılaştırmalı analitik çalışmada; anksiyete ve depresyonun KOAH hastalarında genel popülasyondaki katılımcılara göre neredeyse üç kat daha yaygın olduğunu belirlenmişlerdir (92). Yohannes ve arkadaşlarının yaptığı, KOAH hastalarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, sağlıklı bireylere kıyasla anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığının KOAH hastalarında % 85 daha fazla olduğunu bildirmiştir (68). Lou ve arkadaşlarının 1100 KOAH ve kontrol grubu olarak 1100 solunum semptomları ve KOAH olmayan bireylerle yaptığı çalışmada, KOAH grubunda anksiyete ve depresyon yaşama olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (93). Çalışmamızda ise bu çalışma sonuçları ile tutarlı olarak KOAH hastalarının anksiyete düzeyi sağlık bireylerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ancak depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. KOAH hastalarının sağlıklı bireylerle kıyaslandığı bir çalışmada anksiyete bozuklukları gelişme olasılığının % 85 daha fazla olduğunu bildirmiştir (94). Sistematik bir derleme çalışmasında ;KOAH tanılı bireylerde anksiyete prevalansı (%50- %75) depresyon prevalansından (%37- %71)

yüksek bulunmuştur (95). Yapılan başka bir çalışmada ise KOAH tanılı hastalarında anksiyete prevalansı %% 46.4, depresyon prevalansı % 42.9 tespit edilmiştir (26).

Çalışmamızda hasta bireylerde anksiyete düzeyi anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Depresyon düzeyi ise hastalarda yüksek bulunmuş ama anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Aynı zamanda çalışmamızda bulunan hasta bireylerde CAT skorunun yüksek olanlarda anksiyete ve depresyon yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu yükseklik nedeni dispnenin de arasında bulunduğu semptomların fazlalığından kaynaklanmaktadır (33). Bir çalışmada semptomların yüksek olması –dispne öncelikli olarak- anksiyete düzeyini arttırabileceğini belirtmiştir (96). Yapılan çalışmada KOAH tanılı hastalarının alevlenme dönemlerinde % 62'si anksiyetelerinin olduğunu ve % 58'i paniklediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada alevlenme döneminde ve sonrasında yönetilemeyen anksiyete de hastaların umutsuzluk, üzgün, kafa karışıklığı gibi duygu durumlarında oldukları tespit edilmiştir (97).

Çalışmamızda KOAH hastalık süresi arttıkça öfke, anksiyete ve depresyon azalmaktadır. Avşar ve arkadaşlarının KOAH hastalarında yeti yitimi ile depresyon, anksiyete ilişkisinin incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada 5 yıldan az hastalık süresine sahip olan hastaların %42,8 inde; 5 sene ve üstü olan hastaların ise %44,4 ünde anksiyete görüldüğü belirlenmiştir (80). Yapılan bir çalışmada KOAH tanılı hastalarda hastalık süreleri 2 ve 5 yıl arasında olanlarda anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (30). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre de hastalığın özellikle KOAH B grubu hastalarında anksiyete düzeyi yüksek çıkmış C ve D grubunda azaldığı belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda hastalık evresi yüksek risk grubunda (evre 3 yada Evre 4) olanların anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (99,100). Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise KOAH B grubunda (evre 1 veya 2) hem anksiyete hemde depresyon, Evre 2 ' (B grubu) de depresyon anlamlı ilişki saptanmıştır (78). Çalışmamızda ise A grubu hasta olmayıp, B grubu hastalarında anksiyete ve öfke düzeyi daha yüksek olduğu, evrelere göre depresyon düzeyi yüksek olduğu ancak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu bulguya göre semptom ve alevlenme riski düşük hastalarda anksiyete açısından daha riskli olduğu söylenebilir.

B grubu KOAH hastalarında; C ve D grubu KOAH hastalarına göre semptom ve alevlenme riski daha az görülmektedir. Ancak KOAH hastalarında yas tutma erken evrelerde başlamaktadır ve yas tutma inkar, direniş, üzüntü ve kabul etme aşamalarından oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada KOAH' da yas tutma sürecinde KOAH' lı bireylerin inkar savunma mekanizmasını kullandığı; inkarında anksiyete ile anlamlı olduğu bulunmuştur (101). Kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan bir çalışmada hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin bulunduğu ve bu ruhsal ve bilişsel durumu inkar savunma mekanizmasını kullanarak baş etmeye çalıştıkları belirtilmiştir (102). Çalışmamızda hasta bireylerde inkar savunma mekanizması puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda B grubu bireylerin yas tutma sürecini daha aktif ve iç içe yaşadığı; anksiyetelerini daha iyi ifade edebildikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta bireylerde KOAH hastalığını ve bireydeki semptomlarını değerlendirmeyi amaçlayan CAT puanı arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri artmaktadır. Buna göre hastaların hastalık semptomları arttıkça ruhsal rahatsızlık belirtilerinin de de arttığı söylenebilir. Çalışmamızla tutarlı olarak Gökçek ve arkadaşlarının çalışmasında da KOAH' a bağlı semptomlarının artmasıyla depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı artış görüldüğü bildirilmiştir (81). Lim ve arkadaşları tarafından yapılan KOAH hastalarıyla yapılan 3 senelik izleme dayanan bir kohort çalışmasında CAT skoru yüksek olan hastalarda depresyon düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Depresyon ve anksiyete özkıyımına neden olan etmenlerin başında gelmektedir (103). Hegerl ve arkadaşının çalışmalarında KOAH hastalarında depresyon, anksiyete ile birlikte intihar olasılığının fazla olduğu belirlenmiştir (69). Nowak ve arkadaşlarının yaptığı 4 senelik bir kohort çalışmasında hastalarda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulanmış hastaların %11,2 sinde depresyon varlığının olduğu belirtilmiş, depresyon yönüyle hastaların takip edilmesi önerilmiştir (84). Nepon ve arkadaşlarının yaklaşık 35.000 karma bireyden oluşan bir örneklem grubuyla yaptıkları çalışmada intihar girişimde bulunanların %70 inde anksiyete bozukluklarının olduğu belirtilmiştir (86). Fleehtart ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulanmış ve çalışmada KOAH hastalarının % 25 inde major depresyon, %60 ında ise hafif depresyon olduğu ve hastaların yaklaşık %11 'inde intihar düşüncesi olduğu

saptanmıştır (25). Bu çalışmalar ile tutarlı olarak çalışmamızda KOAH hastalarında ise anksiyete ve depresyon arttıkça intihar düşüncelerinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bundan dolayı hastalarda anksiyete ve depresyonu saptamak intihar düşüncesini de saptamaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan birçok çalışmada KOAH tanılı bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça özkıyım düşüncesi sağlıklı bireylere göre yüksek olduğu belirtilmiştir (23,24,25).

Çalışmamızda hasta bireylerde depresyonun, çekirdek aile tipinin, KOAH dışı hastalık varlığının, düşük sosyoekonomik düzeyin ve yüksek eğitim düzeyinin intihar olasılığını arttırdığı belirlenmiştir. Naher ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyoekonomik düzeyin düşük olması özkıyım düşüncesi ve sosyal izolasyonla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (109). Joshi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik hastalık prevelansının özkıyım düşüncesini arttırdığı belirtilmiştir (110). KOAH tanılı bireylerde hastalık yükü ve bağımlılığın yüksek olduğu belirtilmektedir (111). Çalışmamızda çekirdek aile tipinin intihar olasılığını arttırmasının sebebinin, KOAH tanılı bireylerin suçluluk duyması ve hastalık yükünün ailesini olumsuz etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmalar, KOAH hastalarında yüksek oranda anksiyete ve depresyon prevalansı bulunduğu belirtilmektedir. Anksiyete ve depresyonun hastaların morbidite, sağkalım ve yaşam kalitesi üzerinde güçlü olumsuz etkileri vardır ve tedavi sırasında dikkate alınmalıdır (65,66). Yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının öz yeterliliğinin eksik olduğu ve semptomları arttırabildiği, hastayı olumsuz etkilediği belirlenmiştir (105). Yapılan bir sistematik derlemede KOAH tanılı bireylerin psikolojik karakterlerini tanımlanmış, bu karakter özelliklerinin fonksiyonel engellilik ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunduğu, hastaların başetme yöntemlerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (106). Yapılan başka bir çalışmada ise KOAH' da görülen ruhsal rahatsızlıkların problem çözme başa çıkma stratejilerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (107). Bu olumsuz etkiler ile başa çıkmak için hastalar davranış, duygu ve dürtülerini kontrol altına alabilmek için istemli veya istem dışı savunma mekanizmalarını kullanırlar (22). Albuquerque ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH hastaların en fazla ilkel ve nörotik savunmaları kullandığını belirtmiştir. Albuquerque ve arkadaşları özellikle KOAH hasta grubunda kullanılan savunma mekanizmalarına depresyon, anksiyete ve dispne semptomlarının eşlik ettiği belirtmiştir. Hasta grubunun rasyonelleştirme, geri alma, yer değiştirme, otistik

fantezi, inkar ve bireysel savunmaların bölünmesinde daha fazla kullandığı belirtilmiştir (22). Çalışmamızda hasta grubunun anksiyetesinin yüksek olduğu, nörotik savunma mekanizmasını daha fazla kullanıldığı, sağlıklı bireylerin ise olgun savunmaları daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Bunun nedeninin KOAH hastalarının CAT skorunun yani semptomlarının fazla olması ve anksiyete düzeyinin yüksek olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda KOAH'lı hastalarda hastalık semptomları CAT skorları ile ölçülmüş ve anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Semptomlar ve anksiyete ve özkıyım olasılığı artmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak hasta bireylerin anksiyetesi yüksek olduğunda, nörotik savunma mekanizmasının daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; çalışmamızda KOAH hastalarında sağlıklı bireylere göre depresyon düzeyinin, semptom yükünü, özkıyım olasılıklarının ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve nevrotik savunma mekanizmasının daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)' nda özkıyım düşüncesini ve savunma mekanizmaları ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmada, KOAH hastalarında;

1. Anksiyete ve depresyonun özkıyım düşüncesini arttırdığı,
2. KOAH semptomlarının anksiyete, depresyon, özkıyım olasılığını arttırdığı,
3. KOAH hastası bireylerin toplumdaki hastalara göre daha fazla risk altında olduğu ve özkıyım olasılığının daha yüksek olduğu,
4. Hasta bireylerin daha çok nörotik savunma mekanizmasının; sağlıklı bireylerin ise olgun savunma mekanizmalarını kullandığı,
5. Hastalık süresi arttıkça öfke, anksiyete ve depresyon azaldığı, hastalığın ilk evrelerinin ruhsal hastalıklar açısından daha riskli olduğu
6. Hastalığın ilk evrelerinde (B grubu) (Evre 1 ve 2) öfke ve anksiyete daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler;

Sağlık profesyonellerinin,

- Özellikle KOAH hastalarını hastalığın ilk evrelerinde (Evre I ve II) öfke, anksiyete, depresyon ve özkıyım riski açısından değerlendirmesi
- Savunma meknizmalarını kullanma durumunu belirlemesi
- Bu konuya ilişkin daha fazla örneklem sayısını içeren çalışmaların yapılması, bu öneriler doğrultusunda hastaların incelenmesi, değerlendirilmesi ve tespitlerin yapılması önerilmiştir.



KAYNAKLAR

1. İnternet: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2017). *Global Strategy for the, Management and Prevention of COPD-2017*. Web: <http://goldcopd.org>, Son Erişim Tarihi: 15/05/2020.
2. İnternet: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2014). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD-2014*. Web: <http://www.goldcopd.org/>, Son Erişim Tarihi: 15/05/2020.
3. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdinç, E., Ergan, B., Gürgün, A., and Yıldırım, N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Official Journal of the Turkish Thoracic Society*, 15, 1-76.
4. Dursunoğlu, N., Köktürk, N., Baha, A., Bilge, A. K., Börekçi, Ş., Çiftçi, F., and Yıldız, Ö. (2016). Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberk Toraks*, 64(4), 292-301.
5. Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., ve AlMazroa, M.A. (2012). 1990 ve 2010 yıllarında 20 yaş grubu için 235 ölüm nedeninden kaynaklanan küresel ve bölgesel mortalite: 2010 Küresel Hastalık Yükü Çalışması için sistematik bir analiz. *Lancet*, 380 (9859), 2095-2128.
6. İnternet: Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu. (2014) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). (2014). Web: <https://www.toraks.org.tr>, Son Erişim Tarihi: 15/05/2020.
7. Doğan, A. (2010). Türkiye ve Dünyada Kronik Solunum Hastalıkları Epidemiyolojisi / Dünyada ve Türkiye’de kronik solunum hastalıklarının epidemiyolojisi. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10-17.
8. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım- KOAH) Önleme ve Kontrol Programı*. (2009-2013) Eylem Planı Sağlık Bakanlığı Yayın No: 763 Ankara.
9. Aşker, S., Ekin, S., Arısoy, A., Yıldız, H., Günbatar, H., and Sertoğullarından, B. Sigara İçenlerde ve Tandır Dumanı Maruziyeti Olanlarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişme Riski. *Van Tıp Dergisi*, 21(4), 225-229.
10. Üstünova, E., ve Nahcivan, N. (2013). *Toplumda Yaşayan KOAH’lı Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Algıları ve İlişkili Faktörler*. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya 2013, sah: 219
11. Hill, K., Geist, R., Goldstein, R.S. ve Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journal* 31(3), 667-677.
12. Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, CS, Brøndum, E., and Bakke, P. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100(1), 87-93.

13. Afsar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S., and Akkaya, E. (2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*, 34(3), 260-267.
14. Putman-Casdorph, H., and McCrone, S. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart & Lung*, 38(1), 34-47.
15. Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
16. Gürhan, N. ve Özcan, T. C. Ed. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Ankara: Akademisyen Tıp Yayınevi. 88-123.
17. Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
18. Yetki, Ö., and Günen, H. (2009). KOAH alevlenmelerinde fizyopatolojik değişiklikler. *Solunum Araştırmaları Derneği Solunum Dergisi*, 11, 11-3.
19. Safa, M., Tafti, S.F., Talischi, F., and Boroujerdi, F.G. (2015). Severity of Anxiety Disorders in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(2), 128–132.
20. Kirkil, G., Deveci, F., Deveci, S. E., and Atmaca, M. (2015). Anxiety and depression symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 151-161.
21. Hovanesian, S., Isakov, I. and Cervellione, K.L. (2009). Defense Mechanisms and Suicide Risk in Major Depression. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 74–86.
22. Albuquerque, S. C., Carvalho, E. R., Lopes, R. S., Marques, H. S., Macêdo, D. S., Pereira, E. D., and Carvalho, A. F. (2011). Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. *Quality of Life Research*, 20(9), 1401-1410.
23. Kye, S.Y., and Park, K. (2017). Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*, 73, 160-167.
24. Chung, J. H., Han, C. H., Park, S. C., and Kim, C. J. (2014). Suicidal ideation and suicide attempts in chronic obstructive pulmonary disease: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV, V) from 2007-2012. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 24(1), 1-5.
25. Fleeheart, S., Fan, V. S., Nguyen, H. Q., Lee, J., Kohen, R., Herting, J. R., and Borson, S. (2014). Prevalence and correlates of suicide ideation in patients with COPD: A mixed methods study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 1321.

26. Mi, E., Mi, E., Ewing, G., Mahadeva, R., Gardener, A. C., Holt Butcher, H., Booth, S., and Farquhar, M. (2017). Associations between the psychological health of patients and carers in advanced COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2813-2821.
27. Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., and Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 327-332. doi:10.1016/j.jad.2011.06.026.
28. Durak Batıgün, A. ve Hisli Şahin, N. (2018). İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(2), 52-64.
29. Yılmaz, N., Gençöz, T., ve Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testi'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253.
30. Tel, H. (2010). Koah'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 38-45.
31. Ürün, Ö., Yıldırım, E. A., ve Erkoç, Ş. N. (2015). Major depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 283-288.
32. Sercan, Ö. E., (2009). KOAH Alevlenmesi Tanımı ve Epidemiyolojisi. *Solunum Dergisi Solunum 2009*, KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı: 7-10.
33. Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Demirci, N. Y., Kirkil, G., Atış, S. N., and Günakan, G. (2012). KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tuberk Toraks*, 60(4), 314-320.
34. Barnes, P. J., and Celli, B. R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, 33(5), 1165-1185.
35. Viniol, C., and Vogelmeier, C. F. (2018). Exacerbations of COPD. *European Respiratory Review*, 27(147).
36. TÜİK. (2018). *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018*. Haber Bülteni 2018, 30626.
37. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2017). Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması 2017. Web: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf, Son Erişim Tarihi: 10.11.2019.
38. Kocabas, A. (2010). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113.
39. Erdinç, E., Polatlı, M., Kocabaş, A., Yıldırım, N., Gürgün, A., and Saryal, S. (2010). Türk Toraks Derneği kronik obstruktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaş raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 11(1), 1-64.

40. Qaseem, A., Wilt, T. J., Weinberger, S. E., Hanania, N. A., Criner, G., van der Molen, T., and MacDonald, R. (2011). Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Annals of Internal Medicine*, 155(3), 179-191.
41. Wangsom, A., and Matchim, Y. (2017). Dyspnea Management in Patients with COPD. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(4), 108-117.
42. Bailey, P. H., Boyles, C. M., Cloutier, J. D., Bartlett, A., Goodridge, D., Manji, M., and Dusek, B. (2013). Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with COPD. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), 108-122.
43. Henoch, I., Strang, S., Löfdahl, C. G., and Ekberg-Jansson, A. (2016). Management of COPD, equal treatment across age, gender, and social situation? A register study. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 2681–2690.
44. Hanania, N. A., and O'Donnell, D. E. (2019). Activity-related dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: physical and psychological consequences, unmet needs, and future directions. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1127-1138.
45. Tülüce, D., Kutlutürkan, S., Çetin, N, ve Köktürk, N. (2016). Hasta Koçluğunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) ile İzlenen Hastaların Dispne, Öksürük ve Balgam Semptomları Üzerine Etkisi: Pilot Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 32-41.
46. Smith, J., and Woodcock, A. (2006). Cough and its importance in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1(3), 305–314.
47. Berkhof, F. F., Boom, L. N., ten Hertog, N. E., Uil, S. M., Kerstjens, H. A., and van den Berg, J. W. (2012). The validity and precision of the Leicester Cough Questionnaire in COPD patients with chronic cough. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-8.
48. Ramos, F. L., Krahne, J. S., and Kim, V. (2014). Clinical issues of mucus accumulation in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 139–150.
49. Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D., Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R., and Ferguson, G. T. (2020). Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respiratory Medicine*, 105938.
50. Yang, Y., Mao, J., Ye, Z., Li, J., Zhao, H., and Liu, Y. (2017). Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease among adults in Chinese mainland: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 131, 158-165.
51. Şahan, C. (2019). Mesleki KOAH Tanısına Yaklaşım. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2019*, 7(2), 67-73.

52. Gnatiuc, L., Caramori, G. (2014). COPD in nonsmokers: the biomass hypothesis – to be or not to be?. *European Respiratory Journal*, 44(1), 8-10.
53. Stocks, J., and Sonnappa, S. (2013). Early life influences on the development of chronic obstructive pulmonary disease. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 7(3), 161-173.
54. Grigsby, M., Siddharthan, T., Chowdhury, M. A., Siddiquee, A., Rubinstein, A., Sobrino, E., Miranda, J. J., Bernabe-Ortiz, A., Alam, D., and Checkley, W. (2016). Socioeconomic status and COPD among low- and middle-income countries. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 2497–2507.
55. Laniado-Laborín R. (2009). Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parallel epidemics of the 21 century. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(1), 209–224.
56. Bai, J. W., Chen, X. X., Liu, S., Yu, L., and Xu, J. F. (2017). Smoking cessation affects the natural history of COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 3323–3328.
57. erzikhan, N., Verhamme, K. M., Hofman, A., Stricker, B. H., Brusselle, G. G., and Lahousse, L. (2016). Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. *European Journal of Epidemiology*, 31(8), 785–792.
58. Salvi S. (2014). Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine*, 35(1), 17–27.
59. İnternet: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2019). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD-2019*. Web: <http://goldcopd.org>, Son Erişim Tarihi: 18/06/2020.
60. Roche N. (2018). Stable COPD Treatment: Where are We?. *COPD*, 15(2), 123–129. <https://doi.org/10.1080/15412555.2018.1445214>
61. Wouters, E., Wouters, B., Augustin, I., Houben-Wilke, S., Vanfleteren, L., and Franssen, F. (2018). Personalised pulmonary rehabilitation in COPD. *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 27(147), 170125.
62. Rugbjerg, M., Iepsen, U. W., Jørgensen, K. J., and Lange, P. (2015). Effectiveness of pulmonary rehabilitation in COPD with mild symptoms: a systematic review with meta-analyses. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 791-801.
63. Branson, R. D. (2018). Oxygen Therapy in COPD. *Respiratory Care*, 63(6), 734-748.
64. Escarrabill J. (2009). Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *The European respiratory Journal*, 34(2), 507–512.
65. Matte, D. L., Pizzichini, M. M., Hoepers, A. T., Diaz, A. P., Karloh, M., Dias, M., and Pizzichini, E. (2016). Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respiratory Medicine*, 117, 154–161.

66. Miravittles, M., and Ribera, A. (2017). Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respiratory Research*, 18(1), 67.
67. Gordon, C. S., Waller, J. W., Cook, R. M., Cavallera, S. L., Lim, W. T., and Osadnik, C. R. (2019). Effect of pulmonary rehabilitation on symptoms of anxiety and depression in COPD: A systematic review and meta-analysis. *Chest*, 156(1), 80-91.
68. Yohannes, A. M., and Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European respiratory review : An Official Journal of the European Respiratory Society*, 23(133), 345–349.
69. Hegerl, U., and Mergl, R. (2014). Depression and suicidality in COPD: understandable reaction or independent disorders?. *The European Respiratory Journal*, 44(3), 734–743.
70. Sampaio, M. S., Vieira, W. A., Bernardino, Í. M., Herval, Á. M., Flores-Mir, C., and Paranhos, L. R. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 151, 11–18.
71. Goodwin R. D. (2011). Is COPD associated with suicide behavior?. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1269–1271.
72. Riblet, N. B., Gottlieb, D. J., Watts, B. V., Cornelius, S. L., Fan, V. S., Shi, X., and Shiner, B. (2019). Hypoxia-related risk factors for death by suicide in a national clinical sample. *Psychiatry Research*, 273, 247–251.
73. Strid, J. M., Christiansen, C. F., Olsen, M., and Qin, P. (2014). Hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease and risk of suicide: a population-based case-control study. *British Medical Journal*, open, 4(11), e006363.
74. Cramer, P. (2015). Understanding Defense Mechanisms. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 523–552.
75. Maricutoiu, L. P., and Crasovan, D. I. (2016). Coping and defence mechanisms: What are we assessing?. *International Journal of Psychology*, 51(2), 83-92.
76. Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobet Tıp Kitabevleri
77. Maselli, D. J., Bhatt, S. P., Anzueto, A., Bowler, R. P., DeMeo, D. L., Diaz, A. A., ... and Hersh, C. P. (2019). Clinical epidemiology of COPD: insights from 10 years of the COPD Gene Study. *Chest*, 156(2), 228-238.
78. Yıldız, M., Mirici, A., Gönlügür, U., Ülker, Çakır, D., Güleç, Öyekçin, D., Akbaş, B. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyetenin Yaşam Kalitesi ve Egzersiz Performansına Etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 30(2), 81-87.
79. Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., and Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 65-70.

80. Afsar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S., ve Akkaya, E. (2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi (CMJ)*, 34(3), 260-267.
81. Gökçek, Ö., Hüzmeli, E. D., ve Katayıfçı, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 84-88.
82. Lim, J. U., Park, C. K., Kim, T. H., Jang, A. S., Park, Y. B., Rhee, C. K., Jung, K. S., Yoo, K. H., Lee, W. Y., and Yoon, H. K. (2019). The Difficulty of Improving Quality Of Life In COPD Patients With Depression And Associated Factors. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 2331–2341.
83. Dowson, C., Laing, R., Barraclough, R., Town, I., Mulder, R., Norris, K., and Drennan, C. (2001). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *The New Zealand Medical Journal*, 114(1141), 447–449.
84. Nowak, C., Sievi, N. A., Clarenbach, C. F., Schwarz, E. I., Schlatzer, C., Brack, T., and Rüdiger, J. (2014). Accuracy of the hospital anxiety and depression scale for identifying depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Pulmonary Medicine*, 2014.
85. Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., and Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17–28.
86. Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., and Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791–798.
87. Türk, G., Üstün, R. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 19-25.
88. Kocabas, A., Hancioglu, A., Turkyilmaz, S., Unalan, T., Umut, S., Cakir, B., and Buist, S. (2006). Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3(Suppl A), A543.
89. İnternet: Advancing the Role of the Psychiatric-Mental Health Nurse in the Community. Policy Paper 2008. Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. Web: https://www.arnnl.ca/sites/default/files/documents/role_of_the_psychiatric_mental_health_nurse_working_in_the_comm_apr_08.pdf. Son Erişim Tarihi: 16.06.2020.
90. Buzlu, S., and Şahin, G. (2018). Ciddi Kronik Ruh Sağlığı Bozukluklarına Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular*, 4(3), 62-67.
91. Huang, X. Y., Ma, W. F., Shih, H. H., and Li, H. F. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3030-3040.

92. Thapa, N., Maharjan, M., Shrestha, T. M., Gauchan, S., Pun, P., and Thapa, Y. B. (2017). Anxiety and depression among patients with chronic obstructive pulmonary disease and general population in rural Nepal. *BMC Psychiatry*, 17(1), 397.
93. Lou, P., Zhu, Y., Chen, P., Zhang, P., Yu, J., Zhang, N., and Zhao, J. (2012). Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study. *BMC pulmonary medicine*, 12(1), 1-53.
94. Willgoss, T. G., and Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respiratory Care*, 58(5), 858–866.
95. Solano, J. P., Gomes, B., and Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58–69.
96. Bove, D. G., Lavesen, M., and Lindegaard, B. (2020). Characteristics and health related quality of life in a population with advanced chronic obstructive pulmonary disease, a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-84.
97. Halpin, D., Hyland, M., Blake, S., Seamark, C., Pinnuck, M., Ward, D., and Seamark, D. (2015). Understanding fear and anxiety in patients at the time of an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine open*, 6(12), 2054270415614543.
98. Üskül, T. B., Selvi, A., Melikoğlu, A., Varol, N., ve Türker, H. (2006). Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi*, 7(1), 11-15.
99. Janssen, D. J., Spruit, M. A., Leue, C., Gijzen, C., Hameleers, H., Schols, J. M., Wouters, E. F., and Ciro network (2010). Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease*, 7(3), 147–157.
100. Tselebis, A., Pachi, A., Ilias, I., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., and Tzanakis, N. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: A mental health perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 297–328.
101. Boer, L. M., Daudey, L., Peters, J. B., Molema, J., Prins, J. B., and Vercoulen, J. H. (2014). Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 561–570.
102. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., ve Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.

103. Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., and Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391.
104. Ivziku, D., Clari, M., Piredda, M., De Marinis, M. G., and Matarese, M. (2019). Anxiety, depression and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients and caregivers: an actor–partner interdependence model analysis. *Quality of Life Research*, 28(2), 461-472.
105. Arnold, R., Ranchor, A. V., DeJongste, M. J., Koeter, G. H., Ten Hacken, N. H., Aalbers, R., et al. (2005). The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Behavioral Medicine*, 31(3), 107–115.
106. Hynninen, K. M., Breivte, M. H., Wiborg, A. B., Pallesen, S., and Nordhus, I. H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(6), 429–443.
107. Andenæs, R., Kalfoss, M. H., and Wahl, A. K. (2006). Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 35(1), 46-57.
108. Büyüköztürk, Ş., Şekercioğlu, G., Çokluk, Ö. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
109. Näher, A. F., Rummel-Kluge, C., and Hegerl, U. (2019). Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: findings from longitudinal register and census data. *Frontiers in psychiatry*, 10, 898.
110. Joshi, P., Song, H. B., and Lee, S. A. (2017). Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian journal of psychiatry*, 59(3), 352.
111. Miravittles, M., Pena-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., and Hidalgo-Vega, A. (2015). Caregivers' burden in patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 10, 347.





EK-1. (devam) Birey Tanıtım Formu

13. Hiç psikiyatrik ilaç kullandınız mı? Evet () Hayır ()

14. Cevabınız evet ise hangi ilacı ne sürede kullandınız ?

15. Herhangi bir kronik hastalık tanısı aldınız mı? Evet () Hayır ()

16. Var ise hangi tanı ?

Bu Bölüm KOAH tanısına sahip bireyler içindir ;

17. Evde Kiminle Yaşıyorsunuz?

18. Bakımınızla kim ilgileniyor?

19. Kaç senedir KOAH tanısına sahipsiniz?

20. KOAH' ın kaçınıcı evresine sahipsiniz ? (GOLD A-B-C-D) (Hastane yatış tekrarı- Cat skoruna göre hesaplanacak).....

21. Koah dışında herhangi bir kronik hastalık tanısı aldınız mı? Evet () Hayır ()

22. Cevabınız evet ise ne zaman hangi tanıyı aldınız?

23. Hastaneye düzenli geldiğinizi düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

24. Tedavinize uyumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

EK-2. KOAH Değerlendirme Testi “CAT”

KOAH Değerlendirme Testi “CAT”

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

EK-3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi daire içine alarak işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

EK-3. (devam) Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

9. Süpermen’mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

EK-3. (devam) Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana
 çok uygun

EK-3. (devam) Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bana çok uygun

EK-3. (devam) Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bana çok uygun

EK-4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği-İÖÖ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

Size Uygunluk Derecesi

	% 0	% 30	%70	%100
1. . Kızınca birşeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5. Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11. Ölürsen pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16. Sevdığım kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
17. Ölürsen hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()

EK-4. (devam) İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Size Uygunluk Derecesi				
	% 0	% 30	%70	%100
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
34. Kızınca birşeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK-5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐3 Çoğu zaman ☐1 Zaman zaman, bazen
☐2 Birçok zaman ☐0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐0 Aynı eskisi kadar ☐2 Yalnızca biraz eskisi kadar
☐1 Pek eskisi kadar değil ☐3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐2 Evet, ama çok da şiddetli değil
☐1 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
☐0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐0 Her zaman olduğu kadar ☐2 Kesinlikle o kadar değil
☐1 Şimdi pek o kadar değil ☐3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐3 Çoğu zaman ☐1 Zaman zaman, çok sık değil
☐2 Birçok zaman ☐0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐3 Hiçbir zaman ☐1 Bazen
☐2 Sık değil ☐0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐0 Kesinlikle ☐2 Sık değil
☐1 Genellikle ☐3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐3 Hemen hemen her zaman ☐1 Bazen
☐2 Çok sık ☐0 Hiçbir zaman

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

- ☐0 Hiçbir zaman ☐2 Oldukça sık
☐1 Bazen ☐3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐3 Kesinlikle
☐2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok fazla ☐1 Çok fazla değil
☐2 Oldukça fazla ☐0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok sık ☐1 Çok sık değil
☐2 Oldukça sık ☐0 Hiçbir zaman

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

- ☐0 Sıklıkla ☐2 Pek sık değil
☐1 Bazen ☐3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

EK-6. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.01.2020-E.8658



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.10.2019 tarih ve E.130018

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Burak ŞİRİN'in, Doç.Dr. Ülkü POLAT'ın** danışmanlığında yürüttüğü *"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Özkıyım Düşüncesi ve Savunma Mekanizmaları ile İlişkisi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **05.12.2019** tarih ve **12** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-39



EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.03.2020-E.33989



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
 Konu : Burak ŞİRİN-Araştırma İzin
 Yazısı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 24.01.2020 tarihli ve 14574941-199- 12581 sayılı yazı.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Burak ŞİRİN'in, Doç. Dr. Ülkü POLAT danışmanlığında yürüteceği "*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Özkıym Düşüncesi ve Savunma Mekanizmaları ile İlişkisi*" konulu çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun bulunmuş olup, bölümden alınan cevabi yazı örneği ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
 Başhekim

Ek: 1 sayfa



EK-8. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kararı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ATATÜRK GÖĞÜS
HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EAH - ATATÜRK
GÖĞ. HAST. ve GÖĞ. CER. E.A.H PERSONEL BİRİMİ
11/02/2020 16:26 - 53610172 - 799 - E.357
00112323814

Sayı : 53610172-799
Konu : Burak ŞİRİN (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim ve Tescil Birimine

İlgi : a) 29.01.2020 tarih ve 266 sayılı yazınız.
b) 31.01.2020 tarih ve 285 sayılı yazımız.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burak ŞİRİN'in, Doç.Dr.Ülkü POLAT'ın danışmanlığında, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Özkıyım Düşüncesi ve Savunma Mekanizmaları ile İlişkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasının hastanemizde yapılması görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Uz. Dr. Tuğrul KIZILKANAT
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK-9. İntihar Olasılığı Ölçeği İzin Yazısı



Burak Sirin <buraksirin33@gmail.com>

Ölçek İzin İstemi

3 ileti

Burak Sirin <buraksirin33@gmail.com>
 Alıcı: batigun@ankara.edu.tr

18 Eylül 2019 23:20

Sayın Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün,
 hocam merhaba ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Burak ŞİRİN. Doç. Dr. Nermin Gürhan ve Doç. Dr. Ülkü Polat danışmanlığında göğüs hastaları üzerinde yapacağımız yüksek lisans tez çalışması için Sayın Şahin ile birlikte geliştirdiğiniz İntihar Olasılığı Ölçeği'ni etik çerçeveler içerisinde kullanmak için izninizi istiyoruz.
 İyi çalışmalar diliyorum.

aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>
 Alıcı: Burak Sirin <buraksirin33@gmail.com>

19 Eylül 2019 09:40

Sayın Şirin,
 söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. iyi çalışmalar...
 Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
 [Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

intiharolasılığı ölçeği.doc
 87K

İntihar Olasılığı Ölçeği-Makale.pdf
 2243K

EK-10. Savunma Biçimleri Testi İzin Yazısı

Olcek talebi

2 ileti

nilgun yilmaz <nilgunyilmaz@yahoo.com>

19 Eylül 2019 15:21

Alıcı: "buraksirin33@gmail.com" <buraksirin33@gmail.com>, "elika.ermurat@gmail.com" <elika.ermurat@gmail.com>, "mnlyozdn@gmail.com" <mnlyozdn@gmail.com>, "elcinakdeniz@yahoo.com" <elcinakdeniz@yahoo.com>

Sayın meslektaşlarım,

DSQ-40 ölçeğini araştırmanızda, etik kurallara uygun olmak kaydıyla ve referans göstererek, kullanmanızda bir sakınca yoktur. Diğer araştırmacılarla paylaştığım bilgileri ekte yolluyorum.

Bunun dışında; bazen araştırmacılar araştırmalarının istatistiksel analizleri vb. gibi konularda öneri ve yardım talepleri ile ilgili tekrar e-mailler alıyorum. Bu mailleri; çok sayıda olmaları ve farklı konulardaki bu araştırmaların hepsine vakit ayırıp danışmanlık yapmamın mümkün olmaması nedeniyle yanıtlamıyorum.

Sizlere çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.



DSQ-40.doc

41K

Burak Sirin <buraksirin33@gmail.com>

19 Eylül 2019 15:29

Alıcı: nilgun yilmaz <nilgunyilmaz@yahoo.com>

Çok teşekkür ediyor sizlere de çalışmalarınızda başarılar ve kolaylıklar diliyorum.

19 Eyl 2019 Per 15:21 tarihinde nilgun yilmaz <nilgunyilmaz@yahoo.com> şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]



EK-11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU
KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 18.10.2019 tarih / E.130018 sayılı ile izin alınan* ve Doç. Dr. Ülkü POLAT tarafından yürütülen "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Özkıym Düşüncesi ve Savunma Mekanizmaları ile ilişkisi" başlıklı tez araştırmasına davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Çalışmamızın amacı KOAH hastalarında en çok görülen duygu durum bozukluğu olan depresyonla birlikte özkıym(intihar) ilişkisini araştırmak, bu ilişkiler doğrultusunda hastaların kullandığı savunma mekanizmalarını saptayabilmektir. Bu konuda literatürün yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda sağlık profesyonellerine katkı sağlayacaktır. Çalışmanın yapılması ile Koah tanılı hastaların yaşadığı sorunların saptanması, sorunlar karşısında özkıym düşüncesinin varlığı, kullandıkları savunma mekanizmaları ile nedenlerinin belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmiştir.
Araştırmanın Yöntemi	Bu araştırma KOAH hastalarının intihar düşüncesi, depresyon ve kullandığı savunma mekanizmalarını değerlendirmek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanelerinde yapılmaktadır. Araştırma KOAH tanısı almış bireyler ve KOAH tanısı almamış 18 yaş üstü sağlıklı bireylere uygulanacaktır. Araştırmada veriler Birey Tanıtım Formu, Koah Değerlendirme Ölçeği (CAT) , İntihar Olasılığı Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD) aracılığıyla toplanacaktır. +Birey Tanıtım Formu : kişinin bireysel (genel) bilgilerini içermektedir. +Koah Değerlendirme Ölçeği (CAT): KOAH hastasının genel durumunu değerlendirmektedir. +İntihar Olasılığı Ölçeği: Bireyin intihar olasılığını değerlendirmektedir. +Savunma Biçimleri Testi (SBT-40): Bireylerin bilinç altında oluşan ve bilinç düzeyinde kullandığı savunma mekanizmalarını (20 tane) ölçmekte ve değerlendirmektedir. +Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD): Bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmektedir. Bireyler rastgele seçilecektir. Hastalara uygulanacak ölçekler ve veri toplama formu bizzat araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Gerekli etik ve kurum izinleri alınmıştır. Bireyden sözlü ve yazılı izin alınacaktır. Araştırmada kişilerin kimlik bilgileri gizli kalacak, kilitli bir dolapta saklanacak kimseyle paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler daha sonrasında bir istatistik programında değerlendirilecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	20.12.2019-30.04.2020
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Hasta Grubu: 50 kişi Sağlıklı Grubu: 50 kişi
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	+T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi + Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkate alınacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamaları ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntısıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Ülkü POLAT	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi - 0312 216 26 55/56	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, adı : ŞİRİN, Burak
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 1995- TATVAN
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : (0531) 239 31 01
 e-mail : burak.sirin@gop.edu.tr



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017
Lise	Mersin 75.Yıl Anadolu Öğretmen Lisesi	2013

İş Deneyimi Yıl	Yer	Görev
2020-devam ediyor	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi / Sağlık Bilim Fakültesi	Araştırma Gör.
2018-2020	Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi E.A.H	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler:

1. Gürhan, N., Aydoğan, S., Polat, Ü., Gür, E., Şirin, B., and Günen, H. (2019, 28 Eylül-2 Ekim). ‘Validity and Reliability of Turkish Version of Reaction Type Scale Against Copd, *European Respiratory Journal*; Doi: 10.1183/13993003.congress-2019.PA1272. 29. ERS Uluslararası Kongresi, Madrid, 54. PA1272;
2. Gürhan N., Polat Ü., Şirin B., ve Köktürk N. (2018, 11-15 Nisan 2018). *Ocak Başı Çalışan Kebabçılarda Solunumun Fonksiyonel Değerlendirilmesi*. Türk Toraks Derneği Bildiri Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı. Türk Toraks Derneği 21. Yıllık Uluslararası Katılımlı Kongresi, Antalya, 218-219

Kuruluşlara Üyelikler:

1. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve İletişim Topluluğu Topluluk Lideri. (2017-2019)
2. Gazi Üniversitesi Havacılık Topluluğu (2014-)
3. Şizofreni Dernekleri Federasyonu (2017-)
4. Mobbing Eğitim Yardım Araştırma Derneği (2018-)





GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..