



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KOAH
HASTALARINDA KOAH ŞİDDETİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Dr. Zübeyr ÖĞÜT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2025



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KOAH
HASTALARINDA KOAH ŞİDDETİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

Dr. Zübeyr ÖĞÜT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem Polat

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2025

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűrecinde baőından sonuna her detayda benden bilgi ve tecrűbelerini esirgemeyen űđrencisi olmayı bűyűk űans olarak gűrdűđđm, saygıdeđer hocam, tez danıőmanım Doç. Dr. Őzlem Polat'a,

Uzmanlık eđitimimin baőından itibaren her konuda tecrűbesine danıőabildiđim, akademik ve sosyal desteđini esirgemeyen deđerli hocam Prof. Dr. Sadık Sami Hatipođlu'na,

İlgisini, sevgisini ve desteđini benden bir an olsun esirgemeyen kıymetli yol arkadaőım Didar Kayaođlu Őđűt'e ve kendimden çok sevdiđim biricik kızım Esmâ Defne Őđűt'e teőekkűrlerimi sunarım.

Dr. Zűbeyr ŐĐŪT
İstanbul-2025

BEYAN

“Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran KOAH Hastalarında KOAH Şiddeti ile Depresyon İlişkisi ” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütun safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasında elde edilmeyen bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, belirtilen kaynakların hepsini kaynaklar başlığı altına eklediğimi, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Zübeyr ÖĞÜT

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. KOAH	2
2.1.1. KOAH Epidemiyolojisi	2
2.1.2. KOAH Prevalansı	3
2.1.3. KOAH Risk Faktörleri	3
2.1.4. KOAH Tanısı	4
2.1.5. KOAH Tedavisi	5
2.1.5.1 Farmakolojik Tedavi	5
2.1.5.2 İlaç Dışı Tedavi	7
2.1.5.3 Cerrahi Tedavi	7
2.2. DEPRESYON	8
2.2.1. Depresyonun epidemiyolojisi	8
2.2.2. Depresyonun tanısı	9
2.2.3 Depresyon tedavisi	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	12
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	12
3.3. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	13
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	13
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	14
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	14
4. BULGULAR	15
5. TARTIŞMA	28

5.1 Araştırmanın Kısıtlılıkları	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	32
7. KAYNAKLAR	33
8. EKLER	37
8.1. ANKET FORMU	37
8.2. CAT TESTİ	38
8.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	39



KISALTMALAR

AAT: Alfa 1 anti tripsin

cAMP: Siklik Adenozin Monofosfat

CAT: COPD Assesment Test

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (KOAH)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

FEV1: 1. Saniye Zorlu Ekspirasyon Hacmi

FVC: Zorlu Vital Kapasite

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

IKS: İn hale kortikosteroid

IL: İnterlökin

LABA: Uzun Etkili β 2 Agonist

LAMA: Uzun Etkili Muskarinik Antagonist

MMPs: Matriks metalloproteinler

SABA: Kısa Etkili β 2 Agonist

SAMA: Kısa Etkili Muskarinik Antagonist

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

TGF- β : Transforming growth factor beta

TNF- α : Tümör nekroz faktörü

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri	15
Tablo 2: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özellikleri	15
Tablo 3: Hastaların tanı alma zamanına göre takiplerinin oranları	16
Tablo 4: Hastaların KOAH tanısı alma zamanına göre depresyon tanısı alma durumları	17
Tablo 5: Hastaların KOAH takiplerine devam durumlarına göre depresyon tanısı alma durumları	17
Tablo 6: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre CAT skorları	18
Tablo 7: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre CAT skorları	19
Tablo 8: CAT toplam puan grupları yüzdesi	19
Tablo 9: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre CAT skoru puan grupları	19
Tablo 10: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre CAT puan grupları	21
Tablo 11: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları	22
Tablo 12: Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları yüzdesi	23
Tablo 13: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları	23
Tablo 14: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları	24
Tablo 15: Hastaların yaş, CAT Skoru, BECK Skoru ve Paket/yıl değerlerinin korelasyonu	25
Tablo 16: Hastaların CAT Skorlarına Göre BECK Skoru puanları	26
Tablo 17: Erkek ve Kadın Hastaların CAT Skorlarına Göre BECK Skoru puanları	27

ÖZET

Amaç: KOAH nefes darlığı, öksürük, balgam gibi şikayetlerle seyredabilen, uyku kalitesini bozabilen, efor gerektiren aktiviteleri etkileyebilen, şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin ciddi bir şekilde bozulduğu ve buna bağlı olarak kişide yetersizlik hissine kapılmaya, asosyal yaşam tarzına neden olabilen bir hastalıktır. Yaptığımız bu çalışmanın amacı; KOAH'lı hastalarda KOAH şiddeti ile depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi ve etkileyen diğer faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmamız, 01.06.2024-01.12.2024 tarihleri arasında İstanbul ili Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran KOAH tanılı erişkin hastalarla, araştırmacı tarafından hazırlanmış 10 soruluk sosyodemografik veriler, 8 soruluk CAT ölçeği ve 21 soruluk Beck depresyon ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 125 hasta katılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 125 hastanın %76,8'i (N=96) erkek, %23,2'si (N=29) kadındı. 17 puan ve üzeri depresyon açısından anlamlı kabul edilen Beck depresyon ölçeğinden alınan toplam puanlara göre, hastaların %63,2'sinin 0-16 puan grubunda (N=79) yer aldığı, %36,8'inin 17 puan ve üstü grubunda (N=46) yer aldığı tespit edildi. 21 puan ve üzerini CAT açısından anlamlı kabul ettiğimiz CAT skorlarına göre, hastaların %67,2'si düşük (0-20) puan grubunda (N=84) yer alırken, %32,8'i yüksek (21-40) puan grubunda (N=41) yer aldığı tespit edildi. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara içimi, eşlik eden kronik hastalıkların varlığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastaların CAT ve BECK Skorlarının yaş ile birlikte arttığı, CAT Skorları arttıkça BECK Skorlarının arttığı bulundu.

Sonuç: Çalışmaya katılan KOAH tanılı hastalarının depresyon oranının genel popülasyondaki depresyon oranından yüksek olduğu, KOAH şiddeti arttıkça depresyon görülme sıklığının arttığı saptandı. Birinci basamakta hesaplanacak CAT skoru ile hastaların depresyon açısından değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünüldü.

Anahtar kelimeler: KOAH, depresyon, aile hekimliği



ABSTRACT

Objective: COPD is a disease that can progress with complaints such as shortness of breath, cough, sputum, disrupt sleep quality, affect activities that require effort, seriously impair quality of life as the severity increases, and accordingly cause a sense of inadequacy and asocial lifestyle. The aim of this study was to determine the relationship between severity of COPD and frequency of depression in patients with COPD and other factors affecting the relationship.

Materials and Methods: Our descriptive study was conducted with adult patients diagnosed with COPD who applied to the Family Medicine Outpatient Clinics of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital in Istanbul between 01.06.2024-01.12.2024, using a 10-question sociodemographic questionnaire prepared by the researcher, the 8-question CAT scale and 21-question Beck depression scale. The study included 125 patients. IBM SPSS Statistics 20 program was used for data analysis. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Of the 125 patients who participated in our study, 76.8% (N=96) were male and 23.2% (N=29) were female. According to the total scores obtained from the Beck Depression Inventory, where a score of 17 or higher is considered significant for depression, 63.2% of patients (N=79) were in the 0–16 score group, while 36.8% (N=46) were in the 17 or higher score group. According to CAT scores of 21 points and above, 67.2% of the patients were in the low (0-20) score group (N=84), while 32.8% were in the high (21-40) score group (N=41). No significant correlation was found between education level, income level, smoking, presence of concomitant chronic diseases and depression. It was found that CAT and BECK scores increased with age and BECK scores increased as CAT scores increased.

Conclusion: It was found that the rate of depression in patients with COPD who participated in the study was higher than the rate of depression in the general population, and the incidence of depression increased as the severity of COPD increased. It was thought that it would be useful to evaluate the patients in terms of depression with the CAT score to be calculated in primary care.

Keywords: COPD, depression, family medicine



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) nefes darlığı, öksürük, balgam gibi şikayetlerle seyredabilen, uyku kalitesini bozabilen, efor gerektiren aktiviteleri etkileyebilen, şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin ciddi bir şekilde bozulduğu ve buna bağlı olarak kişide yetersizlik hissine kapılmaya, asosyal yaşam tarzına neden olabilen bir hastalıktır.

Solunum fonksiyon bozukluklarının psikiyatrik hastalıkların oluşumuna neden olduğunu gösteren epidemiyolojik veriler, KOAH'ın depresyonun patogenezi katılımlarının kanıtıdır(1). Yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastalarda depresyon belirtilerinin arttığı gösterilmiştir(1). Potoczek ve arkadaşlarının yaptığı çalışma KOAH'lı hastalardaki depresyon prevalansının normal popülasyondan daha fazla olduğunu göstermiştir(2). Ayrıca KOAH'lı hastalarda dispne gibi şikayetler ile uyku kalitesinin düştüğü sonucuna varılmıştır. Uyku kalitesinin düşmesi ile depresyon bulgularının görülme sıklığı artmaktadır(3). Ayrıca KOAH'lı hastalarda azalan solunum kapasitesine bağlı olarak efor toleransı azalmaktadır. Bunun sonucunda meydana gelen günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar depresyon nedenlerinden biridir(4).

KOAH'lı hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise depresyon prevalansı % 42 iken, orta ve şiddetli KOAH tanısı olan hastalarda bu oranın % 50'ye yaklaştığı görülmüştür(5). Ayrıca KOAH'lı hastalarda depresyonun 30 günlük yeniden hastaneye yatış ve KOAH'ın akut alevlenme riskini arttırdığı ortaya koyulmuştur(6).

KOAH ile depresyon arasındaki ilişki, üzerinde pek çok araştırma yapılmış bir konudur. Bu çalışmada daha önce KOAH tanısı almış erişkin bireylere uygulanan 10 soruluk sosyodemografik anket, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Assessment Test (CAT) Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği sonucunda; KOAH hastalarında depresyona yatkınlığının belirlenmesi, KOAH şiddeti ile depresyon yatkınlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH

KOAH; bronşit, bronşiolit gibi hava yollarındaki ve/veya amfizem gibi alveollerdeki anormalliklerin neden olduğu, kalıcı, sıklıkla ilerleyici hava akımı tıkanıklığına bağlı dispne, öksürük, balgam çıkarma ve/veya alevlenmeler gibi kronik solunum semptomları ile karakterize heterojen bir akciğer rahatsızlığı olarak tanımlanır(7). Özellikle sigara gibi zararlı maddelere ve gazlara karşı hava yollarında ve pulmoner parankiminde kronik iltihabi cevapla karakterizedir. Progresif ve sürekli havayolu kısıtlılığına neden olan, tam olarak geri dönüşü olmayan, fakat önlenilebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır(8).

Şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyreden KOAH'a eşlik eden komorbid hastalıklar, hastalığın doğal seyrini etkiler. KOAH ile direkt ilişkili olsun ya da olmasın, ateroskleroz, kalp yetersizliği, pulmoner hipertansiyon gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları, diyabetes mellitus, osteoporoz gibi endokrinolojik anomaliler, beslenme bozuklukları, kaşeksi, malnutrisyon, anemi, depresyon gibi komorbid hastalıklar; KOAH'ın prognozunu ve şiddetini negatif yönde etkiler(9).

2.1.1. KOAH Epidemiyolojisi

Son birkaç yüzyıldır nüfusun giderek yaşlanması, beslenme yetersizliği, su kirliliği, non-hijyenik koşullar, ev içi kirlilik gibi geleneksel risk faktörlerinin zamanla azalması, bunun yerine sigara, fiziksel inaktivite, obezite, mesleki maruziyet, hava kirliliği gibi yeni risk faktörlerinin artması hastalık kalıplarının da değişmesine neden olmuştur. Enfektif hastalıkların zaman içerisinde azalmasına karşın, kronik hastalıklar zaman içerisinde artarak en fazla ölüm ve morbidite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle 20.yüzyılda artan küreselleşme, hızlı şehirleşme, beklenen yaşam süresinin artması ve batılı yaşam tarzının yaygınlaşması; tütün kullanımı, iç-dış ortam hava kirleticiler, allerjenler, mesleki maruziyet, sağlıksız diyet, obezite ve sedanter yaşam tarzı gibi insan sağlığını büyük oranda etkileyen yeni risk faktörlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tüm bu süreç KOAH gibi kronik hastalıkların toplumlar içerisinde artış göstermesine zemin hazırlamıştır(10).

2.1.2. KOAH Prevalansı

KOAH prevalansını ölçmede; bireye ait subjektif verilere bağlı hekim tanı KOAH prevalansı, ölçeklerle belirlenen solunumsal bulguların prevalansı ve akciğer hava akımı kısıtlanmasının varlığına dayalı prevalans gibi yaklaşımlar tercih edilmektedir. Kullanılan yöntemeye bağlı olarak birbirinden farklı değerler bildirilmiştir. Prevalans hastanın verilerine bağlı hekim tanısı ile en düşük, belirlenmiş ölçekler ile yapılan taramalarda en yüksek, spirometri ile hava akımı kısıtlanmasının tespit edildiği durumlarda ise iki değer arasında bir veri elde edilmektedir. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD) yayınlandığı rehberlerle KOAH tanısında spirometriye ihtiyaç olduğu çoğunlukla kabul edilmiş ve günümüzde en azından epidemiyolojik çalışmalarda bu yaklaşım altın standart haline gelmiştir(11).

40 yaş ve üzerindeki erişkinlerde KOAH görülme sıklığı tüm dünyada %4-20 ve Asya ülkelerinde yaklaşık olarak %6.3' tür. 2030'da küresel hastalık yükünün yedinci sırasında olacağı öngörülmektedir(12). 2000'li yılların başlarında mortalitenin en sık 5.nedeni olan KOAH'ın 2030 yılında mortalitenin en sık 4.nedeni olacağı tahmin edilmektedir(11). Fakat 2021 yılı itibari ile KOAH mortalitenin en sık 4. nedeni olmuştur ve yılda yaklaşık 3.23 milyon insan hayatını kaybetmiştir(13). Ayrıca Hansell ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile KOAH'a bağlı ölümlerin yalnızca %57'sinde KOAH'ın primer ölüm sebebi ya da komorbidite olarak bildirildiğini göstermiştir. Bu da KOAH'ın mortalite oranının çok daha düşük hesaplanmasına neden olmaktadır(14).

2.1.3. KOAH Risk Faktörleri

KOAH gelişimine yol açan en sık genetik faktör serin proteazların majör dolaşım inhibitörü olan alfa-1 antitripsin(AAT) eksikliğine yol açan SERPINA1'deki mutasyonlardır(7). Bronşektazi, siroz ve dermatolojik hastalıkların gelişiminde de etkili olan AAT eksikliğinin tüm bireylerde ve KOAH'lılarda prevalansı, ırk ve coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Genetik mutasyonun prevalansı Tüm Dünya'da 0.001 ile 0.0001 arasında tahmin edilmektedir. Çevresel ya da mesleki gibi bariz risk faktörü bulunmayan ve erken yaşta ortaya çıkan amfizem ağırlıklı KOAH'lı hastalarda, mutlaka AAT eksikliği düşünülmelidir(11).

AAT eksikliğinden başka tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α), matriks

metalloproteinler (MMPs), antioksidan enzimler üzerinde etkili genler, transforming growth factor-beta1 (TGF- β 1) ve İnterlökin6 (IL-6), IL-10 salınımını düzenleyici genlerin KOAH'ın ortaya çıkmasında önemli olabileceği düşünülmüştür(15). Ağır AAT eksikliği dışındaki diğer genetik faktörlerin ortaya çıkması için çevresel veya mesleki faktörler ile tetiklenmesi gerekmektedir(11).

KOAH'ın en sık ve önlenebilir nedeni sigaradır. KOAH prevalansı sigara içenlerde yaklaşık olarak %20'dir. İlerleyen yaşlarda bu oran ciddi bir şekilde yükselir. 30 yaşından büyük sağlıklı bireylerde, 1. Saniye Zorlu Ekspirasyon Hacmi (FEV1) değerlerinde 30 ml/yıl civarında bir azalma olması normal kabul edilebilir. Sigara içen, dumanına maruz kalan ve sigara dumanına karşı hassas olan bireylerde bu azalma belirgin olduğundan, artan yaş ile klinik olarak semptomatik KOAH ciddi şekilde beklenir. Eşlik eden birçok risk faktörü olmasına rağmen KOAH hastalarının %75'i civarında ön planda sigaranın sorumlu olduğu düşünülmüştür(11).

Fabrikalar, tesisler, inhale edilme tehlikesi olan kimyasal maddelerle çalışılan ortamlar, hayvanların beslendiği ortamlar gibi işyerlerinde akciğerlere hasar verebilen çeşitli partikül ve maddelere solunum yolu ile kronik maruziyetine mesleki maruziyet denir. Meslek maruziyet tek başına düşünülme yerine sigara, genetik yatkınlık ve diğer risk faktörleri ile birlikte düşünülmelidir(11).

Sigara içmeyen kadınlarda KOAH'ın en sık nedenlerinden biri iç ortam hava kirliliğidir. İç ortam hava kirliliğinin en önemli sebebi biomas maruziyeti, ısınma veya yemek pişirmek amacıyla her türlü organik maddenin yetersiz izolasyon ile yakılması ve bu sırada ortaya çıkan zararlı gaz ve partiküllere nefes yoluyla maruziyeti demektir. Gelişmiş ülkeler hariç diğer ülkelerdeki tüm KOAH vakalarının neredeyse %20'sinden biyomasa maruz kalınması sorumlu tutulmaktadır(11).

2.1.4. KOAH Tanısı

Kronik öksürük, balgam çıkarma, dispne ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü olanlarda KOAH düşünülmelidir. KOAH şüphesi olan tüm hastalarda kesin tanı amacıyla spirometre yapılmalıdır. Risk faktörleri ve bulguları olan kişilerde, bronkodilatör uygulamasından en az 15 dakika sonra solunum fonksiyon testinde(SFT) ölçülen FEV1 /FVC oranının %70'den az olması sonucunda kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığının gösterilmesi ile KOAH tanısı konur(11). Ayrıca

FEV1 hava akımı tıkanıklığının ciddiyetini belirlemeye yarar. Bununla birlikte bronkodilatör uygulaması sonrası FEV1 /FVC oranı tek bir spirometrik ölçümde 0,6 ile 0,8 arasında ise, bu durum farklı bir zamanda tekrarlanan spirometri ile doğrulanmalıdır. Çünkü bazı hastalarda oran farklı bir zamanda ölçüldüğünde sonucu değişebilir. Fakat başlangıçtaki bronkodilatör sonrası FEV1/FVC oranı <0,6 olduğunda, kendiliğinden 0,7'nin üzerine çıkması beklenen bir durum değildir(7).

2.1.5. KOAH Tedavisi

2.1.5.1. Farmakolojik Tedavi: Bronkodilatasyon yapan ilaçlar semptom gösteren hastalar için tedavinin temel taşıdır. Ataklar ve remisyona dahil olmak üzere tedavinin tüm aşamalarında kullanılır. Tedavi cevap kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve bundan dolayı semptomatik hastaların yakından takibi gereklidir. Tedavi semptomlarının sık görülmesi ve şiddetiyle komplikasyonların detaylıca değerlendirilip kişiye özel olarak düzenlenebilir. Tedaviye cevabı, ilaç etkinliği, kullandığımız ilaçların yan etkisi, hastanın inhalasyon tedavisine uyumu gibi birçok faktör etkiler. Semptomatik hastaların bir kısmında beta(β_2) agonistler ile bir kısmında da antikolinerjikler ile semptomlarda azalma sağlanır. Antikolinerjik, β_2 agonist ve teofilin güncel olarak kullanılmakta olan bronkodilatatörlerdir. Monoterapiye tercihen kombine tedavi spirometrik ölçümlerde ve hastalığın şiddetinde daha fazla iyileşme sağlar(7).

Muskarinik reseptör blokajı ile bronkodilatasyon sağlayan antikolinerjik ilaçlar etki süresine göre kısa etkili(SAMA) ve uzun etkili(LAMA) olmak üzere iki gruptur. İpratropium bromürün etkisi kısadır; her üç muskarinik reseptörlerin non-selektif antagonistidir. Etki ilaç kullanıldıktan yaklaşık 45 dakika sonra başlayıp, birkaç saat sonra en yüksek düzeye ulaşır ve yaklaşık 7 saat içinde etkisi kaybolur. Birçok çalışma ipratropium içeren tedavi protokollerinin KOAH'lı hastalarda anlamlı derecede semptomları azalttığını; spirometre ölçümleri ve hayat kalitesini anlamlı olarak arttırdığını göstermiştir. Antikolinerjik ilaçlar ile SABA birlikte kullanımında yan etkilerde anlamlı bir fark olmamasına rağmen hastalığın tedavisinde daha etkin olduğu gösterilmiştir. Uzun etkili antikolinerjik Tiotropium; muskarinik reseptörler üzerinde duyarlılığının ve özgüllüğünün ipratropiuma kıyasla daha fazla olması ile ayrılır. Uzun etkisi bağlandığı reseptörlerden yavaşça ayrılmasından kaynaklanır. Bu

sebeple 24-36 saat arasında etki gösterir. Etkisinin başlaması yaklaşık olarak yarım saat sürerken, 3.saatte pik yapar. Ara vermeden kullanıldığında 1hafta sonunda etkisi tepe noktaya ulaşır. Tiotropiumun FEV1 ve hayat kalitesini ciddi şekilde iyileştirdiği aynı zamanda semptom şiddetini ve sıklığını belirgin şekilde azalttığı gösterilmiştir(7).

Hücre içi Siklik Adenozin Monofosfatı (cAMP) uyararak bronkodilatasyon sağlayan β_2 agonistler aynı zamanda potasyum kanal aktivasyonu ile da etkili olurlar. Etki süresine göre kısa etkili(SABA) ve uzun etkili(LABA) olarak ikiye ayrılır. Kısa etkili β_2 -agonistler solunum yoluyla etkisi birkaç dakikada başlamakta, yarım saatte pik değere ulaştıktan sonra etkileri yaklaşık olarak 5 saat sürmektedir. Sürekli kullanımdan ziyade atak esnasında rol alan ilaçlardır. Uzun etkili β_2 agonistlerin etkisi minimum 10-14 saat arasındadır. β_2 agonistler ile ilgili bir çalışmada; uzun etkili β_2 agonistlerin akciğerin temel fonksiyonlarını iyileştirdiği, semptomların sıklığını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı, efor toleransını geliştirdiği gösterilmiştir(7).

Hücre içi cAMP düzeyini artırarak bronkodilatasyon sağlayan metilksantin grubundan olan Teofilinin etki gösterebilmesi için güvenli ilaç doz aralığı 10-20 mg/litredir. Bronkodilatör dozlarda solunum fonksiyonlarını iyileştirmekte, semptomların şiddetini düşürmekte ve semptomların görülme sıklığını düşürmekte, ancak gastrik irritasyon, bulantı, peptik ülser aktivasyonu, ventiküler ve supraventriküler taşikardi, refleks hipereksitabilite, irritabilite, tremor gibi yan etkiler sebebiyle β_2 agonistlerin ve antikolinergiklerin yeterli olmadığı zamanlarda tedavide Teofiline yer verilmesi düşünülür. Ayrıca antikonvülzan ilaçlar, rifampisin gibi plazma düzeyini azaltan ve eritromisin, kinolon grubu antibiyotikler, simetidin gibi plazma renin düzeyini arttıran ilaçlar ile dikkatli kullanılmalı, bu ilaçlar kullanılırken tedavi plazma teofilin düzeyine bakılarak düzenlenmelidir(7).

KOAH hastalarında sistemik kortikosteroidler, remisyon döneminde faydasının olmaması ve muhtemel yan etkisi sebebiyle tek başına veya uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Alevlenmeler sırasında kullanılabilir. Beklometazon, budesonid, flutikazon gibi inhale kortikosteroidler(İKS) çok şiddetli KOAH'da yılda birkaç defa alevlenmesi olursa veya astım ile KOAH ayrımının tam olarak belirlenemediği veya astımın eşlik ettiği hastalarda önerilmiştir(7).

2.1.5.2. İlaç Dışı Tedavi: KOAH tedavisi için başlangıçta hastaya eğitim verilmelidir. Tüm hastalara KOAH tedavisi için gereken solunum ilaçları ve inhaler cihazlar hakkında temel bilgiler, dispneyi minimal seviyede tutma stratejileri ve ne zaman hastaneye başvurmaları gerektiği konusunda bilgiler verilmelidir. Ayrıca KOAH'lı kişilerin yaklaşık %35-45'i hastalığa sahip olduklarını bilmelerine rağmen sigara içmeye devam etmektedir. Bunun sonucunda hastalığın ilerlemesi ve kontrol altında tutulması zorlaşmaktadır. Sigara içmeye devam eden tüm hastalara sigarayı bırakmaları için yardım edilmeli ve tedavi imkanı sunulmalıdır. GOLD 2023 raporuna göre yerel yönergelere bağlı olarak, hastalara daha önce aşılınmamışlarsa grip, pnömokok, coronavirus 2019, boğmaca ve zona hastalıklarına karşı aşı önerilmelidir(7).

KOAH hastalarında fiziksel aktivite azalır, bu nedenle tüm KOAH hastaları aktif kalmaya teşvik edilmelidir. Amaç, fiziksel aktiviteyi teşvik ederek düzenli sürdürülmesini sağlamaktır. Teknoloji tabanlı müdahaleler, egzersiz öz yeterliliğini artırmak ve hastaları sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaya eğitmek ve motive etmek için uygun ve erişilebilir araçlar sağlama potansiyeline sahiptir(16).

2.1.5.3. Cerrahi Tedavi: KOAH hastalarında büyük büller gelişebilir. Solunum işlevine katılmayan ve komplikasyona sebep olabilen büllere rezeksiyon gerekebilir. Bül rezeksiyonu yeni bir uygulama olmamasına rağmen cerrahi tekniklerin ilerlemesiyle beraber daha sık tercih edilmektedir. Bir diğer yöntem olan Akciğer hacim azaltıcı cerrahi işleminde, amfizemli kısımların rezeksiyonu uygulanır. Bundan dolayı solunum kaslarının çalışma gücü artarken, akciğerdeki elastik geri dönüş basıncı da artarak ekspiratuvar akım hızları düzeltilebilmektedir. Akciğer volüm azaltıcı cerrahi yöntemi ile; nefes darlığında azalma, akım hızları, akciğer volümleri, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinde artış, sağkalımla ilgili olarak ise uzun dönem de potansiyel düzelme sağlanabilmektedir(7).

Son olarak Akciğer transplantasyonu, çok ciddi KOAH'lı seçilmiş hastalarda düşünülebilir. Seçilecek hasta; akciğerin fonksiyonel kapasitesi, ortalama ömür ve sağkalım beklentisi, akciğeri etkileyebilecek ek hastalık gibi faktörler göz önünde bulunarak belirlenebilir. Mono ya da bilateral akciğer transplantasyonundan sonra genellikle nefes darlığı, öksürük, efor toleransı gibi solunumsal bulgular düzelir. Fakat

bu işlemten sonra immün sistem baskılandığından dolayı yüksek morbidite ve erken dönemde mortalite ciddi problem olarak karşımıza çıkmaktadır(7).

2.2.DEPRESYON

Depresyon, kalıcı bir üzüntü hissi, düşük ruh hali ile seyreden, bozulmuş bilişsellik ve ilgi kaybı ile kendini gösteren önemli bir ruh hali bozukluğudur. Depresyon, etkilenen kişinin bireysel, biyolojik ve sosyal olarak işleyişi üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Depresyon, derin üzüntü, umutsuzluk, keder, boşluk ve çaresizlik içerir. Zamanla, anhedoni, psikomotor işlev bozukluğu, uyku ve yeme davranışlarında değişiklikler, konsantrasyon zorluğu ve intihar düşünceleri de içerebilir(17).

2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi:

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasından en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalardan edinilen bilgilere göre herhangi bir yıl içerisinde erkeklerin %8'inin kadınların ise %13'ünün depresyonda olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre depresif nöbet sıklığı kadınlarda %5.4 erkeklerde %2.3, genel popülasyondaysa %4 olarak tespit edilmiştir (18).

Depresyon 60 yaşının üzerindeki yetişkinlerin yüzde 5,7'sinde, genel olarak yetişkinlerin ise yüzde 5'inde bulunmaktadır. Dünya nüfusunun yüzde 3,8'i depresyondan muzdariptir. Bu veriler Dünya Sağlık Örgütü'nün verileridir. Depresyon gezegenimizde 280 milyon insanı etkilemektedir. Avrupa'da 2013 ve 2015 yılları arasında 27 ülkeden veri toplanarak yapılan bir çalışma, halihazırda depresif bozukluğun genel yaygınlığını yüksek (%6,38) bulmuştur ve aynı zamanda bu oranın kıtanın farklı ülkeleri arasında kayda değer farklılıklarda bulunduğunu göstermiştir. Kadınlarda depresyon sıklığı Dünya Sağlık Örgütü verileriyle uyuşacak şekilde Hırvatistan ve Finlandiya hariç tüm ülkelerde belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur(17).

Avrupa harici yerlerde de depresyonun sıklığı benzer şekilde fazladır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verileri Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019 yılında 18 yaş ve üzerindeki yetişkin bireylerin yüzde 8,1'inde anksiyete bozukluğu, yüzde 6,5'inde depresif bozukluk ve yüzde 10,8'inde

anksiyete bozukluğu ve ya depresif bozukluk belirtileri olduğunu göstermektedir. Asya-Pasifik bölgesinde, majör depresyon oranlarının yüzde 1,7 ile yüzde 6,7 arasında değiştiği bildirilmiştir(17).

2.2.2 Depresyon Tanısı:

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-5) te depresif bozuklukların alt grupları belirlenmiştir . Bunlar ;

- Major depresif bozukluk,
- Madde veya ilaç nedeniyle ortaya çıkan depresif bozukluk,
- Premenstrual huzursuzluk sendromu,
- Dirençli depresif bozukluk ,
- Yıkıcı duygudurumu dengeleyememe bozukluğu,
- Tanımlanmamış depresif bozukluklardır.

Toplum tarafından bilinen depresyon majör depresyondur(19).

DSM-5 majör depresyon için tanı kriterleri:

A. Belirtilen semptomlardan 5 veya üzeri, 15 gün içinde daha önceki işlevsellikte bir farklılık olmalı; semptomlardan en az biri depresif ruh hali, ilgi veya istekte azalma olmalıdır. Bu belirtiler farklı bir tıbbi nedene bağlı olmamalıdır.

1. Neredeyse her gün günün çoğu bölümünde üzgün hissetme veya başkaları tarafından da farkedilebilen depresif ruh hali. Bazı yaş gruplarında sinirlilik olabilir.
2. Neredeyse sürekli olarak etkinlik ve aktivitelere karşı ilgi kaybı ve haz alımında kayıp.
3. Diyet yapmadığınız halde 30 günde vücut ağırlığının %5'inden fazla kilo kaybı ya da alımı ya da sürekli bir şekilde iştah kaybı veya artışı. Ergenlikte ve öncesinde beklenen kilo alımını karşılayamama göz ardı edilmemelidir.
4. Hemen hemen sürekli olan çok az ya da çok fazla uyku isteği.
5. Hemen hemen sürekli olan başkaları tarafından gözlemlenebilir davranışsal olarak aşırı hareketlilik veya hareketlerde azalma.
6. Hemen hemen sürekli olan enerjide azalma ya da yorgunluk.
7. Hemen hemen sürekli olan değersiz hissetme veya sanrısız olabilen abartılı suçluluk duyguları.
8. Hemen hemen sürekli olan algıda veya konsantre olmada düşüş veya karar vermede

güçlük.

9. Yineleyici ölüm fikirleri. İntihar için plan ya da plansız bir şekilde kendini öldürme düşüncesi ya da intihara girişimde bulunmak.

B. Belirtiler kişinin sosyal hayatında ya da çalışma ortamında ciddi kayıplara sebep olmaktadır.

C. Semptomları açıklayabilen herhangi bir tıbbi gerekçeye ya da kimyasal bir maddenin etkisine bağlanamamalıdır.

Ek: Yukarıdaki tüm belirti ve semptomlar majör bir depresif epizodu oluşturur.

Ek: Maddi kayıplar, depresyon gibi doğal olaylar sebebiyle olan travmalar, kanser gibi ağır hastalıklar ya da morbidite gibi ağır kayıplara gösterilen tepkiler, şiddetli üzüntü hissiyatını, kayıplarını içeren ağır düşüncelerle boğuşmayı, uyku kaybı, iştah kaybı ve buna ağırlık olarak kiloda azalmayı içerir. Bu semptomlar kayıp için makul görülse de, ağır kayıplar sonrasında bu tepkilerin normalin dışında majör depresif epizodu olabileceği unutulmamalıdır.

D. Majör depresif epizodlar şizofrenik ya da diğer psikiyatrik hastalıklar ile açıklanamıyor olmalıdır.

E. Manik ya da hipomanik epizodlar olmamalı, hasta remisyonda olmalıdır. Kimyasal madde ya da başka bir tıbbi gerekçe ile oluşan bu epizodlar var ise dahil etmeme durumu ortadan kalkar(19).

2.2.3. Depresyon Tedavisi :

Depresyon tedavisi, özellikle terapötik psikoterapötik etki teknikleri de dahil olmak üzere hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemleri içerir. Psikolojik terapi, hafif depresyon için ana tedavi veya diğer durumlarda farmakolojik tedaviye tamamlayıcı olmalıdır. Orta ila şiddetli depresyon ve kronik depresyonda, yalnızca antidepresan kullanımına kıyasla kombine farmakolojik antidepresanlar ve bilişsel davranış terapisinin etkililiğine dair güçlü kanıtlar vardır. Bu bozukluğun farmakoterapisinde kullanılan birkaç sınıf antidepresan vardır; bunlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri, noradrenalin geri alım inhibitörleri ve noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri bulunur. Bu ilaçlar monoaminlerin geri alımından sorumlu taşıyıcıları inhibe eder. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri pratisyen hekimler

tarafından ayaktan depresyon hastalarının tedavisinde birinci basamak ilaçlar olarak kabul edilir. Tüm antidepressanların depresyon tedavisi gören yetişkinlerde plaseboda daha etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyonun klinik tablosu, başlangıç tedavisine yanıt ve hastanın komorbiditeleri dikkate alınarak, kesin bir ilaç seçimi yapılır ve tedavinin etkisi uygun bir takip süresinden sonra değerlendirilir. Diğer farmakolojik ajanlar gibi antidepressanların da bazı advers ilaç reaksiyonlarına yol açtığı vurgulanmalıdır. Serotonin geri alım inhibitörleri genellikle diğer antidepressanlardan daha iyi tolere edilir. Trisiklik antidepressanlar, karmaşık etki mekanizmaları ve reseptör seçici olmaması nedeniyle daha belirgin yan etkiler göstermektedir(17).

İlaç dışı müdahaleler de depresyonun kapsamlı tedavisinde önemli bir tamamlayıcı rol oynar. Bunlara öncelikle bilişsel davranışçı terapi, natüropatik terapi, fiziksel aktivite müdahaleleri veya akupunktur gibi psikoterapötik teknikler dahildir. Bazı çalışmalar bazı diyet takviyelerinin depresif ruh hali üzerindeki faydalarını göstermektedir. Bunlar, bağırsak-beyin ekseninin iltihabı ve işlev bozukluğunun depresyonun patojenik unsurları olduğu varsayımıyla uyumlu olan eikosapentaenoik asit ve dokosaheksaenoik asit ve probiyotikleri birleştiren çoklu doymamış yağ asitlerine dayanmaktadır(17).

Klasik farmakolojik tedaviye dirençli şiddetli depresyon vakalarında antidepressanların deneme süresinin uzatılması, antidepressanları değiştirmek, antidepressanları birleştirmek denenebilir. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, mirtazapin, trazodon gibi alfa-2 otoreseptör antagonistlerinin Serotonin geri alım inhibitörleri ile birlikte kullanıldığında, tedaviye dirençli depresyon de dahil olmak üzere karma popülasyonlarda monoterapiden üstün olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca İntravenöz rasemik ketaminin tedaviye dirençli depresyonlu yetişkinlerde depresif semptomları ve intihar düşüncelerini hızla iyileştirdiği bulunmuştur. Ketamin ve esketaminin yalnızca genel semptomları değil, aynı zamanda aşırı temsil edilen anhedoni gibi belirli depresif semptomları da önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir(20).

Tedaviye dirençli olgularda değerlendirilen nörostimülatör tedaviler arasında vagus siniri stimülasyonu , Elektrokonvülsif Terapi(EKT), manyetik nöbet tedavisi, derin beyin stimülasyonu ve transkraniyal doğru akım stimülasyonu yer alır(20).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Uzmanlık tez çalışması olarak yapılmıştır. Bu araştırma için 13.05.2024 tarihli 2024-01-07 karar no ile Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmamız 01.06.2024-01.12.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran KOAH tanılı erişkin hastalarla yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Hastanemizin aile hekimliği polikliniğine araştırmamız için belirlenen tarihler içerisinde başvuran KOAH tanısı almış kişiler evreni oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme evreni bilinen örnekleme yöntemi formülüm ile hesaplandı.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(500)(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(0.05)^2(500-1) + (1.96)^2(0.1)(0.9)}$$

n= 109 minimum toplam olgu miktarı

Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Bizim çalışmamızda yaklaşık 500 erişkin KOAH hastasından $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısının en düşük 109 olarak saptandığı ancak kayıplar göz önüne alındığında bu sayının 125 olarak alınmasının daha uygun olacağı öngörülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

- 1) Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvurmak
- 2) 18 yaşının üstünde olmak
- 3) Okuryazar olmak
- 4) KOAH tanılı olmak
- 5) Anket ve ölçek çalışmasına katılmayı kabul etmek

Dışlama kriterleri:

- 1) Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvurmamak
- 2) 18 yaşının altında olmak
- 3) Okuryazar olmamak
- 4) KOAH tanılı olmamak
- 5) KOAH dışında solunum fonksiyonlarını bozan (Astım, bronşektazi gibi) başka bir solunum yolu hastalığı tanılı olmak
- 6) Anket ve ölçek çalışmasına katılmayı kabul etmemek
- 7) Araştırmada kullanılacak olan anketi doldurmaya engel bir zihinsel soruna sahip olmak

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik anket, sekiz soruluk CAT Ölçeği ve 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği çalışmayı kabul eden hastalar tarafından

cevaplanarak veriler toplanmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket, CAT ölçeği ve Beck Depresyon ölçeği kullanılarak toplanacaktır. KOAH tanılı ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların 8 soruluk toplamda 40 puan üzerinden puan verilen, CAT kullanılarak not edilecektir. Daha öncesinde Türkçe eviriminin Geçerlilik ve Güvenirliliği ile ilgili alışmalar Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış, gerekli izin alınmıştır. CAT Testi için 0-10 puan:Hafif şiddetli, 11-20 Puan:Orta şiddetli, 21-30 puan:Yüksek şiddetli 31-40 puan: Çok yüksek şiddetli KOAH olarak değerlendirilecektir. Bu araştırmada CAT Testinin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.789 olarak bulunmuştur. 21 soruluk toplamda 63 puan üzerinden değerlendirilen, daha öncesinde Türkçe eviriminin Geçerlilik ve Güvenirliliği ile ilgili çalışmalar yapılıp depresyon taramasında kullanılması önerilen Beck Depresyon Ölçeği için 0-9 puan: minimal/yok, 10-16 puan:hafif depresyon belirtileri, 17-29 orta depresyon belirtileri, 30-63 şiddetli depresyon belirtileri olarak değerlendirilecektir. Beck Depresyon Ölçeği için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.903 olarak bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEğerLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 21 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Normal dağılım testi olarak Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında İlişkisiz grup t testi, Kruskal Wallis testi, Spearman Rho korelasyon testi kullanılmıştır, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	N %
Cinsiyet	Erkek	96	76,8%
	Kadın	29	23,2%
Kiminle yaşıyor	Eş/Partner	75	60%
	Diğer	4	3,2%
	Yalnız yaşıyorum	16	12,8%
	Çocuklarımla	30	24%
Eğitim durumu	Okuryazar	26	20,8%
	İlköğretim	54	43,2%
	Ortaöğretim	24	19,2%
	Lise	14	11,2%
	Üniversite	7	5,6%
Aylık gelir	1 asgari ya da daha az	51	40,8%
	1-3 asgari ücret	62	49,6%
	3 asgari ücretten fazla	12	9,6%
Sigara	Evet	55	44%
	Hayır	23	18,4%
	Eski kullanıcım	47	37,6%

Hastaların %76,8'i erkek, %23,2'si kadındır. Yaşadıkları ortama göre %60'ı eş/partneriyle, %24'ü çocuklarıyla, %12,8'i yalnız, %3'ü diğer kişilerle yaşamaktadır. Eğitim düzeyine göre %43,2'si ilköğretim, %20,8'i okuryazar, %19,2'si ortaöğretim, %11,2'si lise, %5,6'sı üniversite mezunudur. Gelir durumuna göre %49,6'sı 1-3 asgari ücret, %40,8'i 1 asgari ücret ya da daha az, %9,6'sı 3 asgari ücret üzeri gelire sahiptir. Hastaların %44'ü sigara kullanırken, %37,6'sı eski kullanıcı olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %18,4'ü sigara kullanmamaktadır. (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması $66,99 \pm 8,32$ (Min:48-Maks:87)'dir. Paket/yıl $27,88 \pm 18,50$ (Min: 0-Maks:76)'dir.

Tablo 2: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özellikleri

		N	N%
KOAH tanısını ne zaman aldınız?	1 yıldan az	24	19,2%
	1-10 yıl	55	44%
	11 yıl ve üstü	46	36,8%

KOAH takiplerinize devam ediyor musunuz?	Evet	88	70,4%
	Hayır	37	29,6%
Depresyon tanısı aldınız mı?	Evet-1 yıldan az	8	6,4%
	Evet-1-10 yıl içinde	13	10,4%
Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?	Evet-11 yıl ve üstü	9	7,2%
	Hayır	95	76%
KOAH hastalığınıza eşlik eden başka bir kronik hastalığınız varsa bu nedir ?	Kronik hastalığı olmayan	12	9,6%
	1-3 kronik hastalığı olan	91	72,8%
	4 ve üstü kronik hastalığı olan	22	17,6%

Hastaların %44'ü KOAH tanısını son 1-10 yıl içinde, %36,8'i 11 yıldan daha uzun bir süre önce, %19,2'si 1 yıldan daha az bir süre önce almıştır. Takiplerin düzenli yapılması durumunda hastaların %70,4' ü evet, %29,6'sı hayır yanıtını vermiştir. Hastaların depresyon tanısı alma durumları incelendiğinde %76'sının depresyon tanısı almadığı, %10,4'ünün son 1-10 yıl içinde,%7,2'sinin son 11 yıldan daha fazla bir süre önce, %6,4' ünün son 1 yıldan az bir süre önce depresyon tanısı aldığı tespit edilmiştir. Hastaların %72,8'inin KOAH'a eşlik eden 1-3 kronik hastalığı olduğu, %17,6'sının 4 ve üstü kronik hastalığı olduğu, %9,62'sinin ise eşlik eden bir kronik hastalığı olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3: Hastaların tanı alma zamanına göre takiplerinin oranları

		KOAH hastalığınız ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyor musunuz?			
		Evet		Hayır	
		N	N %	N	N %
KOAH tanınızı ne zaman aldınız?	1 yıldan az	20	22,7%	4	10,8%
	1-10 yıl	38	43,2%	17	45,9%
	11 yıl ve üstü	30	34,1%	16	43,2%

KOAH hastalığı ile ilgili takiplerine düzenli devam edenlerin %22,7'si 1 yıldan az süre içerisinde, %43,2'si 1-10 yıl içerisinde, %34,1'i 11 yıl ve daha fazla süre önce tanı almıştır. KOAH hastalığı ile ilgili takiplerine düzenli devam etmeyenlerin %10,8'i 1 yıldan az süre içerisinde, %45,9'u 1-10 yıl içerisinde, %43,2'si 11 yıl ve daha fazla süre önce tanı almıştır.(Tablo 3).

Tablo 4: Hastaların KOAH tanısı alma zamanına göre depresyon tanısı alma durumları

		Depresyon tanısı aldınız mı? Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?							
		Evet-1 yıldan az		Evet-1-10 yıl içinde		Evet-11 yıl ve üstü		Hayır	
		N	N %	N	N %	N	N%	N	N%
KOAH tanınızı ne zaman aldınız?	1 yıldan az	0	0%	1	7,7%	1	11,1%	22	23,2%
	1-10 yıl	4	50%	4	30,8%	5	55,6%	42	44,2%
	11 yıl ve üstü	4	50%	8	61,5%	3	33,3%	31	32,6%

KOAH tanısı 1 yıldan az süre içinde konan hastaların %7,7'si 1-10 yıl içinde, %11,1'i 11 yıldan daha fazla süre önce depresyon tanısı almışken, %23,2'si depresyon tanısı almamıştır. KOAH tanısı 1-10 yıl içinde konan hastaların %50'si 1 yıldan az, %30,8'i 1-10 yıl içinde, %55,6'sı 11 yıldan daha fazla süre önce depresyon tanısı almışken, %44,2'si depresyon tanısı almamıştır. KOAH tanısı 11 yıldan daha fazla sürede konan hastaların %50'si 1 yıldan az, %61,5'i 1-10 yıl içinde, %33,3'ü 11 yıldan daha fazla süre önce depresyon tanısı almışken, %32,6'sı depresyon tanısı almamıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların KOAH takiplerine devam durumlarına göre depresyon tanısı alma durumları

		Depresyon tanısı aldınız mı? Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?							
		Evet-1 yıldan az		Evet-1-10 yıl içinde		Evet-11 yıl ve üstü		Hayır	
		N	N %	N	N %	N	N%	N	N%
KOAH takiplerinize devam ediyor musunuz?	Evet	5	62,5%	9	69,2%	5	55,6%	69	72,6%
	Hayır	3	37,5%	4	30,8%	4	44,4%	26	27,4%

KOAH takiplerine düzenli devam eden hastaların %62,5'i 1 yıldan az, %69,2'si 1-10 yıl içinde, %55,6'sı 11 yıldan daha fazla süre önce depresyon tanısı almışken, %72,6'sı depresyon tanısı almamıştır. KOAH takiplerine düzenli devam

etmeyen hastaların %37,5'i 1 yıldan az, %30,8'i 1-10 yıl içinde, %44,4'ü 11 yıldan daha fazla süre önce depresyon tanısı almışken, %27,4'ü depresyon tanısı almamıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre (CAT) skorları

		Ort.	SS	Medyan	Min.	Max.	p
Cinsiyet	Erkek	17,25	7,72	16	3	36	0,861*
	Kadın	16,89	7,60	15	5	35	
Eğitim Durumu	Okuryazar	17,65	6,97	16	3	32	0,291**
	İlköğretim	18,14	7,91	17,5	6	35	
	Ortaöğretim	16,58	8,65	16	4	36	
	Lise	15,92	6,36	15	6	29	
	Üniversite	12,28	6,42	9	7	25	
Aylık geliriniz	1 asgari ya da daha az	16,92	7,63	17	3	32	0,969**
	1-3 asgari ücret	17,38	8,11	15	5	36	
	3 asgari ücretten fazla	17,08	5,64	16	8	29	
Sigara Kullanımı	Evet	16,72	7,85	15	5	36	0,138**
	Hayır	19,95	7,43	20	7	32	
	Eski kullanıcıyım	16,31	7,39	15	3	34	

*Mann Whitney U Testi

**Kruskal Wallis Testi p<0,05

***Tamhane Testi

Cinsiyete göre, CAT ölçeği skorlarının erkeklerde ortalama değeri 17,25(±7,72), kadınlarda ortalama değeri 16,89 (±7,60) olarak bulunmuş olup p değeri 0,861'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre, okuryazar olanların ortalama puanı 17,65 (±17,65), ilk öğretim mezunlarının ortalama puanı 18,14 (±18,14), orta öğretim mezunlarının ortalama puanı 16,58(±7,91), lise mezunlarının ortalama puanı 15,92 (±6,36), üniversite mezunlarının ortalama puanı 12,28 (±6,42) olarak belirlenmiş olup, p değeri 0,291'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir durumuna göre, 1 ya da daha az asgari ücretle çalışanların ortalama puanı 16,92 (±7,63), 1-3 asgari ücret geliri olanların ortalama puanı 17,38 (±8,11), 3 asgari ücretten fazla geliri olanların ortalama puanı 17,08 (±5,64), p değeri 0,969'dur; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sigara kullanım durumlarına göre, sigara kullananların ortalama değeri 16,72 (±7,85), sigara kullanmayanların ortalama değerleri 19,95 (±7,43), eski kullanıcı olanların ortalama değerleri 16,31 (±7,39) olup, p değeri 0,138'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre CAT skorları

		CAT skoru					
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	p
KOAH takiplerinize devam ediyor musunuz?	Evet	16,77	7,79	15	4	36	0,376**
	Hayır	18,10	7,36	17	3	32	
Depresyon tanısı aldınız mı?	Evet-1 yıldan az	17,12	6,79	16,5	9	28	0,185*
	Evet-1-10 yıl içinde	21,61	7,70	22	12	36	
Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?	Evet-11 yıl ve üstü	14,66	5,29	16	7	24	
	Hayır	16,80	7,78	15	3	35	

*Kruskal Wallis Testi

İlişkısiz Grup t Testi p<0,01 *Tamhane Testi

KOAH takiplerine düzenli devam eden hastaların CAT skoru ortalama değeri 16,77 ($\pm 7,79$), düzenli devam etmeyen hastaların ortalama puanı 18,10 ($\pm 7,36$) olup, p değeri 0,376'dır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon tanısını 1 yıldan az bir süre içinde alan hastaların CAT skoru ortalama değeri 17,12 ($\pm 6,79$), 1-10 yıl içinde alan hastaların ortalama değeri 21,61 ($\pm 7,70$), 11 yıldan daha fazla süredir tanısı olan hastaların CAT skoru ortalama değeri 14,66 ($\pm 5,29$), tanı almayanların CAT skoru ortalama değeri 16,80 ($\pm 7,78$) olup p değeri 0,185'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 7)

Tablo 8: CAT toplam puan grupları yüzdesi

		N	N %
CAT toplam puan grupları	Düşük	84	67,2
	Yüksek	41	32,8

21 puan ve üzerini CAT açısından anlamlı kabul ettiğimiz CAT skorlarına göre, hastaların %67,2'si düşük (0-20) puan grubunda (N=84) yer alırken, %32,8'i yüksek (21-40) puan grubunda (N=41) yer almaktadır. (Tablo 8)

Tablo 9: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre CAT skoru puan grupları

		Düşük		Yüksek		p*
		N	N%	N	N%	
Cinsiyet	Erkek	62	64,6	34	35,4	0,257
	Kadın	22	75,9	7	24,1	

Kiminle yaşıyorsunuz	Eş/Partner	53	70,7	22	29,3	0,192
	Diğer	4	100	0	0	
	Yalnız yaşıyorum	11	68,8	5	31,3	
	Çocuklarımla	16	53,3	14	46,7	
Eğitim Durumu	Okuryazar	18	69,2	8	30,8	0,523
	İlköğretim	32	59,3	22	40,7	
	Ortaöğretim	17	70,8	7	29,2	
	Lise	11	78,6	3	21,4	
	Üniversite	6	85,7	1	14,3	
Aylık geliriniz	1 asgari ya da daha az	31	60,8	20	39,2	0,482
	1-3 asgari ücret	44	71	18	29	
	3 asgari ücretten fazla	9	75	3	25	
	Evet	38	69,1	17	30,9	
Sigara Kullanımı	Hayır	12	52,2	11	47,8	0,222
	Eski kullanıcıyım	34	72,3	13	27,7	

*Ki-Kare Testi

Cinsiyete göre, CAT skoru puan grupları incelendiğinde erkeklerin %64,6' sının düşük, %35,4'ünün yüksek, kadınların %75,9' unun düşük, %24,1' inin yüksek olduğu belirlenmiş olup p değeri 0,257'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre CAT skoru puan grupları eş/partneriyle yaşayanların %70,7'si düşük, %29,3'ü yüksek, diğer kişilerle yaşayanların tamamının düşük, yalnız yaşayanların %68,8' inin düşük, %31,3'ünün yüksek, çocuklarıyla yaşayanların %53,3'ünün düşük, %46,7'sinin yüksek olarak bulunmuş olup, p değeri 0,192'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre, okuryazar olanların %69,2' sinin düşük, %30,8' inin yüksek, ilköğretim mezunlarının %59,3'ünün düşük, %40,7'sinin yüksek, ortaöğretim mezunlarının %70,8'inin düşük %29,2'sinin yüksek, lise mezunlarının %78,6'sının düşük %21,4'ünün yüksek, üniversite mezunlarının %85,7'sinin düşük, %14,3'ünün yüksek olarak belirlenmiş olup, p değeri 0,523'tür; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir durumuna göre, 1 ya da daha az asgari ücretle çalışanların %60,8'inin düşük, %39,2'sinin yüksek, 1-3 asgari ücret geliri olanların %71'inin düşük, %29'unun yüksek, 3 asgari ücretten fazla geliri olanların % 75'inin düşük, %25'inin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,482'dir; istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Sigara kullanım durumlarına göre, sigara kullananların %69,1' inin düşük %30,9' unun yüksek, sigara kullanmayanların %52,2' sinin düşük, %47,8'inin yüksek, eski kullanıcı olanların %72,3'ünün düşük, %27,7'sinin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,222'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 10: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre CAT puan grupları

		Düşük		Yüksek		p*
		N	N %	N	N %	
KOAH takiplerinize devam ediyor musunuz?	Evet	60	68,2	28	31,8	0,718
	Hayır	24	64,9	13	35,1	
Depresyon tanısı aldınız mı? Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?	Evet-1 yıldan az	6	75	2	25	0,191
	Evet-1-10 yıl içinde	6	46,2	7	53,8	
	Evet-11 yıl ve üstü	8	88,9	1	11,1	
	Hayır	64	67,4	31	32,6	

*Ki-Kare Testi p<0,001

Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre CAT skoru puan grupları incelendiğinde KOAH takiplerine düzenli devam eden hastaların %68,2'sinin düşük, %31,8'inin yüksek, düzenli devam etmeyen hastaların %64,9'unun düşük, %35,1'inin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,718'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon tanısını 1 yıldan az bir süre içinde alan hastaların %75'inin düşük, %25'inin yüksek, 1-10 yıl içinde alan hastaların %46,2'sinin düşük, %53,8'inin yüksek, 11 yıldan daha fazla süredir tanısı olan hastaların %88,9'unun düşük, %11,1'inin yüksek, tanı almayanların %67,4'ünün düşük, %32,6'sının yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,191'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 11: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları

		Beck depresyon ölçeği ortalama puanları					
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	p
Cinsiyet	Erkek	16,26	7,76	15	4	38	0,943
	Kadın	16,13	8,86	14	3	45	*
Kiminle yaşıyorsunuz	Eş/Partner	14,78	6,67	14	3	34	
	Diğer	13,50	9,74	11	5	27	0,131
	Yalnız yaşıyorum	18	8,04	16,5	7	38	**
Eğitim Durumu	Çocuklarımla	19,26	9,94	16	7	45	
	Okuryazar	17,11	9,20	14	4	38	
	İlköğretim	16,35	7,50	15	6	45	0,747
	Ortaöğretim	15,45	8,13	13	6	37	**
	Lise	17	8,60	17	3	33	
Aylık geliriniz	Üniversite	13,14	6,30	12	5	22	
	1 asgari ya da daha az	16,56	9,11	15	5	45	0,298
	1-3 asgari ücret	16,37	7,02	15,5	3	34	**
Sigara Kullanımı	3 asgari ücretten fazla	14,08	8,00	11	6	30	
	Evet	15,32	7,82	14	3	45	0,438
	Hayır	18,34	9,16	16	7	38	**
	Eski kullanıcıyım	16,25	7,55	14	5	37	

*İlişkısiz Grup t Testi.

**Kruskal Wallis Testi p<0,05, p<0,01

Cinsiyete göre, Beck depresyon ölçeği erkeklerde ortalama değeri 16,26 ($\pm 7,76$), kadınlarda ortalama değeri 16,13 ($\pm 8,86$) olarak bulunmuş olup p değeri 0,943'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre Beck depresyon ölçeği ortalama değerleri eş/partneriyle yaşayanların 14,78 ($\pm 6,67$), diğer 13,50 ($\pm 9,74$), yalnız yaşayanların 18($\pm 8,04$), çocuklarıyla yaşayanların 19,26 ($\pm 9,94$) olarak bulunmuş olup, p değeri 0,131'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre, okuryazar olanların ortalama puanı 17,11 ($\pm 9,20$), ilköğretim mezunlarının ortalama puanı 16,35 ($\pm 7,50$), ortaöğretim mezunlarının ortalama puanı 15,45 ($\pm 8,13$), lise mezunlarının ortalama puanı 17($\pm 8,60$), üniversite mezunlarının ortalama puanı 13,14 ($\pm 6,30$) olarak belirlenmiş olup, p değeri 0,747'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir durumuna göre, 1 ya da daha az asgari ücretle çalışanların ortalama puanı 16,56 ($\pm 9,11$), 1-3 asgari ücret geliri olanların ortalama puanı 16,37 ($\pm 7,02$), 3 asgari ücretten fazla geliri olanların ortalama puanı 14,08 (± 8), p değeri 0,298'dir; istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır. Sigara kullanım durumlarına göre, sigara kullananların ortalama değeri 15,32 ($\pm 7,82$), sigara kullanmayanların ortalama değerleri 18,34 ($\pm 9,16$), eski kullanıcı olanların ortalama değerleri 16,25 ($\pm 7,55$) olup, p değeri 0,438'dir; istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12: Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları yüzdesi

		N	N %
Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları	Düşük	79	63,2
	Yüksek	46	36,8

17 puan ve üzerini depresyon açısından anlamli kabul ettiğimiz Beck depresyon ölçeği toplam puanlarına göre, hastaların %63,2'si düşük (0-16) puan grubunda (N=79) yer alırken, %36,8'i yüksek (17-63) puan grubunda (N=46) yer almaktadır. (Tablo 12)

Tablo 13: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Düşük		Yüksek		p*
		N	N%	N	N%	
Cinsiyet	Erkek	60	62,5	36	37,5	0,768
	Kadın	19	65,5	10	34,5	
Kiminle yaşıyorsunuz	Eş/Partner	52	69,3	23	30,7	0,252
	Diğer	3	75	1	25	
	Yalnız yaşıyorum	8	50	8	50	
	Çocuklarımla	16	53,3	14	46,7	
Eğitim Durumu	Okuryazar	16	61,5	10	38,5	0,755
	İlköğretim	35	64,8	19	35,2	
	Ortaöğretim	17	70,8	7	29,2	
	Lise	7	50	7	50	
	Üniversite	4	57,1	3	42,9	
Aylık geliriniz	1 asgari ya da daha az	35	68,6	16	31,4	0,275
	1-3 asgari ücret	35	56,5	27	43,5	
	3 asgari ücretten fazla	9	75	3	25	

Sigara Kullanımı	Evet	34	61,8	21	38,2	0,881
	Hayır	14	60,9	9	39,1	
	Eski					
	kullanıcıyım	31	66	16	34	

*Ki-Kare Testi

Cinsiyete göre, Beck depresyon ölçeği puan grupları incelendiğinde erkeklerin %62,5' sinin düşük, %37,5'inin yüksek, kadınların %65,5'inin düşük, %34,5' inin yüksek olduğu belirlenmiş olup p değeri 0,768'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre Beck depresyon ölçeği puan grupları eş/partneriyle yaşayanların %69,3'si düşük, %30,7'ü yüksek, diğer kişilerle yaşayanların %75'inin düşük, %25'inin yüksek, yalnız yaşayanların %50' sinin düşük, %50'sinin yüksek, çocuklarıyla yaşayanların %53,3'ünün düşük, %46,7'sinin yüksek olarak bulunmuş olup, p değeri 0,252'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre, okuryazar olanların %61,5'inin düşük, %38,5' inin yüksek, ilköğretim mezunlarının %64,8'inin düşük, %35,2'sinin yüksek, ortaöğretim mezunlarının %70,8'inin düşük %29,2'sinin yüksek, lise mezunlarının %50' sinin düşük, %50'sinin yüksek, üniversite mezunlarının %57,1'inin düşük, %42,9'unun yüksek olarak belirlenmiş olup, p değeri 0,755'tir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir durumuna göre, 1 ya da daha az asgari ücretle çalışanların %68,6'sının düşük, %31,4'ünün yüksek, 1-3 asgari ücret geliri olanların %56,5'inin düşük, %43,5'inin yüksek, 3 asgari ücretten fazla geliri olanların %75'inin düşük, %25'inin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,275'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sigara kullanım durumlarına göre, sigara kullananların %61,8' inin düşük %38,2'sinin yüksek, sigara kullanmayanların %60,9'unun düşük, %39,1'inin yüksek, eski kullanıcı olanların %66'sının düşük, %34'ünün yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,881'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 13).

Tablo 14: Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Düşük		Yüksek		p*
		N	N %	N	N %	
KOAH tanısını ne	1 yıldan az	15	62,5	9	37,5	0,426
	1-10 yıl	38	69,1	17	30,9	

zaman aldınız?	11 yıl ve üstü	26	56,5	20	43,5	
KOAHA takiplerinize devam ediyormusunuz?	Evet	53	60,2	35	39,8	0,288
	Hayır	26	70,3	11	29,7	
Depresyon tanısı aldınız mı? Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?	Evet-1 yıldan az	2	25	6	75	0,064
	Evet-1-10 yıl içinde	9	69,2	4	30,8	
	Evet-11 yıl ve üstü	4	44,4	5	55,6	
	Hayır	64	67,4	31	32,6	

*Ki-Kare Testi p<0,05, p<0,001

Hastaların KOAH ve depresyon ile ilgili özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği puan grupları incelendiğinde KOAH tanısını 1 yıldan az bir süre içinde alan hastaların %62,5'inin düşük, %37,5'inin yüksek, 1-10 yıldır tanısı olan hastaların %69,1'inin düşük, %30,9'unun yüksek, 11 yıldan fazla süredir tanısı olan hastaların %56,5'inin düşük, %43,5'inin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,426'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. KOAH takiplerine düzenli devam eden hastaların %60,2'sinin düşük, %39,8'inin yüksek, düzenli devam etmeyen hastaların %70,3'ünün düşük, %29,7'sinin yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,288'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon tanısını 1 yıldan az bir süre içinde alan hastaların %25'inin düşük, %75'inin yüksek, 1-10 yıl içinde alan hastaların %69,2'sinin düşük, %30,8'inin yüksek, 11 yıldan daha fazla süredir tanısı olan hastaların %44,4'ünün düşük, %55,6'sının yüksek, tanı almayanların %67,4'ünün düşük, %32,6'sının yüksek bulunmuş olup, p değeri 0,064'tür. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 14)

Tablo 15: Hastaların yaş, CAT Skoru, BECK Skoru ve Paket/yıl değerlerinin korelasyonu

	Yaş	CAT Skoru	BECK Skoru	Paket/yıl
Yaş	r	1		
	p			
CAT Skoru	r	0,670**	1	
	p	0,000		
BECK Skoru	r	0,353**	0,286*	1
	p	0,000	0,001	

Paket/yıl	r	0,014	0,141	-0,015	1
	p	0,438	0,058	0,434	

r: Pearson Correlation Katsayısı *p<0,01 **p<0,001

Araştırmada kullanılan sayısal veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapıldı. Korelasyon katsayısının (r) yorumu;

- $r < 0,200$ ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok,
- $0,200-0,400$ arasında ise zayıf korelasyon,
- $0,400-0,600$ arasında ise orta şiddette korelasyon,
- $0,600-0,800$ arasında ise yüksek korelasyon,
- $r > 0,800$ ise çok yüksek korelasyon olarak değerlendirildi.

Yapılan korelasyon analizinde hastaların yaşları ve CAT skorları arasında yüksek düzeyde çok ileri derecede anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu ($r=0,670$ $p < 0,001$), BECK Skorları arasında ise zayıf düzeyde çok ileri derecede anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu ($r=0,353$ $p < 0,001$), BECK Skorları ve CAT Skorları arasında zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu belirlendi ($r=0,286$; $p < 0,01$). Hastaların CAT ve BECK Skorlarının yaş ile birlikte arttığı, CAT Skorları arttıkça BECK Skorlarının arttığı bulundu. Paket/yıl ile CAT ve BECK skorları arasında korelasyon saptanmadı.

Tablo 16: Hastaların CAT Skorlarına Göre BECK Skoru puanları

		CAT Skoru		p*
		Düşük	Yüksek	
BECK Skoru	Düşük	59	20	0,020
	Yüksek	25	21	

*Ki-Kare Testi $p < 0,05$

Hastaların CAT ve Beck skor grupları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 17: Erkek ve Kadın Hastaların CAT Skorlarına Göre BECK Skoru puanları

		CAT Skoru		p*	
		Düşük	Yüksek		
BECK Skoru	Erkek	Düşük	44	16	0,021
		Yüksek	18	18	
	Kadın	Düşük	15	4	0,665
		Yüksek	7	3	

*Ki-Kare Testi $p<0,05$

Erkeklerin CAT ve Beck skor grupları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Kadınların CAT ve Beck skor grupları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Az tanınan ve tedavi edilmeyen depresyon semptomları, KOAH olan hastalarda yorgunluğu ve sağlık hizmeti kullanımını artırarak fiziksel işlev ve sosyal etkileşim üzerinde zararlı etkilere sahiptir. Depresyon semptomlarının bir kısmı genellikle KOAH semptomları ile örtüştüğü için tanımlanması ve tedavisi zor olan semptomlardır. Depresyon semptomlarının nedenleri çok faktörlüdür ve davranışsal, sosyal ve biyolojik faktörleri içerir. Eşlik eden depresyon semptomları olan KOAH hastalarının üçte birinden azı uygun tanı ve tedavi almaktadır(21). Bu çalışmada KOAH tanılı bireylere depresyon taraması yapılmıştır. Çalışmanın amacı KOAH tanılı hastaların depresyon sıklığını ölçmek, belirlenen KOAH şiddeti ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak ve etki eden faktörleri belirlemektir.

Çalışmamıza katılan 125 hastanın Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı puanlara göre yapılan hesaplamada depresyon oranı %36.8 olarak tespit edilmiştir. Genel popülasyon üzerinde depresyon sıklığını belirlemek için yapılan çalışma örnekleri mevcuttur. Gelenberg'in 2010 da yaptığı bir çalışmaya göre depresyonun prevalansı kadınlarda %25, erkeklerde %12'dir(22). Başka bir çalışma ise majör depresyonun yaşam boyu oranının Amerikalı kadınlar için %8-17 ve erkekler için %3,5-8,6 olduğunu göstermiştir(23). Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranı %17 olarak tahmin edilmektedir. (24) Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bu oran %17,2'dir(25).

KOAH hastaları üzerinde yapılan depresyon sıklığı belirleme çalışmalarında bu oran genel popülasyondan yüksek bulunmuştur. KOAH'lı hastalarda depresyonun yaygınlığının %42'ye kadar arttığı belirtilmektedir(26). Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastalarda depresyon oranı %68 olarak belirlenmiştir (27). Ülkemizde yapılan başka bir çalışma ise KOAH'lı hastaların büyük çoğunluğunda depresyon belirtisi olduğunu ortaya koymuştur(28). Bizim çalışmamızda da KOAH'lı hastaların depresyon sıklığı genel popülasyondaki depresyon sıklığından yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç literatür ile uyumludur. KOAH'lı hastalarda en sık rastlanan semptomlar olan nefes darlığı ve solunum güçlüğü; hastalarda panik, kaygı ve ölüm korkusuna yol açar. Nefes darlığı ve dispne organik kökenli olduğu kadar psikojenik nedenlerle de ortaya çıkabilir. Anar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma KOAH'a bağlı fiziksel semptomların ve

sosyal izolasyonun depresif duygulanıma yol açtığını, depresyonun da hastalıkla mücadele etme gücünü azalttığını ve hastalığa toleransı zorlaştırdığını göstermiştir (29). Bu bilgilerle KOAH hastalığının depresyon hastalığı için bir risk faktörü olduğunu ve KOAH hastalarına depresyon taraması yapılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılanlar arasında erkekler %76,8'lik oranla çoğunluğu oluşturmaktadır. 2024 yapılan bir çalışma KOAH'ın erkeklerde kadınlardan daha yaygın olduğunu, ancak bazı toplumlarda kadınlar arasında artan sigara içme oranları nedeniyle bu fark azalmakta olduğunu göstermiştir(30). 2023 yılında yapılan başka bir çalışmada 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %19.1 olduğu (erkeklerde %28.5, kadınlarda %10.3) saptanmıştır(31). Bizim çalışmamızda ise KOAH hastalığı literatür ile uyumlu olarak erkeklerde yaklaşık olarak 3 kat fazla görülmüştür.

Biyolojik ve psikososyal faktörler kadınların majör depresyona karşı daha savunmasız olmasına katkıda bulunur(32). Veriler majör depresyon oranlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir(33). Bizim çalışmamızda ise Beck Depresyon Ölçeği puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan 125 hastanın sadece 29'unun kadın olmasının bu sonucun oluşmasında etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışma depresif belirtiler görülme sıklığının, yalnız yaşayanlarda 2.59 kat arttığını göstermiştir(34). Uslu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yalnız yaşamının depresyon için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde risk oluşturduğu belirtilmiştir(35). Bizim çalışmamızda ise yalnız yaşayanların Beck Depresyon Ölçeği Puanı $18(\pm 8,04)$ evli/partner ile yaşayanların Beck Depresyon Ölçeği Puanından $14,78 (\pm 6,67)$ daha yüksek olarak bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

2008 yılında yapılan bir çalışmada kişinin eğitim durumu ile depresyon arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır(35). Başka bir çalışmadan edilen bulgulara göre eğitim durumunun düşmesi depresyon oranını arttırırken eğitim durumunun artması depresyon oranını azaltmaktadır(36). Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Biz çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki kişilerin yaşam tarzı farklılıkları, içlerinde buldukları sosyal çevre farklılıkları nedeniyle farklı sonuçlar elde edildiğini

düşünmekteyiz.

Kişinin gelir düzeyi ile depresyon sıklığı arasındaki ilişki 2013 yılında yapılan bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(37). Kutlu ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada ekonomik durum ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir(38). Bizim çalışmamızda ise gelir durumu ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızın yapıldığı bölgelerdeki kişilerin içlerinde buldukları sosyal çevre farklılıkları nedeniyle farklı sonuçlar elde edildiğini düşünmekteyiz.

Korhonen ve arkadaşlarının yetişkin ikizler üzerinde yapılan prospektif bir kohort çalışmasında sigara içimi ile depresyon arasında ilişki saptanmıştır(39). 2018 yılında yapılan başka bir çalışmada sigara kullanımı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(40). Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya göre Beck Depresyon Ölçeği skoru sigara içenlerde içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (41). Bu çalışmalardan farklı olarak sigara kullanımı ve depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki olmadığını belirleyen çalışmalar da mevcuttur(42). Bizim çalışmamızda Beck depresyon ölçeğinden alınan ortalama puanlara göre sigara kullanımı ile depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilemedi. Biz bu verilerin nedeni olarak; sigara kullanımı ve depresyon arasında hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu net olarak belirlenemediğini, çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki kişilerin yaşam tarzı farklılıkları, refah seviyeleri, içlerinde buldukları sosyal çevre farklılıklarının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Bock ve arkadaşlarının 2017'de yaptığı çalışmada KOAH'lı hastalarda toplumdan daha yüksek olarak depresyon yaygınlığı % 30 olarak bulunmuştur(43). Schneider ve arkadaşları 2010 yılındaki çalışmalarında ise KOAH'lı popülasyonda depresyon sıklığını, KOAH'sız hastalardaki depresyon sıklığına göre daha yüksek bulmuştur. Ayrıca şiddetli KOAH'lı hastalarda depresyon gelişme riski en yüksek grup olarak tespit edilmiştir(44). Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak 2016'da yapılan başka bir çalışmada KOAH'lı hastalar %41 oranında 17 puan ve üzeri almıştır(45). Bizim çalışmamızda ise daha önceden depresyon tanısı alan hasta oranı %24 olarak tespit edilmiştir. Fakat Beck Depresyon Ölçeği'nde 17 puan ve üzeri alan KOAH'lı hasta oranı %36.8 bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu bulgular KOAH'lı hastalarda tanı almayan depresyon hastalarının varlığını

desteklemektedir.

Bozdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda depresyon oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(46). Ayrıca birçok çalışmada kadınlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır(47, 48, 49). Buna karşın KOAH'lı hastaların yeti yitimi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca depresyon düzeyi ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yeti yitiminin arttığı saptanmıştır(45). Bizim çalışmamızda da erkek hastalarda depresyon ile KOAH şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınlarda KOAH şiddeti ile depresyon riskinin arttığı fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Biz kadın hasta sayısının az olması ve KOAH şiddetinin erkek hastalara göre daha düşük olması nedeni ile bu sonuca vardığımızı düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki tüm bulgulara dayanarak 1.basamakta KOAH takip ve tedavisinin daha verimli yapılabilmesi için bu kurumlarda çalışan hekimlerin hastaları yakından takip etmesi ve hastaların depresyon açısından taranmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları :

Çalışmamızda spirometre ölçümleri gibi nesnel değerlerin olmaması bir kısıtlılıktır. Ayrıca dispne, efor intoleransı gibi KOAH semptomlarının Beck Depresyon Ölçeği'nde uyku ve yorulma ile ilgili soruları etkileyebileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda KOAH hastalarında depresyon oranı genel popülasyona oranla artmış olarak bulunmuştur. Bundan dolayı KOAH hastalığının depresyon oluşumu için bir risk faktörü olduğu tezini güçlendirebiliriz. Yine bu sonuçlara dayanarak KOAH hastalığının takiplerinde sadece laboratuvar, görüntüleme ve fizik muayene değil aynı zamanda depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar da akla gelmelidir.

Çalışmada elde ettiğimiz bir diğer sonuç ise CAT skorunun yaş ile birlikte arttığı ve Beck skorunun da bu artışla korelasyon göstermesidir. Bu sonuca dayanarak özellikle KOAH'lı hastalarda yaş arttıkça depresyon semptomlarına dikkat etmek gerektiğini önermekteyiz. Ayrıca yaş ile birlikte KOAH şiddetinin artabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

Bu sonuçlara dayanarak 1. basamak hekimlerine bazı önerilerde bulunulabilir;

1. Çalışmamızdaki verilere göre her üç KOAH hastasından biri depresyon hastasıdır. KOAH hastalığı nedeniyle aile hekimine başvuran kişilerde depresyon taraması yapmak unutulmamalıdır.

2.KOAH takiplerinde depresyon belirtilerinin ilerlemeden fark edilmesi hastaların yaşam kalitesini arttıracaktır. Aile hekimleri bu hastaların takibinde gerektiği zaman göğüs hastalıkları uzmanları ve psikiyatri uzmanları ile iş birliği içinde çalışmalıdır.

3. Aile hekimleri, KOAH'a bağlı semptomların depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkları tetikleyebileceği konusunda hem hastaya hem de hasta yakınlarına farkındalık eğitimini vermelidir.

4. KOAH şiddeti artışına bağlı olarak akut alevlenme ya da hastane yatışı sonrası KOAH'lı hastalar depresyon açısından tekrar değerlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic journal of psychiatry*, 58(1), 65–70.
2. Potoczek, A., Nizankowska-Mogilnicka, E., Bochenek, G., & Szczeklik, A. (2008). Związki pomiędzy zespołem leku napadowego i depresja a mechanizmami obronnymi, koherencja i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej PoChP [Links between panic disorder, depression, defence mechanisms, coherence and family functioning in patients suffering from severe COPD]. *Psychiatria polska*, 42(5), 731–748.
3. Serin, E. K., Ister, E. D., & Ozdemir, A. (2020). The relationship between sleep quality and dyspnoea severity in patients with COPD. *African health sciences*, 20(4), 1785–1792.
4. Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 75-80.
5. Light, RW, Merrill, EJ, Despars, JA, Gordon, GH ve Mutalipassi, LR (1985). KOAH'lı hastalarda depresyon ve anksiyete prevalansı: fonksiyonel kapasiteyle ilişkisi. *Göğüs*, 87 (1), 35-38.
6. Wu, K., Lu, L., Chen, Y., Peng, J., Wu, X., Tang, G., ... & Zhou, Y. (2025). Associations of anxiety and depression with prognosis in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*, 31(1), 2438553.
7. Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., Halpin, D., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., Han, M. K., Martinez, F. J., Montes de Oca, M., Mortimer, K., Papi, A., Pavord, I., Roche, N., Salvi, S., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, R., López Varela, M. V., Wedzicha, J. A., ... Vogelmeier, C. F. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *The European respiratory journal*, 61(4), 2300239.
8. Abul, Y. & Özlü, T. (2013). Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*; 1 (1): 7-12
9. Foster, T. S., Miller, J. D., Marton, J. P., Caloyeras, J. P., Russell, M. W., & Menzin, J. (2006). Assessment of the economic burden of COPD in the U.S.: a review and synthesis of the literature. *COPD*, 3(4), 211–218.
10. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdinç, E., Ergan, B., Gürgün, A., ... & Yıldırım, N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tani ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15(2), 1-72.
11. Erdinç, E., Polatlı, M., Kocabaş, A., Yıldırım, N., Gürgün, A., Saryal, S., ... & Demir, T. (2010) Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 11(1), 5-63
12. PRASAD, B. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). *Uluslararası Eczacılık*

Araştırma ve Teknoloji Dergisi (IJPRT) , 10 (1), 67–71.

13. Yao, L., Cao, J., Cheng, S., Shan, S., Jiang, D., Luo, Z., Li, S., Hou, L., Li, X., & Song, P. (2024). Inequalities in disease burden and care quality of chronic obstructive pulmonary disease, 1990-2021: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Journal of global health*, 14, 04213.
14. Hansell, A. L., Walk, J. A., & Soriano, J. B. (2003). What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple cause coding analysis. *The European respiratory journal*, 22(5), 809–814.
15. Smolonska, J., Wijmenga, C., Postma, D. S., & Boezen, H. M. (2009). Meta-analyses on suspected chronic obstructive pulmonary disease genes: a summary of 20 years' research. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(7), 618–631.
16. Spielmanns, M., Gloeckl, R., Jarosch, I., Leidl, D., Schneeberger, T., Boeselt, T., Huber, S., Kaur-Bollinger, P., Ulm, B., Mueller, C., Bjoerklund, J., Spielmanns, S., Windisch, W., Pekacka-Egli, A. M., & Koczulla, A. R. (2023). Using a smartphone application maintains physical activity following pulmonary rehabilitation in patients with COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*, 78(5), 442–450.
17. Dobrek, L., & Głowacka, K. (2023). Depression and Its Phytopharmacotherapy-A Narrative Review. *International journal of molecular sciences*, 24(5), 4772.
18. Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
19. Gençeli, S. T. (2023). Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan çocuklarda mesnevi okumalarının etkileri.
20. McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., Gorwood, P., Ho, R., Kasper, S., Kennedy, S. H., Ly-Uson, J., Mansur, R. B., McAllister-Williams, R. H., Murrough, J. W., Nemeroff, C. B., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Sanacora, G., Schatzberg, A. F., Shelton, R., ... Maj, M. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(3), 394–412.
21. Yohannes, AM, & Alexopoulos, GS (2014). KOAH'lı hastalarda depresyon ve anksiyete. *Avrupa solunum incelemesi* , 23 (133), 345-349.
22. Gelenberg, A. J. (2010). The prevalence and impact of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 26446.
23. Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71.
24. Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512–522.
25. Yildiz, N. G., Aydin, K., Aydin, H. Z., Phiri, Y. V. A., & Yildiz, H. (2024). Factors Related

- to Prevalence of Depression in Türkiye: A Population-Based Study. Türkiye’de Depresyonun Yaygınlığı ile İlişkili Faktörler: Nüfusa Dayalı Bir Çalışma. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 35(3), 167–177.
26. Korkmaz, T., & Tel, H. (2010). KOAH’LI HASTALARDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK DURUMUNUN BELİRLENMESİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86.
27. Afsar, B., Yalçınsoy, M., Yakar, H., Bilgin, S., & Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 260-267.
28. Korkmaz, T. (2008). Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi.
29. Ceyda, A. N. A. R., Tatar, D., Gediktaş, E., YILDIRIM, Y., & Halilçolar, H. (2012). UZUN SÜRELİ OKSİJEN TEDAVİSİ UYGULANAN KOAH’LI OLGULARDA ANKSİYETE DEPRESYON SIKLIĞI. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 26(2), 83-89.
30. Karaca, S. (2024). *KOAH’lı Hastalarda Vücut Farkındalığı Tedavisinin Postüral Stabilitate, Denge ve Düşme Korkusuna Etkisi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
31. Neşe, A. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) ve Yönetimi. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik*, 27.
32. Desai, H. D., & Jann, M. W. (2000). Women’s health series major depression in women: A review of the literature. *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)*, 40(4), 525-537.
33. Nazroo, J. Y., Edwards, A. C., & Brown, G. W. (1998). Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles?. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 312-330.
34. ARSLANTAfi, H. (2011). YALNIZLIK, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 135-144.
35. Uslu, M., Özgür, G., & Gümüş, A. B. (2008). İNME TANILI HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 7-15.
36. Kayahan, M., & SERTBA, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.
37. Kessler, RC ve Bromet, EJ (2013). Kültürler arası depresyon epidemiyolojisi. *Halk sağlığı yıllık incelemesi*, 34 (1), 119-138.
38. Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., & Işıklar Özberk, D. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler.
39. Korhonen, T., Broms, U., Varjonen, J., Romanov, K., Koskenvuo, M., Kinnunen, T., & Kaprio, J. (2007). Sigara içme davranışı Fin erkek ve kadınlar arasında depresyonun bir

- öngörücüsü olarak: yetişkin ikizler üzerinde prospektif bir kohort çalışması. *Psikolojik tıp* , 37 (5), 705-715.
40. Velioğlu, U., & Sönmez, C. I. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(1), 35-41.
 41. Marakoğlu, K., Çivi, S., Şahsıvar, Ş., & Özdemir, S. (2006). Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki.
 42. Kutlu, R., Çivi, S., & Karaoğlu, O. (2008). Polislerde sigara içme sıklığı ve depresyon arasındaki ilişki.
 43. Bock, K., Bendstrup, E., Hilberg, O., & Løkke, A. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) depresyonun değerlendirilmesi için tarama araçları. Sistematik bir inceleme. *Avrupa klinik solunum dergisi* , 4 (1), 1332931.
 44. Schneider, C., Jick, SS, Bothner, U., & Meier, CR (2010). KOAH ve depresyon riski. *Göğüs* , 137 (2), 341-347.
 45. Karadağ, E., İnkaya, B. V., & Kunduracı, E. (2016). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan hastalarda yeti yitimi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki. *STED Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 25(5), 175-180.
 46. BOZDEMİR, N., KARAKUŞ, G., & KURDAK, H. (2017). Türkiye ve dünyada erişkin depresyonu epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 8(1), 1-6.
 47. Yalvaç, H.D. (2012). Türkiye Klinikleri *J Psychiatry-Special Topics*;5(2), 7-13.
 48. Robins L.N. , Helzer J.E., & Weissman M.M. (1984). Üç Bölgede Belirli Psikiyatrik Bozuklukların Yaşam Boyu Yaygınlığı. *Arch Gen Psychiatry*, 41(10):949-958.
 49. KILIÇ, C., & ULUĞ, Ö. Ş. (2021). Türkiye'de Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 14(6), 1-7.
 50. Kunik, ME, Veazey, C., Cully, JA, Soucek, J., Graham, DP, Hopko, D., ... & Stanley, MA (2008). KOAH hastalarında klinik olarak önemli depresyon ve anksiyete semptomları için KOAH eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi grup tedavisi: randomize kontrollü bir çalışma. *Psikolojik tıp* , 38 (3), 385-396.

8. EKLER

8.1. ANKET FORMU

1.Cinsiyetiniz?

- a)Erkek b) Kadın

2.Yaşınız?

.....

3.Kiminle yaşıyorsunuz?

- a)Eş/Partner b)Anne/Baba c)Yalnız yaşıyorum. d)Diğer:.....

4.Eğitim durumunuz?

- a)Okuryazar b) İlköğretim c)Ortaöğretim c)Lise d) Üniversite

5.Aylık geliriniz?

- a)1 Asgari ücret ya da daha az b)1-3 Asgari ücret arası c)3 Asgari ücretten fazla

6.Sigara kullanıyor musunuz?

- a)Evet b) Hayır c)Eski Kullanıcıyım. paket/yıl

7.KOAH tanısını ne zaman aldınız?

- a)1 yıldan az b) 1-10 yıl içinde c)10 yıldan fazla

8.KOAH ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

9.Depresyon tanısı aldınız mı? Aldıysanız ne zaman tanı konuldu?

- a)Evet, 1 yıldan az b)Evet,1-10 yıl içinde c)Evet,10 yıldan fazla d)Hayır

10.KOAH'tan başka kronik hastalıklarınız var mı?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a)DiabetesMellitus(Şeker Hastalığı)
b)Hipertansiyon
c)Hipo/Hipertiroidi(Guatr)
d)Malignite(Kanser)
e)Yok f)Diğer:.....

8.2. KOAH DEĞERLENDİRME TESTİ (KOAH ASSESSMENT TEST) CAT TESTİ

Açıklama: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak skrolama sistemi üzerinden puan vermeniz gerekmektedir. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1) Hiç öksürmüyorum. 0 1 2 3 4 5 Sürekli öksürüyorum.
- 2) Akciğerlerimde hiç balgam yok. 0 1 2 3 4 5 Sürekli, yoğun balgam çıkarıyorum.
- 3) Göğsümde daralma sıkışma hissi yok. 0 1 2 3 4 5 Göğsümde sürekli daralma sıkışma hissi var.
- 4) Yokuş veya merdiven çıkarken nefesim daralmıyor. 0 1 2 3 4 5 Yokuş veya merdiven çıkarken nefesim çok daralıyor.
- 5) Evde rutin işlerde hiç zorlanmıyorum. 0 1 2 3 4 5 Evde rutin işlerde çok zorlanıyorum.
- 6) Evden çıkma konusunda özgüvenim tam. 0 1 2 3 4 5 Evden çıkma konusunda özgüvenim hiç yok.
- 7) Rahat uyurum. 0 1 2 3 4 5 Akciğerlerimden dolayı rahat uyuyamam.
- 8) Kendimi güçlü/enerjik 0 1 2 3 4 5 Kendimi hiç güçlü/enerjik

hissediyorum.

hissetmiyorum.

8.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
3. Şimdi hep sinirliyim.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.