

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



‘KOAH hastalarında anksiyete ve depresyonun araştırılması’

Dr. Serhat ÖZGÜN

GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KOCAELİ 2020

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



'KOAH hastalarında anksiyete ve depresyonun araştırılması'

Dr. Serhat ÖZGÜN

GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Hamdi ILGAZLI

Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Haşim BOYACI

Etik Kurulu Onayı: KÜ GOKAEK 2018/11.28 – 27 Haziran 2018

Proje No: 2018/220

KOCAELİ 2020

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, her daim desteğini ve bilgilerini esirgemeyen, hep daha ilerisini bize hedef gösteren başta tez danışmanım saygıdeğer Prof. Dr. Ahmet Hamdi Ilgazlı'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi, birikim ve deneyimlerinden faydalandığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, üzerimde büyük emekleri olan, güler yüzlerini eksik etmeyen değerli hocalarım başta anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Haşım Boyacı olmak üzere Prof. Dr. İlknur Başyigit'e ve Doç. Dr. Serap Argun Barış'a

Eğitimim sırasında beraber çok şey paylaştığımız, beraberlik ve dostluk içinde birlikte çalıştığımız, çok güzel yıllar geçirdiğimiz sevgili asistan arkadaşlarıma Beraber çalışmaktan her zaman keyif aldığım hemşire ve personel arkadaşlarıma Hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini daima hissettiğim, çocukluğumdan itibaren sağlık alanının zor şartları ile ilgili tecrübelerini aldığım hemşire olan canım annem, babam ve güzel kardeşime,

Meslektaşlarım içinde kendisini en güzeli, en zarifi ve en çalışkanı olarak gördüğüm, iyi ki hayatımda olan, tüm güzelliklerde ve zorlukta birlikte olduğum canım eşim Dr. Özge Özgün'e,

Evimizin neşesi ve mutluluk kaynağı olan biricik kızım Selin Özgün'e,
Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Temmuz - 2020

Dr.Serhat ÖZGÜN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1. GENEL BİLGİLER	2
1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	2
1.1.1. Tanımı.....	2
1.1.2. Epidemiyoloji.....	3
1.1.3. Risk Faktörleri.....	5
1.1.4. Fizyopatolojisi.....	6
1.1.5. Semptomların Değerlendirilmesi ve Derecelendirilmesi.....	7
1.1.5.1. mMRC Anketi.....	7
1.1.5.2. KOAH Değerlendirme Testi (CAT).....	8
1.1.5.3. Solunum Fonksiyon Testleri.....	9
1.1.5.4. Hastalığın Birleşik Derecelendirilmesi.....	11
1.2. Anksiyete ve Depresyon.....	12
1.2.1. Anksiyete.....	12
1.2.2. Depresyon.....	13
1.3. KOAH'ta Anksiyete ve Depresyon.....	14
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
2.1. Örneklem.....	16
2.2. Veri Toplama Araçları.....	17
2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	17
2.2.2. BECK Anksiyete Ölçeği.....	17
2.2.3. BECK Depresyon Ölçeği.....	18
2.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	18
2.3. Verilerin Analizi.....	19
3. BULGULAR.....	20
4. TARTIŞMA.....	27
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	30
6. ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI.....	31
KAYNAKLAR.....	32
EKLER.....	38

TABLOLAR DİZİNİ

TABLO-1	: KOAH'ta Risk Faktörleri.....	11
TABLO-2	: Modifiye Medical Research Council (mMRC) Dispne Anketi.....	14
TABLO-3	: KOAH Değerlendirme Testi (CAT, COPD Assessment Test).....	15
TABLO-4	: Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC<%70 olan hastalarda, FEV1 için beklenen değer oranına göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi.....	16
TABLO-5	: Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri (n=61).....	26
TABLO-6	: Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları.....	30
TABLO-7	: Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları ile ilişkisi.....	31
TABLO-8	: Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları ile korelasyon ilişkisi (Spearman Korelasyon).....	32

GRAFİKLER DİZİNİ

GRAFİK-1	: Hastaların GOLD Evrelerine Göre Dağılımı.....	28
GRAFİK-2	: Hastaların mMRC Dispne Anketine Göre Dağılımı.....	29

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL-1	: Akım-Volüm Halkası ve Zaman-Volüm Eğrisi.....	16
ŞEKİL-2	: GOLD 2017 rehberine göre KOAH şiddetinin birleşik değerlendirme tablosu.....	18

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	Beden Kitle İndeksi
BOLD	Burden of Obstructive Lung Disease Anketi
CAT	COPD Assessment Test/ (KOAİ Değerlendirme Testi)
CO ₂	Karbondioksit
DALY	Disability-Adjusted Life Year/ (Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV ₁	Forced Expiratory Volume in one second/ (Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volümü)
FVC	Forced Vital Capacity/ (Zorlu Vital Kapasite)
GOLD	Global Initiative for Obstructive Lung Disease/ (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HAD-A	Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete alt ölçeği
HAD-D	Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon alt ölçeği
KOAİ	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mMRC	Modified British Medical Research Council
NIMV	Non-invasive Mekanik Ventilasyon
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
USOT	Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
YLD	Years Lost Due To Disability/ (Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yıllar)

ÖZET

Bu çalışmada KOAH hastalarındaki anksiyete ve depresyon prevalansını belirlemek, anksiyete ve depresyonun nefes darlığı ile hafif KOAH'tan çok ağır KOAH'a kadar ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışma, Temmuz 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları servisinde yatan KOAH tanısı almış, toplam 61 hasta ile yürütüldü. Katılımcılar çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildi. Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) verilerek değerlendirme yapıldı.

Çalışmamızda kullandığımız BECK-A ölçeği ortalama puanı $6,13\pm 6,60$ ve BECK-D ölçeği ortalama puanı $7,95\pm 6,97$ olarak saptandı. HAD-A ölçeği ortalama puanı $2,89\pm 3,89$ ve HAD-D ölçeği ortalama puanı $3,74\pm 3,86$ olarak saptandı. Çalışmamızda hastaların nefes darlığı derecesinin, sigara içme yoğunluğunun ve sigara içme durumunun anksiyete ve depresyon üzerine olumsuz etkisi olduğu bulundu. Sigara maruziyetinin erkenden saptanıp, sigara maruziyetinin sonlandırılmasına yönelik yaklaşımların önemli olduğu görüldü. Dispne derecesi arttıkça yaşam kalitesinin gittikçe azaldığı ve hastalarda anksiyete ve depresyon görülmeye başladığı görüldü. Bu durumun erkenden fark edilip hastalara gerekli desteği sağlamanın önemli olduğu düşünüldü. Diğer taraftan anksiyete ve depresyon geliştiğinde, hastaların kötü olan sağlık koşullarının daha da kötüleşmesine sebep olabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak KOAH'lı hastaların fiziksel semptomlarına yönelik tedavilere ek olarak psikolojik destek programları da uygulanması gerektiği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, KOAH

ABSTRACT

In this study, we aimed to determine the prevalence of anxiety and depression in COPD patients and to determine the relationship of anxiety and depression with shortness of breath from mild COPD to very severe COPD.

The study was conducted with 61 patients who were admitted to the Chest Disease Outpatient Clinic of Kocaeli University Training and Research Hospital and hospitalized in the Chest Diseases Service from July 2018 to July 2019 and were diagnosed with COPD. All participants gave written informed consent. All participants were evaluated by giving Sociodemographic Information Form, the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety Depression Scale (HAD).

In our study, the mean score of the BAI was 6.13 ± 6.60 and the mean score of the BDI was 7.95 ± 6.97 . The mean score of the HAD-A scale was 2.89 ± 3.89 and the mean score of the HAD-D scale was 3.74 ± 3.86 . In our study, it was found that the degree of dyspnea, smoking intensity and smoking status of the patients had a negative effect on anxiety and depression. Approaches for early detection of cigarette exposure and termination of cigarette exposure were found to be important. It was observed that as the degree of dyspnea increased, the quality of life gradually decreased and anxiety and depression started to appear in the patients. It was thought that it was important to recognize this situation early and provide the necessary support to patients. On the other hand, it was thought that when anxiety and depression developed, it could cause the patient's poor health conditions to worsen. As a result, it was thought that psychological support programs should be applied in addition to the treatments for the physical symptoms of patients with COPD.

Keywords: Anxiety, COPD, Depression

GİRİŞ-AMAC

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tüm dünyadaki ölümlerin en sık dördüncü sebebi olup, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu sebeple önlenemeyen ve tedavi edilemeyen önemli bir halk sağlığı sorunudur(1,2)

Kronik hastalığı olan hastalar genellikle anksiyete, depresyon ve diğer olumsuz duygulara sahip olup çoğunluğu iyi bir psikolojik uyum gösterir ancak hastaların yaklaşık %30'unda düzeltme evresi uzar ve bazen başarısız olur(3,4).

KOAH'ta anksiyete ve depresyon prevalansı diğer kronik hastalıklara göre daha yüksektir ve çok sık görülen komorbiditelerdir. KOAH'ta anksiyete prevalansı %6-74, depresyon prevalansı ise %8-80 arasında değişmektedir. KOAH'ta anksiyete ve depresyon varlığı; yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesinde azalma, hastaneye yatma, alevlenme sıklığı ve mortalitede artış ile ilişkili bulunmuştur(5-9). KOAH, bireylerin hayatını bilişsel, sosyal, fiziksel, duygusal, ve ekonomik olarak etkilemekte ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır(10,11). KOAH hastalarında fiziksel kısıtlılık hastanın özgüvenini, yaşam amaçlarını, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olmaktadır(12,13). KOAH olan kişilerde, sosyal desteğin kalitesi önemlidir çünkü stresli olayların etkisini hafifletir(14). Çalışmamızda KOAH hastalarındaki anksiyete ve depresyon prevalansını belirlemek, anksiyete ve depresyonun nefes darlığı ile hafif KOAH'tan çok ağır KOAH'a kadar ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.GENEL BİLGİLER

1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

1.1.1.Tanım

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); genellikle zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve/veya alveollerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili, hava akımı kısıtlaması ve solunumsal semptomların eşlik ettiği, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır(1). Küçük hava yolu hastalığı ve parankimal hasar birleşerek etkileri kişiden kişiye değişecek şekilde KOAH'ın karakteristik bulgusu olan kronik hava yolu kısıtlılığına yol açar. Bu değişiklikler her zaman birlikte gerçekleşmeyeceği gibi, zaman içinde farklı oranlarda da gelişebilirler(1).

Bu hastalıktaki en sık semptomlar nefes darlığı, kronik öksürük, kronik balgam çıkarmadır. Spirometri, hastalık tanısı için zorunludur. Kronik semptomları ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan orta-ileri yaştaki yetişkinlerde spirometrik incelemede yerleşik hava akımı obstrüksiyonu saptanması (FEV₁: Forced Expiratory Volume in one second/ Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volümü, FVC: Forced Vital Capacity/ Zorlu vital kapasite) (post bronkodilatör FEV₁/ FVC < %70) tanıyı doğrular(1).

KOAH hastalarının çoğunda sigara içimi ve yaşlanma ile ilişkili başka hastalıkların gelişmesi yanında, KOAH'm kendisi de akciğer dışı etkilerle ek hastalık gelişmesine yol açmaktadır(15,16).

Bu sistemik nedenlerden dolayı, KOAH tedavisine ek olarak olası sistemik etkilerin araştırılması ve uygun tedavi planı oluşturulması gerekmektedir.

1.1.2. Epidemiyoloji

KOAH tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH yaygınlığı, morbidite ve mortalitesi ülkeler arasında ve aynı ülkedeki değişik kesimler arasında farklılık göstermekle birlikte genellikle doğrudan tütün kullanımı yaygınlığı ile ilişkilidir. KOAH yaygınlığı genellikle doğrudan tütün kullanım yaygınlığı ile ilişkili olmakla birlikte birçok ülkede temel risk faktörleri mesleki maruziyet, dış ve iç ortam hava kirliliğidir. KOAH risk faktörlerine maruz kalma durumunun sürmesiyle ve dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla hastalığın yaygınlığı, ekonomik ve sosyal yükünün artacağı öngörülmektedir(1).

KOAH'ın yaygınlık artışına en çok neden olan sebepler arasında, toplumdaki sigara içme alışkanlığındaki ve yaşlı nüfus oranındaki artış olduğu düşünülmektedir. Geçmiş yıllarda KOAH'ın erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni, erkeklerin daha çok sigara içmeleri ve KOAH için riskli olan mesleklerde daha çok çalışmasıydı. Günümüzde kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının giderek yaygınlaşması, gelecekte kadınlar arasında KOAH'ın artacağını düşündürmektedir(17). Ayrıca yapılan son çalışmalarda, sigara içiminin zararlı etkilerine karşı kadınların erkeklerden daha duyarlı olduğu bildirilmiştir(18).

Tüm dünyada her yıl yaklaşık 3 milyon kişi KOAH'tan ölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara içimi giderek artmakta ve gelişmiş ülkelerde nüfus giderek yaşlanmaktadır. Bu nedenle KOAH yaygınlığının önümüzdeki 30 yılda artacağı düşünülmektedir. 2030 yılına kadar KOAH ve ilişkili nedenlerden ölümlerin yılda 4.5 milyonu aşacağı öngörülmektedir(1).

KOAH, tüm dünyada ölümlerin %5.5'inden sorumlu olup günümüzde tüm dünyada 3. ölüm nedeni haline gelmiştir(19). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından morbidite ve hastalık yükünü değerlendirmede kullanılan sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların (YLD, years lost due to disability) sebepleri sıralamasında KOAH, 2010 yılında 9. sırada yer almaktayken, 2030 yılında 7. sıraya yükseleceği öngörülmektedir. Erken ölüm ve maluliyet nedeniyle kaybedilen yılların toplamı

olarak tanımlanan DALY (disability-adjusted life year) nedenleri arasında KOAH, 2004 yılında 13. sırada iken, 2030 yılında 5. sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir(20,21).

Kocaeli ilinde 2013 yılında solunum fonksiyon testi ve BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) anketi ile yapılan KOAH yaygınlığının araştırıldığı çalışmada, 40 yaş üstü 946 hasta incelenmiş olup KOAH yaygınlığını % 13,3 oranında tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde % 16,5, kadınlarda % 8,7 olarak saptanmıştır(22). Tüm dünyada 40 yaş ve üzerindeki kişilerde KOAH görülme oranı, her on yılda bir iki kat artarak, yaklaşık yaygınlığının % 10 civarında olacağı tahmin edilmektedir(23,24).

1.1.3. Risk Faktörleri

KOAH'ta risk faktörlerinin belirlenmesi, hastalığın farklı toplumlardaki yaygınlığının geleceğe dönük şekilde azaltılmasında ve hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasında önemlidir. Ayrıca risk faktörlerinin bilinmesi hastalık yükünün azaltılmasına yönelik sağlık politikalarının belirlenmesinde önemlidir(25).

Tüm dünyada sigara içimi KOAH için önde gelen risk faktörüdür. Ayrıca pasif sigara içimi de solunumsal semptomlara ve KOAH gelişimine katkıda bulunur. Organik ve inorganik tozlar, kimyasal ajanlar ve buharları içeren mesleki maruziyetler, açık ateşte veya iyi çalışmayan sobalarda yakılan odun, tezek, bitki kökleri ve kömür gibi iç ortam hava kirliliği de KOAH için dikkat edilmesi gereken etmenlerdir. Ayrıca dış ortam hava kirliliğinin KOAH gelişiminde bir risk faktörü olarak rolü çok açık değildir, ancak mevcut kanıtlar hava kirliliğinin akciğer büyüme ve gelişmesinde önemli etkisi olduğunu göstermektedir(1).

KOAH gelişimi ile ilişkili risk faktörleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. KOAH'ta Risk Faktörleri

Çevresel Faktörler	Konakçı ile ilgili faktörler
Sigara içimi	Yaş
Mesleki karşılaşmalar	Cinsiyet
Hava kirliliği	Aile öyküsü
Sosyoekonomik faktörler	Genetik faktörler
Enfeksiyonlar	Atopi, havayolu aşırı duyarlılığı
	Etnik faktörler
	Akciğer gelişimini etkileyen faktörler

1.1.4. Fizyopatolojisi

KOAH, havadaki zararlı partikül veya gazlara karşı akciğerlerin anormal inflamatuvar cevabı ve sistemik inflamasyon etkilerinin de görüldüğü bir hastalıktır(1). KOAH'ta ortaya çıkan kronik inflamasyon sonucu havayolları, akciğer parankimi ve pulmoner vasküler yapılarda nötrofil, makrofaj, B hücreleri, lenfositler gibi çeşitli inflamatuvar hücrelerin toplanması ve kümelenmesi olur(26,27). Oluşan patolojik değişiklikler de kronik enflamasyona ve tamir mekanizmalarının uygunsuz çalışması sonucu gelişen yapısal değişikliklere bağlıdır(28).

KOAH'ta meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler; aşırı mukus sekresyonu, siliyer disfonksiyon, hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişim anormallikleri, , pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale ve sistemik bulgulardır(29,30).

KOAH'ta ekspiratuvar hava akımı obstrüksiyonu gelişmektedir. Bundan iki temel patofizyolojik süreç sorumlu tutulmaktadır. Proteolitik akciğer parankim hasarı ve küçük hava yolu hastalığıdır.

Proteolitik akciğer parankim hasarı; amfizem gelişimi ve akciğer esnekliğinde kayba yol açmaktadır. Akciğerlerin elastik geri çekilme (recoil) özelliğindeki kayıp, alveollerin hava yollarına uyguladıkları ışımsal çekişte azalmaya ve hava yollarının daralmasına neden olmaktadır. Bu durum, hava yollarının ekspirasyonda erkenden kapanmasına ve akciğerde hava hapsine (statik hiperinflasyon) neden olur(31).

Küçük hava yolu hastalığı; küçük hava yollarındaki inflamasyon ve peribronşiyal fibrozis nedeniyle olmaktadır. Küçük hava yolu hastalığı ve gelişen amfizem, hem hava yolu direncinde artışa, hem de maksimum ekspiratuvar hava akım hızında azalmaya yol açar(31).

Akciğerlerde görülen inflamasyon ve fibrozis sonucu periferik hava yolu obstrüksiyonu gelişir. Bu durum ekspirasyon sırasında ilerleyici hava hapsine yol açar ve bu da aşırı havalanmayla sonuçlanır. Aşırı havalanma nedeniyle inspiratuvar kapasiteyi azalır. Özellikle egzersiz sırasında fonksiyonel rezidüel kapasite artar, bu da egzersiz kapasitesinin kısıtlanmasına neden olur (dinamik hiperinflasyon) (26,32,33).

KOAH'lı hastalarda görülen fizyopatolojik değişiklikler nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların ortaya çıkmasına neden olur(29,30).

1.1.5. Semptomların Değerlendirilmesi ve Derecelendirilmesi

Nefes darlığı (dispne), KOAH'ın kardinal semptomu olup kısıtlılığın en önemli nedenidir. Genellikle anksiyete de hastalığa eşlik eder. Hastalar tarafından dispne nefes almada güçlük, göğüste ağırlık, hava açlığı veya nefes nefese kalmak olarak ifade edilir(1). Dispne sadece bir patofizyolojik mekanizma ile değil, bir çok sistemik bozukluk sonrası da gelişebilmektedir(34). Bu nedenden dolayı subjektif bir yakınma olan dispnenin hem altta yatan temel nedenin saptanması hem de varlığı ve derecesinin ölçümü son derece önemlidir(35). Dispne derecesinin ölçümü için bazı ölçekler geliştirilmiştir. GOLD'un kullanılmasını önerdiği ölçekler Modifiye Britanya Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi (mMRC, Modified British Medical Reseach Council) (Tablo 2) ya da KOAH Değerlendirme Testi'dir (CAT, COPD Assessment Test) (36) (Tablo 3).

1.1.5.1. mMRC Anketi

mMRC anketi, Fletcher ve arkadaşları tarafından 1940'lı yıllarda kömür işçilerinin solunumsal sorunları ile ilgili çalışırken geliştirilmiştir(37). Sağlık durumunu değerlendiren diğer ölçeklerle uyumludur ve gelecekteki mortalite riskini değerlendirebilmektedir(38,39). Hastalar, nefes darlığının günlük aktivitelere etkilerini derecelendirilen 5 soruluk anketten kendi dispne derecesine göre bir puan seçmekte ve hastalık düzeylerine göre bu şekilde kategorize edilmektedir(40) (Tablo 2).

Tablo 2. Modifiye Medical Research Council (mMRC) Dispne Anketi

Derece 0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor
Derece 1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor
Derece 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşlarıma göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum
Derece 3	Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum
Derece 4	Nefes darlığım yüzümden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor

1.1.5.2. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Jones PW ve arkadaşları tarafından, KOAH hastalarında sağlık durumunu ortaya koyabilmek, kısa ve basit bir teste duyulan ihtiyacı karşılamak amaçlı geliştirilmiştir(41). 8 maddeden oluşan bu test, KOAH'lı hastaların sağlık durumunu bir bütün şeklinde tanımlayarak hasta-hekim diyalogunu kolaylaştırmakta ve KOAH'ın etkilerine ilişkin ortak anlayış sağlanmasına yardımcı olmaktadır(42) (Tablo 3). Skor 0 ile 40 arasında değişmektedir(43). Bireysel düzeyde iki birim ve üzerindeki değişiklik klinik olarak anlamlı olarak değerlendirilmektedir(44).

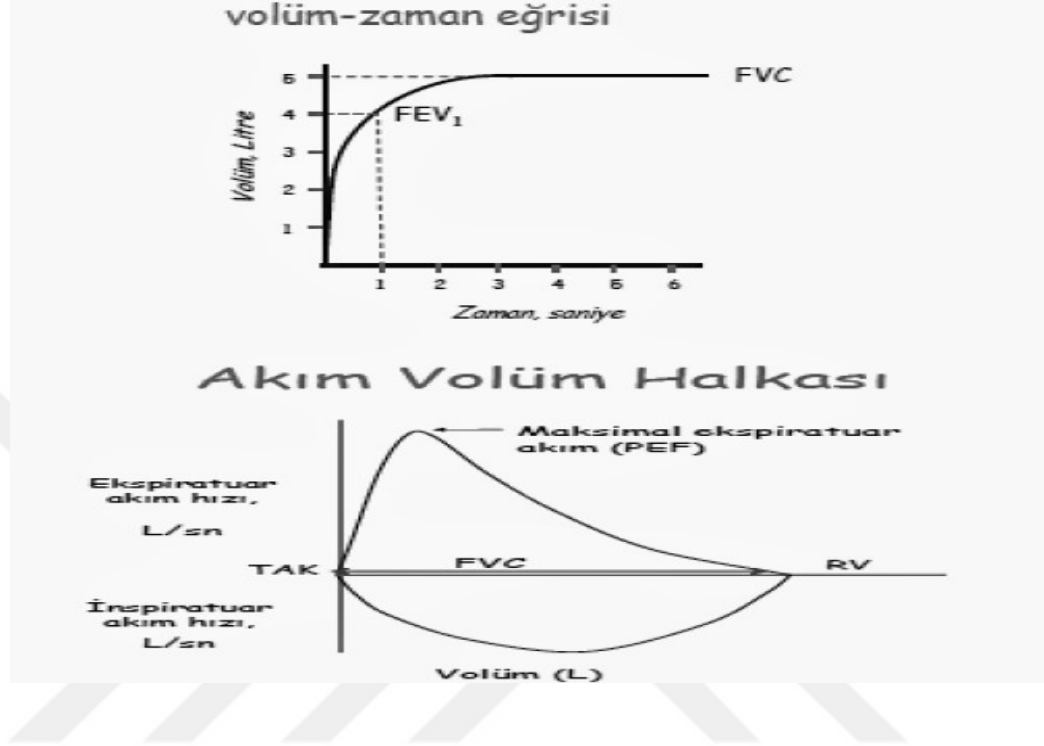
Tablo 3. KOAH Değerlendirme Testi (CAT, COPD Assessment Test)

								Skor
Hiç öksürmüyorum	0	1	2	3	4	5	Sürekli öksürüyorum	
Akciğerlerim her zaman balgam olmaz	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerim her zaman balgam ile dolu	
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0	1	2	3	4	5	Göğsümde çok daralma hissi mevcut	
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 evden çıkarken hiç çekinmiyorum	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evden çıkmaya çekiniyorum	
Kendimi çok enerjik hissediyorum	0	1	2	3	4	5	Kendimi hiç enerjik hissetmiyorum	
							Toplam skor	

1.1.5.3. Solunum Fonksiyon Testleri

Solunum fonksiyon testleri, KOAH'ın tanı ve değerlendirilmesinde altın standarttır. Hava akımı kısıtlanmasını ölçmek için kolay, standart, tekrarlanabilen ve objektif bir yöntemdir(45). Spirometre, solunum fonksiyon testi için temel cihazdır. Spirometre ile zorlu vital kapasite (FVC), bu manevranın 1. saniyesinde ekshale edilen hacmi (FEV1) ve FEV1/FVC oranı hesaplanmalıdır (Şekil 1).

Şekil 1. Akım-Volüm Halkası ve Zaman-Volüm Eğrisi



Spirometrik olarak yapılan ölçümler yaş, cins, boy ve ırka göre saptanan referans değerlerle karşılaştırılarak değerlendirilir(1,46,47). Spirometrik ölçümün KOAH için tanı kriteri post-bronkodilatör FEV1/FVC <%70 olmasıdır(1). GOLD 2017'ye göre hava akımı kısıtlanmasına göre KOAH ağırlığının sınıflaması aşağıdaki şekildedir (Tablo 4).

Tablo 4. Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC<%70 olan hastalarda, FEV1 için beklenen değerin oranına göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi

Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC<%70	FEV1 (beklenen değerin oranına göre)	
	GOLD 1	≥80
GOLD 2	50-79	
GOLD 3	30-49	
GOLD 4	<30	

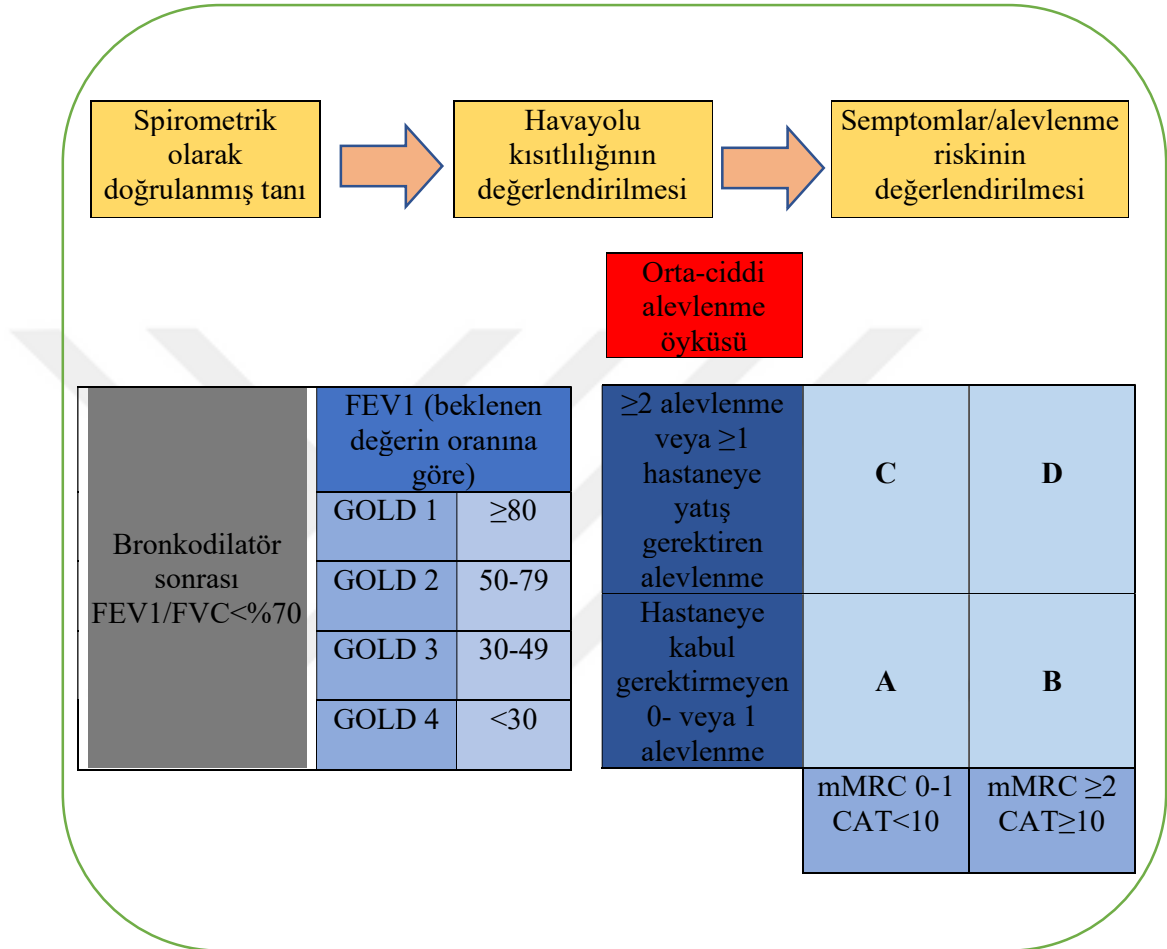
1.1.5.4. Hastalığın Birleşik Derecelendirilmesi

GOLD 2017 raporu ile birlikte GOLD 2011'de oluşturulan birleşik değerlendirme sistemi güncellenmiştir. FEV1 dışarıda bırakılmıştır. Böylece 2011 GOLD raporunda olan FEV1 ve/veya alevlenme sayısına dayalı karmaşık değerlendirme yerine GOLD 2017 ile birlikte sadece alevlenme sayısına ve semptom düzeyine bağlı değerlendirmeye geçilmiştir ve daha basitleştirilmiştir(1) (Şekil 2).

Birleşik değerlendirmenin en önemli bileşeni alevlenmeler olup GOLD 2017 raporunda ayrıntılı şekilde tanımlanmıştır. Alevlenmeler hafif, orta ve ağır (acil servis başvurusu veya hastane yatışı gerektiren) alevlenmeler olarak sınıflandırılmıştır. Sık alevlenme olarak tanımlanan iki durum mevcuttur. Birincisi yılda iki ve üzerinde orta alevlenme geçirmektir. İkincisi ise bir ve üzerinde hastane yatışı gerektiren alevlenme geçirmektir. Sık alevlenmenin belirleyicisi olan en önemli durum, daha önce geçirilmiş alevlenmelerdir. Havayolu darlığının ağırlaşması durumu; alevlenme sıklığı, hastane yatışı ihtiyacı ve ölüm riski artışına neden olur. Bahsedilen tüm bu nedenlerden anlaşılan, alevlenme sayısının ve şiddetinin, birleşik değerlendirmenin önemli bir parçası olduğudur ve tedavinin planlanması açısından önemli olduğudur(1).

Birleşik değerlendirme kapsamında CAT ve mMRC testlerinin kullanılarak semptomların değerlendirilmesi önerilmektedir. Hastanın CAT skoru <10 ise az semptom olan veya mMRC düzeyi 0-1 ise az nefes darlığı olan gruplarda yer alır. CAT skoru 10 ve/veya üzerindeyse fazla semptom olan veya mMRC düzeyi ≥ 2 ise fazla nefes darlığı olan gruplarda yer alır(1).

Şekil 2. GOLD 2017 rehberine göre KOAH şiddetinin birleşik değerlendirme tablosu



1.2. Anksiyete ve Depresyon

1.2.1. Anksiyete

Anksiyete, otonom sinir sisteminin aşırı duyarlılığına bağlı, beden belirtilerine eşlik eden korku hissi ile şekillenen, işlev bozukluğuna neden olan bir durumdur. Ancak bu korku belli bir nedene bağlanamaktadır. Ruhsal, tıbbi ve nörolojik bozukluklar sıklıkla eşlik eder. Ruhsal hastalıklar bakımından en sık depresyonla birlikte görülür. Anksiyete bozuklukları ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobiler, seçici mutizm,

sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi ve yaygın anksiyete bozuklukları olarak gruplandırılır(48). Tıbbi hastalığı olanlarda anksiyete oranı %10-30, kronik tıbbi hastalığı olanlarda, yaşam boyu anksiyete sıklığının normal populyasyondan daha yüksek olduğu (%12'ye karşılık %18) bildirilmiştir(48). Anksiyete bozukluğu, aktif kronik hastalık ile en çok ilişkili olan ruhsal hastalıktır. Anksiyete bozukluklarının kadınlardaki yaşam boyu yaygınlığı %30, erkeklerdeki ise %19'dur. Sosyoekonomik düzey arttıkça bu oranlar azalmaktadır(49).

Anksiyetenin bedensel belirtileri; ateş basması, çarpıntı, nefes darlığı, terleme, tansiyon yükselmesi, titreme, pupillerde genişleme, midede kasılma, sık idrara çıkma gibi sempatik aktivite artışına bağlı olan durumlardır(49).

1.2.2. Depresyon

Derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Depresyon, unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca psikiyatrik ve tıbbi durumun sonucu olarak da görülebilmektedir(50). Kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta yaşamsal işlevlerini bozan belirtilerden oluşan bir durum olmaktadır. Depresyon insanlarda oldukça sık görülmektedir ve depresyonun 20-50 yaşları arası kişilerde yaşam boyu yaygınlık oranı %15-20'dir. Bu oran içindekilerin en az %12'sinin ağır depresyonlu olduğu saptanmaktadır(51,52).

Depresyonun bedensel belirtileri zevk alamama, iştah artışı ve kilo alma veya iştahsız olma ve kilo verme, uyku bozuklukları, yorgunluk, cinsel isteksizlik, düşük özgüven veya suçluluk duygusu, belirli bir konu üzerinde düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, intihar düşünceleri olarak belirtilebilir(52).

1.3. KOAH'ta Anksiyete ve Depresyon

KOAH, birçok komorbiditelerle seyreden bir hastalık olup en sık görülen ve en az tedavi edilen komorbiditeleri anksiyete ve depresyondur. Anksiyete ve depresyon da sıklıkla beraber bulunurlar(53).

Kronik hastalıklar içinde akciğer hastalıklarında görülen nefes darlığının, çoğu hastalığa göre daha fazla yetersizlik hissi yarattığı ve yaşam kalitesini önemli derecede bozduğu bilinmektedir(54). Bundan dolayı akciğer hastalıkları, diğer nörolojik veya organ rahatsızlıklarına göre psikiyatrik bozukluklarla daha kuvvetli ilişki göstermektedirler. Kronik akciğer hastalıklarında duygusal zorlanmalar, uyum güçlükleri, kaygı bozukluğu, paranoid tepkiler, cinsel bozukluklar, panik, anksiyete ve depresyon sıklıkla rastlanan psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar depresyondan bağımsız olarak, beyin işlevlerini bozarak ciddi nöropsikolojik hastalıklara yol açar(55).

KOAH'ın yarattığı fiziksel semptomlar ve sosyal yalıtım depresif duygu duruma yol açarken, depresyon da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa tahammülü zorlaştırır. Böylece hastalar kısır bir döngüye girerler(7).

KOAH'ta hipokseminin nörofizyolojik işlevlerde değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir. Diğer yandan uzun dönem oksijen terapisi alan hastaların öz saygılarında azalma ve depresyona daha eğilimli oldukları da belirlenmiştir(56).

Bir çalışmada bazı normal kişilerde, CO₂ (Karbondioksit) inhalasyonu ile kan CO₂ konsantrasyonunun artırılması, panik atakları oluşturan noradrenerjik sistemin bir parçası olan locus ceruleus'tan noradrenalin boşaltımını artırdığı izlenmiştir. KOAH ile ilişkili hiperkapni de locus cereleus aktivitesini artırabileceği ve yatkın olan kişilerde panik atak ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmüştür(57).

KOAH, akut/kronik hipoksi ve hiperkapni atakları birçok organı etkilemektedir. Bilişsel performansı düşürmekte ve hayat kalitesinde önemli kısıtlamalara neden

olmaktadır. KOAH'lılarda sık bildirilen bilişsel bozukluklar bu etkinin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir(58).

Anksiyete ve depresyon genellikle tedavi edilmezler veya eksik tedavi edilirler. Bazı çalışmalarda hastaların sadece üçte birinin uygun tedavi aldıkları gösterilmiştir. Tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş anksiyete ve depresyon, medikal tedaviye uyumu azaltır, hastaneye yatış ile hastanede kalış süresini artırır. Ayrıca tedavi eksikliği, hastaların hayat kalitesini düşürür ve erken ölüme yol açar(53).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Örneklem

Bu çalışmaya, Temmuz 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları servisinde yatan KOAH tanısı almış, toplam 61 hasta alındı. Çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildikten sonra, katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) verilerek değerlendirme yapıldı.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası: KÜ GOKAEK 2018/11.28) onay alındıktan sonra; veriler toplanmaya başlandı.

- **Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

1. GOLD 2017 rehberine göre KOAH tanısı almış olan
2. Klinik olarak normal zeka aralığında olan, okuma yazma bilen
3. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam formu imzalayan hastalar

- **Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:**

1. Bronşial Astım ve Bronşiektazi gibi başka hava yolu hastalığı tanısı olan,
2. Son 4 hafta içerisinde atak geçirenler
3. Şizofreni, demans gibi sözel iletişimi bozan psikiyatrik rahatsızlığı bulunan
4. Alkol veya ilaç bağımlılığı olan hastalar

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak 4 form kullanıldı.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

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

GOLD 2017 rehberine göre prospektif olarak çalışmaya dahil edilen, KOAH tanısı almış olan hastalara doldurulan bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kişisel aylık geliri, beden kitle indeksi (BKİ), hastalık süreleri, solunum fonksiyon testi değerleri, sigara öyküsü, eşlik eden ek hastalıkları, son bir yılda geçirdikleri atak sayısını sorgulayan maddeler, almakta oldukları tedaviler, NIMV (Non-invaziv mekanik ventilasyon) ve USOT (Uzun Süreli Oksijen Tedavisi) kullanımları yer almaktadır. Hava akımı kısıtlanmasına göre KOAH ağırlığının sınıflaması, solunum fonksiyon testi (SFT) ile yapıldı. Bronkodilatör sonrası FEV₁/FVC'nin <70 olduğu hastalarda; GOLD 1: FEV₁ beklenenin %80'i ve üzeri, GOLD 2: FEV₁ beklenenin %50'si ile %79'u arası, GOLD 3: FEV₁ beklenenin %30 ile %49'u arası, GOLD 4: FEV₁ beklenenin <30'un altı olarak değerlendirildi (Tablo 4). Nefes darlığı derecesini değerlendirmek amacıyla mMRC ölçeği kullanıldı (Tablo 2).

2.2.2. BECK Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirleyen likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin ölçekten aldığı puanın yüksekliği, yaşadığı anksiyete şiddetini göstermektedir. Toplam 21 madde içerir ve her madde 0-3 arası puanlanır. Buna göre alınan puan 0-63 arası değişmektedir.

Anksiyete düzeyleri; 0-7 puan en hafif, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde gibi sınıflandırılmıştır(59). Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir(60). Klinik olarak anksiyete için anlamlı olan puan 16'dır(61). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır(59).

2.2.3. BECK Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, bireylerin depresyon yönünden riskini belirleyen ve depresif belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Yirmi bir maddeden oluşmuş olup her madde bir dizi cümle ile tanımlanmıştır. Maddeler, 0-3 arasında giderek artan şekilde puan alır ve bunların toplanması ile toplam puan elde edilir. Maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Depresyon düzeyleri; 0-9 puan en hafif, 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta, 30-63= puan şiddetli düzeyde gibi sınıflandırılmıştır. Ölçeğin tümü 1978 yılında revize edilmiştir. Ölçek Türkçe'ye çevrilmiş olup geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde klinik olarak anlamlı depresyon için kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir(62,63). Hasta tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve puanlamanın kolay olması ölçeğin avantajlarıdır(64).

2.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen , bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan ölçek, Anksiyete (HAD-A:Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete) ve depresyon (HAD-D:Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon) alt ölçekleri vardır, toplam 14 soru içermektedir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir(65). Ülkemizde Aydemir ve arkadaşları (66) tarafından geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek, bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda, anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10-11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7-8 olarak bulunmuştur ve bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan ise 21'dir(66).

2.3 Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan (25.-75. persentil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile belirlendi. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İki yönlü hipotezlerin testinde $p<0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

3.BULGULAR

Çalışmaya KOÜ Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisine yatan ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran toplam 61 (n=61) KOAH tanılı hasta katıldı. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’te gösterildi.

Tablo 5. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri (n=61)

		Ortalama ± Standart Sapma / Sayı n, Yüzde (%)
Yaş		62,3±10,4
Cinsiyet	Kadın	12 (%19,7)
	Erkek	49 (%80,3)
BKİ (kg/m ²)		26,2±5
Medeni hal	Evli	46 (%75,4)
	Bekar-Boşanmış-Dul	15 (%24,6)
Eğitim	Okuryazar değil	0
	İlkokul-Ortaokul	38 (%62,3)
	Lise	23 (%37,7)
	Üniversite	0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	47 (%77)
	Çalışıyor	14 (%23)
Aylık gelir	0-2000	33 (%54)
	>2000	28 (%46)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 5’te araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler ortalama±standart sapma ile sayı ve yüzde olarak verildi.

Araştırmaya katılan 61 hastadan 49’unu erkekler, 12’sini kadınlar oluşturdu. Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı 62,3±10,4 olarak hesaplandı. Hastaların %75,4’ü evli olup % 24,6’sı ise bekar, boşanmış ya da dul olduğunu belirtti.

Hastaların %62,3'ü ilkokul-ortaokul mezunu, %37,7'si lise mezunu olarak saptandı. Hastaların 14'ü çalışmaya devam ederken, 47'si çalışmadığını ifade etti. Ortalama kişisel aylık geliri 0-2000 türk lirası arasında olan hasta oranı %54 iken, 2000 türk lirasından fazla olan hasta oranı %46 idi. Araştırmaya katılan 61 hastanın BKİ ortalama olarak 26,2±5 olarak hesaplandı.

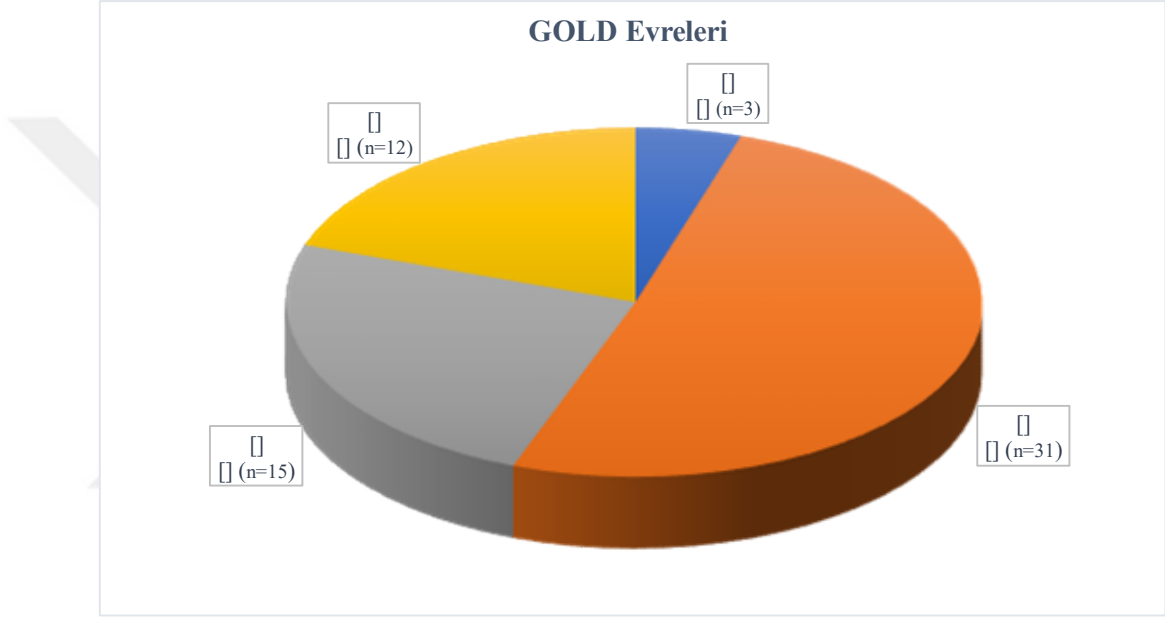
Tablo 5 (devamı). Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri (n=61)

		Ortalama ± Standart Sapma / Sayı n, Yüzde (%)
Sigara içme durumu	Aktif	23 (%37)
	Bırakmış	33 (%54,1)
	İçmemiş	5 (%8,2)
Sigara p/y		41,2±24,3
FEV1 yüzdesi		49,1±18,3
FEV1/FVC oranı		58,6±8,4
Hastalık süresi		3,8±3,5
USOT kullanımı	Var	6 (%9,8)
	Yok	55 (%90,2)
Son 1 yıl içerisinde atak sayısı	Atak geçirmemiş	51 (%83,6)
	1 atak geçirmiş	9 (%14,8)
	2 atak geçirmiş	1 (%1,6)
Ek hastalık durumu	Var	37 (%60,7)
	Yok	24 (%39,3)

Hastaların %8,2'si sigara kullanmadığını belirtirken, % 54,1'i sigarayı bıraktığını ve %37'si halen sigara içtiğini ifade etti. Halen sigara içen ve sigara içmeyi bırakan hastalarda sigara içme yoğunluğu [günde içilen sigara miktarı (paket) × sigara içme süresi (yıl)] ortalama 41,2±24,3 olarak hesaplandı. Hastaların ortalama FEV1 yüzdesi 49,1 ± 18,3 olarak saptandı. Ortalama FEV1/FVC oranı ise 58,6±8,4 bulundu. Hastaların KOAH tanısı almasının üzerinden geçen sürelerinin ortalaması

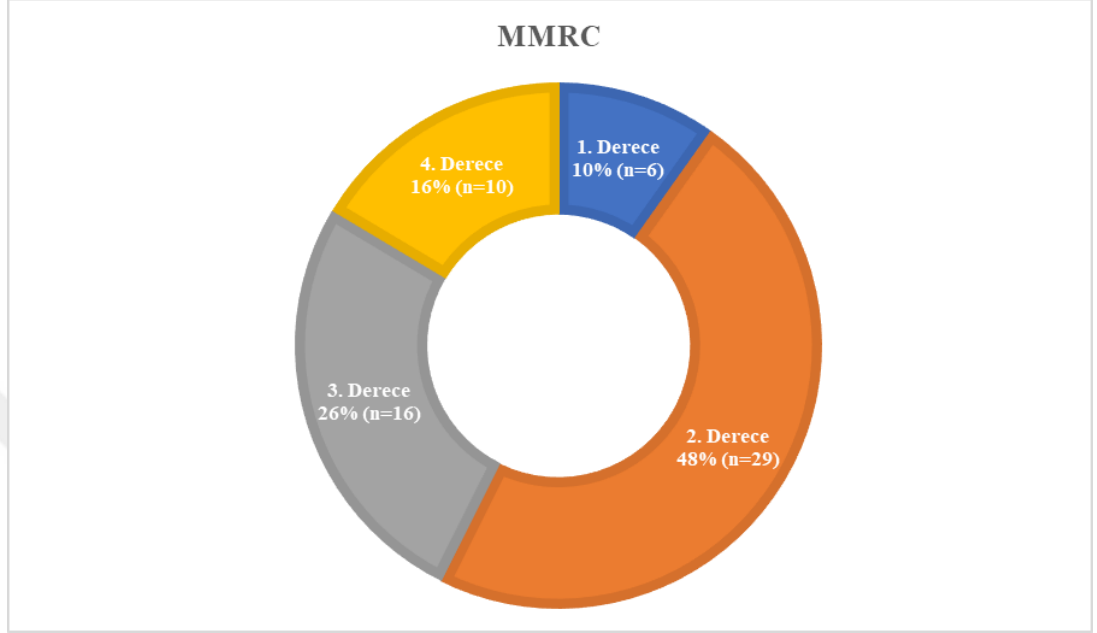
3,8±3,5 yıl idi. Evde USOT kullanımı olan hasta oranı %9,8'idi. Son 1 yıl içerisinde KOAH atak geçirmemiş hasta sayısı 51 iken, 1 kez atak geçiren 9 hasta ve 2 kez atak geçiren 1 hasta mevcuttu. Ek hastalık durumu incelendiğinde %60,7'sinde KOAH ile birlikte ek kronik hastalık bulunduğu, %39,3'ünde ise bulunmadığı saptandı.

Grafik 1. Hastaların GOLD Evrelerine Göre Dağılımı



Hastaları GOLD derecelendirmesine göre sınıflandırdığımızda hastaların 3'ü (%5) GOLD 4, 31'i (%51) GOLD 1, 15'i (%24) GOLD 2, 12'si (%20) GOLD 3 olarak sınıflandırıldı.

Grafik 2. Hastaların mMRC Dispne Anketine GÖre Dağılımı



Hastaları mMRC Dispne Anketine göre sınıflandırdığımızda hastaların 6'sı (%10) 1.derece, 29'u (%48) 2.derece, 16'sı (%26) 3.derece ve 10'u (%16) 4.derece olarak sınıflandırıldı.

Tablo 6. Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları

		BECK-A	BECK-D	HAD-A	HAD-D
		Medyan (Q1-Q3)	Medyan (Q1-Q3)	Medyan (Q1-Q3)	Medyan (Q1-Q3)
Cinsiyet	Kadın	5,00 (2,25-11,75)	8,50 (2,50-20,25)	1,00 (0,00-7,75)	2,50 (0,00-7,00)
	Erkek	4,00 (1,00-8,00)	6,00 (3,00-12,00)	1,00 (0,00-5,00)	2,00 (0,00-7,00)
Medeni hal	Evli	4,00 (1,00-8,00)	6,00 (2,75-12,25)	0,50 (0,00-5,00)	2,50 (0,00-7,00)
	Bekar-Boşanmış-Dul	6,00 (2,00-10,00)	6,00 (3,00-11,00)	1,00 (0,00-8,00)	2,00 (1,00-5,00)
Eğitim	İlkokul-Ortaokul	5,00 (1,75-8,25)	6,00 (3,75-12,00)	1,50 (0,00-6,00)	3,00 (1,00-7,00)
	Lise	4,00 (1,00-8,00)	5,00 (2,00-13,00)	0,00 (0,00-4,00)	2,00 (0,00-7,00)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	4,00 (1,00-8,00)	6,00 (3,00-12,00)	2,00 (0,00-5,00)	3,00 (1,00-7,00)
	Çalışıyor	4,00 (1,00-8,25)	5,00 (1,75-13,00)	0,00 (0,00-3,50)	1,00 (0,00-9,25)
Aylık gelir	0-2000	4,00 (1,00-7,50)	6,00 (2,50-12,00)	2,00 (0,00-5,50)	3,00 (0,50-6,50)
	>2000	5,00 (2,00-9,00)	6,50 (3,25-12,50)	0,50 (0,00-4,75)	2,00 (0,00-7,00)
GOLD Evreleri	GOLD 2	4,00 (1,00-8,00)	7,00 (3,00-13,00)	1,00 (0,00-4,50)	4,00 (1,00-8,00)
	GOLD 3	2,00 (2,00-8,00)	4,00 (1,00-9,00)	2,00 (0,00-7,00)	1,00 (0,00-7,00)
	GOLD 4	5,00 (4,00-11,75)	5,50 (4,00-11,25)	0,00 (0,00-4,25)	1,00 (0,00-3,00)
mMRC	1.Derece	1,00 (0,00-3,00)	1,00 (0,00-2,50)	0,00 (0,00-0,75)	0,00 (0,00-2,00)
	2.Derece	4,00 (1,00-7,50)	7,00 (3,50-11,50)	0,00 (0,00-5,50)	4,00 (0,50-7,50)
	3.Derece	5,50 (2,00-11,75)	8,50 (4,00-14,50)	1,00 (0,00-5,00)	2,00 (0,00-8,50)
	4.Derece	6,50 (14,75-16,00)	6,00 (3,75-11,25)	3,50 (0,00-8,25)	2,50 (1,00-4,75)
Sigara içme durumu	Aktif	5,00 (2,00-13,00)	8,00 (4,00-13,00)	3,00 (0,00-8,00)	7,00 (1,00-10,00)
	Bırakmış	4,00 (1,50-8,00)	6,00 (3,00-10,50)	0,00 (0,00-4,00)	1,00 (0,00-4,00)

Q1-Q3: 25.-75. Persentil

Tablo 6'da sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A, BECK-D, HAD-A, HAD-D ölçekleri) puanlarına göre median (25.-75. persentil) değerleri verilmiştir.

Tablo 7. Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları ile ilişkisi

		BECK-A	BECK-D	HAD-A	HAD-D
Cinsiyet*	p	0,428	0,473	0,938	0,783
Medeni hal*	p	0,396	0,940	0,708	0,905
Eğitim*	p	0,627	0,638	0,267	0,474
Çalışma durumu*	p	0,776	0,744	0,129	0,270
Aylık gelir*	p	0,181	0,733	0,775	0,608
GOLD Evreleri**	p	0,381	0,450	0,538	0,228
mMRC**	p	0,012	0,018	0,211	0,203
Sigara içme durumu**	p	0,125	0,025	0,055	0,012

* Mann Whitney U $p<0.05$, ** Kruskal Wallis Test $p<0.05$

Tablo 7’de sosyodemografik özelliklerin BECK-A, BECK-D, HAD-A, HAD-D ölçek puanlarının Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile ilişkileri değerlendirildi.

mMRC dispne anketi ile BECK-A ($p=0,012$) ve BECK-D ($p=0,018$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. mMRC dispne anketindeki dereceler arasında Bonferroni düzeltmesi uygulandı. 1.derece ile 2.derece arasında ($p=0,024$), 1.derece ile 3.derece arasında ($p=0,014$) ve 1.derece ile 4.derece arasında ($p=0,012$) anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sigara içme durumu ile BECK-D ($p=0,025$) ve HAD-D ($p=0,012$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara içme durumları arasında (aktif, bırakmış, içmemiş) Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Sigara içmemiş ile aktif sigara içiciler arasında

($p=0,021$) ve sigarayı bırakmış ile aktif sigara içiciler arasında ($p=0,023$) anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 8. Sosyodemografik özelliklerin, ölçek (BECK-A: BECK Anksiyete Ölçeği, BECK-D: BECK Depresyon Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete Ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon Ölçeği) puanları ile korelasyon ilişkisi (Spearman Korelasyon)

		BECK-A	BECK-D	HAD-A	HAD-D	Ortalama+SS
Yaş	r	0,112	0,085	0,075	0,078	62,30±10,47
	p	0,389	0,515	0,567	0,548	
BKİ	r	-0,069	-0,060	-0,102	-0,008	26,25±5,05
	p	0,599	0,646	0,433	0,951	
Hastalık süresi	r	0,084	-0,086	0,026	-0,143	3,87±3,52
	p	0,519	0,508	0,843	0,271	
Sigara paket/yıl	r	0,371**	0,309*	0,175	0,232	44,11±22,89
	p	0,005	0,022	0,201	0,088	
FEV1 oranı	r	-0,141	0,049	-0,089	0,159	49,15±18,38
	p	0,280	0,705	0,494	0,220	
FEV1/FVC oranı	r	-0,182	-0,157	-0,182	-0,058	58,69±8,40
	p	0,159	0,228	0,159	0,657	
Son 1 yılda geçirilen atak sayısı	r	0,252	0,086	0,108	0,037	0,18±0,43
	p	0,052	0,514	0,411	0,777	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, SS:Standart sapma

Tablo 8'de sosyodemografik özelliklerin, BECK-A, BECK-D, HAD-A, HAD-D ölçek puanları ile Spearman korelasyonu kullanılarak ilişkileri değerlendirildi.

Hastanın sigara paket/yıl ile BECK-A ($r=0,371$, $p=0,005$) ve BECK-D ($r=0,309$, $p=0,022$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu.

4. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) tüm dünyadaki ölümlerin en sık dördüncü sebebi olup, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu sebeple önlenilebilen ve tedavi edilebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur(1,2).

KOAİ'ta anksiyete ve depresyon prevalansı diğer kronik hastalıklara göre daha yüksektir ve çok sık görülen komorbiditelerdir. KOAİ'ta anksiyete prevalansı %6-74, depresyon prevalansı ise %8-80 arasında değişmektedir(5-9). Light ve arkadaşları BECK anksiyete ve depresyon ölçeği ile, ağır KOAİ'lı olan 45 hastada yaptığı çalışmada depresyon prevalansını %42, anksiyete prevalansını %2 olarak bildirmişlerdir(67). Çelik ve arkadaşları, KOAİ'lı hastalarda yaptıkları çalışmada %25'inde depresif bozukluk, %44,4'ünde psikojenik anksiyete saptamıştır(68). Kunik ve arkadaşları, orta KOAİ'lı hastalarda yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon prevalansını %80 olarak bulmuştur(69). Çalışmamızda BECK-A ölçeğinde anksiyete prevalansı %31,1, HAD-A ölçeğinde anksiyete prevalansı %8,2 , BECK-D ölçeğinde depresyon prevalansı %29,5 , HAD-D ölçeğinde depresyon prevalansı %26,2 olarak bulundu.

KOAİ erkekler arasında daha yaygın olduğu görülmektedir. Yaşla birlikte artmaktadır. Bunun nedeni sigara içiminin erkeklerde daha çok olması ve mesleki toksik ajanlarla daha çok karşılaşmaları ile açıklanmaktadır(18). Günümüzde kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının giderek yaygınlaşması, gelecekte kadınlar arasında KOAİ'nin artacağını düşündürmektedir(17).

Çalışmamıza katılan 61 hastadan 49'unu erkekler, 12'sini kadınlar oluşturdu. Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı $62,3 \pm 10,4$ olarak hesaplandı. Çok merkezli bir çalışmada 416 KOAİ hastası, yatış sırasında HAD ölçeği ile değerlendirilmiş olup bu hastalarda anksiyetenin kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür(70). Bir başka çalışmada ise cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(71). Bizim çalışmamızda cinsiyetin ve yaşın, anksiyete ve depresyon prevalansı açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Çalışmamızda hastaların %75,4'ü evli olup %24,6'sı ise bekar, boşanmış ya da dul olduğunu belirtti. Yapılan çalışmalarda yalnız yaşamayan hastaların aile üyelerinden aldıkları destekle birlikte sosyal hayatta daha başarılı oldukları görülmüştür(72).

Bizim çalışmamızda medeni durum ile anksiyete ve depresyon şiddeti arasında anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda hastaların %62,3'ü ilkokul-ortaokul mezunu, %37,7'si lise mezunu olarak saptandı. KOAH hastaları ile yapılan çalışmaların bazılarında eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptanmazken (73,74), bazılarında negatif yönde ilişki bulunmuştur(75). Hastaların 14'ü çalışmaya devam ederken, 47'si çalışmadığını ifade etti. Bir çalışmada büyük çoğunluğunu çalışmayanların oluşturduğu KOAH hastalarının çalışma durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(76). Ortalama kişisel aylık geliri 0-2000 türk lirası arasında olan hasta oranı %54 iken, 2000 türk lirasından fazla olan hasta oranı %46 idi. Çeşitli araştırmalarda aylık gelir düzeyi ile depresyon ilişkileri incelendiğinde; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek depresyon oranları olduğu ileri sürülmüştür(77-79). Atacanlı ve arkadaşlarının, KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında ilişki bulunmamıştır(80). Tutuk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların sosyoekonomik düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(76). Bizim çalışmamızda eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyoekonomik düzey ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan 61 hastanın BKİ ortalama olarak $26,2 \pm 5$ olarak hesaplandı. Yapılan çalışmalarda BKİ'si yüksek olan kadın hastalarda depresyonun yaygın görüldüğü, erkeklerde ise bu durumun tersi olduğu bulunmuştur(81,82). Bir başka çalışmada ise BKİ'nin depresyon üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur(83).

Hastaların KOAH tanısı almasının üzerinden geçen sürelerinin ortalaması $3,8 \pm 3,5$ yıl idi. Bir çalışmada KOAH hastalık süresinin 6 yıldan daha uzun olduğu ve hastalık süresi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(73). Yapılan başka bir çalışmada ise hastalık süresi ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(84). Bizim çalışmamızda hastalık süresi ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

KOAH'ın yaygınlık artışına en çok neden olan sebepler arasında, toplumdaki sigara içme alışkanlığındaki ve yaşlı nüfus oranındaki artış olduğu düşünülmektedir(17). Gelişmekte olan ülkelerde sigara içimi giderek artmakta ve gelişmiş ülkelerde nüfus giderek yaşlanmaktadır. Bu nedenle KOAH yaygınlığının önümüzdeki 30 yılda

artacağı düşünülmektedir. 2030 yılına kadar KOAH ve ilişkili nedenlerden ölümlerin yılda 4.5 milyonu aşacağı öngörülmektedir(1). Çalışmamızda hastaların %8,2'si sigara kullanmadığını belirtirken, % 54,1'i sigarayı bıraktığını ve %37'si halen sigara içtiğini ifade etti. Halen sigara içen ve sigara içmeyi bırakan hastalarda sigara içme yoğunluğu [günde içilen sigara miktarı (paket) × sigara içme süresi (yıl)] ortalama $41,2 \pm 24,3$ olarak hesaplandı. Birkaç çalışmada sürekli sigara içici kişilerde ankiyete ve depresyonun yüksek prevalansta olduğu saptanmıştır(70,85). Çalışmamızda sigara içiciler ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki saptandı [BECK-D ($p=0,025$) ve HAD-D ($p=0,012$)]. Ayrıca içilen sigara miktarı ile anksiyete ve depresyon şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu [BECK-A ($r=0,371$, $p=0,005$) ve BECK-D ($r=0,309$, $p=0,022$)].

Ulubay ve arkadaşlarının 52 orta-ağır KOAH'lı hastada yaptıkları çalışmada BECK-D ölçeği ile FEV1 arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür(86). Atacanlı ve arkadaşlarının FEV1 değeri %75'in üzerinde olan 100 hasta ile yaptıkları ve BECK ile HAD ölçeklerini kullandıkları çalışmada, FEV1 değerinin her iki ölçekle de korelasyon gösterdiği saptanmıştır(80). Kocakaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anksiyete skorları ile hem mMRC, hem de CAT skorları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Depresyon skorları ile hem mMRC, hem de CAT skorları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Anksiyete skorları ve depresyon skorları ile FEV1 yüzde değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(87). Light ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise depresyon ile FEV1 düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır(67). Bizim çalışmamızda FEV1 düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda mMRC dispne anketi ile BECK-A ($p=0,012$) ve BECK-D ($p=0,018$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. mMRC dispne anketindeki dereceler arasında [1.derece ile 2.derece arasında ($p=0,024$), 1.derece ile 3.derece arasında ($p=0,014$) ve 1.derece ile 4.derece arasında ($p=0,012$)] depresyon ve anksiyete açısından pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda kullandığımız BECK-A ölçeği ortalama puanı $6,13 \pm 6,60$ ve BECK-D ölçeği ortalama puanı $7,95 \pm 6,97$ olarak saptandı. HAD-A ölçeği ortalama puanı $2,89 \pm 3,89$ ve HAD-D ölçeği ortalama puanı $3,74 \pm 3,86$ olarak saptandı. Kocaeli Üniversitesi'nde Belgin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HAD-A ölçeği ortalama

puanı 8.37 ± 3.07 ve HAD-D ölçeği ortalama puanı $10,13 \pm 3,91$ olarak saptanmış(88). Yapılan başka bir çalışmada KOAH hastalarında depresyon ve anksiyete ortalama puanı $7,63 \pm 3,90$ ve $7,03 \pm 4,00$ olarak saptanmıştır(89). HAD anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda anksiyete yaygınlığı %13-47, depresyon yaygınlığı %7-32 oranlarında saptanmıştır(90,91). Bu sonuçlardaki farklılığın sebebi çalışmamızda kontrol grubunun olmamasından, örneklem grubundan veya hastaya ilişkin diğer faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hastaların nefes darlığı derecesinin, sigara içme yoğunluğunun ve sigara içme durumunun anksiyete ve depresyon üzerine olumsuz etkisi olduğu bulundu. Sigara maruziyetinin erkenden saptanıp, sigara maruziyetinin sonlandırılmasına yönelik yaklaşımların önemli olduğu görüldü. Dispne derecesi arttıkça yaşam kalitesinin gittikçe azaldığı ve hastalarda anksiyete ve depresyon görülmeye başladığı görüldü. Bu durumun erkenden fark edilip hastalara gerekli desteği sağlamanın önemli olduğu düşünüldü. Diğer taraftan anksiyete ve depresyon geliştiğinde, hastaların kötü olan sağlık koşullarının daha da kötüleşmesine sebep olabileceği düşünüldü. Sonuç olarak KOAH'lı hastaların fiziksel semptomlarına yönelik tedavilere ek olarak psikolojik destek programları da uygulanması gerektiği düşünüldü.

6.ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI

Araştırmamız hastane tabanlı yapıldığından ve hastaların hastaneye ulaşabilecek yeterli sağlık bilincine sahip olmalarından dolayı genel popülasyondaki KOAH hastalarını temsil etmemektedir.



Kaynaklar

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017, <http://goldcopd.org>.
2. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2016.
3. Taylor SE, Aspinwall LG. Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care. In: Costa PT, Vanden Bos GR, eds. Psychosocial aspects of chronic illness. 1996.
4. Sprangers MAG et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000;53:895–907.
5. Dursunoğlu N, Köktürk N, Baha A, et al. Turkish Thoracic Society-COPD Comorbidity Group. Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberk Toraks* 2016;64:292-301.
6. Hillas G, Perlikos F, Tsiligianni I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015;10:95-109.
7. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:871-88.
8. Cafarella PA, Effing TW, Usmani ZA, Frith PA. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology* 2012;17:627-38.
9. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2013;8:e60532.
10. Yellowlees Pm, Alpers Jh, Bowden Jj, Et Al: Psychiatric Morbidity In Patients With Chronic Airflow Obstruction. *Med J Aust* 1987; 146: 305 -307.
11. Ng TP, Niti M, Tan WC, Et Al: Depressive Symptoms And Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Effect On Mortality, Hospital Readmission, Symptom Burden, Functional Status, and Quality Of Life. *Arch Intern Med* 2007; 167: 60 – 67.
12. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Et Al: Depression, Anxiety And Health Status After Hospitalisation For COPD: A Multicenter Study In The Nordic Countries. *Respir Med* 2006; 100: 87 – 93.
13. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ: Depression and Anxiety In Elderly Outpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, and Validation Of The BASDEC Screening Questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 1090 – 1096.
14. Grodner S, Prewitt LM, Jaworski BA, Et Al. The Impact Of Social Support In Pulmonary Rehabilitation Of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Behav Med* 1996;18(3):139-45.
15. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. Patterns of

- comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest* 2005; 126: 2099 – 2107.
16. Agusti AG, Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 367 – 370.
 17. Kocabaş A ve ark. KOAH Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2014; 15: 1 – 76.
 18. Gold DR, Wang MPH, Wypij D, Et Al. Effects Of Cigarette Smoking On Lung Function In Adolescent Boys and Girls. *N Engl J Med* 1996; 335:931-937.
 19. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
 20. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2014. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014.
 21. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004_update.
 22. Arslan Z et al. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Kocaeli: An Industrialised City in Turkey *Balkan Med J* 2013; 30: 387-93.
 23. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2006; 28: 523–532.
 24. Buist AS, Mcburnie MA, Vollmer WM, Et Al. International Variation In The Prevalence Of COPD (The BOLD Study): A Population-Based Prevalence Study. *Lancet* 2007; 370: 741-750.
 25. Menezes AM et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATİNO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366:1875-81.
 26. Chung KF, Adcock IM. Multifaceted mechanisms in COPD: inflammation, immunity and tissue repair and destruction. *Eur Respir J* 2008; 31:1334-56.
 27. Barnes PJ et al. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *Eur Respir J* 2003; 22:672-88.
 28. Di Stefano A et al. Severity of airflow limitation is associated with severity of airway inflammation in smokers. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1277-85.
 29. Kocabaş A.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı epidemiolojisi ve risk faktörleri. Umut S.Erdinç E (editörler).Tanıdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.Toraks Kitapları Türk Toraks Derneği Yayınları 2008:s10-22.
 30. Gülbay BE, Acıcan T. Patogenez ve inflamasyon. In Saryal S, Acıcan T. ed. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 21-33.
 31. Saryal SB. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı fizyopatolojisi. Umut S, Erdinç E (eds). Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Toraks Kitapları. Galenos Yayıncılık San. Tic. Ltd. Sti. 2008;60-72.
 32. Yıldırım N. KOAH patogenezi. In Umut S, Yıldırım N. ed. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005: 41-57.

33. Han MK. Update in chronic obstructive pulmonary disease in 2010 . Am J Respir Crit Care Med 2011;183:1311-5.
34. Eakin E.G. et al. Validation Of A New Dyspnea Measure: The Ucsd Shortness Of Breath Questionnaire. University of California, San Diego. Chest 1998; 113 (3): 619-624.
35. Arslan B. Uzmanlık Tezi; “Acil Servise Dispne Yakınması ile Başvuran Olgularda Yakınma Şiddeti ile Klinik ve Laboratuar Verilerinin Değerlendirilmesi” Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr.Meftun Ünsal.S.
36. Vaz Fragoso CA, McAvay G, Van Ness PH, et al. Phenotype of spirometric impairment in an Aging Population. Am J Respir Crit Care Med 2016;193:727-35.
37. Fletcher CM et al. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. Br Med J 1959; 2: 257-66.
38. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council(MRC)dyspnea scale as measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease.Thorax 1999;54:581-6.
39. Nishimura K, Izumi T,Tsukino M,Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. Chest 2002;121:1434-40.
40. Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurement of dyspnea. Contents, interobserver agreement, and physiologic correlates of two new clinical indexes. Chest 1984; 85: 751-758.
41. Jones PW, Brusselle G, Dal Negre RW, et al. Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study. Eur Respir J 2011;38: 29-35.
42. Jones PW et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J 2009; 34: 648-54.
43. Dodd JW, Hogg L, Nolan J, et al. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. Thorax 2011;66:425-9.
44. Jones PW et al. Role of clinical questionnaires in optimizing everyday care of chronic obstructive pulmonary disease.Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2011; 6: 289-96. Epub 2011 May 26. Review.
45. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Türk Toraks Dergisi. Mayıs 2010; 11: 5-64.
46. Miller MR et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J 2005;26:319-38.
47. Pellegrino R et al. Interpretative strategies for lung function tests. Eur Respir J 2005;26:948-68.
48. E. Köroğlu, Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı(DSM 5). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
49. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye. DOI: 10. 4274 / turkderm.44.25.

50. Öztürk MO. Duygulanım bozuklukları, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. O Öztürk (ed),7.baskı, Ankara: Hekimler Yayın birliği, 2001:223-42.
51. Çeli, C.H ve Acar T.; Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, Fırat Tıp dergisi, 2007, 12, 23-7.
52. Tanrısever M. B. Ülseratif kolit ve Crohn hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon. Uzmanlık tezi, İstanbul-2009.
53. Janet Maurer, MD, MBA, FCCP; Venkata Rebbapragada, MD; Soo Borson, MD; Roger Goldstein, MBChB, FCCP; Mark E. Kunik, MD, MPH; Abebaw M. Yohannes, PhD; and Nicola A. Hanania, MBBS, MD, FCCP; for the ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD. Anx.
54. Taytard A, Cousson F. Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. Rev Pneumol Clin. 1996;52:379-85.
55. Özcan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-Liyezon 1993;83-117.
56. Lahdensuo A, Ojanen M, Ahonen A. Psychosocial effects on continuous oxygen therapy in hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease patients. Eur Respir J, 1989; 2:977-980.
57. Özmen M, Önen B,. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında psikiyatrik bozukluklar. Umut S, Erdinç E (eds). Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Toraks Kitapları. Galenos Yayıncılık San. Tic. Ltd. Sti. 2008;333-345.
58. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 1999;54:688-92.
59. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck anxiety inventory: psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Cjuaterly 1998;2:163–172.
60. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-7.
61. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
62. Eren I, Sahin M, Tunc SE, Cure E, Civi II: Psychiatric symptoms and quality of life in patients with Behçet's disease. Neurol Psychiatr Brain Res 2006;13:169-74.
63. Aydemir Ö, Köroğlu E: Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği. 2009;93-335.
64. Kılınç S. Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi 2011; 86: 39-47.
65. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361-370.
66. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Derg 1997; 8: 280–287.
67. Light RW, Merrill EJ, Despars JA, et al. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD: relationship to functional capacity. Chest 1985; 87:35–

- 38.
68. Çelik P, Esen A, Akın M, İçelli İ, Yorgancıoğlu A. Kronik obstrüktif akciğer olgularında depresyon. *Solunum Hastalıkları* 1998; 9: 25-32.
69. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005; 127:1205–1211.
70. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Linberg E, Suppli UC, Brøndum E. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med.* 2006;100/(1): 87-93.
71. Servet K, Abdullah A, Naci M, Analysis of Depression and Anxiety Levels in Patients with Dyspnea. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.B.D, Samsun* 2012.
72. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
73. Korkmaz T, Tel H. KOAH Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 2.
74. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Turker H (2006) Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi, *Akciğer Arşivi*, 7:11-15, İstanbul.
75. Yeliz A , Elanur Y. K, Selin Y. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyonun Bilişsel duruma etkisi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2016; 18(3): 94-100.
76. Tutuk S.P.M, Altun Ö.Ş (2014) KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*; 6:23,216-224.
77. Eizemann M (1986) Social class and social mobility in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*, 73:399-402.
78. Brown GW, Bhrolchain M, Harris TO (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9:224-254.
79. Hirsfeld RM, Cross CK (1982) Epidemiology of effective disorders: Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
80. Atacanlı MF, Dilbaz N (2001) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 4: 147–153.
81. Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *Br Med J* 1976; 1:7-9.
82. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and sui-cide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-257.
83. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self esteem depression and body satisfaction and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7:80.
84. Bahar A, Savaş H.A, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların

- Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Ocak 2009 .Cilt 47 . Sayı 1. New/Yeni Symposium Journal.
85. Wagena EJ, Kant I, van Amelsvoort LG, Wouters EF, van Schayck CP, Swaen GM. Risk of depression and anxiety in employees with chronic bronchitis: the modifying effect of cigarette smoking. *Psychosom Med* 2004; 66:729-734.
 86. Ulubay G, Ulaşlı S S, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş KOAH'LI Olgularda Depresyon Durumu, Solunum Fonksiyon Testi, Egzersiz Performansı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2009; 57(2): 169-176.
 87. Kocakaya, D, Olgun Yıldızeli, S, Kocakaya, O, Arıkan, H, Eryuksel, E, Eryuksel, E. "Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relation to serum vitamin D levels". *Marmara Medical Journal* 31 (2018): 33-40.
 88. Chouseinoglou Belgkın. KOAH da Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kocaeli 2018.
 89. Puhan MA, Frey M, Büchi S, Schünemann HJ. The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Jul 2; 6: 46. doi: 10.1186/1477-7525-6-46.
 90. Hill K, Geist R, Goldstein R.S, Lacasse Y. Anxiety And Depression İn End Stage Copd. *Eur Respir J* 2008; 31(3): 667-77.
 91. Stage K.B, Middelboe T, Stage T.B, Sorensen C.H. Depression İn Copd- Management And Quality Of Life Considerations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006; 1(3): 315-20.

EKLER

- EK-1 :** Sosyodemografik Bilgi Formu
- EK-2 :** BECK Anksiyete Ölçeği
- EK-3 :** BECK Depresyon Ölçeği
- EK-4 :** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği



Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adınız, Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz

- Kadın
- Erkek

4. Medeni Durumunuz

- Evli
- Bekar-Boşanmış-Dul

5. Eğitim Durumunuz

- Okur-yazar değilim
- Okul bitirmedim-okur yazarım
- İlkokul-ortaokul
- Lise
- Üniversite

6. Çalışma durumunuz

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum

7. Aylık geliriniz

- 0-2000
- 2000-4000
- >4000

8. Boyunuz:.....cm

Kilonuz:.....kg

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- Hiç içmedim.
- İçiyorum.
 - Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?
 - Günde kaç paket içiyorsunuz?
- Bıraktım
 - Kaç yıl sigara içtiniz?
 - Günde kaç paket içtiniz?
 - Sigarayı kaç yıl önce bıraktınız?

EK-2

10. Kaç yıldır KOAH hastasıdır?

11. Solunum rahatsızlığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

12. Geçtiğimiz bir yıl boyunca solunum rahatsızlığı nedeniyle kaç kez atak geçirdiniz?

13. Evde oksijen konsantratörü veya CPAP/BPAP kullanıyor musunuz?

14. KOAH'tan başka herhangi bir hastalığınız var mı?

- Hayır
- Evet

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> Kalp ritm bozukluğu | <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Diyabet | <input type="checkbox"/> Koroner arter hastalığı | <input type="checkbox"/> Tüberküloz |
| <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Sindirim sistemi hastalığı | <input type="checkbox"/> Guatr |
| <input type="checkbox"/> Psikiyatrik bozukluk | <input type="checkbox"/> Kalp krizi | <input type="checkbox"/> Diğer |

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|---|--|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskkiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskkiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlıkla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrı, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlıkla ilgili bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgisizim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgisizim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirim düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|---|--|

Toplam BECK-D skoru:.....

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

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

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

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

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman

EK-3

- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

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

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

EK-3

- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- Sıklıkla
 Bazen
 Pek sık değil
 Çok seyrek