

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Kaygı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

The Effect of Anxiety Level on the Quality of Life in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

^{id} Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN^a, ^{id} Demet GÜNEŞ^a, ^{id} Necla KASIMOĞLU^b

^aErzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE

^bErzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE

ÖZET Amaç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); sık görülen semptomlar, sürekli ilaç kullanımı, uzun süreli hastaneye yatış gibi nedenlerden dolayı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta, kaygı düzeylerini artırmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Araştırma, KOAH tanılı bireylerde kaygı düzeyinin, yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında Türkiye’de bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatmakta olan bireyler, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri olan, iletişim sorunu olmayan, hastane bilgi sistemi ve hasta kayıt sisteminde KOAH tanılı olan 136 hasta oluşturdu. Veriler, sosyodemografik özelliklerini içeren hasta bilgi formu, Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği ve Kısa Form 36 [Short Form 36 (SF)] Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. **Bulgular:** Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği’nden alınabilecek ortalama puan 20-80 arasında değişmekte olup, araştırmada bireylerin Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması sırasıyla 41,63±5,16, 48,22±5,99 olduğu bulundu. Katılımcıların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden en yüksek puan ortalamasını ağrı alt boyutundan (46,81±25,83), en düşük puan ortalamasını ise fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutundan (8,27±23,97) aldıkları ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlendi. Yaşam kalitesinin, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları hariç diğer alt boyutlarıyla sürekli kaygı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05). **Sonuç:** Bireylerin orta düzeyde kaygı yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlendi. Katılımcıların kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.

ABSTRACT Objective: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) restricts the daily life activities of individuals, increases their anxiety levels and negatively affects their quality of life due to reasons such as frequent symptoms, continuous medication use, and long-term hospitalization. The study was conducted to determine the effect of anxiety level on quality of life in individuals with COPD. **Material and Methods:** The descriptive research was conducted between January and June 2018. Target population of the study consisted of the individuals who are hospitalized in the Chest Diseases clinic of a university hospital in Turkey between the dates specified; and the sample consisted of 136 patients who agreed to participate in the study, were over 18 years old, had no communication problems, and had a diagnosis of COPD in the hospital information system and patient registration system. The data were collected by face-to-face interview technique using the patient information form including socio-demographic characteristics, State/Trait Anxiety Scale, and Short Form (SF) 36 Quality of Life Scale. **Results:** The average score that can be obtained from the State/Trait Anxiety Scale varies between 20 and 80, and the average score of the State/Trait Anxiety Scale of the individuals in the study was found to be 41.63±5.16, 48.22±5.99, respectively. It was determined that the participants received the highest mean score from the SF 36 Quality of Life Scale from the pain sub-dimension (46.81±25.83), the lowest mean from the role limitations due to physical problems (8.27±23.97), and their quality of life was negatively affected. There was a significant negative correlation between trait anxiety and other sub-scales of quality of life, except for role limitations due to physical problems (p<0.05). **Conclusion:** It was determined that individuals experienced moderate anxiety and their quality of life was negatively affected. It was found that as the anxiety level of the participants increase, their quality of life decreased.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; kronik obstrüktif akciğer hastalığı; yaşam kalitesi

Keywords: Anxiety; chronic obstructive pulmonary disease; quality of life

Correspondence: Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: atalikoglu_sebahat@hotmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Archives of Lung.

Received: 24 Feb 2021

Received in revised form: 18 Mar 2021

Accepted: 18 Mar 2021

Available online: 24 Mar 2021

2619-9459 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); morbidite ve mortaliteye neden olan, solunum yollarının genellikle toksik partiküllere veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmasından kaynaklanan kalıcı solunum semptomları, hava akımı sınırlamasıyla karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.^{1,2} Gelişmekte olan ülkelerde, KOAH prevalansının önümüzdeki 40 yıl içinde artması beklenmekte ve 2060 yılına kadar dünyada yılda 5.4 milyondan fazla ölüme neden olacağı tahmin edilmektedir.¹ Türkiye İstatistik Kurumu 2018 raporunda ölümlerin %12,5'inin (en sık 3.) solunum sistemi hastalıklarına bağlı olduğu belirtilmektedir.³ KOAH'da sık görülen dispne, öksürük, balgam, yorgunluk, hırıltılı solunum, göğüs sıkışması gibi yakınmaların yanı sıra sürekli ilaç kullanımı, sık ve uzun süreli hastane yatışları nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta, kontrol hissini ve güveni azaltmakta, kaygı düzeylerini artırmaktadır.^{4,5}

Kaygı, kişinin bir durumla ilgili o anda yaşadığı ve gelecekte nasıl gerçekleşeceği belli olmayan ya da gerçekleşmesi mümkün olmayan endişe ve tedirginlik duyma hâlidir.⁶ Kaygı; bireylerde korku, panik, umutsuzluk ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır. Bireylerde tedavi edilmeyen ve az tanınan kaygı semptomlarının fiziksel işlevsellik, sosyal etkileşim, yorgunluk ve sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde olumsuz etkileri vardır.⁷ Kaygı düzeyi objektif olarak Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme testi, Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği gibi testler kullanılarak ölçülebilmektedir.⁸ KOAH olan bireylerde kaygı bozuklukların görülmesi, tedaviye uyumun azalması, akut alevlenme dönemlerinde hastaneye yatış sıklığının artması ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır.^{7,9}

Yaşam kalitesi; hastalığın fiziksel, sosyal ve psikolojik etkileriyle ilgili alanları kapsayan sağlık veya hastalıkla doğrudan ilişkili olan çok boyutlu bir kavramdır. Ayrıca bireyin hastalık deneyimiyle ilgili olup, sağlık durumunun etkisinin öznel algısı olarak da tanımlanmaktadır.¹⁰ KOAH'da yaşam kalitesi; solunum fonksiyon testlerinin kötüleşmesi, semptomların şiddetinin artması, fiziksel aktivitede kısıtlılık, fonksiyonel kapasitenin azalması, ko-

morbidite durumlar, kötü beslenme, psikososyal sorunlar ve sosyodemografik özellikler gibi bazı faktörlerden etkilenmektedir.¹¹ Objektif olarak Kısa Form 36 [Short Form 36 (SF)], Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği gibi testler kullanılarak ölçülebilmektedir.¹² KOAH olan bireylerde yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi; enerji, hareketlilik ve uykunun azalmasına, anksiyete, depresyon gibi emosyonel bozuklukların ortaya çıkmasına, yaşam doyumunun azalmasına neden olmaktadır.¹³ KOAH'ın kronik, genellikle ilerleyici olması ve bireyin hayatını tüm yönleriyle etkilemesi nedeniyle sağlık çalışanlarının, hastaların sağlık durumuna göre uygun bakımı verebilmesi için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi önemlidir.¹⁴ Bu araştırma, KOAH olan bireylerde kaygı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ, YERİ VE ZAMANI

Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırma, Türkiye'de Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları kliniğinde Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında göğüs hastalıkları kliniğinde yatmakta olan bireyler oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri olan, iletişim sorunu olmayan, hastane bilgi sistemi ve hasta kayıt sisteminde KOAH tanılı olan 136 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. KOAH tanı kriterleri, zorlu ekspirasyon 1. sn volümüne [Forced Expiratory Volume 1 (FEV1)] göre gruplandırılmaktadır. Evre 1'de FEV1 \geq 80; Evre 2'de FEV1 50-79; Evre 3'te FEV1 30-49; Evre 4'te FEV1 <30 olarak değerlendirilmektedir.¹

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, hasta bilgi formu, Durumluk/Süreklilik Kaygı Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, yerleşim yeri, mesleği, ekonomik durumu, aile tipi, yardım eden kişi varlığı, sigara kullanımı, ek kronik hastalık varlığı, bağımlılık durumu, sağlığı algılama durumu ve hastalık tanı süresine ilişkin 14 sorudan oluşmaktadır.

DURUMLUK/SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında yapılan ölçek, yirmişer maddelik durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her 2 ölçekten elde edilen toplam puan 20-80 arasında değişmektedir. Ölçeğe ait bir kesme noktası bulunmamakta olup, yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini göstermektedir. Alfa güvenilirliği durumluk kaygı ölçeği için 0,94-0,96, sürekli kaygı ölçeği için ise 0,83-0,87 arasındadır. Bu çalışmada ise Durumluk Kaygı Ölçeği 0,95, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,92 bulunmuştur.¹⁵

KISA FORM-36 GENEL YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması olmak üzere 8 alt boyuttan oluşan çok maddeli bir ölçüm aracıdır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmektedir ve 0 en kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 en iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.¹⁶

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için 28/09/2017 tarihli ve 07/02 sayılı etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Araştırma, verilerin toplanması sırasında aydınlatılmış onam ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi, gizlilik ve gizliliğinin korunma ilkesini yerine getirilmiş olup, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma örneklemini, sadece belirli bir ilde yaşayan ve sağlık kurumlarından hizmet alan KOAH olan bireyleri kapsaması, araştırmanın kontrol grubunun olmayışı,

KOAH şiddetine göre katılımcıların gruplandırılması ve araştırmanın yapıldığı tarihte yatarak tedavi gören hasta sayısının az olması araştırmayı kısıtlayan faktörler olarak değerlendirilebilir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, independet t-testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmıştır. İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda "Least Significant Difference", olmadığı durumlarda Dunnet C ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. p değeri <0,05 istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların %69,1'i 65 yaş ve üzerinde, %71,3'ü erkek ve %54,4'ü en az ortaöğretim mezunu, %74,3'ü evli, %55,9'unun gelir durumu orta düzeyde ve %54,4'ü emeklidir. Bireylerin %89'u sigara kullanmadığını, %39'u tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğunu, %73,5'i ek bir kronik hastalık bulunduğunu, %55,1'i bakımda yarı bağımlı olduğunu ve %66,9'u sağlık durumunu kötü algıladığını ifade etmiştir.

Tablo 1'de katılımcıların Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan sırasıyla 41,63±5,16, 48,22±5,99'dur. Yaşam kalitesi alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon 18,12±21,42, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları 8,27±23,97, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları 12,74±30,37, sosyal fonksiyon 30,51±24,61, mental sağlık 44,73±24,08, enerji/vitalite 24,41±21,67, ağrı 46,81±25,83 ve sağlığın genel algılanması 22,79±20,83 olarak belirlenmiştir.

Cinsiyetle Durumluk Kaygı Ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (p=0,037). Erkeklerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleriyle Durumluluk Kaygı Ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (**Tablo 2**).

Medeni durum, sigara kullanımı, ek kronik hastalık varlığı ve sağlığı algılama durumuyla sürekli

TABLO 1: Katılımcıların durumluk/sürekli kaygı ölçeği, yaşam kalitesi ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=136).

Ölçekler	n	Minimum	Maksimum	X±SS
Durumluk kaygı ölçeği	136	31,00	53,00	41,63±5,16
Sürekli kaygı ölçeği	136	33,00	63,00	48,22±5,99
Yaşam kalitesi alt boyutlar				
Fiziksel fonksiyon	136	0,00	95,00	18,12±21,42
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	136	0,00	100,00	8,27±23,97
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	136	0,00	100,00	12,74±30,37
Sosyal fonksiyon	136	0,00	100,00	30,51±24,61
Mental sağlık	136	0,00	88,00	44,73±24,08
Enerji/vitalite	136	0,00	85,00	24,41±21,67
Ağrı	136	0,00	100,00	46,81±25,83
Sağlığın genel algılanması	136	0,00	80,00	22,79±20,83

SS: Standart sapma

kaygı ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenirken (sırasıyla $p=0,033$, $p=0,029$, $p=0,010$, $p=0,017$); diğer sosyodemografik özelliklerle anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bekârların, sigara kullanmayanların ve ek bir kronik hastalığı olanların puan ortalamaları daha yüksektir. Yapılan ileri analizde sağlık algısı kötü olanların puan ortalaması, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Katılımcıların medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, tanı süresi, ek kronik hastalık varlığı, bakıma bağımlılık ve sağlığı algılama durumuyla fiziksel fonksiyon alt boyut arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,001$, $p=0,003$, $p=0,000$, $p=0,026$, $p=0,000$, $p=0,002$). Evli olanların, kronik hastalığı olmayanların puan ortalaması daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde en az ortaöğretim mezunu olanların, okuryazar olan ve olmayanlara göre, gelir durumu iyi olanların kötü olanlara, tanı süresi 1-5 yıl olanların diğerlerine göre, bakımda bağımsız olanların yarı bağımlı ve bağımlı olanlara göre, sağlık algısı iyi ve orta olanların kötü olanlara göre puan ortalamasının, anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Bakıma bağımlılık ve sağlığı algılama durumlarıyla fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,006$, $p=0,000$). Yapılan ileri analizde sağlık algısı iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre bakımda bağımsız olanların yarı bağımlı ve bağımlı

olanlara göre puan ortalamasının, anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların sigara kullanma, bakıma bağımlılık ve sağlığı algılama durumuyla emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,033$, $p=0,002$). Sigara kullanan bireylerin puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan ileri analizde sağlığı algılama durumu iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre bakımda bağımsız olanların bağımlı olanlara göre puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Sağlığı algılama durumuyla sosyal fonksiyon alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p=0,000$). Yapılan ileri analizde sağlığı algılama durumu iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların medeni durum, tanı süresi ve sağlığı algılama durumuyla mental sağlık alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,007$, $p=0,035$, $p=0,000$).

Evli olanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde sağlığı algılama durumu iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre ve tanı süresi 1-5 olanların, diğerlerine göre puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

TABLO 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre durumluk/sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	n	%	Durumluk kaygı X±SS	Sürekli kaygı X±SS
Yaş grupları				
34-49	6	4,4	41,66±2,50	47,16±5,56
50-65	36	26,5	42,75±6,33	47,16±6,59
65 yaş ve üzeri	94	69,1	41,20±4,74	48,70±5,78
Test ve önemlilik			F=1,174 p=0,312	F=0,951 p=0,389
Cinsiyet				
Kadın	39	28,7	40,17±4,81	49,30±5,89
Erkek	97	71,3	42,21±5,20	47,79±6,01
Test ve önemlilik			t=-2,108 p=0,037	t=1,335 p=0,184
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	43	31,6	40,48±4,78	46,60±4,62
Okuryazar	19	14,0	41,52±5,82	45,42±6,23
Ortaöğretim-üstü	74	54,4	42,32±5,14	44,67±5,48
Test ve önemlilik			F=1,745 p=0,179	F=1,772 p=0,174
Medeni durum				
Evlü	101	74,3	41,88±5,34	47,58±6,03
Bekâr	35	25,7	40,91±4,57	50,08±5,55
Test ve önemlilik			t=0,955 p=0,341	t=-2,155 p=0,033
Gelir düzeyi				
Kötü	39	28,7	41,48±5,31	48,28±5,84
Orta	76	55,9	41,64±5,10	48,36±6,17
İyi	21	15,4	41,85±5,31	47,61±5,99
Test ve önemlilik			F=0,035 p=0,966	F=0,129 p=0,879
Meslek				
Ev hanımı	32	23,5	40,09±4,58	49,06±5,24
İşçi	5	3,7	42,20±5,80	45,80±3,89
Emekli	74	54,4	42,31±5,40	48,39±6,29
Serbest meslek	25	18,4	41,48±4,83	47,16±6,35
Test ve önemlilik			F=1,415 p=0,241	F=0,759 p=0,519
Sigara kullanımı				
Hayır	121	89,0	41,52±5,23	45,74±5,40
Evet	15	11,0	42,46±4,59	42,53±4,30
Test ve önemlilik			t=-0,662 p=0,509	t=2,213 p=0,029
Tanı süresi				
1-5 yıl	53	39,0	40,64±5,21	47,83±6,16
6-10 yıl	41	30,1	42,75±5,61	47,90±6,69
11 ve üstü yıl	42	30,9	41,78±4,45	49,04±5,05
Test ve önemlilik			F=1,996 p=0,410	F=0,566 p=0,569

TABLO 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre durumluk/sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (devamı).

Sosyodemografik özellikler	n	%	Durumluk kaygı X±SS	Sürekli kaygı X±SS
Ek kronik hastalık				
Evet	100	73,5	41,86±5,16	49,02±5,73
Hayır	36	26,5	41,00±5,18	46,02±6,24
Test ve önemlilik			t=0,857 p=0,393	t=2,623 p=0,010
Bakıma bağımlılık durumu				
Bağımlı	22	16,2	42,22±4,82	50,36±7,12
Yarı bağımlı	75	55,1	41,32±5,32	48,41±5,55
Bağımsız	39	28,7	41,89±5,10	46,66±5,85
Test ve önemlilik			F=0,332 p=0,718	F=2,828 p=0,063
Sağlığı algılama				
Kötü	91	66,9	41,93±5,52	46,29±5,41
Orta	30	22,1	40,76±6,49	43,80±4,23
İyi	15	1,0	41,53±3,58	43,06±6,05
Test ve önemlilik			F=0,577 p=0,563	F=4,198 p=0,017

SS: Standart sapma

Medeni durum, bakıma bağımlılık ve sağlığı algılama durumuyla enerji/vitalite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,015$, $p=0,000$). Evli olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde sağlık algısı iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre ve bakımda bağımsız olanların, yarı bağımlı ve bağımlı olanlara göre puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sigara kullanma ve sağlığı algılama durumuyla ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,025$, $p=0,046$, $p=0,022$, $p=0,011$, $p=0,043$). Erkek olanların ve sigara kullananların puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde eğitim durumu en az ortaöğretim mezunu olanların, okuryazar olmayanlara göre sağlığı algılama durumu orta olanların, kötü olanlara göre ve emekli olanların, ev hanımı olanlara göre puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Medeni durum, meslek, tanı süresi, bakıma ba-

ğımlılık ve sağlığı algılama durumuyla sağlığın genel algılanması alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,010$, $p=0,043$, $p=0,003$, $p=0,000$). Evli olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde tanı süresi 1-5 yıl olanların, diğerlerine göre bakımda bağımsız olanların yarı bağımlı ve bağımlı olanlara, memur ve işçilerin emeklilere, sağlığı algılama durumu iyi ve orta olanların, kötü olanlara göre puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te fiziksel fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji/vitalite, sağlığın genel algılanması ve ağrı yaşam kalitesi alt boyutlarıyla sürekli kaygı arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,002$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,026$). Yaşam kalitesi alt boyutlarından, sağlığın genel algılanması ve mental sağlıkla durumluluk kaygı arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,000$).

TABLO 3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	n	%	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	Sosyal fonksiyon	Mental sağlık	Enerji/vitalite	Ağrı	Sağlığın genel algılanması
Yaş grupları			X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
34-49	6	4,4	23,33±28,92	20,83±40,05	20,22±40,36	35,41±24,25	41,33±24,22	31,66±30,11	44,16±17,44	35,83±23,54
50-65	36	26,5	26,11±25,24	9,02±23,26	11,11±25,19	30,55±25,07	40,33±24,57	25,69±24,93	48,12±24,90	24,72±22,32
65 yaş ve üzeri	94	69,1	14,73±18,54	7,18±23,07	12,76±31,71	30,18±24,68	46,63±23,91	23,45±19,86	46,48±26,79	21,22±19,34
Test ve önemlilik			KW=4,959 p=0,084	KW=2,468 p=0,291	KW=1,242 p=0,537	KW=0,402 p=0,818	KW=2,296 p=0,317	KW=0,256 p=0,880	KW=0,169 p=0,919	KW=2,806 p=0,246
Cinsiyet										
Kadın	39	28,7	15,76±15,66	4,48±13,89	9,40±27,51	25,64±23,11	48,10±24,14	20,51±19,11	38,71±26,51	25,12±18,83
Erkek	97	71,3	19,07±23,35	9,79±26,89	14,08±31,48	32,47±25,04	43,38±24,05	25,97±22,53	50,07±24,95	21,85±21,60
Test ve önemlilik			U=1882,50 p=0,965	U=1841,00 p=0,687	U=1748,00 p=0,306	U=1583,50 p=0,132	U=1665,00 p=0,275	U=1672,00 p=0,288	U=1429,00 p=0,025	U=1677,50 p=0,297
Eğitim durumu										
Okuryazar değil	43	31,6	9,30±12,22	5,23±19,33	9,30±26,55	25,87±21,19	42,32±22,79	18,60±18,43	41,22±26,53	19,88±19,25
Okuryazar	19	14,0	13,68±16,23	2,63±7,88	14,03±32,04	25,65±24,81	41,68±24,56	22,89±19,53	40,00±27,66	17,10±17,81
Ortaöğretim-üstü	74	54,4	24,39±24,64	11,48±28,42	14,41±32,20	34,45±25,99	46,91±24,79	28,17±23,34	53,82±24,17	25,94±22,07
Test ve önemlilik			F=7,961 p=0,001	F=1,550 p=0,216	F=0,401 p=0,670	F=2,119 p=0,124	F=0,668 p=0,514	F=2,775 p=0,066	F=3,158 p=0,046	F=2,004 p=0,139
Medeni durum										
Evlü	101	74,3	21,23±22,99	9,40±25,70	14,19±32,09	30,69±25,34	48,00±23,69	27,67±21,96	46,06±25,34	25,59±21,34
Bekâr	35	25,7	9,14±12,51	5,00±17,98	8,57±24,71	30,00±22,72	35,31±23,00	15,00±18,02	49,00±27,47	14,71±17,10
Test ve önemlilik			U=1211,50 p=0,005	U=1697,00 p=0,560	U=1661,00 p=0,432	U=1758,50 p=0,964	U=1226,00 p=0,007	U=1130,00 p=0,001	U=1665,50 p=0,608	U=1215,50 p=0,005
Gelir düzeyi										
Kötü	39	28,7	10,12±13,88	6,41±21,24	16,23±34,93	25,64±24,32	43,69±23,81	21,53±19,83	46,53±27,06	20,51±18,27
Orta	76	55,9	18,68±22,20	8,55±24,68	12,28±29,73	31,25±23,40	42,68±24,38	24,40±21,95	48,19±24,10	21,77±20,98
İyi	21	15,4	30,95±24,21	10,71±26,89	7,93±23,34	36,90±28,63	54,09±22,36	36,90±28,63	42,38±30,11	30,71±23,73
Test ve önemlilik			KW=11,721 p=0,003	KW=0,849 p=0,654	KW=0,484 p=0,785	KW=3,272 p=0,195	KW=4,105 p=0,128	KW=1,773 p=0,412	KW=1,867 p=0,393	KW=2,968 p=0,227
Meslek										
Ev hanımı	32	23,5	16,25±16,01	5,46±15,20	8,33±25,40	27,34±23,20	50,75±23,90	22,65±20,11	34,60±20,42	26,25±19,13
İşçi	5	3,7	37,00±32,71	15,00±22,36	6,66±14,90	37,50±39,52	56,00±19,79	34,00±21,03	51,00±37,52	47,00±13,03
Emekli	74	54,4	17,97±22,55	6,75±22,39	13,51±31,65	29,56±23,64	42,37±24,96	22,16±21,13	51,85±25,02	18,78±20,42
Serbest meslek	25	18,4	17,20±21,11	15,00±35,35	17,33±34,85	36,00±26,34	41,76±24,54	31,40±24,47	46,70±28,20	25,40±21,83
Test ve önemlilik			KW=2,887 p=0,409	KW=3,224 p=0,358	KW=1,319 p=0,725	KW=1,766 p=0,622	KW=4,370 p=0,224	KW=4,015 p=0,260	KW=9,646 p=0,022	KW=11,248 p=0,010

TABLO 3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçüğü alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (devamı).

Sosyodemografik özellikler	n	%	Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları		Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları		Sosyal fonksiyon		Mental sağlık		Enerji/vitalite		Ağrı		Sağlığın genel algılanması			
			X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Sigara kullanımı																		
Hayır	121	89,0	16,94±20,88	p=0,061	8,88±24,97	p=0,387	10,46±27,56	p=0,018	30,16±23,86	p=0,882	45,02±23,57	p=0,609	24,17±21,35	p=0,742	44,81±25,09	p=0,011	22,89±20,70	p=0,913
Evet	15	11,0	27,66±24,11	U=644,000	3,33±12,90	U=832,500	31,11±44,48	U=677,000	33,33±30,86	U=886,500	42,40±28,71	U=834,000	26,33±24,89	U=860,500	63,00±26,87	U=546,500	22,00±22,58	U=892,000
Test ve önemlilik																		
Tanı süresi																		
1-5 yıl	53	39,0	26,98±24,56	p=0,000	13,67±30,05	p=0,085	18,23±36,14	p=0,207	35,84±24,51	p=0,117	49,50±24,10	p=0,035	28,77±24,09	p=0,151	49,52±28,75	p=0,320	28,20±23,28	p=0,043
6-10 yıl	41	30,1	14,14±19,87	F=8,517	6,70±23,06	F=2,516	7,31±22,98	F=1,596	28,35±26,37	F=2,180	36,87±23,97	F=3,440	20,36±19,79	F=1,920	48,41±24,60	F=1,151	17,92±18,33	F=3,220
11 ve üstü yıl	42	30,9	10,83±13,78	p=0,000	2,97±12,59	p=0,085	11,11±28,19	p=0,207	25,89±22,15	p=0,117	46,38±22,78	p=0,035	22,85±19,63	p=0,151	41,84±22,82	p=0,320	20,71±18,62	p=0,043
Test ve önemlilik																		
Ek kronik hastalık																		
Evet	100	73,5	15,25±18,88	p=0,026	5,75±18,75	p=0,117	10,33±27,09	p=0,189	28,62±24,76	p=0,136	43,40±24,31	p=0,283	23,05±21,17	p=0,243	45,52±24,98	p=0,332	20,90±19,37	p=0,077
Hayır	36	26,5	26,11±25,94	t=-2,302	15,27±33,95	t=-1,598	19,44±37,69	t=-1,332	35,76±23,74	t=-1,499	48,44±23,39	t=-1,078	28,19±22,90	t=-1,179	50,41±28,12	t=-0,974	28,05±23,94	t=-1,781
Test ve önemlilik																		
Bakıma bağımlılık durumu																		
Bağımlı	22	16,2	2,95±8,11	p=0,000	2,27±7,35	p=0,006	4,54±21,32	p=0,033	23,29±20,87	p=0,153	39,81±25,16	p=0,424	16,36±18,84	p=0,015	38,52±23,98	p=0,146	11,81±15,31	p=0,003
Yarı bağımlı	75	55,1	12,53±13,16	p=0,000	4,00±16,96	p=0,006	10,66±28,02	p=0,033	29,33±22,55	p=0,153	44,32±23,62	p=0,424	22,80±19,85	p=0,015	46,33±24,77	p=0,146	22,13±18,74	p=0,003
Bağımsız	39	28,7	37,43±26,07	KW=44,763	19,87±35,43	KW=10,082	21,36±37,06	KW=6,824	36,85±29,09	KW=3,749	48,30±24,44	KW=1,715	32,05±24,56	KW=8,445	52,43±28,03	KW=3,855	30,25±24,49	KW=11,343
Test ve önemlilik																		
Sağlığı algılama																		
Kötü	91	66,9	13,13±16,69	p=0,002	2,74±13,66	p=0,000	5,86±19,62	p=0,002	22,80±20,63	p=0,000	37,27±23,05	p=0,000	17,03±18,48	p=0,000	43,76±26,05	p=0,043	13,84±16,46	p=0,000
Orta	30	22,1	27,83±27,09	p=0,002	15,83±29,71	p=0,000	23,33±40,25	p=0,002	43,33±24,94	p=0,000	56,93±20,06	p=0,000	36,33±19,95	p=0,000	55,83±25,04	p=0,043	38,00±16,58	p=0,000
İyi	15	11,0	29,00±25,01	KW=12,309	26,66±42,74	KW=16,938	33,33±45,42	KW=17,988	51,66±24,48	KW=27,633	65,60±14,08	KW=28,311	45,33±19,59	KW=32,535	47,33±22,70	KW=6,307	46,66±15,66	KW=51,446
Test ve önemlilik																		

SS: Standart sapma; KW: Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney U testi.

TABLO 4: Durumluk/sürekli kaygı ölçeği ile yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişki.

Yaşam kalitesi ölçeği	Durumluk kaygı		Sürekli kaygı	
	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
Fiziksel fonksiyon	0,007	0,939	-0,328	0,000
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	0,032	0,710	-0,092	0,287
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	-0,068	0,434	-0,313	0,000
Sosyal fonksiyon	-0,088	0,310	-0,259	0,002
Mental sağlık	-0,301	0,000	-0,389	0,000
Enerji/vitalite	0,097	0,263	-0,404	0,000
Ağrı	0,024	0,784	-0,190	0,026
Sağlığın genel algılanması	-0,267	0,002	-0,403	0,000

TARTIŞMA

KOAH; yaşamı tehdit eden, kişiye otonomisini kaybettiren, önemli aktivitelerin ve ilişkilerin değişmesine neden olan, fiziksel ve ruhsal açıdan uyum gerektiren zorlu bir hastalıktır. Yaşanan semptomlar, bireylerde izolasyon, kaygı ve depresyon oluşumuna neden olarak yaşam kalitesini etkilemektedir.² KOAH tanılı olan bireylerde kaygı düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 55,43±19,48, 51,49±14,84 ve orta düzeyde kaygı yaşadıkları, başka bir çalışmada ise katılımcıların toplam kaygı ortalama puanının 39,4±0,6 olduğu ve hafif düzeyde kaygı yaşadıkları bulunmuştur.^{17,18} KOAH olan bireylerde kaygı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan sırasıyla 41,63±5,16, 48,22±5,99'dur ve orta düzeyde kaygı yaşadıkları bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada en yüksek puan mental sağlık, en düşük puan ise genel sağlık alt boyutunda olup, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir.¹⁹ Bu çalışmada yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları en yüksek ağrı, en düşük fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutunda olup, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ağrı alt boyutu puan ortalamasının yüksek olması, ağrı veya ağrıya bağlı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık olmadığını, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu puan ortalamasının düşük olması ise fiziksel sağlığın bozulması sonucu, iş yaşamında ya da diğer

günlük aktivitelerde sorunlar olduğunu göstermektedir,

Yapılan çalışmada cinsiyetin kaygı düzeyini etkilemediği, ancak erkeklerin daha fazla kaygı yaşadığı diğer çalışmalarda ise erkeklerin daha az kaygı yaşadıkları belirtilmiştir.^{18,20,21} Bu çalışmada cinsiyetin, durumluluk kaygı düzeyini etkilediği ve erkeklerin daha fazla kaygı yaşadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, araştırmaya katılanların çoğunluğunu erkek bireylerin oluşturması, kültürel ve sosyal faktörlerin bu sonuçlarda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda medeni durumun kaygı düzeyini etkilemediği saptanmıştır.^{20,22} Bu çalışmada ise medeni durumun sürekli kaygıyı etkilediği ve bekârların sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda ek kronik hastalığı olanlarda kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{20,22} Bu çalışmada ise literatürle benzer olarak ek kronik hastalık varlığının, sürekli kaygıyı etkilediği ve ek kronik hastalığı olanların sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. KOAH'a eşlik eden birden fazla hastalığın, bireyin daha fazla güç kaybına, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde zorlanmasına ve ruhsal sorun yaşamasına yol açabileceğinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde KOAH hastalarında sigara kullanımının kaygı düzeyini etkilemediği belirtilmiştir.¹⁷ Literatür bulgusunun aksine bu çalışmada sigara kullanma durumunun, sürekli kaygıyı etkilediği ve sigara kullanmayanların sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmada sağlığı algılama durumuyla kaygı düzeyi arasında negatif yönde bir korelasyon belirlenmiştir.²¹ Bu çalışmada sağlığı algılama durumunun, sürekli kaygıyı etkilediği ve sağlık algısı kötü olanların daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları bulunmuştur. Bireyin kendi sağlığına ilişkin duygu, düşünce ve beklentilerinin olumsuz olması, kaygı düzeyinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

KOAH olan bireyler; hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, fiziksel fonksiyonlarda değişiklikler, ekonomik ve sosyal kısıtlamalar nedeniyle birçok problemlerle karşı karşıya kalmakta ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir.²³ Yaşam kalitesi, hastalığın bireyin günlük yaşantısını, sağlığını ve mutluluğunu ne ölçüde etkilediğini ölçmeye yardımcı olmaktadır. KOAH olan bireylerde yaşam kalitesinin ölçülmesindeki ana neden, bireylerde en iyi ve en kötü sağlık düzeyi arasındaki farklılıkları saptamaktır.²⁴ Bu çalışmada katılımcıların yaşı hariç diğer sosyodemografik özelliklerinin, yaşam kalitesi alt boyutlarından en az birini etkilediği ve yaşam kalitesi tüm alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Puanlardaki bu düşüklük, katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenirken, diğer çalışmalarda ise cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.²⁵⁻²⁸ Bu çalışmada cinsiyetin, yaşam kalitesi ağırlık alt boyutunu etkilediği ve kadınların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek olanların, yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir.^{25,27} Literatürde, bireylerin eğitim durumları arttıkça hastalığın yönetimini daha iyi sağladıkları, tedaviye ve hastalığa uyumlarının arttığı, verilen eğitimi benimseyerek yaşam kalitelerinin de olumlu yönde etkilendiği belirtilmektedir.²⁹ Bu çalışmada ise literatür bulgusuna paralel olarak eğitim durumunun yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarını etkilediği ve en az ortaöğretim mezunu olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum, yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerden biridir. Evli olma veya bir eşle ya-

şama durumu bireye birincil ve sürekli sosyal destek sistemi oluşturması, ekonomik yönden bireyi güçlendirmesi (çift gelir) ve yalnızlık duygusunu ortadan kaldırması yaşam kalitesinin yükselmesine yardımcı olmaktadır.³⁰ Bu çalışmada ise medeni durumun, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, mental sağlık, enerji/vitalite ve sağlığın genel algılanması alt boyutlarını etkilediği, evli olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, literatürle benzerlik göstermektedir.

Gelir düzeyi, ekonomik koşulların en önemli sağlayıcısıdır ve bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlıkları, yaşam doyumları ve dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir göstergedir.³⁰ Gelir düzeyi kötü olanların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır.^{25,27} Literatür bulgusuna benzer şekilde bu çalışmada da gelir durumu, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutunu etkilediği ve gelir durumu kötü olanların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak gelir düzeyi yaşam kalitesini belirleyen temel değişkenlerden biri olmayıp, ekonomik şartları iyi olan bireylerin zaman yönetimi sağlayamama, günlük yaşamdaki faaliyetlerden zevk almama, belirlediği amaçlara ulaşamama gibi nedenlere bağlı olarak da yaşam kalitelerinin düşük olabileceği de unutulmamalıdır.

Yapılan çalışmada aktif çalışan bireylerin, emekli olan bireylere göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²² Bu çalışmada ise mesleğin, yaşam kalitesi ağırlık ve sağlığın genel algılanması alt boyutunu etkilediği, ağırlık alt boyutunda ev hanımlarının ve sağlığın genel algılanması alt boyutunda ise emeklilerin puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların, ekonomik durumun, hizmet süresinin ve mesleki statünün artmasıyla birlikte sosyal olanakların iyileşmesi ve iş doyumunun sağlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

KOAH'da önemli risk faktörü olan sigara kullanımı, hastaların sağlık durumunu ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Yapılan çalışmada sigara kullanan bireylerde yaşam kalitesi daha yüksek bulunurken, diğer çalışmalarda ise yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirtilmiştir.^{26,28,31} Sigara kullanma durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^{25,27} Bu araştır-

mada ise sigara kullanma durumunun, yaşam kalitesi emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve ağrı alt boyutunu etkilediği ve sigara kullanmayanların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan sonuçların farklılığının, hâlen sigara içen bireylerin hastalığın daha az ileri evresinde olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada tanı alma süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.²⁷ Bu araştırmada ise literatür bulgusuna paralel olarak tanı süresinin, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, mental sağlık ve sağlığın genel algılanması alt boyutlarını etkilediği ve tanı süresi 5 yılın üzerinde olanların puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tanı alma süresinin uzamasıyla birlikte hava akım kısıtlılığının artması, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması gibi nedenlerin sonuçların ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

KOAH'a eşlik eden hastalıklar, hastalığın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde etkileyerek, hastalarda yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmaktadır.^{22,25,27,28} Araştırmada ek kronik hastalık varlığının, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutunu etkilediği ve ek kronik hastalığı olanların puan ortalamasının, daha düşük olduğu belirlenmiştir.

KOAH tanısıyla izlenen geriatric bireylerle yapılan bir çalışmada, bakım bağımlılığının önlenerek ve hafifletilerek yaşam kalitesinin artırılabilirliği belirtilmiştir.³² Bu araştırmada bakıma bağımlılık durumunun, yaşam kalitesi sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı alt boyutları dışında tüm alt boyutlarını etkilediği ve bakımda bağımlı olanların puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. KOAH'da yaşanan semptomlar; fiziksel aktivite, kişisel bakım, giyinme, yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde hastaların zorlanmasına, bağımsızlıklarının azalmasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Sağlığı algılama, bireylerin subjektif sağlık durum değerlendirmelerini yansıtmakta ve bireyin bütüncül yaklaşarak fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık durum değerlendirmesini sağlayan önemli bir göstergedir.³³ Bu araştırmada sağlığı algılamayla yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olup, sağlık algısı kötü olanların yaşam kalitesi puan

ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Sağlığını kötü olarak algılayan bireyler, hastalık semptomlarını daha fazla deneyimlediği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi, kronik hastalığı olan bireylerde önemli olduğundan dolayı sağlığı algılamaya yönelik durum saptamasının yapılması, sağlık çalışanları için yol gösterici olabilir.

KOAH hastaları, özellikle ileri aşamalarda benlik saygısı, duygusal işlevsellik ve yaşam kalitesinde önemli bir değişiklik yaşadıkları için psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır.³⁴ Yapılan metaanaliz çalışmasında KOAH olan bireylerde, anksiyetinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren birçok çalışmanın olduğu belirtilmiştir.³⁵ Araştırmaya katılan bireylerin süreklilik kaygı durumunun, yaşam kalitesi fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puan ortalamalarını negatif yönde etkilediği bulunmuştur.

SONUÇ

KOAH olan bireylerin orta düzeyde kaygı yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Katılımcıların kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Kronik hastalığa eşlik eden anksiyete/kaygı gibi psikiyatrik komorbiditeler, bireylerin tedavi ve bakım sürecini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylere, hastalığa yönelik tedavi ve bakımın yanı sıra psikososyal desteğin de verilmesi önerilmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2020 report). 2020. [\[Link\]](#)
- Çevik Akyl R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Durma Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. p.75-93. [\[Link\]](#)
- Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. © www.tuik.gov.tr (26-33). Ölüm nedeni istatistikleri 2018. Erişim tarihi: 05.01.2021. Erişim linki: [\[Link\]](#)
- Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. KOAH'lı hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. [The relationship between psychological resilience and life satisfaction in COPD patients]. J Psychiatric Nurs. 2019; 10(2):111-6. [\[Link\]](#)
- Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. Respir Res. 2017;18(67):1-11. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2019;6(10):117-35. [\[Link\]](#)
- Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. Eur Respir Rev. 2014;23(133):345-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Başer Baykal N. Yaygın anksiyete bozukluğunun Türkiye'deki yaygınlığı, ek tanıları ve tedavisinin incelenmesi. [A review on generalized anxiety disorder: epidemiology, comorbidity and treatment in Turkey] Akad Sos Araştırmalar Derg. 2017;5(54):539-48. [\[Crossref\]](#)
- Ivziku D, Clari M, Piredda M, De Marinis MG, Matarese M. Anxiety, depression and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients and caregivers: an actor-partner interdependence model analysis. Qual Life Res. 2019;28(2):461-72. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Blakemore A, Dickens C, Guthrie E, Bower P, Kontopantelis E, Afzal C, and Coventry P. Depression and Anxiety Predict Health-Related Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Chron Obstruc Pulmon Dis. 2014;501. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Çil Akıncı A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi. [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. Türkiye Klin J Intern Med Nurs-Special Top. 2017;3(3):154-61. [\[Link\]](#)
- Arslan DT, Ağırbaş İ. Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. [Measurement of health outcomes: QALY and DALY]. Sağ Perf Kal Derg. 2017;13(1):99-126. [\[Link\]](#)
- Gökçek Ö, Doğru Hüzmeli E, Katayıfçı N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. [The effect of dsypnea on quality of life and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. ACU Sağlık Bil Derg. 2019;10(1):84-8. [\[Crossref\]](#)
- Rafii F, Haghani H, Heidari Beni F. Health-related quality of life and related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Client-Centered Nurs Care. 2017;3(1):45-50. [\[Crossref\]](#)
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekliliği Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983. [\[Link\]](#)
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Fişek G, Memiş A. Form 36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. [Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36)]. J Med Treat. 1999;12(2):102-6. [\[Link\]](#)
- Özdaş MS, Mıdık Özpak A, Fidancı İ, Yengil Taci D, Arslan İ, Çelik M, et al. KOAH hastalarında sigara bağımlılık düzeyinin hastaların kaygı düzeyine etkisi. [The effect of smoking dependence level on patients' anxiety levels of COPD patients]. J Contemp Med. 2020;10(3):354-8. [\[Crossref\]](#)
- Di Marco F, Verga M, Reggente M, Maria Casanova F, Santus P, Blasi F, Allegra L, Centanni S. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity. Respir Med. 2006;100(10):1767-74. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Karagülle Ç, Can Çiçek S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. [The effect of disease perception on quality of life of individuals with chronic obstructive pulmonary disease]. Turkish Journal of Science and Health. 2020;1(2):36-49. [\[Link\]](#)
- Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. [Determination of the conditions of anxiety, depression and social support among the patients with COPD]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2010;13(2):79-86. [\[Link\]](#)
- Hynninen MJ, Pallesen S, Nordhus IH. Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2007;2(3):323-8. [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Levi M, de Battle J, et al; PAC-COPD Study Group. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. Health Qual Life Outcomes. 2010;27;8:108. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. [Living with chronic obstructive pulmonary disease from the perspective of patients: a phenomenological study]. Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2012;20(3):177-83. [\[Link\]](#)
- Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan (KOAH) hastalarda fonksiyonel performans, yaşam kalitesi ve solunum parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Investigation of the relationship between functional performance, quality of life and respiratory parameters in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)]. Nobel Med. 2012;8(2):91-7. [\[Link\]](#)
- Kwon HY, Kim E. Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016;11:103-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, Siafakas N, van der Molen T. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. Prim Care Respir J. 2011;20(3):257-68. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Rosińczuk J, Przynsłak M, Uchmanowicz I. Sociodemographic and clinical factors affecting the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;12;13:2869-82. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Aldan G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispne, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019. [\[Link\]](#)
- Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğine yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanımlarının ilişkisi. [Relationships between anxiety depression levels and socio-demographical factors and diagnoses of the patients admitted in the department of chest diseases]. Türkiye Klinikleri Arch Lung. 2006;7(1):11-5. [\[Link\]](#)
- Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. [Quality of life and indicators]. J Acad Res Stud. 2016;8(15):137-50. [\[Crossref\]](#)
- Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, de Haan M. Determinants of different dimensions of disease severity in asthma and COPD: pulmonary function and health-related quality of life. Chest. 2001; 119(4):1034-42. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)

32. Çakıcı M, Gök Metin Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan geriyatrik bireylerde dispne, bakım bağımlılığı ve kırılabilirlik arasındaki etkileşim. [Interaction between dyspnea, care dependency, and frailty in geriatric individuals with chronic obstructive pulmonary disease]. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2020;34(3):95-104. [\[Link\]](#)
33. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. [The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life]. TAF Prev Med Bull. 2016;15(3): 181-9. [\[Crossref\]](#)
34. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. Chest. 2005; 127(4):1205-11. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
35. Tabar NA, Alshraideh JA. Correlates and predictors of health-related quality of life among patients with COPD: an integrative review. Open J Nurs. 2019;9(12):1203-25. [\[Crossref\]](#)