



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN KOAH HASTALARININ HASTALIK
VE DİSPNE ŞİDDETİ İLE COVID 19 KORKUSU VE ÖLÜM
KAYGISI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hazırlayan
ŞEYMA GÖRPÜZ

Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aygöl KISSAL

TOKAT-2021



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN KOAH HASTALARININ HASTALIK
VE DİSPNE ŞİDDETİ İLE COVID 19 KORKUSU VE ÖLÜM
KAYGISI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hazırlayan
ŞEYMA GÖRPÜZ

Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aygöl KISSAL

TOKAT-2021

T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(/ /2021)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Şeyma GÖRPÜZ

İmzası

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimim boyunca bana yol gösteren, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her zaman sabırla, sevgiyle yaklaşan, çalışmamda büyük emeği olan saygıdeğer hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL'a

Araştırmama katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli hastalara,

Meslek hayatıma ilk başladığım günden beri ve çalışmam sürecinde desteklerini esirgemeyen sevgili Tokat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları 1 (Pandemi 8) Ailesine, Hayatımın her anında bana destek veren, bugünlere ulaşmam da maddi, manevi büyük emeği olan, dualarını hiçbir zaman esirgemeyen cefakar ve vefakar Canım Aileme, Hayatıma girdiğinden beri benden sevgisini, ilgisini esirgemeyen, çalışmam boyunca yardımcı olan, her anımda desteğini hissettiğim Can Eşime, Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Şeyma GÖRPÜZ

Acil Servise Başvuran KOAH Hastalarının Hastalık ve Dispne Şiddeti ile Covid-19 Korkusu ve Ölüm Kaygısı Düzeyi Arasındaki İlişki

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde en sık görülen semptomların başında dispne gelmektedir. Hastalık ve hastalığa bağlı semptomlar, komplikasyon ve ataklarla sürekli karşılaşan KOAH'lı bireyler yoğun ölüm kaygısı yaşayabilmektedirler. Yeni tip koronavirüs (Covid-19) ölümcül sonuçları olan, insanlarda korku oluşturan bir salgındır.

Çalışma KOAH tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile Covid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikteki bu araştırma 15 Şubat 2021-1 Nisan 2021 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi acil servisine 40 yaş ve üzeri KOAH tanısı ile başvuran 144 hasta ile yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Medical Research Council Dispne Skalası (MRC), Modifiye Borg Dispne Skalası, KOAH Değerlendirme Testi-CAT, Koronavirüs Korku Ölçeği (KKÖ), Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki Kare Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $66,39 \pm 9,72$ 'dir. KOAH Değerlendirme Testi CAT skorunun 56 hastada yüksek düzeyde, 35 hastada ise çok yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %88,9'unun 1. derece akrabası Covid-19 tanısı aldığı, %95,1'inin komşusunun Covid-19 tanısı aldığı,

%43,8'ünün kendisini Covid-19 tanısı aldığı belirlenmiştir. Covid-19 Korkusu Ölçeği'nde hastaların aldıkları toplam ortalama puan $16,92 \pm 6,36$ 'dır. Ölçeğin Minimum ve Maximum değerleri ise sırası ile 7,00 ve 29,00 olarak bulunmuştur. Çalışmada Ölüm Kaygısı Ölçeği'nde 52 hastanın ölüm kaygısı düzeyi ağır olarak bulunmuştur. 48 hastanın ölüm kaygısı hafif düzeyde bulunurken 44 hastanın ise ölüm kaygısı düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların 57'sinin şiddetli dispnesi bulunmaktadır. Cinsiyet, meslek ve sigara kullanma durumuna göre hastaların ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). KOAH süresi, derecesi, hastaneye başvuru sıklığı, kronik hastalık varlığı, evde oksijen ve nebül tedavisi alma, Covid-19 tanısı alma, izole edilme ve Covid-19 bulaşması ile ilgili kaygı düzeylerine göre ölüm kaygısı puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$). KOAH tanısı olan bireylerin dispne şiddeti ile ölüm kaygısı ve Covid-19 korkusu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

KOAH hastalarının çoğunda ölüm ve Covid-19 korku düzeyleri yüksektir. Ev hanımı ve kadın olma, KOAH ve kronik hastalık özellikleri Ölüm Kaygısı ve Covid-19 korkusu açısından dikkatle değerlendirmelidir. KOAH olan bireylerde Covid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeylerinin değerlendirilmesi ve KOAH yönetimi için ise planlı eğitimler verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 Korkusu, Dispne, KOAH, Ölüm Kaygısı.

The Relationship Between the Severity of Disease and Dyspnea of COPD Patients Admitted to The Emergency Department and the Level of Fear of COVID-19 and Death Anxiety

ABSTRACT

Dyspnea is one of the most common symptoms in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Individuals with COPD, who constantly encounter symptoms, complications and attacks related to the disease and the disease, may experience intense death anxiety. The new type of coronavirus (COVID-19) is an epidemic that has deadly consequences and creates fear in humans.

The study was conducted to evaluate the relationship between the severity of the disease and dyspnea and the fear of COVID-19 and death anxiety levels in individuals diagnosed with COPD.

This descriptive-relationship-seeking study was conducted with 144 patients aged 40 and over who were admitted to the Tokat State Hospital Emergency Service between February 15, 2021 and April 1, 2021. Personal Information Form, Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC), Modified Borg Dyspnea Scale, COPD Assessment Test-CAT, Fear of COVID-19 Scale, The Scale of Death Anxiety were used to collect the data of the study. Number, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square Test, Kruskal Wallis Analysis of Variance, One Way Analysis of Variance (ANOVA) were used for statistical evaluation.

The mean age of the individuals in the study was $66,39 \pm 9,72$ COPD Assessment Test-CAT score was found to be high in 56 patients and very high in 35 patients. It was determined that 88.9% of the individuals in the study were diagnosed with 1st degree

relatives of COVID-19, %95.1 of their neighbors were diagnosed with COVID-19, and %43.8 were diagnosed with COVID-19 themselves. In the Fear of COVID-19 Scale, the total mean score obtained by the patients is 16.92 ± 6.36 . The Minimum and Maximum values of the scale were found to be 7.00 and 29.00, respectively. In the study, 52 patients' fear of death level was found to be heavy on the Scale of Death Anxiety. While 48 patients had a mild fear of death, 44 patients had a moderate level of fear of death. 57 of the patients have severe dyspnea. A statistically significant difference was found between the death anxiety of the patients according to gender, occupation and smoking status ($p < 0.05$). Fear of death scores were found to be statistically significant according to COPD duration, degree, frequency of hospital admission, presence of chronic disease, receiving oxygen and nebula treatment at home, being diagnosed with COVID-19, being isolated, and anxiety levels related to COVID-19 transmission ($p < 0.05$). A statistically significant relationship was found between the severity of dyspnea and the mean scores of death anxiety and fear of COVID-19 in individuals with COPD ($p < 0.05$).

Most COPD patients have high levels of death and COVID-19 fear. Being a housewife and woman, COPD and chronic disease characteristics should be carefully evaluated in terms of Death Anxiety and fear of COVID-19. It is suggested that the levels of fear COVID-19 and death anxiety of COPD patients be evaluated and planned training should be provided for the management.

Keywords: COPD, Dyspnea, Fear of COVID-19, Death Anxiety.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANIMI.....	7
2.1.1. KOAH'ta Epidemiyoloji.....	7
2.1.2. KOAH'ın Patofizyolojisi.....	9
2.1.3.KOAH'ta Morbidite.....	10
2.1.3. KOAH'ta Mortalite.....	10
2.1.4. KOAH'ın Sosyal Yüğü.....	10
2.1.5 KOAH'ın Ekonomik Yüğü.....	10
2.2. KOAH VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	13
2.3. KOAH'IN BELİRTİ VE BULGULARI.....	14
2.4. KOAH'IN EVRELERİ (SINIFLAMASI).....	16
2.5. KOAH'IN TEDAVİSİ.....	18
2.6. KOAH'TA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	19
2.7. KOAH VE COVID-19.....	21

2.8. ÖLÜM VE ÖLÜM KAYGISI.....	22
2.8.1. KOAH ve Ölüm Kaygısı.....	23
2.8.2. Covid-19 Korkusu ve Ölüm Kaygısı.....	24
3. MATERYAL VE METOD.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	26
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ.....	26
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME ÖLÇÜTLERİ.....	27
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	27
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK.1).....	27
3.7.2. İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası (Medical Research Council-MRC) (Bkz. EK.2).....	28
3.7.3. Modifiye Borg Dispne Skalası (Bkz. EK.3).....	29
3.7.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Bkz. EK.4).....	29
3.7.5. KOAH Değerlendirme Testi -CAT (Bkz. EK.5).....	30
3.7.6. Kovid-19 Korkusu Ölçeği (KKÖ) (Bkz. EK.6).....	30
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	31
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
3.10. ARAŞTIRMA SÜRECİ.....	32
3.10.1 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	77
9. ÖZGEÇMİŞ.....	84

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=144).....	34
Tablo 2. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=144).....	35
Tablo 3. Ölüm Kaygısı Ölçeği Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144).....	38
Tablo 4. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144).....	39
Tablo 5. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144).....	41
Tablo 6. Covid-19 Korkusu Ölçeğine Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144).....	44
Tablo 7. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=144).....	45
Tablo 8. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=144).....	47
Tablo 9. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144).....	50
Tablo 10. MRC Dispne Skalası ve BORG Skalası Dağılımı (n=144)	51
Tablo 11. Bireylerin MRC Dispne Skalasına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144).....	52
Tablo 12. Bireylerin BORG Skalasına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144).....	52
Tablo 13. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144).....	53

Tablo 14. Bireylerin MRC Dispne Skalasına Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144).....	53
Tablo 15. Bireylerin BORG Skalasına Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144).....	54
Tablo 16. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)	55
Tablo 17. Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144).....	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** KOAH’ ta Risk Faktörleri
- Şekil 2:** Akım-Volüm Halkası ve Zaman-Volüm Eğrisi
- Şekil 3:** KOAH’ta postbronkodilatör FEV1 değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması ($FEV1/FVC < 0.70$ olan hastalarda)
- Şekil 4:** GOLD 2021’e göre KOAH’ta yeni değerlendirme şeması

KISALTMALAR LİSTESİ

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)

BOLD: Burden of Obstructive Lung Disease

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CAT: KOAH Değerlendirme Testi

DM : Diabetes Mellitus

FEV1: Forced Expiratory Volume İn 1 Second (Zorlu ekspiratuvar volüm birinci saniye)

FVC: Forced Vital Capacity (Zorlu vital kapasite)

DALY : Disability Adjusted Life Years

YLD : Years Of Healty Life Lost Due to Disability

YLL : Years of Life Lost

1.GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin ve anormal akciğer gelişimini de içeren konakçı faktörlerinin neden olduğu, hava yolu ve/ veya alveoler bozulmalara bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlar ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2021). KOAH genellikle orta-ileri yaş grubunda ortaya çıkar ve yavaş bir ilerleme gösterir. Genellikle kış aylarında semptomlarda artış ile kendini gösteren hastalık alevlenmeleri, ciddi morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH genellikle kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar ve akciğer kanseri komorbiditeleri ile görülen bir hastalıktır (GOLD, 2021; Agusti ve ark., 2020). Bununla birlikte hastalık yeterince bilinmemekte, hastaların çoğu hastalıklarını nefes darlığı olarak bilmektedir. Bu hastalık için erken tanılama yapılamamakta çünkü çoğu hasta nefes darlığının en son aşamasında hastaneye başvurmakta, yanlış tanı konulmakta ve yeterince tedavi edilmemektedir (Türk Toraks Derneği, 2017). Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre 2019 yılında dünyada 212 milyon KOAH'lı hasta bulunmaktadır (GBD, 2019). Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %10-12 arasında olduğu bildirilmektedir. Tüm dünya ülkelerinde ise KOAH prevalansı ülkeler ve coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermekte ve %3-21 arasında değişmektedir (GOLD, 2020; Ruvuna ve ark., 2020). Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasına göre 2019 yılında tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler 3.28 milyondur. Bu ölümlerin %90'dan fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (GBD, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu 2019'da ölüm nedeni istatistiklerinde dolaşım sistemi hastalıklarının %36,8 ile ilk sırada, iyi ve kötü huylu tümörlerin %18,4 ile ikinci sırada,

solunum sistemi hastalıklarının %12,9 üçüncü sırada yer aldığını bildirmektedir. KOAH ve bronşiektazi kaynaklı ölümler 23.547 olarak bildirilirken bunların 15.358'ini erkek ölümleri, 8.139'unu ise kadın ölümleri oluşturmaktadır (TÜİK, 2021).

KOAH hastalığı olan bireylerde en sık görülen semptomlar dispne, öksürük ve balgamdır. Bu bireylerde en sık görülen semptomların başında ise dispne gelmektedir. Şiddeti giderek artan dispne önemli fonksiyonel kısıtlılıklara yol açarak hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Amerikan Toraks Derneği (ATS) tarafından Dispne, “niteliksel olarak çeşitli yoğunlukta duyuların oluşturduğu öznel solunum rahatsızlığı deneyimi” şeklinde tanımlanmaktadır (Sharma ve ark., 2019). Literatürde dispnenin nedenini saptayarak tedavi etmek kadar dispne derecesinin ölçümünün de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Agusti ve ark., 2020; Çalık Kütükçü ve ark., 2015). Hastalık ve hastalığa bağlı semptomlar, komplikasyon ve ataklarla sürekli yüz yüze kalan KOAH'lı bireyler yoğun ölüm kaygısı yaşayabilmektedirler. Hastalığın getirdiği zorluklarla her zaman iç içe olan KOAH'lı bireyler, fiziksel ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle de ruhsal yönden olumsuz etkilenmekte ve bu sınırlılıklar depresyon, kaygı, ölüm kaygısına zemin hazırlamaktadır (İnce ve Işıl, 2011). Tel Aydın ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının dispne sırasında yaşadıkları duyguları sorulduğunda, katılımcıların çoğunluğu KOAH'la yaşamayı “çok zor, ölmekten beter bir durum” şeklinde, bazı katılımcıların ise bu durumu “hayatım tamamen bitiyor”, “nefesim daraldığı zaman Azrail geldi, öleceğim diye korkuyorum” şeklinde ifadeleri olmuştur. Dispne hastaların her birine özgü bir deneyim olup, hastaların yoğun panik, korku ve anksiyete yaşamasına yol açan baş edilmesi güç bir yakınma olarak ifade edilmektedir (Tel Aydın ve ark., 2012; Arslan, 2008).

Yeni tip koronavirüs (Covid-19), özellikle solunum sistemini hedef alarak, soğuk algınlığından SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ve MERS (Middle East Respiratory Syndrome) gibi şiddetli akut solunum yolu sendromlarına kadar değişen hastalıklara neden olan zoonotik koronavirüs ailesinin, mutasyon sonucu ortaya çıkan yeni bir alt türüdür (Brown ve Wang, 2020). Virüs, ilk olarak 2019 yılı Aralık ayının sonlarına doğru Çin'in Wuhan bölgesinde ortaya çıkmıştır (Huang ve ark., 2020). Covid-19 ciddi akut solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan ölümcül bir hastalık olarak nitelendirilmektedir (Zhou ve ark., 2020). Bulaş yolunun; hasta bireylerin öksürmeleri aksırmaları ile ortama saçılan damlacıkların solunması ile olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 11 Şubat 2020'de Covid-19 ismini vermiştir ve hastalığın 160 ülkeye yayılmasının vaka sayısının 200.000'i, ölüm sayısının ise 8.000'i bulmasının ardından Covid-19 salgını Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilmiştir (Zhao ve ark., 2020). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Mart'ta ilk Covid-19 vakasının tespit edildiği açıklanmıştır, virüse bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 'ta açıklanmıştır. 1 Nisan' da virüsün tüm Türkiye geneline yayıldığı bildirilmiştir en çok vaka görülen şehirlerin ise sırasıyla İstanbul, İzmir, Ankara, Kocaeli, Konya olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiştir (Türkiye de Covid 19 Pandemisi, 2021). Dünya Sağlık Örgütü 20 Nisan 2021 tarihinden sonra COVID-19 bulaşan 124 milyondan fazla vaka ve 2.5 milyondan fazla ise ölüm bildirmiştir (World Health Organization [WHO], 2020). Türkiye de son verilerde (20 Nisan 2021) toplam vaka 4.384.624 olarak kayıtlara geçerken, 36.613 ise vefat sayısı olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı Covid-19 Verileri, 2021). Bu da virüsün ne kadar bulaşıcı ve öldürücü olduğunu göstermektedir. 60 yaş üstü, ciddi kronik tıbbi rahatsızlıkları (kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kronik solunum yolu hastalığı, kanser gibi) olan bireylerin Covid-19'dan daha çok etkilendikleri saptanmıştır (Guan ve

ark., 2020). Covid-19 da görülen en yaygın semptomları arasında öksürük, ateş, titreme, yorgunluk, baş ağrısı, eklem ağrısı yer almaktadır. Kimi vakalarda kanlı öksürük, ishal, solunum güçlüğü, lenfosit düşüklüğü gibi belirtiler de görülmektedir. Bunların yanı sıra tat ve koku kaybı da hastalar tarafından ifade edilmektedir. Ciddi vakalar ise akut solunum yetmezliği, emboli, akut kalp krizi ve çeşitli ikinci bir enfeksiyona yakalanma eğilimi göstermektedir Hastalığın başlamasından ölümle sonuçlanmasına varan süreç ise ortalama 14 gün olup, bu süre 6 ile 41 gün arasında değişmektedir (Wang, Tang ve Wei, 2020).

Bulaşma ve yayılma hızı oldukça hızlı olan Covid-19 enfeksiyonunun tedavisini sağlamaya yönelik alınan önlemlere büyük önem verilmesine rağmen pandemiden etkilenen insanların ruhsal sağlık ihtiyaçları nispeten ihmal edilmiştir (Xiang ve ark., 2020). Covid-19'un ortaya çıkması, dünyada karışık, sürekli gelişen ve değişen bir durum ortaya çıkarmıştır. Sağlık kurumlarına ulaşamama korkusu, gıda kıtlıklarının yaşanacağı korkusu ve her an enfekte olma korkusu vb. düşünceler önemli psikolojik etkiler ortaya çıkarmıştır (Rubin ve Wessely, 2020)

Daha önceki salgınlarda deneyimlendiği ve yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri, intihar ve sağlık kaygısı salgının psikolojik etkileri arasında yer almaktadır (Lee, 2020; Wu ve ark., 2009). Amerika (2020)'da 775 yetişkin üzerine gerçekleştirilen bir araştırmada Covid-19 korkusu ve kaygısı yaşayan bireylerin sosyal tutumlarının önemli ölçüde değiştiği gözlemlenmiştir (Lee, 2020). Covid-19 salgını dünya halkını fiziksel, sosyal, ekonomik ve ruhsal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Torales ve ark., 2020; Rubin ve ark., 2020). Özellikle hastalık seyrinin belirsiz olması, artan can kayıpları, fiziksel mesafe, izolasyon, karantina ve özgürlük kaybı gibi kısıtlayıcı önlemler dünya genelindeki birçok ülkede bireylerin

ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (Lee ve ark., 2020). Salgın dönemleri hem hastalığı geçiren kişilerde hem de hiç hastalanmamış insanlarda davranışsal ve psikolojik etkiler ortaya çıkarabilir (Druss, 2020 Covid-19'un bedensel düzeyde oluşturduğu tehdit ve yıkımın yanında, bireylerde yol açtığı stres tepkisi ve hastalıkla bağlantılı yaşantıların yarattığı travmatik deneyimler sürecin ve sonrasının psikolojik açıdan da ele alınmasını zaruri hale getirmektedir. Bu süreçte karşılaşılan önemli sorunlardan birisi ölüm kaygısıdır.

Birçok düşünür ölüm kaygısını açıklamaya çalışmıştır. Erich Fromm iki türlü ölüm kaygısı olduğunu belirtmiştir. Birincisi, her insanın ölüm karşısında yaşadığı, ölmek zorunda olduğuna ilişkin normal korku; ikincisi ise, içinde var olduğu durumdan dolayı insanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısıdır. Erich Fromm, insanın içinde sürekli var olan ölüm kaygısını, hayatı iyi bir şekilde değerlendirememeye ve yaşam konusunda başarısız olmaktan korkmaya bağlı olduğunu ifade etmektedir (Hökelekli, 2008). KOAH'lı bireylerin kronik dispne ve hipoksiye bağlı ortaya çıkan ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bunlara yönelik öz-etkililik geliştirememesi hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltarak ölüm kaygısını daha da artırır (Korkmaz ve Tel, 2010).

İnsanların bir hastalığı algılayış biçimi ile hastalık karşısında verdiği tepkiler ve hastalığa uyum arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Hekler ve ark., 2008). Pandemi ilk çıktığı günden itibaren insanlar üzerinde, ölüm, yoğun bakımdaki hasta ve entübe hasta sayısındaki fazlalık gibi durumlar ve medyadaki yapılan yorumlar sebebiyle korku, panik, endişe, güvensizlik gibi duygusal/tepkisel sorunların arttığı gözlenmiştir (Liu ve ark., 2020). Bu gibi durumlar pandeminin psikososyal etkilerinin de yabana atılmaması gerektiğini gösterir. Bu bakımdan çalışma KOAH tanısı alan bireylerde hastalık ve dispne

şiddeti ile Kovid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın soruları:

- 1- KOAH'ı olan bireylerde ölüm kaygısı düzeyleri nedir?
- 2- KOAH'ı olan bireylerde Covid-19 Korkusu düzeyleri nedir?
- 3- KOAH'ı olan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile ölüm kaygısı arasında ilişki var mıdır?
- 4- KOAH'ı olan bireylerde hastalık ve dispne şiddeti ile Covid-19 korkusu arasında ilişki var mıdır?
- 5- KOAH'ı olan bireylerde Covid-19 korkusu ile ölüm kaygısı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANIMI

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ); genellikle zararlı parçacık veya gazlara ciddi bir şekilde maruz kalınması nedeniyle anormal akciğer gelişimini de içeren konakçı faktörlerinin sebep olduğu, hava yolu veya alveoler bozulmalara bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlar ile kendini gösteren, yaygın, önlenemeyen ve tedavisi mümkün bir hastalıktır (GOLD, 2021). Genellikle ilerleyici olan hava akımının sebebi genel olarak sigara içilmesinden kaynaklanan zararlı partiküllere veya gazlara karşı akciğerlerin normal dışı bir inflamatuvar yanıt oluşturmaları ile alakalıdır (Sariano ve ark., 2019). KOAİ gerek klinik gerekse biyolojik düzeyde çok bileşenli, her hastada değişkenlik gösterdiği gibi hastaların mevcut durumlarında da zaman içinde büyük değişkenlik gösterebilen bir hastalıktır (Agusti ve Faner, 2020). Dispne, öksürük ve balgam bu hastalıkta en sık görülen semptomların başında gelmektedir. KOAİ yaygın olarak orta-ileri yaşlarda ortaya çıkmakta ve yavaş bir ilerleme göstermektedir. Hastalığın semptomlarında genellikle kış aylarında artış yaşanmasıyla birlikte kendini gösteren hastalık alevlenmeleri ciddi morbidite ve mortalite sebebidir. KOAİ genellikle ek hastalıklarla birlikte görülür. Kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar ve akciğer kanseri en yaygın ek hastalıklardır (GOLD, 2021; Agusti ve ark., 2020).

2.1.1. KOAİ’de Epidemiyoloji

Dünya genelinde KOAİ en önemli morbidite ve mortalite nedeni olarak gösterilmektedir. KOAİ yaygınlığı direkt olarak tütün kullanım yaygınlığı ile bağlantılı olmasının yanı sıra temel risk faktörleri mesleki maruziyet, dış ve iç ortam hava kirliliği olarak belirlenmiştir (GOLD, 2013; 2017). Hastalığın risk faktörlerine maruziyetin

sürmesiyle ve dünyada yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak hastalığın yaygınlığı, ekonomik ve sosyal yükünün de artacağı düşünülmektedir (GOLD, 2017). KOAH'ın yaygınlığının artmasındaki önemli sebepler arasında, yaşlı nüfus oranındaki artış aynı zamanda toplumdaki sigara içme ve sigara alışkanlığındaki artış olduğu düşünülmektedir. Geçmiş yıllarda erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara içmeleri ve KOAH için risk oluşturan mesleklerde daha çok çalışması KOAH'ın erkeklerde daha fazla görülmesinin sebebi olarak görülmekteyken günümüzde kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının gün geçtikçe yaygınlaşması, ileri ki yıllarda kadınlar arasında da hastalığın artacağını düşündürmektedir (Kocabaş ve ark., 2014). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda sigara içiminin zararlarına karşı kadınların erkeklerden daha duyarlı olduğu bildirilmiştir (Lozana ve ark., 2010).

2019 yılında, Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre dünya üzerinde 212 milyon KOAH hastası bulunmaktadır (GBD, 2019). Literatürde KOAH prevalansının gelişmiş ülkelerde 40 yaş üstü bireylerde %10-12 olduğu bildirilmektedir. Bu oran tüm dünyada ise ülkeler ve coğrafi bölgelere göre yüksek oranda farklılıklar oluşturmakta ve %3-21 arasında değişebilmektedir (GOLD, 2021; Ruvuna, 2020). 29 ülkenin tamamladığı “Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD)” çalışmasındaki verilere bakıldığında, KOAH prevalansı kadınlarda %8,5, erkeklerde %11,8; toplam %10,1 olarak saptanmıştır (GOLD, 2021). Hiç sigara kullanmayanların KOAH prevalansının %3-11 aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastalık prevalansının önümüzdeki 40 yılda artacağı ve 2060 yılında ise hastalığa bağlı ölümlerin 5,4 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (GOLD, 2021).

2.1.2. KOAH'ın Patofizyolojisi

KOAH'ta meydana gelen kronik inflamasyonla birlikte havayolları, akciğer parankimi ve pulmoner vasküler yapılarda nötrofil, makrofaj, B hücreleri, lenfositler gibi farklı inflamatuvar hücrelerin toplanır ve kümeleşir(Chung ve ark., 2008; Barnes, 2003). Oluşan patolojik değişiklikler de kronik inflamasyona ve tamir mekanizmalarının düzensiz çalışmasıyla birlikte gelişen yapısal değişikliklere bağlıdır(Barnes, 2003).

KOAH'ta ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler arasında; aşırı mukus sekresyonu, siliyer disfonksiyon, hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişim anomalilikleri,

pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale ve sistemik bulgular yer almaktadır(Kocabaş, 2008; Gülbay ve ark., 2003).

KOAH'ta ekspiratuvar hava akımı obstrüksiyonu gelişmektedir. Bundan proteolitik akciğer parankim hasarı ve küçük hava yolu hastalığı sorumlu tutulmaktadır. Proteolitik akciğer parankim hasarı; amfizem gelişimi ve akciğer esnekliğinde kayba yol açar. Akciğerlerin elastik geri çekilme (recoil) özelliğindeki kayıp, alveollerin hava yollarına yaptıkları ışınsal çekişte azalmaya ve hava yollarının daralmasına sebep olur. Bu durum, hava yollarının ekspirasyonda daha erken kapanmasına ve akciğerde hava hapsine (statik hiperinflasyon) sebep olmaktadır (Saryal, 2008).

Küçük hava yollarındaki inflamasyon ve peribronşiyal fibrozis nedeniyle küçük hava yolu hastalığı gelişir. Küçük hava yolu hastalığı ve gelişen amfizem, hava yolu direncinde artışa ve maksimum ekspiratuvar hava akım hızında azalmaya yol açmaktadır(Saryal, 2008).

Akciğerlerdeki inflamasyon ve fibroze bağlı olarak periferik hava yolu obstrüksiyonu meydana gelmektedir. Bu durum ekspirasyon esnasında ilerleyici hava hapsine yol açmaktadır ve bu durum aşırı havalanmayla sonuçlanmaktadır. Aşırı havalanma sebebiyle inspiratuvar kapasite azalır. Özellikle egzersiz esnasında işlevsel rezidüel kapasite artar, bu da egzersiz kapasitesinin kısıtlanmasına sebep olmaktadır (dinamik hiperinflasyon) (Yıldırım, 2005; Han, 2010).

KOAH'lı hastalarda görülen fizyopatolojik değişiklikler nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma, hipoksemi, hiperkapni, egzersiz performansında azalma, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Kocabaş,2008; Gülbay ve ark., 2003).

2.1.3. KOAH'ta Morbidite

KOAH'ta morbiditeyi değerlendirirken geleneksel olarak hastalık nedeniyle yapılan poliklinik başvuruları, acil servis başvuruları ve hastaneye yatış gibi ölçütler kullanılmasına karşın bu ölçütlerin her ülkenin sağlık sisteminden etkilendiği ve genellikle bununla ilgili veriler bulunmadığından dolayı mortaliteye göre veriler daha az güvenilir (GOLD, 2021; Ruvuna, 2020). KOAH morbiditesinin yaşla arttığı ve KOAH'lı hastalarda daha erken yaşlarda komorbiditelerin gelişebileceği bilinmektedir. KOAH ile ilişkili komorbiditeler, KOAH'lı hastalarda morbiditeyi etkileyebilir. Literatüre bakıldığında KOAH morbiditesinin yaşın artmasına ve sigara kullanımına paralel olarak arttığı, erkeklerde kadınlara göre morbiditenin arttığı görülmektedir (Halbert ve ark., 2006). Ek kronik hastalıkların olması; KOAH tedavisinin daha güçlü bir hal almasına, acile başvuru sıklığının artmasına, hastaneye yatışların artışına, taburculuk süresinin uzamasına sebep olacağından komorbidite varlığı da KOAH morbiditesini etkilemektedir (Mannio ve ark., 2015).

2.1.4. KOAH'ta Mortalite

2019 yılında dünyadaki KOAH nedenli ölümler 3.28 milyon olarak kayıtlara geçmiştir. Bu ölümlerin %90'dan fazlasını düşük-orta gelirli ülkeler oluşturmaktadır (GBD 2019). Ölüme en çok sebebiyet veren hastalıkların sıralamasında ilk sırayı iskemik kalp hastalıkları alırken ikinci sırada serebrovasküler hastalıklar üçüncü sırada ise KOAH yer almaktadır (GBD, 2019). Çoğu ülkede mortalite hızlarının azalmasına karşın, nüfusun artması, yaşlanmanın artması, hava kirliliği gibi risk faktörlerine maruz kalmadaki artışa ve kentli nüfustaki artışa bağlı olarak KOAH nedenli ölüm sayılarında artış yaşanmaktadır (Lorte Tieulent, 2019; Soriano ve ark., 2019). 2010 yılında Türkiye'de tüm ölümler arasında solunum hastalıklarından dolayı ölenlerin oranı %8.3 iken; geçen

yıllarda bu artışa geçmiş ve 2019 yılında %12.9'a olarak rapor edilmiştir. KOAH ve bronşektaziye bağlı ölümler %5.4'ünü oluşturmaktadır (TÜİK, 2019). 2019 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) KOAH ve bronşektaziye bağlı gerçekleşen ölümlerin 23.457 (15.358 erkek, 8189 kadın) olarak bildirmiştir (TÜİK, 2019; Karaoğlu, 2020). 2017 yılında TÜİK verilerinde ise, KOAH tüm ölümler içinde 4. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2019).

2.1.5. KOAH'ın Sosyal Yükü

Her bir sağlık sorununa ait yükü ölçmek için sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları ölçütü [Disability Adjusted Life Years (DALY)] ölçütü, erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanmıştır. 2019 yılında KOAH, dünyada en çok hastalık yüküne neden olan hastalıklar arasında 6. Sırada yer almıştır ve yine aynı yılda en sık görülen YLL ve YLD nedeni olmuştur. KOAH, 2019 yılında en sık görülen yedinci YLL ve 14. YLD nedenidir (GBD, 2019). Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmek amacıyla yapılan çalışmada KOAH Türkiye'de 2000 yılında en sık görülen ölüm nedenleri arasında 3. sırada, DALY sebepleri içerisinde ise 8. sırada yer almaktadır (Türk Toraks Derneğinin GOLD 2021 KOAH Raporuna Bakışı). 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre, KOAH'ın ikincil DALY seviyesinin 2002-2017 yıllarında %41.81 arttığı, bu artışın %54.62'sini erkeklerin, %26.75'inin de kadınların oluşturduğu rapor edilmiştir (Başara ve ark., 2018).

2.1.6. KOAH'ın Ekonomik Yükü

KOAH'ın tanı ve tedavisindeki harcamalarının yanı sıra hastalığa bağlı gelişen sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm sebeplerinden dolayı yapılan aile harcamaları da yüksek düzeylerde (Ruvuna, 2020). KOAH derecesi ilerledikçe alevlenme gelişimi, yaşlılık ve ek hastalık varlığı hastaneye yatış ihtiyacına

bağlı önemli derece ekonomik yüküle sonuçlanmaktadır. ABD’de varsayılan KOAH maliyeti 32 milyar dolar olarak kayıtlara geçmiştir. KOAH şiddetinin artması beraberinde hastaneye yatış ve ayaktan oksijen kullanım maliyetlerinin de artmasını beraberinde getirmektedir (Byng, 2019; Guarascio, 2013). Sağlık harcamalarının önemli bir belirleyicisi KOAH’taki ek hastalıkların varlığıdır (Mannino, 2015). GOLD 2019 raporuna göre KOAH’ın dolaylı maliyeti gelişmekte olan ülkeler için önemli bir tehdit oluşturabilir (GOLD, 2019).

Türkiye de KOAH’ın ekonomik yükü ile ilgili Deniz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada göğüs hastalıkları servisine KOAH alevlenme tanısı ile yatırılan yüz hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 69’unu erkek, 31’ini ise kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastaların tedavisinde kullanılan anibiyotiklerin ortalama fiyatı 208.3 ₺ (\$95.99, €70.13) tedavide kullanılan tüm ilaçların fiyatı 623.3 ₺ (\$95.99, €70.13) ve toplam maliyet ise (hastane yatış masrafları) 1202.2 ₺ (\$554, €404.78) olarak belirlenmiştir (Deniz ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara baktığımızda; Varol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada maliyet 1833 ₺ (\$844, €617) saptanmıştır (Varol ve ark., 2013). Hacıevliyagil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada maliyet 1336 ₺ (\$615, €449) bulunmuştur (Hacıevliyagil ve ark., 2006) Örnek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise toplam maliyet 1876 ₺ (\$864, €631) olarak kayıtlara geçmiştir (Örnek ve ark., 2012). Veriler de göstermektedir ki KOAH önemli derecede, giderek artan ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. KOAH’ın uygun bir şekilde tanı ve tedavisi ile hastalığın ilerlemesini önlemek ve komorbiditeleri uygun bir şekilde tedavi etmek hem hasta açısından hem de maliyet açısından önem taşımaktadır (Deniz ve ark., 2015).

2.2. KOAH VE RİSK FAKTÖRLERİ

Çok faktörlü nedenleri olan KOAH'ın dünyadaki en yaygın risk faktörünün tütün dumanı olduğu belirtilmektedir (GOLD, 2019). Bunlara ek olarak, işyerindeki hava kirliliğine maruziyet, alfa-1 antitripsin eksikliği, çeşitli tozlar, kimyasallar, buharlar ve dumanlar gibi KOAH'a katkıda bulunduğu düşünülen çevresel etmenler de bulunmaktadır (GOLD, 2018; GOLD, 2019). Mesleki maruziyet ve iç ortam hava kirliliği de önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Akgün, 2013). Bunların yanı sıra ekonomik düzeyin düşük olması, beslenmenin ve fiziksel egzersizin yetersizliği gibi başka risk faktörleri ise hastalık gelişimini ve hastalığın prognozunu etkileyen dolaylı faktörler arasında sıralanmaktadır (Türk Toraks Derneği Çalışma Grubu, 2013). Ek olarak pasif içicilik olarak adlandırılan çevresel tütün dumanına maruz kalınması ve dış ortam hava kirliliği KOAH gelişiminde daha az önemli görülmesine karşın hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır (Akgün, 2013; Türk Toraks Derneği, 2014; Yin ve ark., 2007). Mevcut çalışmalar hava kirliliğinin akciğer büyüme ve gelişmesinde önemli etkisi olduğunu göstermektedir (GOLD, 2017). Aşağıdaki tabloda KOAH risk faktörleri verilmiştir.

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

Şekil 1:KOAH' ta Risk Faktörleri (Kaynak: GOLD, 2019).

2.3. KOAH'IN BELİRTİ VE BULGULARI

KOAH'ın en yaygın belirtileri arasında dispne, öksürük ve balgam çıkartılması bulunmaktadır. (Çil ve Olgun, 2005; Çevirme, 2008). Dispne ilerleyen zamanlarda daha da kötüleşir fakat hafif ya da orta dereceli KOAH'da genellikle dispneye rastlanmaz (European Respiratory Society, 2013). Solunum yollarındaki hava akımı kısıtlanması ile KOAH tanısı belirlenmektedir ancak tedavi gereksinimi belirtilerin bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemesiyle ortaya çıkmaktadır. (Türk Toraks Derneği, 2017). Aşağıda KOAH semptomları kısaca açıklanmıştır.

2.3.1. Dispne; KOAH hastalığı olan bireylerde en sık görülen semptomların başında dispne gelmektedir. Amerikan Toraks Derneği (ATS) tarafından Dispne, “niteliksel olarak çeşitli yoğunlukta duyuların oluşturduğu öznel solunum rahatsızlığı deneyimi” şeklinde tanımlanmaktadır (Sharma ve ark., 2019). Hastalar tarafından dispne nefes almada güçlük, göğüste ağırlık hissi, hava açlığı veya nefes nefese kalmak olarak ifade edilmektedir (GOLD, 2017). Şiddeti giderek artan dispne önemli fonksiyonel kısıtlılıklara yol açarak hastaları olumsuz yönde etkiler ve dispne ile genellikle anksiyete de hastalığa eşlik etmektedir (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; GOLD, 2017). Literatürde dispnenin nedenini saptayarak tedavi etmek kadar dispne derecesinin ölçümünün de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Agusti ve ark., 2020; Çalık Kütükçü ve ark., 2015).

2.3.2. Öksürük: KOAH'ın ilk semptomu arasında genellikle öksürük yer almaktadır ancak bu durum birey tarafından gerek sigaraya gerekse çevresel maruziyetlere bağlı olarak geliştiği düşünülerek ciddi bir semptom olarak algılanmaz. Öksürük ilk başlarda aralıklı olabilir, sonrasında ise gün boyu devam eder ve her gün ortaya çıkar. KOAH'ta kronik öksürük balgamlı olabileceği gibi balgamsız

olabilmektedir. Ancak öksürük olmadan da gelişen anlamlı hava yolu obstrüksiyonu olan bulgular da saptanmıştır (Türk Toraks Derneği, 2021).

2.3.3. Balgam: KOAH'lı bireyler genellikle öksürüğün beraberinde az miktarda balgam çıkartırlar. Bu hastalıkta balgam genel olarak koyu kıvamlı, beyaz-gri renkte ve yapışkandır. Kronik bronşit; başka bir nedene bağlı olmadan, en az iki yıl boyunca üç veya daha fazla ay devamlı balgam çıkartma olarak adlandırılır. Başlangıçta balgam miktarı azdır, ilerleyen evrelerde daha sık ve daha fazla balgam çıkarılır (GOLD, 2017). Balgamın pürülan olması bakteriyel bir alevlenmeyi gösterir (Soler ve ark., 2012).

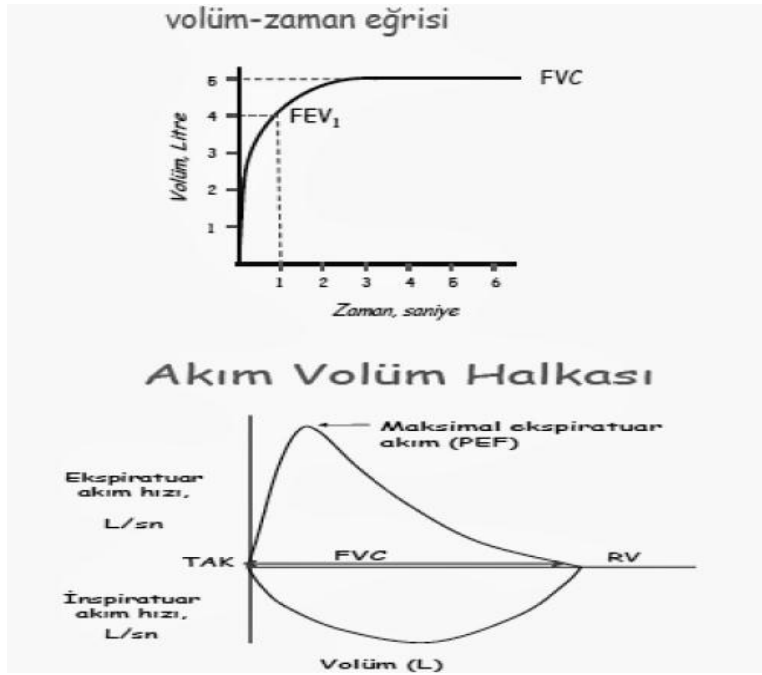
2.3.4. Wheezing ve Göğüste Sıkışma: Wheezing nefes alıp verme sırasında nefes verilirken ortaya çıkan hırıltı sesi olarak tarif edilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010). Wheezing KOAH'ta erken görülen belirtileri asındadır ve çoğunlukla egzersizle ortaya çıkmaktadır (Gunen ve ark., 2008). Göğüste sıkışma hissi çoğu zaman efor sonrası olduğu için ve iyi tayin edilemez. Göğüste sıkışma hissinin veya wheezing'in olmaması KOAH tanısını dışlamaz aynı şekilde olması da astım tanısını doğrulamamaktadır (Türk Toraks Derneği, 2021).

2.3.5. Kardiyovasküler semptomlar: Sağ kalp yetmezliği ve korpulmonaleye bağlı olarak periferik ödem ve diğer semptomlar KOAH'ın ağır evrelerinde görülmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Booker, 2010).

2.3.6. Diğer semptomlar: KOAH'ın ağır evrelerinde iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, aktivite intoleransına bağlı gelişen kas zayıflığı, yine hareketsizliğe bağlı sindirim sisteminde değişiklikler, anksiyete, depresyon, ölüm kaygısı gibi semptomlar görülmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2013). Ağır ve çok ağır KOAH vakalarında güçsüzlük, kilo kaybı ve anoreksi sık karşılaşılan problemleri arasındadır ve prognostik bakımdan önem taşımaktadır (Haehling, 2010).

2.4. KOAH'IN EVRELERİ (SINIFLAMASI)

Solunum fonksiyon testleri, KOAH'ın tanı ve değerlendirilmesinde altın standarttır. Hava akımı kısıtlanmasını ölçmek için kolay, standart, tekrarlanabilen ve objektif bir yöntemdir(Türk Toraks Dergisi,2010). Spirometre, solunum fonksiyon testi için temel cihazdır. Spirometre ile zorlu vital kapasite (FVC), bu manevranın 1. saniyesinde ekshale edilen hacmi (FEV₁) ve FEV₁/FVC oranı hesaplanmalıdır.



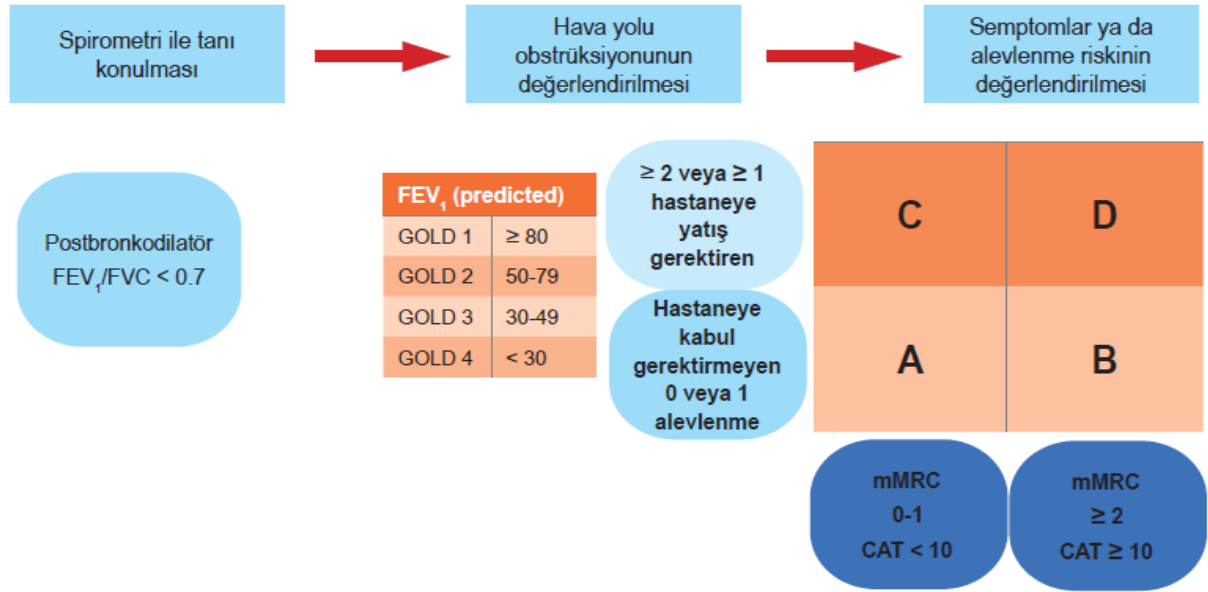
Şekil 2: Akım-Volüm Halkası ve Zaman-Volüm Eğrisi

GOLD 2013 güncellemesine göre solunum fonksiyon testi değerlerine göre hastalığın evreleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. Solunum fonksiyon testleri KOAH tanısının konulabilmesi için yeterli olmamaktadır. Ek olarak akciğer filmi, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, arteriyel kan gazı ölçümü de tanı konulurken başvurulacak diğer parametreler arasındadır. Tanı koyarken önemli olan bir diğer husus ise hastada dispne, balgam çıkarma, öksürük gibi belirtilerin olmasıdır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2017).

Evre 1	Hafif	$FEV_1 \geq \%80$
Evre 2	Orta	$\%50 \leq FEV_1 < \%80$
Evre 3	Ağır	$\%30 \leq FEV_1 < \%50$
Evre 4	Çok Ağır	$FEV_1 < \%30$

Şekil 3: KOAH'ta postbronkodilatör FEV1 değerine dayalı hava akımı

kısıtlanmasının sınıflaması ($FEV_1/FVC < 0.70$ olan hastalarda) (GOLD, 2017)



Şekil 4: GOLD 2021'e göre KOAH'ta yeni değerlendirme şeması*.

* GOLD 2021 Raporu'ndan uyarlanmıştır.

FEV₁: Zorlu ekspiratuvar volüm birinci saniye, FVC: Zorlu vital kapasite, mMRC: modifiye Medical Research Council, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, CAT: KOAH Değerlendirme Anketi. (Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı, 2021).

2.5. KOAH'IN TEDAVİSİ

2.5.1. Farmakolojik Tedavi: KOAH'lı bireylerdeki farmakolojik tedavinin amacı semptomları olabildiğince kontrol altına alabilmek, alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini en aza indirmek, egzersiz kapasitesini ve sağlık durumunu iyileştirmektir (Köktürk, 2017). KOAH'ta ana tedavi bronkodilatör tedavisidir (GOLD, 2021; Türk Toraks Derneği, 2021). Mevcut tedavi inhale steroidler, fosfodiesteraz inhibitörü ilaçlar, antikolinerjikler, mukolitikler, antiinflamatuvar ajanlar ve metilksantin türevi ilaçlardan oluşmaktadır (Özer, 2019). Her tedavi rejimi, semptomların ciddiyeti, hava akımı kısıtlaması ve alevlenmelerin ciddiyeti arasındaki ilişki hastalar arasında farklılık gösterebileceği için her hastaya özel olmalıdır (GOLD, 2019).

2.5.2. Nonfarmakolojik tedavi: GOLD (2020) raporu nonfarmakolojik tedavileri; öz yönetim, pulmoner rehabilitasyon, fiziksel aktivite, beslenme, aşılama, oksijen tedavisi, non invaziv mekanik ventilasyon desteği ve cerrahi girişimler olarak sınıflandırmıştır (GOLD, 2020).

2.5.3. Öz yönetim: Hastalara olumlu yönde sağlık davranışları kazandırılarak; semptomları hafifletmek, hastalığın kötüye gitmesini önlemek, sağlıkta iyilik halini sağlamak, egzersiz kapasitesini arttırmak, alevlenmeleri ve komplikasyon oluşumunu engellemek ve tedavi etmek, mortalite oranlarını düşürmek ve tedavideki yan etkileri ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek KOAH'ta bireysel yönetimin amaçları arasındadır. Bunların yanı sıra, hastalığın semptomları ile aktif baş etme, sağlık profesyonelleri ile etkili ve düzenli iletişim kurma, akılcı ilaç kullanımı, meydana gelen psikososyal sorunlarla başa çıkma durumlarını da içermelidir (European Respiratory Society, 2013; GOLD, 2019; Özer, 2019).

2.5.4. Pulmoner Rehabilitasyon: Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve mobilizasyonu KOAH'ın şiddetinin artmasına bağlı olarak azalmaktadır. Buna bağlı olarak hastada kas güçsüzlüğüne rastlanmaktadır. Solunumda önemli yere sahip olan kasların güçlendirilmesi ve işlevselliğinin arttırılması son zamanlarda önem oluşturmaktadır. Pulmoner rehabilitasyon eğitimi akciğer fonksiyonlarını geliştirerek KOAH hastalarının aktivitesini arttırır ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde artış sağlar (European Respiratory Society, 2013).

2.5.5. Uzun süreli O₂ tedavisi (USOT): Solunum yetersizliği olan hastalarda uygulanan oksijen tedavisinin (>15saat/gün) sağ kalımı arttırdığı saptanmıştır (GOLD, 2019). Stabil KOAH'lı istirahat veya egzersize bağlı desatüre olan hastalarda fayda sağlamaktadır. Arteriyel kandaki PaO₂ seviyesini 60 mmHg üstünde tutarak hastaların alevlenme dönemlerinde şiddeti azaltır (GOLD, 2019). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda uzun süreli oksijen kullanımı yaşam kalitesinde herhangi bir değişiklik yaratmadığı belirtilmiştir (Ekström ve ark., 2016).

2.6. KOAH'TA HEMŞİRELİK BAKIMI

Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH raporunda KOAH'ın tedavisinde en önemli faktörün KOAH oluşumunu etkileyen risk faktörlerini belirlemek ve bu faktörleri ortadan kaldırmak olduğu belirtilmektedir. Buna bağlı olarak KOAH tedavisinin başarısında sağlık profesyonellerinin ekip anlayışı içerisinde olup bütüncül hasta bakımının sürekliliğini sağlaması gerekmektedir. Tedavi hedeflerine ulaşmak için sigara içiminin önlenmesi, hasta eğitimi, bireysel yönetim, solunum egzersizleri, fiziksel egzersizler, beslenme, uyku, psikolojik, sosyal ve davranışsal gelişim ve bunlar üzerinde kontrolün sağlanmasında hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. KOAH'lı bireylerin evde bakım eğitim konularını; ilaç tedavisi, oksijen tedavisinin eğitimi,

solunum egzersizleri, beslenme, stresle başa çıkma, sigarayı bırakma, zararlı gaz ve partiküllerden uzak durma gibi başlıklar altında toplamak mümkündür (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002; Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017).

Ölüm kaygısı, hastaların yaşamlarında ciddi manada tehlike yaratacak bir durum olmasından dolayı hemşirelik tanısı olarak ele alınması gerekmektedir. Hemşirelik profesyonellerinin bu konuda bilgi ve tecrübelerini geliştirerek hastaların ölüm kaygısıyla baş etmelerine yardımcı olmaları gerekmektedir (Lehto ve Stein, 2009). Hemşireler hastaların kaygısını minimum seviye indirmeleri ve hastanın dikkatini başka yöne çekerek rahatlamalarına yardımcı olmaları gerekmektedir. Hemşireler bunun yanı sıra bireylerin benlik saygısının yükseltilmesi ve yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmeyi sağlamalarına yardımcı olmalıdır. Hastanın baş etme yöntemleri dikkatle değerlendirilmeli ve olumlu olanlar desteklenmelidir. Hemşireler bireylere yeni baş etme becerileri de öğretilmelidir (Öz, 2001). Hasta bireylerin duygularını (öfke, kırgınlık, kaygı vs.) ifade etmesine olanak sağlayıp mevcut durum anlaşılmasına çalışılmalıdır. Hasta hazır olduğu zaman ve hastanın ihtiyaç duyduğu kadar bilgi verilmelidir. Bireyin ihtiyaç duyduğundan fazla verilen bilgi, dikkati olumlu yönden daha çok olumsuz yöne kaydırabilmektedir. İhtiyaç duyduğundan daha az verilen bilgi ise bireyde korku ve kaygı yaratabilmekte (Özkan ve Alçalar, 2008) ümidi ümitsizliğe dönüştürebilmektedir (Öz, 2001). Hemşireler hastadaki mevcut dispneyi düzeltmek için hastaya uygun pozisyon (örneğin; fowler (oturma) pozisyonu) vermelidir bunun yanı sıra hastadaki gaz değişimini düzenlemek için 1-2 saatte bir pozisyon değişikliği yaparak akciğerlerin da iyi havalanmasına yardımcı olmalıdır (Uysal,2010).

2.7. KOAH VE COVID-19

KOAH alevlenmeleri tetikleyen solunum virüslerinin arasında Koronavirüsler yer almaktadır (Hewitt ve ark., 2016). KOAH alevlenmelerinin önlenmesinde ve tedavisinde Covid-19 virüsü kendine has engeller oluşturmaktadır (Gupta ve ark., 2020). Covid-19 ve KOAH alevlenmesinin semptomlarının ortak olması nedeniyle ayırt edilebilmesi oldukça zor olabilmektedir. Bireyde Covid-19 enfeksiyonundan şüpheleniliyorsa polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi yapıldıktan sonra Covid-19 enfeksiyonu ekarte edildiğinde, KOAH'tan bağımsız olarak tedavisi düzenlenmelidir (Türk Toraks Derneği, 2021). Bir taraftan da sokağa çıkma kısıtlamalarıyla endüstriyel aktivitelerde de azalma meydana gelmiştir bu durum hava kirleticilerinin azalmasına ve hava kalitesinin artmasını sağlamıştır bu durum ise dolaylı olarak KOAH'lı bireylerin yararına olmuştur (Muhammad ve ark., 2020).

2.7.1. KOAH'ta Covid-19 Tedavisi

GOLD 2021 raporuna göre ağır Covid-19'lu hastalar için sistemik steroidler ve antiviral ilaç remdesevir dahil olmak üzere bazı çalışmalar olumlu sonuçlar bildirmiştir. Bu çalışmalarda, KOAH'lı hastaların alt grup analizleri bildirilmemiştir. Alt grup analizlerinin olmadığı bu durumda; diğer Covid-19 hastaları gibi KOAH'lı Covid-19 hastalarının da aynı şekilde tedavi edilmesi önerilmektedir (GOLD, 2021; Türk Toraks Derneği, 2021). Solunum yetmezliğinde yüksek akım oksijen ve noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanmalıdır. Önemli bir bilgi olarak, inhaler tedaviler ile remdesevir arasında bilinen ilaç etkileşimi bulunmamaktadır. Covid-19 sonrası uygun izlemin sağlanması ve rehabilitasyon planlanması önemlidir (GOLD, 2021; Türk Toraks Derneği, 2021).

2.8. ÖLÜM VE ÖLÜM KAYGISI

Canlı tüm organizmaların paylaştığı yaşamın son aşaması olan ölüm durdurulmasının ya da önlenmesinin söz konusu olamayacağı evrensel bir olaydır (Koç ve Sağlam, 2008; Ünal, 2008). Amerikan Tıp Derneği ölümü; “fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum veya beynin sahip olduğu tüm fonksiyonlarının irreversibl olarak durması” şeklinde tanımlamaktadır (Çevik, 2010). Ölümün her bireyde farklı algılanmasında bireylerin mensup olduğu dinlerin, sahip olduğu kültürlerin ve toplumsal değer yargılarının, inançların, gelenek-göreneklerinin önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Karahisar, 2006).

Ölümü, kimi stres kaynağı olarak görürken, kimine göre ise stresten kurtulmak için bir araçtır (Koç, 2002; Özışık Eyüboğlu, 2009). Ölüm düşüncesinin insanın yaşantısındaki etkisi kaçınılmazdır bu düşüncüyü kontrol altında tutabilmek burada önemli olandır. Uçta, kontrol edilemeyen ve patolojik olan ölüm düşüncesi insanı bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (İnci ve Öz, 2009). Buna bağlı olarak ölüm düşüncesinin uç tepkilerden uzak ve kontrollü olması gerekmektedir çünkü bireydeki kaygı düzeyinin de kontrol altında olacaktır bireyin ölüm karşısındaki tutumlarının dengeli ve kontrol altında olmasına bağlıdır (İnci ve Öz, 2009). Ölüm kaygısının temelini ölümün daha önce deneyimlenmemiş olmasından doğan belirsizlik, yalnız kalma korkusu, sevdiklerinden ayrılma, kimliğini kaybetme, ahirette cezalandırılması veya ne olacağını bilememesi gibi faktörler oluşturmaktadır. Her bireyde ölüm kaygısının çıkış sebebi aynı olmayabilmektedir (Öztürk ve ark., 2011; Yıldız, 2001).

Literatürde ölüm kaygısının yaşa, cinsiyete, fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıkların varlığına, kişinin sahip olduğu özelliklere, geçmişteki ölümle alakalı

tecrübelerine, sosyokültürel özelliklere, medeni durum gibi etkenlere bağlı olarak değişebildiği gözlemlenmiştir (Morris, 2002; İnce ve Işıl, 2011; Öztürk ve ark., 2011). Bireyin ölümlü olduğunu bilmesi var olan günlerini daha iyi değerlendirmeye, daha dolu dolu yaşamaya itmektedir (Ayten, 2009). Ölümle alakalı literatüre bakıldığında korku ve kaygı terimleri birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir (Tanhan, 2007). Ölüm kaygısı; belirsizlik korkusu, bedeni kaybetme ve yok olma korkusu, acı duyma korkusu, yalnızlık korkusu, yakınlarını kaybetme korkusu, denetimi kaybetme korkusu, gerileme korkusu olarak çok boyutlu ele alınmaktadır (Öztürk, 2010).

2.8.1. KOAH ve Ölüm Kaygısı

Kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi KOAH da bireylerin organlarında ilerleyici işlev bozukluklarına sebep olarak bireylerde ümitsizlik, anksiyete, kaygı ve korkuya neden olmaktadır (Taytard ve Cousson, 1996; Wells ve ark., 1988). Fizyolojik olarak rahatsızlık yaşayan bireylerin ölüm kaygısı seviyesi iki durumda en üst düzeye ulaşmaktadır. Bunlardan ilki hastalığının son evresinde olduğunu öğrenen kişi de; bu bireyde ölüm kaygısı üst düzeydedir buna bağlı olarak depresyon ve öz kırım düşünceleri gelişebilmektedir. İkincisi ise fizyolojik rahatsızlıklardan kaynaklanan semptomlar ve bu semptomları kontrol altına alamama duygusu, sakat kalma düşüncesi ve bireyin işlevselliğinde azalmaya bağlı ölüm kaygısı en üst düzeyde hissedilebilmektedir (Kastenbaum, 2007). Ciddi bir şekilde fiziksel rahatsızlığı olan bireyler, yoğun ağrı ve acı yaşadıkları veya bundan ötürü başkalarına bağlı oldukları için, ölümü bir kurtuluş olarak görmektedirler (Cimete, 2002). Fiziksel ve sosyal kısıtlılıklar hasta bireyi psikolojik yönden etkilediği gibi sosyal izolasyona dahi yol açmaktadır (Ünsal ve Yetkin, 2005). Hastalıkla mücadele etme gücü kronik hastalıktan kaynaklanan fiziksel semptomlar ve sosyal izolasyonun depresif duygulanıma yol açmasıyla birlikte azalır ve

depresyon hastalığı tolere etmeyi zorlaştırmaktadır (Üskül ve ark., 2006). Aktiviteler sırasında, metabolik ve solunumsal ihtiyaçlarda normalden daha fazla bir artış meydana gelmektedir. Üst ekstremitenin kullanıldığı basit günlük aktivitelerin yapılması, oksijen ihtiyacında artışa neden olmaktadır buna bağlı olarak aktivite sırasında ventilatuar rezervin daha büyük oranı harcanmaktadır. Bu da hasta bireyin nefes darlığı algılamasında artışa ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara sebebiyet vermektedir (İnal İnce ve ark., 2005; Türk, 2006).

KOAH hastalarında ölüm kaygısı hasta bireyin yaşadığı dispne ve bunun sonucunda ortaya çıkan hiperkapni, hipoksi, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri beyinin fonksiyonunu etkilemesiyle oluşmaktadır. Oluşan bu kaygı hiperventilasyona yol açmaktadır böylelikle hastada dispneye bağlı daha fazla endişe ve korku gelişmektedir. Bunun sonucu olarak bu hastalarda kaygı bozuklukları, uyum güçlükleri, panik bozukluk, depresyon ve kişilik değişiklikleri görülebilmektedir (Özdemir ve ark., 2013). Solunum güçlüğü ve nefes açlığı yaşayan bireyde panik, kaygı ve ölüm kaygısı meydana gelmektedir (Çevirme, 2008).

2.8.2. Covid-19 Korkusu ve Ölüm Kaygısı

Virüs, ilk olarak 2019 yılı Aralık ayının sonlarına doğru Çin'in Wuhan bölgesinde ortaya çıkmıştır (Huang ve ark., 2020). Covid-19 ciddi akut solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan ölümcül bir hastalık olarak nitelendirilmektedir (Zhou ve ark., 2020). En yaygın görülen semptomları ateş, kuru öksürük, kas ağrısı, yorgunluk, ve nefes darlığıdır ve bu semptomlara genellikle 2-14 gün içinde sık rastlanmaktadır (D. Wang ve ark., 2020). Bulaş riski herkes için aynı olmasına karşın yaşla birlikte virüsün ölümcül etkisi artmaktadır (Çobanoğlu, 2020). Covid-19 dünyada kompleks, devamlı gelişen ve değişen bir durum meydana getirmiştir (Gencer,2020). Bu durum insanların

gerek kendisinin gerekse yakınlarını kaybedeceği korkusunun yanında, sağlık kurumlarına ulaşamama korkusu, her an kendisine bulaş veya virüsü bir başkasına bulaştırma korkusu, gıda malzemelerinde sıkıntı yaşanacağı korkusu, işsizlik korkusu vb. korkuları yaşamasına yol açmaktadır (Biçer ve ark., 2020). Bu tür düşünceler ise bireylerin fiziksel sağlıklarında ve yaşantılarında tehdit oluşturmakta, stres düzeylerini artırmakta, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunları tetiklemektedir (Harper vd., 2020; Pakpour ve Griffiths, 2020).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Bu çalışma 15 Şubat 2021- 24 Haziran 2021 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi Acil Servisine başvuran hastalar üzerinde yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmanın evrenini Tokat Devlet Hastanesi Acil Servis Birimi'ne KOAH tanısı ile başvurmuş 40 yaş ve üzeri hasta bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G-Power (V.3.1.9.2) ile hesaplanmış ve korelasyon yaklaşımı kullanılmıştır. Buna göre etki büyüklüğü: 0,263, 0.80 güçte ve I. tip hata 0.05 (α hata olasılığı) için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 144 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemine, çalışmanın yürütüldüğü hastanenin 15 Şubat 2021-1 Nisan 2021 tarihleri arasında Acil Servisine başvuran, KOAH tanısı alan 40 yaş ve üzeri 144 hasta oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

- ☐ En az 6 aydır KOAH tanısı olan,
- ☐ 40 yaş üstü
- ☐ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) kriterlerine göre orta, ağır ve çok ağır KOAH tanısı olan,
- ☐ İletişim sorunu olmayan,
- ☐ Ciddi kardiyolojik, malign, psikiyatrik, ortopedik, nörolojik problemi olmayan
- ☐ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME ÖLÇÜTLERİ

- ☐ Bilişsel işlev bozukluğu olan,
- ☐ KOAH dışında akciğer hastalığı olan hastalar
- ☐ Alkol veya madde bağımlılığı olan hastalar
- ☐ Ciddi kardiyolojik, malign, psikiyatrik, ortopedik, nörolojik hastalığa sahip

olan bireyler çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.5.1. Araştırmanın sonlandırma ölçütleri

- ☐ Çalışmadan ayrılmak isteme olarak belirlenmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri KOAH'lı bireylerde Covid-19 Korkusu ve Ölüm Kaygısı Düzeyleridir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların sosyo demografik özellikleri, hastalık ve dispne şiddetleridir.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Medical Research Council (MRC) Dispne Skalası, Modifiye Borg Dispne Skalası, KOAH Değerlendirme Testi -CAT, Koronavirüs Korku Ölçeği (KKÖ), Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK.1)

Araştırmacı tarafından (Uçakan, Zincir ve Zararsız, 2015; Şahin, 2012; Tekin Yanık, 2014; Aldağ, 2014; Göriş, 2010; Özoğlu, 2015) gerekli literatür taranarak hazırlanan anket formu hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özelliklerini içeren (Yaş, Bki, Cinsiyet, Eğitim durumu, Son bir yıldaki hastaneye başvuru sıklığı,

KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Şu ana kadar size Koronavirüs tanısı konuldu mu? vb.) 34 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası (Medical Research Council-MRC) (Bkz. EK.2)

Dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulan ve nefes darlığı algılamasına yoğunlaşan bir skaladır. İlk olarak Fletcher (1952) tarafından, akciğer hastalığı olan ile olmayan bireylerin aktivite sırasındaki dispne şiddetlerini karşılaştırmak amacıyla kullanılan skala, dispnenin derecesini ölçmekte ve hastaların hastalığı algılayışı hakkında bilgi vermektedir. MRC dispne skalası uygulanırken, hastaların kendilerinde dispne oluşturan aktivite düzeyini belirtmeleri istenmektedir. Seçeneklerin puanlaması 0-4 arasındadır; 0 puan, dispne yok; 1 puan hafif dispne (düz yerde hızlı hareket ederken ve hafif yokuş çıkarken solunum sıkıntısı olması); 2 puan orta şiddette dispne (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürümesi, soluklanmak için duraklaması); 3 puan şiddetli dispne (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durması) ve 4 puan çok şiddetli dispne (evde günlük işlerini yaparken elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tuvalete giderken nefessiz kalması) şeklinde puanlanmaktadır (Fletcher,1952). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamasına rağmen, yapılan çalışmalarda skalanın arteriyel kan gazı ve akciğer fonksiyon testleri ile ilişkili olduğu saptanmış ve ölçeğin dispne değerlendirilmesinde güvenle kullanılabileceği belirtilmiştir (Fletcher, 1952; Güneş ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda da Cronbach Alpha değeri 0,697 olarak bulunmuştur. Özellikle GOLD rehberlerinde de KOAH ağırlığının belirlenmesi için kullanılmaktadır. MRC dispne skalası, akciğer fonksiyon testleri ve arteriyel kan gazı ölçümü ile paralellik gösteren, kolay uygulanabilir ve tekrarlanabilir bir ölçektir.

3.7.3. Modifiye Borg Dispne Skalası (Bkz. EK.3)

1982 yılında Gunnar Borg tarafından fiziksel aktivitenin yoğunluğunu tanımlamak amacıyla geliştirilmiş olup skalada 6-20 arasında puanlama yapılmaktayken, “American College of Sports Medicine” 1986 yılında skalayı 0-10 arasında bir puanlama yaparak yeniden düzenlemiştir. Modifiye Borg Skalası, günümüzde genellikle efor dispne şiddetini tanımlamak amacıyla kullanılırken, istirahat dispne şiddetini değerlendirmek amacıyla da kullanılabilir. Skala özellikle KOAH olgularında günlük, haftalık dispne değişimlerini belirlemede sıklıkla kullanılmaktadır. Derecelerine göre dispne şiddetini tanımlayan on maddeden oluşmaktadır. Derecelendirmenin 10 noktası, kişinin daha önce hiç yaşamadığı kadar fazla dispneyi ifade etmektedir. Borg skalası, bir ucu -0- “dispne hissetmiyorum”, diğer ucu -10- “en şiddetli hissediyorum” yazan nefes darlığını “0-10” arasında değerlendiren tek yönlü bir kategori skalasıdır. Araştırmada hastalara, skalada bulunan “0” rakamının “nefes darlığım yok” anlamına geldiği ve rakamlar büyüdükçe nefes darlığının şiddetinin arttığı ve “10” rakamının “çok şiddetli nefes darlığı hissediyorum” anlamına geldiği araştırmacı tarafından açıklanmaktadır. Modifiye Borg ölçeği tek yönlü bir ölçek olduğu için güvenirlik kat sayısına (Cronbach Alpha) bakılmamıştır.

3.7.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Bkz. EK.4)

1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Şenol tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir “evet” yanıtı için “1”, “hayır” yanıtı için ise “0”, diğer 6 maddeye verilen her bir “hayır” yanıtı için “1”, “evet” yanıtı için “0” puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir.

Ölçekten alınan en yüksek puan 15'tir. 0–4 puan “hafif düzeyde”, 5–9 puan “orta düzeyde”, 10–14 puan “ağır düzeyde”, 15 puan “panik düzeyde” ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Şenol, 1989). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,870 tespit edilmiştir.

3.7.5. KOAH Değerlendirme Testi -CAT (Bkz. EK.5)

KOAH değerlendirme testi, Jones ve arkadaşları tarafından (2009) KOAH'da sağlık durumunu ölçmek, hastalık etkisi ve şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiştir (Jones ve ark., 2009). Ülkemizde Yorgancıoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış geçerlik güvenirlik çalışmasında, CAT güvenirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı 0,91, madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,62-0,79 arasında bulunmuştur (Yorgancıoğlu ve ark., 2012). Sekiz sorudan oluşan test, hastalığın derecelendirilmesi, semptomların puanlanması ve hastanın yaşam kalitesine etkisi üzerine bilgi vermektedir. Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma gibi sorunları, ek olarak yorgunluk, uyku sorunları gibi semptomları da kapsamaktadır. Her soru için 1–5 arasında puanlama yapılmaktadır (0: semptom yok, 5: ciddi semptom). Puanlama sonunda puanlar azaldıkça hastalık şiddetinin azaldığı ve sağlık durumunun iyiye gittiği saptanmaktadır. Mükemmel sağlık durumu: 0 puan (minimum puan), en kötü sağlık durumu: 40 puan (maksimum puan) şeklindedir (Jones ve ark., 2009). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,948 olarak tespit edilmiştir.

3.7.6. Kovid-19 Korkusu Ölçeği (KKÖ) (Bkz. EK.6)

Kovid-19 Korkusu Ölçeği Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından tek boyutlu, 7 maddelik ve 5 Likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorumdan, Kesinlikle katılıyorduma doğru yapılandırılmış) bir ölçektir. Maddelerden alınacak en düşük puan 1(kesinlikle katılmıyorum) ve en yüksek puan 5(kesinlikle katılıyorum)'tir. Toplam puan, her bir

madde puanı toplanarak hesaplanır (min=7, maximum=35 puan). Ölçek tek boyuttan oluşmakta ve ters madde bulunmamaktadır. Puan ne kadar yüksek olursa, koronavirus-19 korkusu o kadar yüksek kabul edilmektedir. Orijinal ölçekte faktör yükleri (.66 ile .74) ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu (.47 ile .56) bulunmuştur. Cronbach alfa değeri 0.82'dir. Ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği ($\alpha = .82$ ve $ICC = .72$) kabul edilmiştir (Ahorsu ve ark., 2020). Kovid-19 Korkusu Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması Satıcı ve ark. (2020) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa, McDonald omega, Guttman lambdası ve kompozit güvenilirliği değerlendirilmiş ve toplam ölçek güvenilirlik katsayısı .84 bulunmuştur (Satıcı ve ark. 2020). Bu araştırmada Kovid-19 Korkusu Ölçeği Cronbach Alfa değeri $\alpha = 0,946$ olarak hesaplanmıştır.

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmada veri toplama aşamasına öncelikle çalışma kriterlerine uyan hastaların belirlenmesi ile başlanmıştır. Acil servis işleyişi olması gerektiği gibi rutinde devam ettikten sonra çalışma kriterlerine uyan hastalar ilk değerlendirmesi yapıldıktan ve stabilizasyonu sağlandıktan sonra görüşmeye alınmıştır. Anket formları çalışmaya katılacak hastalardan hastanenin Acil Servis Müşahede odasında toplanmıştır. Odanın pencereleri açılarak gerekli havalandırma sağlanmıştır ve düşme riski olan hastaların düşmesini önlemeye yönelik tedbirler alınmıştır. Hastalar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir hasta ile yüz yüze görüşülerek çalışmada kullanılacak anketler uygulanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 15-20 dakikada tamamlanabilmektedir. Veriler hastaların kendi öz bildirimlerine dayalı alınmıştır. Veriler bir hafta gündüz bir hafta gece olacak şekilde toplanmıştır. Ajite olan, PCO_2 değerinin yüksekliğine bağlı bilişsel bozukluk yaşayan, ciddi psikolojik rahatsızlığı olan, BBAP

cihazından ayrılamayan, konuşmada çok ciddi problem yaşayan ve kendi veya yakınları tarafından görüşmeyi kabul etmeyen 48 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler, SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogrov- Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik ve ortalama $\pm$ standart sapma-SS), grup karşılaştırmaları için T testi, Ki Kare Testi, Anova ve Kruskal Wallis Varsyans Analizi testleri uygulanmıştır. Analizlerde veriler %95’lik güven aralığı ve 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Yapılan Çalışmalar 👉	Tarih 👉	Ocak- Haziran 2020	Haziran- Aralık 2020	Ocak 2021	Şubat- Mart 2021	Mart- Nisan 2021	1 Mayıs- 30 Mayıs 2021	24 Haziran 2021	Temmuz 2021
Literatür İnceleme		😊							
Araştırma Planı			😊						
Etik Kurul Onayı				😊					
Veri Toplama					😊				
Verilerin Analizi						😊			
Tez Yazımı							😊		
Tez Savunma Sınavı								😊	
Tez Teslimi									😊

3.10.1 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformundan (**Bkz. EK.7**), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (**Bkz. EK.8**) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin (**Bkz. EK.9**) alınmıştır. Veri toplama formları için ölçek sahiplerinden gerekli izinler

alınmıştır (**Bkz. EK.10**). Veriler araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden ve sözlü onamı alınan hastalarla yüz yüze doldurulmuştur.



4. BULGULAR

Tablo 1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=144)

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Yaş	40-49 Yaş	6	4,2
	50-59 Yaş	32	22,2
	60-69 Yaş	51	35,4
	70-79 Yaş	46	31,9
	80 Yaş ve üzeri	9	6,3
$\bar{x} \pm SS$ (66,39$\pm$9,72)			
BKİ	18.5 ve Altı: Zayıf	4	2,8
	18.6 -24.9: Normal	32	22,2
	25-29.9: Fazla Kilolu	72	50,0
	30 ve Üzeri: Obez (Şişman) Olarak Sınıflandırılır	36	25,0
Cinsiyet	Kadın	58	40,3
	Erkek	86	59,7
Medeni Durum	Evli	113	79,0
	Bekar	31	21,0
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	37	25,7
	Okur Yazar	51	35,4
	İlk-Orta Öğretim	40	27,8
	Lise ve Üstü	16	11,1
Meslek	Ev Hanımı	56	38,9
	Memur	9	6,3
	Emekli	59	41,0
	İşçi	8	5,6
	Diğer	12	8,3
Çocuk Durumu	Var	142	98,6
	Yok	2	1,4
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	32	22,2
	Gelir Gider Eşit	89	61,8
	Gelir Giderden Fazla	23	16,0
Kiminle Yaşadığı	Yalnız Yaşıyorum	12	8,3
	Eşimle	75	52,1

	Eşim ve Çocuklarımla	28	19,4
	Çocuklarımla	29	20,1
	Kullanıyorum	22	15,3
Sigara Kullanma Durumu	Bıraktım	62	43,1
	Hiç Kullanmadım	60	41,7

Tablo 1’de bireylerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Bireylerin %35,4’ünün 60-69 yaş grubunda, %50’sinin fazla kilolu, %59,7’sinin erkek, %79’unun evli, %11,1’inin öğrenim durumunun lise ve üzeri, %41’inin ise emekli olduğu saptanmıştır. Bireylerin %98,6’sının çocuğu olduğu, %61,8’inin gelirinin giderine eşit olduğu, %8,3’ünün yalnız yaşadığına dair veriler elde edilmiştir. Bireylerin yalnızca %15,3’ünün sigara kullandığı, %43,1’inin ise daha önce kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Bireylerin KOAH ve Diğer Hastalık Özelliklerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=144)

Hastalık Özellikleri		n	%
KOAH Olma Süresi	6 Ay-5 Yıl	57	39,6
	6-10 Yıl	73	50,7
	11 Yıl ve Üzeri	14	9,7
KOAH Derecesi	Orta	80	55,6
	Ağır	57	39,5
	Çok Ağır	7	4,9
1 Yılda Hastaneye Başvuru Sıklığı	1-5 Kez	35	24,3
	6-10 Kez	75	52,1
	11-15 Kez	34	23,6
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Evet	97	67,4
	Hayır	47	32,6
Kalp Hastalığı Varlığı	Evet	37	25,7
	Hayır	107	74,3
DM Varlığı	Evet	56	38,9
	Hayır	88	61,1

HT Varlığı	Evet	58	40,3
	Hayır	86	59,7
Guatr Varlığı	Evet	12	8,3
	Hayır	132	91,7
Kullanılan İlaçlar	Kullanmıyor	25	17,4
	Bronkodilatör	18	12,5
	Bronkodilatör ve Diğer İlaçlar (Anti-hipertansif, anti-diyabetik, anti-koagülan, troid)	48	33,3
	Diğer İlaçlar (Anti-hipertansif, anti-diyabetik, anti-koagülan, troid)	53	36,8
Evde Oksijen Tedavisi Alma Durumu	Evet	64	44,4
	Hayır	80	55,6
Evde Nebül Tedavisi Alma Durumu	Evet	114	79,1
	Hayır	30	20,9
Fiziksel İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu	Karşılatabiliyorum	64	44,4
	Kısmen Karşılıyorum	80	55,6
Fiziksel İhtiyaçlarına Yardımcı Olan Kişi Varlığı	Evet	120	83,3
	Hayır	24	16,7
KOAİ Eğitimi Alma Durumu	Evet	68	47,2
	Hayır	76	52,8
KOAİ Eğitimini Kimden Aldığı	Almadım	76	52,8
	Doktor	54	37,5
	Hemşire	14	9,7
1. Derece Akrabasının Covid-19 Olması Durumu	Evet	128	88,9
	Hayır	16	11,1
Komşusunun Covid-19 Olması Durumu	Evet	137	95,1
	Hayır	7	4,9
Kendisinin Covid-19 Olması Durumu	Evet	63	43,8
	Hayır	81	56,3
İzolasyon Edilme Durumu	Evet	70	48,6
	Hayır	74	51,4
	Evet	13	9,0

Covid-19 Hakkında Bilgisinin Olması	Hayır	2	1,4
	Biraz	129	89,6
Covid-19 Hakkında Bilgiyi Kimden Aldığı	Sağlık Çalışanlarından	46	31,9
	Arkadaş-Akraba-Çevre	2	2,0
	Medyadan	95	66,0
	İnternette	1	0,1
	Diğer	0	0,0
Covid-19 Sürecinde Nasıl Çalıştığı	Çalışmıyordum	120	83,3
	Evden Çalıştım	3	2,1
	Dönüşümlü Çalıştım	16	11,1
	Salgından Öncesi Gibi Çalıştım	3	2,1
	Salgında İşsiz Kaldım	2	1,4
Covid-19 da Ekonomik Sorunlar Yaşamaması	Evet	31	21,5
	Hayır	113	78,5
	Yok	8	5,6
Covid-19 Bulaşması ile ilgili Kaygı Düzeyi	Az	19	13,2
	Orta	59	41,0
	Yüksek	58	40,3

Bireylerin KOAH ve diğer hastalık özelliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Bireylerin %50,7’sinin KOAH hastalık yılının 6-10 yıl grubunda, %39,5’inin KOAH derecesinin ise ağır olduğu saptanmıştır. Bireylerin yıllık hastaneye başvurusuna bakıldığında %52,1’inin 6-10 kez başvurduğu, %67,4’ünün başka bir kronik hastalığı olduğu, ikincil kronik hastalığa sahip olanların % 25,7’sinin kalp hastalığı, %38,9’unun DM, %40,3’ünün hipertansiyon, %8,3’ünün guatr tanılı hasta olduğu saptanmıştır. Bireylerin %12,5inin yalnızca bronkodilatör, %33,3’ünün ise diğer ilaçlara ek olarak bronkodilatör kullandığı gözükmetedir. Bireylerin %44,4’ünün evde oksijen, %79,1’inin ise evde nebül kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %55,6’sının fiziksel

ihtiyaçlarını kısmen karşılayabildiği, %52,8'inin KOAH hakkında eğitim almadığı, eğitim alanların %9,7'sinin KOAH hakkındaki eğitimi hemşireden aldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %88,9'unun 1. Derece Akrabası Covid-19 tanısı aldığı, %95,1'inin komşusunun Covid-19 tanısı aldığı, %43,8'inin kendisinin Covid-19 tanısı aldığı, %48,6'sının izole edildiği, %89,6'sının Covid-19 hakkında biraz bilgisi olduğu ve %66,0'ının bu bilgileri medyadan aldığı, %83,3'ünün Covid-19 sürecinde çalışmadığı, %21,5'inin Covid-19'da ekonomik sorunlar yaşadığı, %40,3'ünün Covid-19 bulaşması ile ilgili kaygı düzeyini yüksek olarak tanımladığı saptanmıştır.

Tablo 3. Ölüm Kaygısı Ölçeğine Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144)

		n	%
1.Ölmekten çok korkuyorum.	Hayır	84	58,3
	Evet	60	41,7
2.Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.	Hayır	94	65,3
	Evet	50	34,7
3.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.	Hayır	79	54,9
	Evet	65	45,1
4.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.	Hayır	95	66,0
	Evet	49	34,0
5.Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.	Hayır	76	52,8
	Evet	68	47,2
6.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.	Hayır	56	38,9
	Evet	88	61,1
7.Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.	Hayır	104	72,2
	Evet	40	27,8
8.Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.	Hayır	50	34,7
	Evet	94	65,3
9.Acı çekerek ölmekten korkarım.	Hayır	4	2,8
	Evet	140	97,2
10.Ölmekten hiç korkmuyorum.	Evet	42	29,2
	Hayır	102	70,8
11.Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	Evet	49	34,0

	Hayır	95	66,0
	Evet	37	25,7
12.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.	Hayır	107	74,3
	Evet	75	52,1
13.İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.	Hayır	69	47,9
	Evet	52	36,1
14.Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.	Hayır	92	63,9
	Evet	139	96,5
15.Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.	Hayır	5	3,5
	0-4 Hafif	48	33,3
	5-9 Orta	44	30,6
ÖKÖ Toplam SKOR	10-14 Ağır	52	36,1
	15-Panik	-	-

Tablo 3’de Ölüm Kaygısı Ölçeğine verilen cevapların ve toplam skorunun dağılımı verilmektedir. Ölçekte 52(%36,1) hastanın ölüm kaygısı düzeyi ağır olarak bulunmuştur. 48(%33,3) hastanın ölüm kaygısı hafif düzeyde bulunurken 44(%30,6) hastanın ise ölüm kaygısı düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144)

Tanımlayıcı Özellikler		Ölüm Kaygısı Ölçeği			X ² ; p
		0-4 Hafif	5-9 Orta	10-14 Ağır	
Yaş	40-49 Yaş	3(6,3)	1(2,3)	2(3,8)	5,893; 0,659
	50-59 Yaş	13(27,1)	8(18,2)	11(21,2)	
	60-69 Yaş	13(27,1)	21(47,7)	17(32,7)	
	70-79 Yaş	15(31,3)	12(27,3)	19(36,5)	
	80 Yaş ve Üzeri	4(8,3)	2(4,5)	3(5,8)	
BKİ	18.5 ve Altı: Zayıf	1(2,1)	1(2,3)	2(3,8)	10,102; 0,102
	18.6 -24.9: Normal	14(29,2)	11(25)	7(13,5)	
	25-29.9: Fazla Kilolu	26(54,2)	23(52,3)	23(44,2)	
	30 ve Üzeri: Obez (Şişman) Olarak Sınıflandırılır	7(14,6)	9(20,5)	20(38,5)	
Cinsiyet	Kadın	13(27,1) ^a	16(36,4) ^{ab}	29(55,8) ^b	8,942; 0,011*
	Erkek	35(72,9) ^a	28(63,6) ^{ab}	23(44,2) ^b	

Medeni Durum	Evli	40(83,3)	33(75)	40(78,4)	0,978;
	Bekar	8(16,7)	11(25)	11(21,6)	0,613
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	11(22,9)	10(22,7)	16(30,8)	4,4980; 0,611
	Okur Yazar	14(29,2)	19(43,2)	18(34,6)	
	İlk-Orta Öğretim	15(31,3)	11(25)	14(26,9)	
	Lise ve Üstü	8(16,7)	4(9,1)	4(7,7)	
Meslek	Ev Hanımı	13(27,1) ^a	14(31,8) ^a	29(55,8) ^b	15,790; 0,046*
	Memur	5(10,4) ^a	3(6,8) ^a	1(1,9) ^a	
	Emekli	23(47,9) ^a	23(52,3) ^a	13(25) ^b	
	İşçi	3(6,3) ^a	1(2,3) ^a	4(7,7) ^a	
	Diğer	4(8,3) ^a	3(6,8) ^a	5(9,6) ^a	
Çocuk Durumu	Var	46(95,8)	44(100)	52(100)	4,056;
	Yok	2(4,2)	0	0	0,132
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	6(12,5)	9(20,5)	17(32,7)	8,441; 0,077
	Gelir Gider Eşit	32(66,7)	26(59,1)	31(59,6)	
	Gelir Giderden Fazla	10(20,8)	9(20,5)	4(7,7)	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız Yaşıyorum	4(8,3)	6(13,6)	2(3,8)	9,617; 0,142
	Eşimle	25(52,1)	25(56,8)	25(48,1)	
	Eşim ve	13(27,1)	4(9,1)	11(21,2)	
	Çocuklarımla	6(12,5)	9(20,5)	14(26,9)	
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	9(18,8) ^a	6(13,6) ^a	7(13,5) ^a	11,915; 0,018*
	Bıraktım	25(52,1) ^a	23(52,3) ^a	14(26,9) ^b	
	Hiç Kullanmadım	14(29,2) ^a	15(34,1) ^a	31(59,6) ^b	

Veriler n(%) şeklinde verilmiştir.

p: Ki-Kare Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan karşılaştırılması Tablo 4’de sunulmuştur. Kadın hastaların erkek hastalara göre ölüm kaygısı daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Ev Hanımlarında ölüm kaygısı emeklilere göre daha yüksektir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Sigara içmeyenlerde veya bırakanlarda ise ölüm kaygısı kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$). Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları ile yaş grubu, BKİ, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, gelir durumu ve birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 5. Bireylerin KOAH ve Diğer Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144)

Hastalık Özellikleri		Ölüm Kaygısı Ölçeği			X ² ; p	
		%				
		0-4 Hafif	5-9 Orta	10-14 Ağır		
KOAH Süresi	Olma	6 Ay-5 Yıl	23(47,9) ^a	22(50) ^a	12(23,1) ^b	11,932; 0,018*
		6-10 Yıl	20(41,7) ^a	21(47,7) ^{ab}	32(61,5) ^b	
		11 Yıl ve Üzeri	5(10,4) ^{ab}	1(2,3) ^b	8(15,4) ^a	
KOAH Derecesi		Orta	37(77,1) ^a	29(65,9) ^a	14(26,9) ^a	30,607; <0,001*
		Ağır	11(22,9) ^a	14(31,8) ^a	32(61,5) ^b	
		Çok Ağır	0(0) ^a	1(2,3) ^a	6(11,5) ^a	
1 Yılda Hastaneye Başvuru Sıklığı		1-5 Kez	14(29,2) ^a	17(38,6) ^a	4(7,7) ^b	40,606; <0,001*
		6-10 Kez	31(64,6) ^a	23(52,3) ^{ab}	21(40,4) ^b	
		11-15 Kez	3(6,3) ^a	4(9,1) ^a	27(51,9) ^b	
Başka Hastalık Varlığı	Kronik	Evet	20(41,7) ^a	33(75) ^b	44(84,6) ^b	22,623; <0,001*
		Hayır	28(58,3) ^a	11(25) ^b	8(15,4) ^b	
Kalp Varlığı	Hastalığı	Evet	8(16,7) ^a	9(20,5) ^{ab}	20(38,5) ^b	7,121; 0,028*
		Hayır	40(83,3) ^a	35(79,5) ^{ab}	32(61,5) ^b	
DM Varlığı		Evet	10(20,8) ^a	13(29,5) ^a	33(63,5) ^b	21,412; <0,001*
		Hayır	38(79,2) ^a	31(70,5) ^a	19(36,5) ^b	
HT Varlığı		Evet	12(25) ^a	19(43,2) ^{ab}	27(51,9) ^b	7,743; 0,021*
		Hayır	36(75) ^a	25(56,8) ^{ab}	25(48,1) ^b	
Guatr Varlığı		Evet	1(2,1) ^a	2(4,5) ^{ab}	9(17,3) ^b	8,764; 0,013*
		Hayır	47(97,9) ^a	42(95,5) ^{ab}	43(82,7) ^b	
Evde O ₂ Tedavisi Alma Durumu		Evet	11(22,9) ^a	15(34,1) ^a	38(73,1) ^b	28,185; <0,001*
		Hayır	37(77,1) ^a	29(65,9) ^a	14(26,9) ^b	
Evde Nebül Tedavisi Alma Durumu		Evet	30(62,5) ^a	37(84,1) ^b	46(90,2) ^b	

	Hayır	18(37,5) ^a	7(15,9) ^b	5(9,8) ^b	12,427;
Fiziksel İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu	Karşılatabiliyorum	30(62,5) ^a	25(56,8) ^a	9(17,3) ^b	24,575;
	Kısmen Karşılıyorum	18(37,5) ^a	19(43,2) ^a	43(82,7) ^b	<0,001*
Fiziksel İhtiyaçlarına Yardımcı Olan Kişi Varlığı	Evet	43(89,6)	32(72,7)	45(86,5)	5,298;
	Hayır	5(10,4)	12(27,3)	7(13,5)	0,071
KOAH Eğitimi Alma Durumu	Evet	26(54,2) ^a	20(45,5) ^a	22(42,3) ^a	1,488;
	Hayır	22(45,8) ^a	24(54,5) ^a	30(57,7) ^a	0,475
1.Derece Akrabasının Covid-19 Tanısı Alma	Evet	42(87,5)	40(90,9)	46(88,5)	0,285;
	Hayır	6(12,5)	4(9,1)	6(11,5)	0,857
Komşusunun Covid-19 Tanısı Alma Durumu	Evet	46(95,8)	43(97,7)	48(92,3)	1,589;
	Hayır	2(4,2)	1(2,3)	4(7,7)	0,452
Covid -19 Tanısı Alma Durumu	Evet	26(54,2) ^a	23(52,3) ^a	14(26,9) ^b	9,398;
	Hayır	22(45,8) ^a	21(47,7) ^a	38(73,1) ^b	0,009*
İzolasyon Edilme Durumu	Evet	27(56,3) ^a	25(56,8) ^a	18(34,6) ^a	6,385;
	Hayır	21(43,8) ^a	19(43,2) ^a	34(65,4) ^b	0,041*
Covid-19 Hakkında Bilgisinin Olması	Evet	6(12,5)	4(9,1)	3(5,8)	4,827;
	Hayır	0(0)	0(0)	2(3,8)	0,306
	Biraz	42(87,5)	40(90,9)	47(90,4)	
Covid -19 Sürecinde Nasıl Çalıştığı	Çalışmıyordum	35(72,9) ^a	37(84,1) ^{ab}	48(92,3) ^b	
	Evden Çalıştım	0(0) ^a	2(4,5) ^a	1(1,9) ^a	
	Dönüşümlü Çalıştım	11(22,9) ^a	4(9,1) ^{ab}	1(1,9) ^b	16,495;
	Salgından Öncesi Gibi Çalıştım	2(4,2) ^a	0(0) ^a	1(1,9) ^a	0,036*
	Salgında İşsiz Kaldım	0(0) ^a	1(2,3) ^a	1(1,9) ^a	

Covid-19 Ekonomik Sorunlar Yaşanması	da Evet	9(18,8)	12(27,3)	10(19,2)	1,241; 0,538
	Hayır	39(81,3)	32(72,7)	42(80,8)	
Covid-19 Bulaşması ile ilgili Kaygı Düzeyi	Yok	6(12,5) ^a	1(2,3) ^{ab}	1(1,9) ^b	89,131; <0,001*
	Az	15(31,3) ^a	4(9,1) ^b	0(0) ^c	
	Orta	23(47,9) ^a	30(68,2) ^b	6(11,5) ^c	
	Yüksek	4(8,3) ^a	9(20,5) ^a	45(86,5) ^b	

Veriler n(%) şeklinde verilmiştir.

p: Ki-Kare Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Tablo 5’de Bireylerin KOAH ve diğer hastalık özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puan karşılaştırılması yapılmıştır. KOAH’ın süresi ve derecesi, 1 yılda hastaneye başvuru sıklığı ile ölüm kaygısı puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Başka kronik hastalığı bulunma durumuna göre ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Evde oksijen ve nebül alan hastaların, fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayabilen hastaların, Covid-19 tanısı almayan, izolasyonla karşılaşmamış hastaların ölüm kaygısı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur ($p < 0.05$). Covid -19 sürecinde çalışmayanların diğer gruplara göre ölüm kaygısı puanları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Covid -19 kaygı düzeyi yüksek olanların kaygı düzeyi orta olanlara göre ölüm kaygısı puanları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Fiziksel ihtiyaçlarına yardımcı olan kişi varlığı, KOAH eğitimi alma durumu, 1.derece akrabasının veya komşusunun Covid -19 tanısı alması, Covid-19 hakkında bilgisinin olması ve Covid -19 ekonomik sorunlar yaşanması ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 6. Covid -19 Korkusu Ölçeğine Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Koronavirüsten çok korkuyorum.	26	18,1	17	11,8	46	31,9	54	37,5	1	0,7
Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.	33	22,9	19	13,2	54	37,5	37	25,7	1	0,7
Koronavirüsü düşündüğümde ellerim terliyor.	59	41,0	55	38,2	18	12,5	12	8,3	0	0,0
Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.	25	17,4	15	10,4	57	39,6	46	31,9	1	0,7
Sosyal medyada Koronavirüs ile ilgili haberleri ve hikayeleri izlediğimde	32	22,2	8	5,6	65	45,1	38	26,4	1	0,7
Koronavirüse yakalanmaktan duyduğum endişeden dolayı uykularım	61	42,4	46	31,9	24	16,7	13	9,0	0	0,0
Koronavirüse yakalandığımı düşündüğümde kalp atışım hızlanıyor.	67	46,5	46	31,9	14	9,7	17	11,8	0	0,0
Ortalama	Standart Sapma		Medyan		Minimum		Maksimum			
Covid-19 KÖ Toplam SKOR	16,92		6,36		18,00		7,00		29,00	

Covid-19 Korkusu Ölçeğine verilen cevapların ve toplam skorunun dağılımı Tablo 6’de verilmiştir. Hastaların 7 maddeli Covid-19 Korkusu Ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan $16,92 \pm 6,36$ ’dır. Ölçeğin Minimum ve Maximum değerleri ise sırası ile 7,00 ve 29,00 olarak bulunmuştur. “Koronavirüsten çok korkuyorum.” İfadesine ‘Katılıyorum’ cevabı verenler %37,5, “Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.” İfadesine ‘Katılıyorum’ cevabı verenlerin ise %31,9 olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=144)

Tanımlayıcı Özellikler		Covid-19 Korkusu Ölçeği			İstatistik; P
		Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	
Yaş	40-50 Yaş	16,50	5,17	17,00	KW:5,049; 0,282
	50-60 Yaş	16,81	5,38	18,00	
	60-70 Yaş	17,47	6,11	18,00	
	70-80 Yaş	17,33	7,27	18,00	
	80 Yaş Üzeri	12,44	6,17	13,00	
BKİ	18.5 ve Altı: Zayıf (ab)	17,00	9,70	16,50	KW:13,645; 0,003*
	18.6-24.9: Normal ^(a)	14,78	5,36	15,00	
	25-29.9: Fazla Kilolu ^(a)	16,26	6,41	16,00	
	30 Ve Üzeri: Obez ^(b) (Şişman)	20,14	5,72	19,50	
Cinsiyet	Kadın	19,22	6,32	19,50	t:3,721; <0,001*
	Erkek	15,37	5,93	15,00	
Medeni Durum	Evli	16,68	5,95	17,00	t:0,643; 0,524
	Bekar	17,67	7,81	18,00	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	18,05	7,57	20,00	F:1,131; 0,339
	Okur Yazar	16,84	6,50	17,00	
	İlk-Orta Öğretim	16,92	5,07	18,00	
	Lise Ve Üstü	14,56	5,59	14,00	
Meslek	Ev Hanımı ^(a)	19,46	6,22	20,00	KW:18,252; 0,001*
	Memur ^(b)	12,67	6,30	10,00	
	Emekli ^(ab)	15,12	6,22	15,00	
	İşçi ^(b)	18,88	3,72	18,50	
	Diğer ^(ab)	15,83	4,67	16,50	
Çocuk Durumu	Var	17,04	6,32	18,00	t:1,903; 0,059
	Yok	8,50	2,12	8,50	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17,44	6,34	18,00	F:0,776; 0,462

	Gelir Gider Eşit	17,12	6,49	18,00	
	Gelir Giderden Fazla	15,43	5,91	15,00	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	14,58	5,96	16,50	
	Eşimle	17,07	5,98	18,00	
	Eşim Ve	16,14	5,78	15,50	F:1,135; 0,337
	Çocuklarımla	18,28	7,81	18,00	
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum ^(a)	16,00	4,53	15,00	
	Bıraktım ^(a)	14,60	6,18	15,00	
	Hiç Kullanmadım ^(b)	19,67	6,13	20,00	F:11,413; <0,001*

t: Bağımsız Örneklem T Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA);
 KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı
 Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Tablo 7’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. BKİ obez olan kadınların (20,14±5,72) Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalaması BKİ normal (14,78±5,36) ve kilolu (16,26±6,41) olan kadınlara göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0.05). Kadınların Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması (19, 22±6,32), erkeklerin Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalamasına (15,37±5,93) göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0.05). Memur olan kadınların Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması diğer meslek gruplarına göre daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < 0.05). Sigarayı hiç kullanmayan bireylerin Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalaması (19,67±6,13), sigarayı bırakan (14,60±6,18) ve kullanan (16,00±4,53) bireylere göre daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0.05). Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı özellikleri ile Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p > 0.05).

Tablo 8. Bireylerin KOAH ve Diğer Hastalık Özelliklerine Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=144)

Hastalık Özellikleri		Covid-19 Korkusu			İstatistik; p
		Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	
KOAH Süresi	6 Ay-5 Yıl	15,91	4,61	15	F:2,848; 0,061
	6-10 Yıl	17,05	6,84	18	
	11 Yıl ve Üzeri	20,36	8,78	23,5	
KOAH Derecesi	Orta ^(a)	14,91	5,3	15	F:15,938; <0,001*
	Ağır ^(b)	18,63	6,63	19	
	Çok Ağır ^(c)	26	2,52	28	
1 Yıl İçerisinde Hastaneye Başvuru Sıklığı	1-5 Kez ^(a)	14,11	4,66	14	F:30,939; <0,001*
	6-10 Kez ^(a)	15,41	5,65	16	
	11-15 Kez ^(b)	23,14	5,26	24	
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Evet	18,41	6,19	19	t:4,272; <0,001*
	Hayır	13,85	5,61	14	
Kalp Hastalığı Varlığı	Evet	19,3	6,48	20	t:2,691; 0,008*
	Hayır	16,1	6,14	15	
DM Varlığı	Evet	19,66	5,61	19	t:4,373; <0,001*
	Hayır	15,18	6,22	15	
HT Varlığı	Evet	18,97	6,46	19	t:3,269; 0,001*
	Hayır	15,55	5,94	15	
Guatr Varlığı	Evet	20,5	5,68	21,5	t:2,057; 0,041*
	Hayır	16,6	6,34	17	
Evde 02 Tedavisi Alma Durumu	Evet	19,66	6,53	21	t:4,981; <0,001*
	Hayır	14,74	5,33	15	
Evde Nebül Tedavisi Alma Durumu	Evet	17,6	6,54	18	t:2,813; 0,006*
	Hayır	14,03	4,49	15	
Fiziksel İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu	Karşılatabiliyorum	14,98	4,75	15	t:3,391; 0,001*
	Kısmen Karşılıyorum	18,47	7,05	19	
Fiziksel İhtiyaçlarına Yardımcı Olan Kişi Varlığı	Evet	17,12	6,39	18	t:0,814; 0,417

	Hayır	15,96	6,26	15,5	
KOAH Eğitimi Alma Durumu	Evet	17,26	6,72	16,5	t:0,607;
	Hayır	16,62	6,05	18	0,545
1.Derece	Evet	16,88	6,33	18	t:0,217;
Akrabasının Covid-19 Olması Durumu?	Hayır	17,25	6,77	17	0,829
Komşusunun Covid-19 Olması Durumu	Evet	16,81	6,35	18	t:0,946;
	Hayır	19,14	6,57	22	0,346
Covid -19 Tanısı Alma Durumu	Evet	15,71	5,69	16	t:2,034;
	Hayır	17,86	6,72	19	0,044*
İzolasyon edilme	Evet	15,94	5,61	16,5	t:1,825;
	Hayır	17,85	6,91	19	0,070
Covid-19 Hakkında Bilgisinin Olması	Evet	16,08	6,64	18	
	Hayır	14	9,9	14	KW;0,504;
	Biraz	17,05	6,33	18	0,777
Covid-19 Sürecinde Nasıl Çalıştığı	Çalışmıyordum	17,36	6,52	18	
	Evden Çalıştım	18,67	6,35	15	
	Dönüşümlü	13	4,12	12,5	KW:7,608;
	Salgından Öncesi Gibi Çalıştım	16,67	6,35	13	0,107
	Salgında İşsiz Kaldım	20	2,83	20	
Covid -19 da Ekonomik Sorunlar Yaşanması	Evet	16,39	5,14	18	t:0,529;
	Hayır	17,07	6,67	18	0,598
Covid-19 Bulaşması ile ilgili Kaygı Düzeyi	Yok ^(a)	7	0	7	
	Az ^(b)	8,95	2,12	9	F:112,802;
	Orta ^(c)	15,19	3,95	15	<0,001
	Çok ^(d)	22,67	3,53	22	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Bireylerin KOAH ve diğer hastalık özelliklerine göre Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 8’de verilmiştir. Bireylerin KOAH derecesi ile Covid-19

korkusu durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). KOAH derecesi arttıkça Covid-19 korku düzeyi de anlamlı düzeyde artmaktadır. Bireylerin 1 yıl içerisindeki hastaneye başvurma sıklığı ile Covid-19 korkusu durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). 1 yıl içerisindeki hastaneye başvurma sıklığı artan hastaların Covid-19 korku düzeyleri de artmaktadır. Ek kronik hastalığı olanların (Kalp, DM, HT, Guatrı varlığı) ek kronik hastalığı olmayanlara göre Covid-19 korku düzeyinin yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamda farklı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Evde oksijen ve nebül tedavisi alan hastaların almayan hastalara kıyasla Covid-19 korku düzeyleri yüksektir ($p < 0.05$). Fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayan hastaların karşılayanlara göre Covid-19 korku düzeyleri yüksektir ($p < 0.05$). Daha önce Covid-19 tanısı almayan hastaların ise alanlara göre Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması daha yüksek istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Covid-19 bulaşması ile ilgili kaygı düzeyi arttıkça Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$). KOAH süresi, fiziksel ihtiyaçlarına yardımcı olan kişi varlığı, KOAH eğitimi alma durumu, 1. derece akrabasının veya komşusunun Covid-19 olması, izole edilmesi, Covid-19 hakkında bilgisinin olması, Covid-19 sürecinde çalışma ve ekonomik sorun yaşama durumu ile Covid-19 korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 9. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)'ne Verilen Cevapların ve Toplam Skorunun Dağılımı (n=144)

	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç Öksürmüyorum	-	-	-	-	12	8,3	60	41,7	63	43,8	9	6,3
Akciğerlerimde Hiç Balgam Yok	-	-	7	4,9	40	27,8	60	41,7	36	25,0	1	0,7
Göğsümde Hiç Tıkanma / Daralma Hissetmiyorum	-	-	2	1,4	6	4,2	68	47,2	56	38,9	12	8,3
Yokuş Veya Bir Kat Merdiven Çıktığımda Nefesim Daralmıyor	2	1,4	0	0,0	12	8,3	58	40,3	52	36,1	20	13,9
Evdeki Hareketlerimde Hiç Zorlanmıyorum	4	2,8	4	2,8	40	27,8	50	34,7	41	28,5	5	3,5
Akciğerlerimin Durumuna Rağmen Evimden Dışarı Çıkmaya Çekinmiyorum	2	1,4	3	2,1	49	34,0	46	31,9	38	26,4	6	4,2
Rahat Uyuyorum	2	1,4	12	8,3	50	34,7	41	28,5	34	23,6	5	3,5
Kendimi Çok Güçlü/Enerjik Hissediyorum	-	-	9	6,3	39	27,1	47	32,6	46	31,9	3	2,1
	0-10(DÜŞÜK)		11-20(ORTA)		21-30(YÜKSEK)		31-40(COK YÜKSEK)					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CAT SKOR	2	1,4	51	35,4	56	38,9	35	24,3	35	24,3	35	24,3

Tablo 9'da KOAH Değerlendirme Testi (CAT)'ne verilen cevapların ve toplam skorunun dağılımı verilmektedir. Hastaların 2(%1,4)'sinin CAT Skoru 0-10 arasında düşük, 51(%35,4)'inin CAT Skoru 11 ile 20 arasında yani orta düzeyde olduğu görülmüştür. 56(%38,9) hastanın CAT skorunun 21 ile 30 arasında yüksek düzeyde bulunurken 35(%24,3) hastanın ise 31-40 aralığında çok yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 10. MRC Dispne Skalası ve BORG Skalasının Dağılımı (n=144)

		n	%
MRC Dispne Skalası	Dispne Yok	-	-
	Hafif Dispne	2	1,4
	Orta Şiddette Dispne	71	49,3
	Şiddetli Dispne	57	39,6
	Çok Şiddetli Dispne	14	9,7
BORG Skalası	Hiç Yok	-	-
	Zorlukla Fark Edilen	-	-
	Çok Hafif	-	-
	Hafif	2	1,4
	Orta	24	16,7
	Biraz Ciddi	39	27,1
	Ciddi	7	4,9
	5 İle 7 Arası	26	18,1
	Çok Ciddi	28	19,4
	7 İle 9 Arası	13	9,0
	Çok Çok Ciddi	5	3,5
	En Şiddetli	-	-

MRC Dispne Skalası ve BORG Skalası Dağılımı Tablo 10’da verilmektedir. MRC dispne skalasında hastalardan 71(%49,3)’i dispne şiddetini Orta Şiddette Dispne olarak ifade etmişlerdir. 57(%39,6)’si Şiddetli Dispne, 14(%9,7)’ü ise Çok Şiddetli Dispne tariflemişlerdir. BORG Skalası’na göre ise 39(%27,1) hastaların nefes darlığı şiddetini “4” yanıtı vererek ‘Biraz Ciddi’ şeklinde ifade ettikleri, hastalardan yalnızca 5(%3,5)’i ise “9” yanıtı vererek ‘Çok Çok Ciddi’ şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 11. Bireylerin MRC Dispne Skalasına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

				Ölüm Kaygısı Ölçeği			X ² ; p
				%			
				0-4 Hafif	5-9 Orta	10-14 Ağır	
MRC Skalası	Dispne	Hafif dispne		2(4,2) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	48,977; <0,001*
		Orta	şiddette	35(72,9) ^a	27(61,4) ^a	9(17,3) ^b	
		Şiddetli dispne		11(22,9) ^a	16(36,4) ^a	30(57,7) ^b	
		Çok şiddetli dispne		0(0) ^a	1(2,3) ^a	13(25) ^b	

Veriler n(%) şeklinde verilmiştir.

p: Ki-Kare Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Tablo 11’de bireylerin MRC Dispne Skalasına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırılması verilmiştir. MRC Dispne Skalasına durumuna göre ölüm kaygısı duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). MRC Dispne Skalasına Orta, Şiddetli ve Çok Şiddetli olanlar Ölüm Kaygısı Ölçeğinde hafif MRC Dispne Skalasına olanlara göre yüksek puanlar almışlardır.

Tablo 12. Bireylerin BORG Skalasına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

		Ölüm Kaygısı Ölçeği			X ² ; p
		%			
		0-4 Hafif	5-9 Orta	10-14 Ağır	
BORG Skalası	Hafif	2(4,2) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	71,407; <0,001*
	Orta	9(18,8) ^a	13(29,5) ^a	2(3,8) ^b	
	Biraz Ciddi	23(47,9) ^a	11(25) ^b	5(9,6) ^c	
	Ciddi	2(4,2) ^a	3(6,8) ^a	2(3,8) ^a	
	5 İle 7 Arası	6(12,5) ^a	13(29,5) ^b	7(13,5) ^{ab}	
	Çok Ciddi	5(10,4) ^a	4(9,1) ^a	19(36,5) ^b	
	7 İle 9 Arası	1(2,1) ^a	0(0) ^a	12(23,1) ^b	
	Çok Çok Ciddi	0(0) ^a	0(0) ^a	5(9,6) ^b	

Veriler n(%) şeklinde verilmiştir.

p: Ki-Kare Testi,

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Bireylerin BORG Skalasına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması Tablo 12’de yapılmıştır. BORG Skalasında dispne şiddeti çok ciddi olanların dispne şiddeti ciddi olanlara göre ölüm kaygısı puanı daha fazla olduğu görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 13. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

		Ölüm Kaygısı Ölçeği			X ² ; p
		%			
		0-4 Hafif	5-9 Orta	10-14 Ağır	
CAT Skor	0-10 (Düşük)	2(4,2) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	48,949; <0,001*
	11-20(Orta)	27(56,3) ^a	18(40,9) ^a	6(11,5) ^b	
	21-30(Yüksek)	16(33,3) ^a	22(50) ^a	18(34,6) ^a	
	31-40(Çok Yüksek)	3(6,3) ^a	4(9,1) ^a	28(53,8) ^b	

Veriler n(%) şeklinde verilmiştir. p: Ki-Kare Testi * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı
Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Tablo 13’de Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Karşılaştırması yapılmıştır. CAT skoru 31-40 aralığında dispne şiddeti çok yüksek olan hastaların CAT skoru 21-30 aralığında dispne şiddeti yüksek olan hastalara göre ölüm kaygısı puanı daha yüksektir ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 14. Bireylerin MRC Dispne Skalasına Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

		Covid-19 Korkusu Ölçeği				
		Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Min	Max
MRC Dispne Skalası	Hafif dispne ^(a)	8,00	0	8,00	8,00	8,00
	Orta şiddette dispne ^(a)	14,42	5,00	14,00	7,00	27,00
	Şiddetli dispne ^(b)	18,47	6,48	19,00	7,00	29,00
	Çok şiddetli dispne ^(c)	24,57	3,06	24,00	19,00	28,00
KW, p		39,445; <0,001*				

p: Kruskal Wallis Varsyans Analizi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Bireylerin MRC Dispne Skalasına göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması Tablo 14’de yapılmıştır. Çok şiddetli dispne tarifleyen hastaların orta şiddetli ve şiddetli dispne tarifleyen hastalara göre Covid-19 ölçeği puan ortalaması daha yüksektir. Bu yükseklik Kruskal Wallis Varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 15. Bireylerin BORG Skalasına Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

		Covid-19 Korkusu Ölçeği				
		Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Min	Mak
BORG Skalası	Hafif ^(a)	8,00	0	8,00	8,00	8,00
	Orta ^(a)	13,88	4,50	14,00	7,00	21,00
	Biraz Ciddi ^(a)	14,21	5,15	14,00	7,00	27,00
	Ciddi ^(a)	18,14	5,27	20,00	9,00	24,00
	5 İle 7 Arası ^(a)	15,65	5,51	17,00	7,00	26,00
	Çok Ciddi ^(b)	19,25	6,08	21,00	7,00	29,00
	7 İle 9 Arası ^(c)	24,85	3,16	24,00	20,00	28,00
	Çok Çok Ciddi ^(d)	27,60	0,89	28,00	26,00	28,00
KW, p		55,376; <0,001*				
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi		* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı				
Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.						

Tablo 15’de Bireylerin BORG Skalasına göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması yapılmıştır. BORG Skalasında dispnesi 7-9 arasında olanların(24,85) çok ciddi(19,25) ve 5-7 (15,65) aralığında olanlardan Covid-19 Korkusu puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Yine dispnesi çok çok ciddi(27,60) olanların Covid-19 Korkusu puan ortalaması 7-9 arasında olanlardan, çok ciddi ve 5-7 aralığında olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular Kruskal Wallis Varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 16. Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması (n=144)

		Covid-19 Korkusu Ölçeği				
		Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Min	Mak
CAT Skor	0-10(Düşük) ^(a)	8,00	0	8,00	8,00	8,00
	11-20(Orta) ^(a)	13,78	4,81	14,00	7,00	27,00
	21-30(Yüksek) ^(b)	16,61	5,85	18,00	7,00	29,00
	31-40(Çok Yüksek) ^(c)	22,51	5,37	22,00	7,00	28,00
KW, p		43,888; <0,001*				

KW: Kruskal Wallis Varsyans Analizi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Bireylerin KOAH Değerlendirme Testi (CAT)’ne Göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırması Tablo 16’da yapılmıştır. CAT Skoru 31-40 aralığında (22,51) çok yüksek olan hastaların CAT Skoru düşük(8,00), orta(13,78) ve yüksek(16,61) olan hastalara kıyasla Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması daha yüksektir ve bu yükseklik Kruskal Wallis Varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 17. Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Karşılaştırılması (n=144)

		Covid-19 Korkusu			p
		Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	
ÖKÖ SKOR	0-4 HAFİF ^(a)	11,35	4,13	11,00	91,680; <0,001*
	5-9 ORTA ^(b)	16,14	4,31	16,00	
	10-14 AĞIR ^(c)	22,73	4,24	22,00	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı
Ortak üst indis istatistiksel olarak farksızlığı belirtmektedir.

Tablo 17’de Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Covid-19 Korkusu Ölçeği puan karşılaştırılması yapılmıştır. Tabloya göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanı 0-4(Hafif) aralığında olanların Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan ortalaması 11,35, Ölüm Kaygısı Ölçeği puanı 10-14(Ağır) aralığında olanların Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan ortalaması 22,73. Ölüm Kaygısı düzeyi arttıkça (hafiften ağıra doğru) Covid-19 korkusu ölçeği puan ortalaması artmaktadır. Bu artış Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’nde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı olan bireylerin dispne şiddeti ile Covid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular tanıtıcı özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, ölüm kaygısı ve Covid-19 Korkusu ile birlikte tartışılmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfusun artışıyla birlikte KOAH prevalansı da artmıştır. Hastalarda ikinci bir kronik hastalığa sahip olmak daha fazla semptom ve komplikasyona yol açmaktadır. Bu durum ise bireylerin hastalık üzerindeki kontrolünü zayıflatarak hastaları daha bağımlı hale getirmektedir (Efe ve Kocaöz, 2015). Ölüm yaşamın doğal bir parçası olarak ele alınmaktadır. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önlemeye yönelik tıptaki ve teknolojiye gelişmeler bu durumu kişisel ve manevi bir olay olmaktan çıkarıp hastalar için mücadele edilmesi gereken tıbbi bir olay haline getirmiştir. Bunun sonucunda ise sağlık çalışanları ve hastalar ölümün kaçınılmazlığı ile baş edemeyecek duruma gelmişlerdir (Arslan ve ark., 2014; İnci ve Öz, 2012). Kronik hastalıkları olan bireyler yaşadıkları semptomların şiddetine, sıklığına ve yaşa bağlı olarak ölüm kaygı düzeylerinde farklılık göstermektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016). KOAH dispne başta olmak üzere, geçmeyen öksürük ve balgam çıkarma, wheezing, kardiyovasküler semptomlar, iştahsızlık buna bağlı yaşanan kilo kaybı, halsizlik, uyku düzeninde bozulma, anksiyete, depresyon ve aktivite kısıtlaması gibi semptomlara neden olarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini de kademeli olarak azaltmaktadır. Bunlara bağlı olarak hastaların ölüm kaygısını artış yaşanmaktadır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016). Kronik solunum yolu hastalıklarında ortaya çıkan hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin fonksiyonlarını etkilemekte bu etki ise anksiyete, kaygı ve korkuya neden olabilmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013). En yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygının hiperventilasyon ve dispneye sebep olarak daha çok endişe ve korku oluşturacağı belirtilmiştir (Özdemir ve Taşcı, 2013).

KOAH'lı yaş ortalaması $66,39 \pm 9,72$ olan 144 bireyle yapılan bu çalışmada ölüm kaygısının 10-14 puan aralığında ağır düzeyde 52 hastada olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde İnce ve Işıl'ın (2011) KOAH'lı hastalarda ölüm kaygısını değerlendirdiği çalışmada bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $7,12 \pm 3,15$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada KOAH'lı kadınlarda erkeklere oranla ölüm kaygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Benzer olarak Akça ve Köse'nin (2008) ölüm kaygısı ölçeğinin geçerlilik, güvenirliliğini yaptığı çalışmasında da kadınların ölüm kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akça ve Köse, 2008). Ayten'in (2009) yaptığı çalışmada da kadınların ölüm kaygısı puanı erkeklerinkinden yüksektir (Ayten, 2009). Bu çalışmada ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklerde daha düşük olmasının nedenleri erkeklerin kendilerini daha güçlü olarak nitelendirdikleri, hiçbir şeyden korkmuyorum imajı vermek istemeleri ayrıca erkeklerin duygularını kadınlara göre daha az ifade edebiliyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan bir çalışmada genç yaştaki bireylerin ölüm kaygısının daha fazla olduğu ve yaşla birlikte bu korkunun azaldığı saptanmıştır (Qian ve ark., 2007). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ile yaş grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi yaşı ilerlemesiyle birlikte bireylerin ölümü kabullenişinin daha da artması olabilir. İnce ve Işıl'ın (2011) KOAH'lı hastalarla yaptığı bir çalışmada da aynı yaş ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır (İnce ve Işıl, 2011). Yaş ile ölüm kaygısının artmamasının sebebi KOAH tanılı hastalarda semptomların yoğunluğu, hastaların sürekli nefes darlığından kaynaklı boğulma hissine maruz kalmaları; yaşlarının artık ilerlemesi bundan dolayı acı çekerek yaşamaktansa ölümü kurtuluş yolu gibi görmeleri olabileceği düşünülebilir.

Yaptığımız bu çalışmada eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı azalmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda KOAH'lı bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı puanlarının

azaldığı ifade edilmektedir (İnce ve Işıl 2011; Erdoğan ve Özkan, 2007). Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması tedaviye uyum sağlamada ve semptom yönetiminde başarılı oldukları için hastalığa bağlı duyulan ölüm kaygısını azaltabilmektedir. Ayrıca stres ve yaşanan ölüm kaygısıyla da daha etkin baş ederek yaşanan kaygının azalmasına neden olabilmektedir (Üstüner Top, ve ark., 2010). Çalışmamızda emekli ve ev hanımı olanların, sigarayı hiç kullanmayanların ölüm kaygısı düzeyleri yüksek saptanmıştır. Literatürde bununla alakalı verilere rastlanmamıştır.

KOAH'ın süresi ve derecesi, 1 yılda hastaneye başvuru sıklığı ile ölüm kaygısı artmaktadır. Literatüre bakıldığında kronik hastalıkların varlığının ölüm kaygısını artırabileceği yönündedir (Baydoğan ve Dağ, 2008; Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016). Çalışmamızda da ek kronik hastalığa sahip olan bireylerin ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bulgularla birlikte evde oksijen ve nebül alan hastaların, fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayabilen hastaların ölüm kaygı düzeylerinin yüksek olması bulgumuz birden çok kronik hastalığa sahip bireylerin daha fazla ve kompleks semptomlara ve bunlara ilişkin baş etmede yetersizliğinden dolayı yaşanan ölüm kaygısının artabileceği düşünülmektedir. KOAH'ın şiddetlenmesi ve semptomların ağırlaşmasıyla birlikte hasta bireyler kendi işlerini yapamaz hale gelir sürekli oksijen tedavisine ihtiyaç duyması gibi nedenlerden dolayı bireylerin bağımlılığı artabilir (İnce ve Işıl, 2011). Böylece bireyler yakınlarından bakım ve destek almak isteyebilirler. Çalışmamızda fiziksel ihtiyaçlarını 'kısmen karşılayan' hastaların ve 'karşılayan'lardan ölüm kaygısının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. KOAH'lı bireylerle yapılan bir çalışmada fiziksel ihtiyaçlarını hiç karşılamayanların kısmen karşılayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (İnce ve Işıl, 2011).

Bu çalışmada 1.derece akrabasının veya komşusunun Covid -19 tanısı alması ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu durum ilgi çekicidir.

Ancak tanı alan bireylerde bu çalışmada hayati tehlike, kliniğe yatış durumu ve Covid-19 hastalık şiddeti ile ilgili bilgiler sorgulanmamıştır. Hastaların karşılaştıkları vakaların hafif seyirli olması Covid-19 korku düzeyini etkilemiş olabilir. Covid-19 Korkusu Ölçeği'nde hastaların aldıkları toplam ortalama puan $16,92 \pm 6,36$ 'dır. Ölçeğin Minimum ve Maximum değerleri ise sırası ile 7,00 ve 29,00 olarak bulunmuştur.

Obez olan, sigarayı hiç kullanmayan bireylerin Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Çalışmada yer alan bulgulardan birisi de kadınların Covid-19 korkusu düzeyi ortalamasının erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğudur. Benzer olarak, Bakioğlu ve arkadaşları da kadınların koronavirüs korkusu düzeylerini daha yüksek bulmuştur (Bakioğlu ve ark., 2020). Bu bulgu kadınların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çeşitli araştırma sonuçlarıyla da tutarlıdır (Ekiz vd., 2020; Kurt ve ark., 2020; Özdin ve ark., 2020). Covid-19 Korkusu yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir. Gencer (2020) yaptığı çalışmada yaş değişkenine göre grupların puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sonuçlar, yaş ortalaması en genç olan grubun koronavirüs korkusunu en fazla yaşayan grup olduğunu göstermektedir (Gencer, 2020). Huang ve Zhao (2020) tarafından yapılan çalışmada da buna benzer bulgulara ulaşılmıştır. Çalışmada, düşük yaş grubundaki kişilerin depresyon ve kaygı düzeylerinin, ileri yaş grubunda bulunanlarınkine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Huang ve Zhao, 2020). Bakioğlu ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında ise çalışmamıza benzer olarak yaş değişkeni ile koronavirüs korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Bakioğlu ve ark., 2020). Yapılan bazı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer olarak medeni durum ile koronavirüs salgını sürecinde yaşanan stres, kaygı, depresyon gibi durumlarla arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Badahdah ve ark., 2020; Kong ve ark., 2020; Kurt ve ark., 2020; Tönbul, 2020). Analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerde koronavirüs korkusu eğitim düzeyinden etkilenmemektedir.

Sonuçlar, eğitim değişkeni ile koronavirüsten korkma arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar literatürdeki birçok araştırma sonucuyla paraleldir. Örneğin Bakioğlu ve arkadaşları da (2020) eğitim düzeyi değişkeni ile koronavirüs korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Ekiz ve arkadaşları (2020) da eğitim seviyesi ile Covid-19 salgını kontrol algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir (Ekiz ve ark., 2020).

Kronik hastalık, yılın yarısından daha uzun süren, yaşam boyunca süregelen ve kişinin günlük aktivitelerini yerine getirmesine büyük oranda engel olan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Gencer, 2019; Ironside ve ark., 2003). Kronik hastalıklarda tıbbi müdahaleler sonuç vermemektedir ve hastanın öz bakım ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için düzenli olarak takip edilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir (Gencer, 2019). Kronik hastalığı olan bireylerin COVID-19 hastalığı bakımından en riskli grup olduğu bilinmektedir (WHO, 2019; Meng ve ark., 2020). Hastalarımızın %67.4'ünde KOAH'a eşlik eden en az bir tane ek kronik hastalık mevcut olup, %33.3'ü bronkodilatör yanında başka ilaçlar da kullanmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin COVID-19 korkusu düzeyi kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. Özdin ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada da benzer olarak kronik hastalıkların varlığının hastalarda Covid-19 korkusunu anlamlı bir şekilde arttırdığı bulunmuştur (Özdin ve ark., 2020).

Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin %88,9'unun 1. derece akrabalarında Covid-19 geçirme öyküsü bulunmaktadır. %43,8'inin ise kendisinde Covid-19 öyküsü bulunmaktadır. Çalışmamızda Covid-19 Korku Ölçeği puan ortalamaları ile 1. derece akrabalarında Covid-19 geçirme öyküsü olan ve olmayanlar arasında birbirine benzer sonuçlar bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada yakınlarında Covid-19 geçirme öyküsünün bireylerde anlamlı bir endişe oluşturmadığı bildirilmiştir (Akıncı ve ark., 2020). Bu bulgular akrabalarında Covid-19 öyküsü olan kişilerin varlığının KOAH'lı bireylerdeki COVID-19'a karşı duyulan endişe açısından belirgin bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Bir diğer çalışma ise yakınlarında Covid-

19 öyküsü olan bireylerin olmasının bu bireylerde depresyona yatkınlığa sebep olduğunu belirtmişlerdir (Özdin ve ark., 2020).

Ayrıca çalışmamızda evde oksijen tedavisi ve nebül tedavisi alan KOAH'lı hastaların Covid-19 Kaygı Ölçeği puan ortalamaları almayanlara göre anlamlı olarak istatistiksel fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde görülen yüksek ölüm oranları sebebiyle bu kişilerde Covid-19 korkusunun yüksek düzeyde olması beklenen bir bulgudur (CDC Weekly, 2020). Çalışmamızda da ölüm kaygısı ölçeği puanları yüksek olan KOAH'lı bireylerin Covid-19 Kaygı Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde buna benzer veya tersi bir bulguya rastlanmamıştır.

Bireylerin Covid-19 tanısı almamasına karşın, Covid-19 testi pozitif kişilerle temas ettiklerinde endişelerinin ve psikolojik tepkilerinin arttığını belirtmişlerdir (Cansel ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda KOAH tanılı bireylerin %5,6'sı Covid-19 bulaşmasından hiç kaygı duymazken, %41'i orta ve %40.3'ünün ise kaygı düzeyinin çok olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki KOAH tanılı 144 hastadan 46(%31,9)'sı "Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum" ifadesine 'Katılıyorum' yanıtı vermiştir. KOAH'lı bireylerin dispne şiddetleri ölçekleri ile Covid-19 Korku Ölçeği puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin; CAT Skoru 31-40 aralığında çok yüksek olan hastaların CAT Skoru düşük, orta ve yüksek olan hastalara kıyasla Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması daha yüksektir. Yine MRC Dispne Skalasına bakıldığında Çok şiddetli dispne tarifleyen hastaların orta şiddetli ve şiddetli dispne tarifleyen hastalara göre Covid-19 ölçeği puan ortalaması daha yüksektir. Literatürde buna yönelik veriye erişilememiştir.

Çalışmamızda MRC dispne skalası ve BORG skalası ile Ölüm Kaygısı Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır. CAT skoruna baktığımızda yine CAT skorunun da Ölüm Kaygısı ölçeği puanıyla arasında anlamlı farkın bulunduğu gözükmemektedir. Bu

farklardan KOAH'lı bireylerin hastalık ve dispne şiddetleri ile Ölüm Kaygısı düzeyleri arasında anlamlı yönde ilişki olduğunu söyleyebiliriz. Güçlü (2018) yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer ilişki saptanmıştır (Güçlü, 2018).

Çalışmamızda Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Covid-19 Korkusu Ölçeği puan karşılaştırılmasına bakıldığında KOAH tanılı bireylerde Ölüm Kaygısı düzeyi arttıkça (hafiften ağıra doğru) Covid-19 korkusu ölçeği puan ortalamasının da arttığı gözükmemektedir. Bu artışa bağlı olarak KOAH'ı olan bireylerde Covid-19 korkusu ile ölüm kaygısı arasında ilişki olduğunu söylemek mümkündür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- KOAH'lı bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeğindeki puanlarına bakıldığında 52(%36,1) hastanın ölüm kaygısı düzeyi ağır olarak bulunmuştur. 48(%30,6) hastanın ölüm kaygısı hafif düzeyde bulunurken 44(%30,6) hastanın ise ölüm kaygısı düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.
- Kadınların Ölüm Kaygısı düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.
- KOAH'lı bireylerin Covid-19 Korkusu ölçeği puan ortalaması 35 puan üzerinden 16,92 olarak, max değeri de 29,0 olarak bulunmuştur.
- Ölüm Kaygı düzeyi hastaların dispne şiddetini gösteren CAT, MRC, BORG skalalarındaki puanlara göre paralel olarak artmaktadır.
- Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamaları CAT, MRC, BORG skalalarındaki puanların artmasıyla artış göstermiştir.
- Çalışmaya dahil edilen katılımcıların Ölüm Kaygısı ölçeği ile COVID-19 Korku Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Çalışmamızda emekli ve ev hanımı olanların, sigarayı hiç kullanmayanların ölüm kaygısı düzeyleri yüksek saptanmıştır.
- Çalışmamızda KOAH süresi, derecesi, hastaneye başvuru sıklığı, ek bir kronik hastalığın olması, evde oksijen ve nebül tedavisi alma, fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılama, Covid-19 tanısı alma, izole edilme, Covid-19 ile bulaşma kaygı düzeyi durumları ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Katılımcıların BKİ 30 ve üzeri olanlarda, kadın olanlarda, ev hanımı olanlarda, sigara kullanmayanlarda Covid-19 Korkusu düzeyi yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

- Hastaların KOAH derecesi, hastaneye başvuru sıklığı, ek bir kronik hastalığın olması, evde oksijen ve nebül tedavisi alma, fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılama, Covid-19 tanısı alma, Covid-19 ile bulaşma kaygı düzeyi durumları ile Covid-19 Korkusu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Covid-19 salgını ülkemiz dahil olmak üzere tüm dünya nüfusunu oldukça önemli derecede olumsuz etkilemiştir. Pandeminin ne zaman son bulacağı kesin olarak bilinmemektedir. Bu süreçte özellikle KOAH gibi kronik hastalığı olan bireylerin doğru bilgilendirilmesinin, iletişim araçları ile yakınlarıyla uzaktan da olsa irtibatlarının sağlanmasının, fiziksel aktivitelerinin artırılmasının, endişelerinin hafifletilmesine yönelik destek olunmasının, Covid-19'un neden olabileceği kaygıya yatkınlığı azaltabileceği düşünülmektedir. Aile hekimliği, klinik ve acil kliniklerinde KOAH tanılı hastalarda Covid-19 ile ilgili şikâyetler sorgulanırken hastalar bütüncül olarak ele alınıp hastalar ruh sağlığı açısından da değerlendirilmeli ve desteğe ihtiyacı olan kişilerin belirlenip bireylere özel çözüm önerileri sunulması, özellikle pandemi döneminde daha hassas davranılarak gerekli desteklerin alınması sağlanmalıdır. Bu doğrultuda izolasyon ve karantina dönemlerinde, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarına ve sosyal bakımlarına destek olunmalıdır.

Çalışma, tek merkezde yürütülmesi ve örneklem sayısının pandemi gibi etmenlerden dolayı sınırlı olmasına rağmen KOAH hastalarının dispne şiddeti ile ölüm kaygısı ve Covid-19 korkusu hakkında önemli veriler elde etmemizi sağlamıştır.

Pandemi döneminde KOAH'lı bireylerin tüm değerlendirmelerinin yanı sıra ölüm kaygısı ve Covid-19 korkusu açısından da değerlendirilerek; ölüm kaygısı ve Covid-19 korkusu olan bireylerde etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, KOAH'lı bireylerin ölüm kaygısı

ve Covid-19 korkusu düzeylerini belirlediğimiz çalışmanın daha geniş bir örneklem grubunda farklı kronik hastalıklar üzerinde de çalışılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

- AGUSTÍ, A., FANER R. Chronic obstructive pulmonary disease pathogenesis. *Clin Chest Med* 2020;41:307-24.
- AKGÜN, D. (2013). Isparta il merkezinde KOAH ön tanı prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 14, 43-7.
- ARSLAN, B. Uzmanlık Tezi; “Acil Servise Dispne Yakınması ile Başvuran Olgularda Yakınma Şiddeti ile Klinik ve Laboratuar Verilerinin Değerlendirilmesi” Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Meftun Ünsal. Samsun- 2008.
- AYTEN, A. (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdün üniversite öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4), 86-108.
- BAKİOĞLU, F., KORKMAZ, O. & ERCAN, H. (2020). Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *Int J Ment Health Addiction*, 1-14.
- BAL ÖZKAPTAN, B. ve KAPUCU, S. (2015). KOAH’lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- BAL ÖZKAPTAN, B. ve KAPUCU, S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease [Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan kişilerin öz-yeterliliğini artırmak için evde bakımın önemi]. *Japan Journal of Nursing Science* 13, 365–377.
- BARNES PJ et al. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *Eur Respir J* 2003; 22:672-88.
- BAŞARA BB, ÇAĞLAR IS, AYGÜN A, ÖZDEMİR TA. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019.
- BİÇER, İ., ÇAKMAK, C., DEMİR, H. & KURT, M. E. (2020). Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 25(Özel Sayı 1), 216-225.
- BOOKER, R. (2010). Improving outcomes in COPD. *Practice Nursing*, 21, 1-15.
- BROWN, K., ve WANG, R. C. (2020). Politics and Science: The Case of China and the Coronavirus. *Asian Affairs*, 1-18.
- CELLİ, B. R., DECRAMER, M., WEDZİCHA, J. A., WILSON, K. C., AGUSTÍ, A., CRİNER, G. J.,... ZUWALLACK, R. L. (2015). An Official American Thoracic

- Society/European Respiratory Society Statement: Research Questions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), e4–e27. <https://doi.org/10.1164/rccm.201501-0044ST> characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *N Engl J Med*, 382(18),1708-1720.
- CHUNG KF, ADCOCK IM. Multifaceted mechanisms in COPD: inflammation, immunity and tissue repair and destruction. *Eur Respir J* 2008; 31:1334-56.
- ÇALIK KÜTÜKÇÜ E, ARIKAN H, SAĞLAM M, VARDAR YAĞLI N, İNAL İNCE D, ÖKSÜZ Ç ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* 2015;2(2):53-60.
- ÇEVİK B.(2010) Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman:Doç.Dr.Sultan Kav).
- ÇEVİRME L.(2008) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Olgularda Solunum Fonksiyonlarının, Yaşam Kalitesinin, Anksiyetenin ve Depresyonun Alevlenme Sayısına Etkisi. Trakya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gündeniz Altıay).
- ÇİL A.,OLGUN N.(2005) KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)“ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* ,21(1) 103-113.[Elektronik Dergi]. <http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt21sayi1-2005.pdf>
- ÇİL AKINCI, A , PINAR, R . "Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 13 (2011): 5-13.
- ÇOBANOĞLU, N. (2020). Bireysel, Profesyonel, Toplumsal, Bilimsel ve Siyasal Etiği Yeniden Sorgulatan COVID-19 Pandemisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 25(Ek Sayı 1), 36-42.
- DENİZ S, ÇELDİR EMRE J, BAYSAK A, ÖZDEMİR Ö, KOAH alevlenme tanısıyla yatırılan ekonomik yükü ve maliyete etki eden faktörler *Med J SDU/SDÜ Tıp Fak Dergisi* 2015;22(4):126-130.
- DRUSS BG (2020) Addressing the COVID-19 Pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry* 3:2019-2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3413>
- DUMAN, N. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Covid-19 Korkusu Ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük DOI: 10.30520/tjsosci.748404

- EKİZ, T, ILIMAN, E. & DÖNMEZ, E. (2020). Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. *Usaysad Dergisi* 6(1), 139-154.
- EKSTRÖM, M., AHMADI, Z., ABERNETHY, A., & CURROW, D. (2016). Oxygen For Breathlessness in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Who Do Not Qualify For Home Oxygen Therapy. *Cochrane Library*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006429.pub3.www.cochranelibrary.com>
- GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, G. 2015 C. R. D. (2017). Global, Regional, And National Deaths, Prevalence, Disability-Adjusted Life Years, And Years Lived With Disability For Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Asthma, 1990-2015: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2015. *The Lancet. Respiratory medicine*, 5(9), 691– 706. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30293-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30293-X)
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204-22.
- GENCER, N. (2020). Pandemi Sürecinde Bireylerin Koronavirüs (Kovid-19) Korkusu: Çorum Örneği. *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi* 2(4), 1153-1173.
- Global Health Metrics. Chronic obstructive pulmonary disease-Level 3 cause. <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/copd.pdf>
- Global Health Metrics. Chronic obstructive pulmonary disease-Level 3 cause. <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/copd.pdf>, 2019
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. <http://goldcopd.org> (Erişim tarihi: 20 Nisan 2021).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2014. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017,<http://goldcopd.org>.
- GUAN, W., Nİ, Z., HU, Y., LIANG, W., OU, C., HE, J., LIU, L., SHAN, H., LEI, C., HUI, D. S. C., DU, B., LI, L., ZENG, G., YUEN, K.-Y., CHEN, R., TANG, C., WANG, T.,

- CHEN, P., XIANG, J., ... ZHONG, N. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708-1720.
- GUARASCIO AJ, RAY SM, FINCH CK, SELF TH. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. 2013.
- GUNEN, H., HACIEVLİYAGİL, S. S., YETKİN, O., GÜLBAŞ, G., MUTLU, L. C., PEHLİVAN, E. (2008). Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey [KOAHA prevalansı, Türkiye'de geniş bir bölgenin ilk epidemiyolojik çalışması]. *European Journal of Internal Medicine*, 19(7), 499-504.
- GÜÇLÜ H., (2018) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi Bozok Üniversitesi - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı, Yozgat.
- GÜLBAY BE, ACICAN T. Patogenez ve inflamasyon. In Saryal S, Acıcan T. ed. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 21-33.
- HACIEVLİYAGİL SS, MUTLU LC, GÜLBAŞ G, YETKİN Ö, GÜNEN H. (2006). Comparison of the costs of the patients hospitalized to the pulmonary disease department. *Turkish Thoracic Journal*. 2006;7:11-6.
- HAEHLING S, ANKER SD. (2010). Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2010;1:1-5.
- HAN MK. Update in chronic obstructive pulmonary disease in 2010 . *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:1311-5.
- HEKLER, E.B., LAMBERT, J., LEVENTHAL, E., LEVETHAL, H., JAHN, E. AND CONTRADA R.J. (2008). Commonsense İllness Beliefs, Adherence Behaviors and Hypertension Control Among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 391-400
- HARPER, C. A., Satchell, L. P., Fido, D. & Latzman, R. D. (2020). Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Addiction*, 1-14.
- HEWITT R, FARNE H, RITCHIE A, et al. The role of viral infections in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Ther Adv Respir Dis* 2016;10:158-74.
- HÖKELEKLİ, H. (2008). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din*. (1. Baskı), İstanbul: Dem Yayınları. <http://toraks.org.tr/ebook.aspx?book=58149091>

<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>

Erişim

Tarihi:20.04.2021

- HUANG, C., WANG, Y., Lİ, X., REN, L., ZHAO, J., HU, Y. & CAO, B. (2020). Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 395(10223), 497-506.
- HUANG, Y. & ZHAO, N. (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality During COVID-19 Epidemic in China: a Web-Based Cross-sectional Survey. *Psychiatry Research* 288(112954), 1-6.
- IRONSİDE, P. M., SCHECKEL, M., WESSELS, C., BAİLEY, M. E., POWERS, S. & SEELEY, D. K. (2003). Experiencing Chronic Illness: Cocreating New Understandings. *Quality of Health Research* 13(2), 171-183.
- İŞİL Ö.,KARACA S.(2009) Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):82-87. [Elektronik Dergi]. http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/82_87.pdf.
- İNAL İNCE D.,SAVEL S.,ÇÖPLÜ L.,ARIKAN H.,(2005) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi 6(1):31-36.
- İNCE, Z. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- İNCİ, F. ve ÖZ, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
- KARAHİSAR F .(2006) Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Mağfired Kara Kaşıkçı).
- KARAOĞLU L. Kronik solunum yolu hastalıkları. Üner S, Okyay P (editörler). Türkiye Sağlık Raporu 2020. Ankara: Hipokrat Yayınevi, 2020:779-89.
- KASTENBAUM, R. (2007). Death anxiety. Arizona State University, Tempe AZ, USA.
- KOCABAŞ, A., ATIŞ, S., ÇÖPLÜ, L., ERDİNÇ, E., ERGAN, B., GÜRGÜN, A., KÖKTÜRK, N., POLATLI,KOÇ, SAĞLAM, Z. (2008). “Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi”. C. Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1). Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1725.pdf>

- KOCABAŞ A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı epidemiolojisi ve risk faktörleri. Umut S. Erdinç E (editörler). Tanıdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları Türk Toraks Derneği Yayınları 2008:s10-22.
- KORKMAZ, T. ve TEL, H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 79-86.
- KÖKTÜRK N, GÜRGÜN A, ŞEN E, et al. The view of the Turkish Thoracic Society on the report of the GOLD 2017 global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. *Turk Thorac J* 2017;18:57-64
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD). (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısı, tedavisi ve önlenmesi için küresel strateji 2013 güncellemesi. İstanbul: Probiz Ltd. şti.
- KURT, O., DEVECİ, S. E., & OĞUZÖNCÜL, A. F. (2020). Levels of Anxiety and Depression Related to COVID-19 Among Physicians: An online cross-sectional study from Turkey. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 1-6.
- LEE, S.A. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393- 401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
- LEE, S.A., MATHİS, A.A., JOBE, M.C., & PAPPALARDO, E.A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry Research*, 290, 113-112. doi:10.1016/j.psychres.2020.113112
- LEHTO RH., STEİN KF.(2009) Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 1(23):23-26 [Elektronik Dergi].<http://www.docstoc.com/docs/42967131>
- LİU, Y., GAYLE, A. A., WİLDER-SMİTH, A., VE ROCKLÖV, J. (2020). The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), 1-4.
- LORTET-TİEULENT J, SOERJOMATARAM I, LOPEZ-CAMPOS JL, et al. International trends in chronic obstructive pulmonary disease mortality, 1995-2017. *Eur Respir J* 2019;54:1901791 .
- LOZANO R, NAGHAVİ M, FOREMAN K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
- MANNİNO D, HOMA D, AKİNBAMİ L, ... EF-R, 2002 undefined. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States, 1971-2000. works.bepress.com

- [Internet].[cited 2020 May 7]; Available from: https://works.bepress.com/david_mannino/150/download/
- MİRİCİ, A. (2004). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (6. baskı) içinde (124-125). Ankara: Serenas Turizm Kongre Organizasyon Hizmetleri Ltd. Şti.
- MORRIS C. G. (2002). Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş) (Çev. H. B. Ayvaşık, M. Sayıl) İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. ISBN: 9789756761212. İstanbul-s:396.
- MUHAMMAD S, LONG X, SALMAN M. COVID-19 pandemic and environmental pollution: a blessing in disguise? *Sci Total Environ* 2020;728:138820.
- ÖRNEK T, TOR M, ALTIN R, ATALAY F, GEREDİLİ E, SOYLU O et al. Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Med Sci.* 2012;9(4):285-90.
- ÖZ F., (2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 61-68,[Elektronik Dergi]. <http://www.turkpsikiyatri.com>.
- ÖZDİN, S. & ÖZDİN, Ş. B. (2020). Levels and Predictors of Anxiety, Depression and Health Anxiety During COVID-19 Pandemic in Turkish Society: The Importance of Gender. *International Journal of Social Psychiatry* 66(5), 504–511.
- ÖZER, S. (2019). “Olgu Senaryolarıyla” İç Hastalıkları Hemşireliği. İçinde S. Özer (Ed.), “Olgu Senaryolarıyla” İç Hastalıkları Hemşireliği (ss. 198–2).
- ÖZİŞİK EYÜBOĞLU S.(2009) Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki ilişkinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd.Dç.Dr. Nilgün Öngider).
- ÖZKAN S.(2010) Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’nda palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı:272-28. [Elektronik Dergi]. <http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/ozel>.
- ÖZTÜRK Z., KARAKUŞ, G. VE TAMAM, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 37-43.
- PAKPOUR, A. & GRİFFİTHS, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its Role in Preventive Behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, Advance Online Publication. Erişim Adresi: <https://concurrentdisorders.ca/2020/04/03/the-fear-ofcovid-19-and-its-role-in-preventive-behaviors/>

- RUBİN, G.J., & WESSELY, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal*, 368. doi: 10.1136/bmj. m313 2014.
- RUVUNA L, SOOD A. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2020;41:315-27.
- Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 6:7-20. [Elektronik Dergi].
http://www.if.sakarya.edu.tr/dergi/dergi_6/01MustafaKOC.pdf.
- SARYAL SB. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı fizyopatolojisi. Umut S, Erdinç E (eds). Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Toraks Kitapları. Galenos Yayıncılık San. Tic. Ltd. Sti. 2008;60-72.
- SATICI, B., GÖÇET-TEKİN, E., DENİZ, M. E. & SATICI, S. A. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9.
- SHARMA S, SHARMA P. Prevalence of dyspnea and its associated factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Indian Journal of Respiratory Care* 2019;8:36-41.
- SOLER N, ESPERATTI M, EWIG S, HUERTA A, AGUSTI C, TORRES A. Sputum purulence-guided antibiotic use in hospitalised patients with exacerbations of COPD. *Eur Respir J* 2012;40:1344-53.
- SORIANO JB, Ancochea J, Celli BR. The most beautiful chart in the world. *Eur Respir J* 2019;54:1902047.
- SPRUİT MA, SINGH SJ, GARVEY C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:e13-64.
- ŞENOL, C. (1989). Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TANHAN, F. (2013). Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty)*, 10(1), 184-200. <http://efdergi.yyu.edu.tr>.
- TAYTARD, A. ve COUSSON, F. (1996). Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. *Preliminary results. Rev Pneumol Clin*, 52, 379-85 tedavi raporu 2014”, *Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu*, 15, İstanbul, s.1-85,

- TEL AYDIN H, TOK YILDIZ F, KARAGÖZOĞLU Ş, ÖZDEN D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik çalışma. İstanbul Üniversitesi FNJN 2012;20:177-183.
- TORALE, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry, 66(4), 317-320.
- TÜİK. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2019.
- Türk D. (2006) Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı (KOAH) Olan Hastaların Sık Hastaneye Yatışlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Özlem Işıl).
- Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Türk Toraks Dergisi. Mayıs 2010; 11: 5-64.
- Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu. (2013). Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Ankara: Sentez Yayınları. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/3172012103033-2KOAH-Hasta-Kitabi2012.pdf>
- Türk Toraks Derneği (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. 2014: İstanbul: Aves Yayıncılık
- Türk Toraks Derneğinin GOLD 2021 KOAH Raporuna Bakışı
- Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi 20.04.2021
- UYSAL H. (2010), Akut Solunum Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, Cilt - Vol. 1 Sayı - No. 1 (13-18).
- ÜNSAL A. ve YETKİN, A. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1), 42-53.
- ÜSKÜL B, SELVİ A, MELİKOĞLU A, VAROL N, TÜRKER H (2006) Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo- Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi, Akciğer Arşivi, 7:11-15, İstanbul.
- VAROL Y, VAROL U, BAŞER Z, USTA L, BALCI G, DERELİ Ş et al. The Cost of COPD Exacerbations Managed in Hospital. Turk Toraks Derg 2013;14:19-23.

- WANG, D., HU, B., HU, C., ZHU, F., LIU, X., ZHANG, J. & ZHAO, Y. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus–infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 323(11), 1061–1069.
- WANG, W., TANG, J., & WEI, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of medical virology*, 92(4), 441-447.
- WELLS, K. B., GOLDING, J. M. VE BURNAM, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*, 145, 976-81
- WU KK, CHAN SK, MA TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. Şubat 2005;18(1):39-42.
- YILDIRIM N. KOAH patogenezi. In Umut S, Yıldırım N. ed. *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)*; 2005: 41-57.
- YORGANCIOĞLU A, POLATLI M, AYDEMİR Ö, et al. KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2012;60(4):314-20.
- YIN, P., JIANG, C. Q., CHENG, K. K., LAM, K. H., MILLER, M. R., ZHANG, W. S., THOMAS, G. N. VE ADAB, P. (2007). Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: *The Guangzhou Biobank Cohort Study*. *Lancet*, 370, 751-7.
- XIANG, Y.-T. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7, 228–229
- ZHAO, S., LIN, Q., RAN, J., MUSA, S. S., YANG, G., WANG, W., & WANG, M. H. (2020). Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *International journal of infectious diseases*, 92, 214-217.

EKLER

EK.11 Kişisel Bilgi Formu

Sizi “Acil Servise Başvuran KOAH Hastalarının Hastalık ve Dispne Şiddeti ile Covid 19 Korkusu ve Ölüm Kaygısı Düzeyi Arasındaki İlişki” başlıklı çalışmamıza destek olmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Hemşire Şeyma GÖRPÜZ
Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL

-Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi ve bilgilerimin doğru olduğunu beyan ederim.

() Onaylıyorum.

Anket No:

1-Yaş:

2-Boy : Kilo: BKİ:

3-Cinsiyetiniz nedir? 1. () Kız 2. () Erkek

4-Medeni durumunuz nedir? 1. () Evli 2. () Bekar

5-Eğitim durumunuz nedir?

1. () Okur-yazar değil

2. () Okur-Yazar

3. () İlk-Orta Öğretim

4. () Lise ve üstü

6-Mesleğiniz nedir?

1. () Ev Hanımı 2. () Memur 3. () Emekli 4. () İşçi 5. Diğer (ise belirtiniz.....)

7. Çocuk durumunuz: 1() Var 2() Yok

8-Size göre maddi durumunuz nasıldır?

1- () Gelir giderden az 2- () Gelir gider eşit 3- () Gelir giderden fazla

9-Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız yaşıyorum 2. () Eşimle 3. () Eşim ve çocuklarımla
4. () Çocuklarımla 5. () Diğer.....

10-Sigara kullanıyor musunuz?

1-() Kullanıyorum(.....paket) 2-() Bıraktım 3-() Hiç kullanmadım

11-Ne kadar süredir KOAH hastasıınız?.....

1-() 6 ay-5 Yıl 2-() 6-10 Yıl 1-() 11 Yıl ve üzeri

12-KOAH derecesi : 1- () Orta 2-() Ağır 1-() Çok Ağır

13-Son bir yıldaki hastaneye başvuru sıklığı : Acil: (Sayı:) Poliklinik : (Sayı:)

14-KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1- () Evet - 2 () Hayır Evet ise açıklayınız.....

15-Kalp hastalığınız var mı?

1- () Evet - 2 () Hayır ...Evet ise hangisi, kaç yıldır

16-Şeker hastalığınız var mı?

1-() Evet - 2 () Hayır ...Evet ise hangisi, kaç yıldır

17-Tansiyon hastalığınız var mı?

1-() Evet - 2 () Hayır ...Evet ise hangisi, kaç yıldır

18-Guatr hastalığınız var mı?

1-() Evet - 2 () Hayır ...Evet ise hangisi, kaç yıldır

19-Düzenli kullandığınız ilaçları belirtiniz?

20- Evde oksijen tedavisi alıyor musunuz?

1- () Evet 2-() Hayır

21- Evde nebul tedavisi alıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır

22-Fiziksel ihtiyaçlarınızı (temizlik, yemek yiyebilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme gibi) karşılama durumunuz nedir?

1. () Karşılatabiliyorum 2. () Kısmen karşılıyorum 3. () Hiç karşılayamıyorum

23-Fiziksel ihtiyaçlarınızı karşılamanızda size yardımcı olan birileri var mı?

1-() Evet (ise kim.....) 2-() Hayır

24-KOAH'la baş etme konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

1- () Evet (ise kimden.....) 2-() Hayır

25-Eğitimi kimden/nerden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. () Doktor 2. () Hemşire 3. () Televizyon 4. () İnternet 5. () Kitap

6.Diğer.....

26-Şu ana kadar birinci derece akrabalarınızdan herhangi birisi (eş, anne, baba, kardeş, hala, teyze vb) Koronavirüs tanısı aldı mı? 1. ()Evet 2. ()Hayır

27. Komşularınızdan herhangi birisi Koronavirüs tanısı aldı mı?

1. ()Evet 2. ()Hayır

28. Şu ana kadar size Koronavirüs tanısı konuldu mu?

1. ()Evet (ne zaman.....) 2. ()Hayır

29- Şu ana kadar Kovid 19 hastalığı sebebi ile izole edildiniz mi?

1. ()Evet (ise Ne kadar süre izolasyon sürdü kaç kez?)

2. ()Hayır

30-Yeni tip Koronavirüs hakkında bilginiz var mıydı?

1.() Evet 2.() Hayır 3.()Biraz

31-Var ise nereden öğrendiniz?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1.()Sağlık çalışanlarından

2.() Arkadaş ve akraba çevremden

3.() Medyadan (Televizyon, radyo, gazete)

4. () İnternette

5. ()Diğer.....

32-Koronavirüs sürecinde nasıl çalıştınız?

1.() Çalışmıyordum

2. () Evden çalıştım

3. () Dönüşümlü çalıştım

4.()Salgından öncesi gibi çalıştım

5.() Salgında işsiz kaldım

33-Kovid 19 nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadınız mı?

() Evet

()Hayır

34. Şu anda size koronavirüs bulaşması ile ilgili kaygı düzeyiniz ne derecededir?

1. ()Yok

2. ()Az

3. ()Orta

4. () Çok