



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER
HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ÖLÜME
İLİŞKİN DEPRESYON VE ÖLÜM KAYGISI**

Elif OKUR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2017

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı



Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elif OKUR'un hazırladığı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Nesrin NURAL

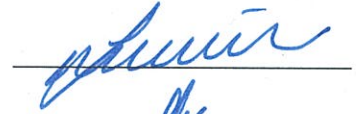


Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Nesrin NURAL



Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN



Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU



Tarih:/....../201...

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/....../.... tarih ve ...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24/ 05/2017

Elif OKUR



İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, beni yetiştirmek için hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen, yanımda olmasa da varlığını her zaman hissettiğim canım anneme ve hayatımın her anında beni destekleyip güç veren, tezi bitirebilmem için teşvik eden çok kıymetli eşim ve biricik oğluma ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca benden sabır, özveri, bilgilerini, deneyimlerini ve desteğini esirgemeyen danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü ve İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a,

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ayla GÜRSOY'a ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren hastalara,

Desteklerini benden esirgemeyen KTÜ İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Seçil GÜLHAN GÜNER'e, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Semiha ALKAN'a ve çalışmamda destek veren hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Elif OKUR

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****vii****KISALTMALAR DİZİNİ****ix****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****5**

4.1. KOAH Tanımı

5

4.1.1. KOAH Epidemiyolojisi ve Yüğü

5

4.1.2. KOAH Risk Faktörleri

7

4.1.3. KOAH Evrelendirmesi

8

4.1.4. KOAH'ın Belirti ve Bulguları

9

4.1.5. KOAH Tedavisi

10

4.1.5.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması

11

4.1.5.2. Stabil KOAH Tedavisi

12

4.2. Ölüm

13

4.3. Ölüm Kaygısı

14

4.3.1. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

15

4.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

15

4.3.2.1. Psikodinamik yaklaşımlar

15

4.3.2.2. Varoluşsal Yaklaşımlar

16

4.3.2.3. Bilişsel Yaklaşımlar

16

4.3.2.4. Terör Yönetimi Kuramı

17

4.3.3. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Farklı Yaklaşımlar

17

4.3.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

18

4.3.4.1. Yaş

18

4.3.4.2. Cinsiyet

19

	vii
4.3.4.3. Medeni Durum	19
4.3.4.4. Fiziksel Hastalık	19
4.3.4.5. Ruhsal Hastalık	20
4.3.4.6. Yaşam Olayları	20
4.3.4.7. Sosyokültürel Özellikler ve Din	21
4.3.4.8. Gelişimsel Süreç	21
4.4. KOAH Hastalarında Ölüm Kaygısı	22
4.5. Ölüm İlişkin Depresyon	22
4.6. KOAH Hastalarında Ölüm İlişkin Depresyon	23
4.7. KOAH ve Hemşirelik Yaklaşımı	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM	25
5.1. Araştırmanın Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	25
5.5. Veri Toplama Araçları	26
5.6. Araştırmanın Sınırlılığı	28
5.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	29
5.8. Verilerin Toplanması	29
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
6. BULGULAR	30
7. TARTIŞMA	47
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	55
8.1. Sonuçlar	55
8.2. Öneriler	58
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	76
10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu	76
10.2. Ek 2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	78
10.3. Ek 3. Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği	79
10.4. Ek 4. Ölçek Kullanım İzni (TPÖKÖ)	80
10.5. Ek 5. Ölçek Kullanım İzni (ÖDÖ)	81

10.6. Ek.6. Kurum İzni	viii 82
10.7. Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	83
11. ETİK KURUL ONAYI	84
12. ÖZGEÇMİŞ	87



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. KOAH Şiddetinin Spirometrik Sınıflandırılması	8
Tablo 2. TPÖKÖ Alt Boyutlarını Tanımlayan Ölçek Maddeleri ve Puan Düzeyleri	27
Tablo 3. Medical Research Council Scale (MRCS)	28
Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 5. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 6. Hastaların Ölüme İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	32
Tablo 7. Hastaların ÖDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 8. Hastaların TPÖKÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 9. Hastaların TPÖKÖ Düzeylerinin Dağılımı	34
Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 11. Hastaların Kliniğe İlişkin Özelliklerine Göre ÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Hastaların Ölüme İlişkin Görüşlerine Göre Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 13. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TPÖKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 14. Hastaların Kliniğe İlişkin Özelliklerine Göre TPÖKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 15. Hastaların Ölüme İlişkin Görüşlerine Göre TPÖKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 16. Hastaların ÖDÖ ve TPÖKÖ Puanları Arasındaki İlişki	46

KISALTMALAR DİZİNİ**Kısaltmalar**

AAT	Alfa-1 Antitripsin
BOLD	Burden of Obstructive Lung Disease
DALY	Disability Adjusted Life Years
FEV1	Forced Expiratory Volume in One Second
FVC	Forced Vital Capacity
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
KHY	Küresel Hastalık Yüğü
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRCS	Medical Research Council Scale
NIMV	Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon
ÖDÖ	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğı
PLATINO	Proyecto Latinamericano de Investigacion en Obstruccion Pulmonar
SB	Sağılık Bakanlığı
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
TPÖKÖ	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğı
V/Q	Ventilasyon/ Perfüzyon
YLD	Year of Healty Life lost due to Disability

1. ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı

Araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı alan hastalarda ölümle ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini göğüs servislerinde KOAH tanısı ile yatarak tedavi alan 104 hasta oluşturdu. Veriler “Hasta Bilgi Formu”, “Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği”, “Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği”, “Medical Research Council Scale” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Independent Sample T testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U testi ve Korelasyon Analizi kullanıldı.

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 67.65 ± 9.63 yıl ve %77.9’u erkektir. KOAH nedeniyle hastaları en fazla rahatsız eden semptom dispne (%71.2), öksürük (%17.3) ve balgam çıkarmadır (%11.5). Hastaların %44.2’sinde hafif düzeyde, %40.4’ünde orta düzeyde ölüm kaygısı ve %51’inde depresif duygu durumu olduğu belirlendi. Kadın, eşi ölmüş, ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastaların ölümle ilişkin depresyon puan ortalaması; kadın, bekar/boşanmış, öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastaların ölüm kaygısı toplam puan ortalaması daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Ölüm kaygısı alt boyut puanlarının dağılımında en yüksek ortalama “ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar” (15.80 ± 5.17) boyutuna aittir ve orta düzeydedir. Dispne skalası ile ölümle ilişkin depresyon ve çürüme bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r = 0.231$ $p = 0.018$, $r = 0.222$ $p = 0.023$).

Sonuç olarak KOAH hastalarının yarısı depresif duygu durumu ve tamamına yakını hafif ve orta düzeyde ölüm kaygısı yaşamaktadır. Hemşireler, özellikle dispne derecesi yüksek, kadın, eş desteği olmayan, eğitim düzeyi düşük, öz bakım gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşayan ve ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastaları ölüm kaygısı ve ölümle ilişkin depresyon açısından daha yakından izlemelidir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Dispne, KOAH, Ölüm, Ölüm Kaygısı

2. SUMMARY

Death Related Depression and Death Anxiety Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

The study was descriptively and cross-sectionally done in order to determine death related depression and death anxiety level among patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample of the study was composed of 104 patients who were hospitalized due to COPD diagnosis at thoracic units. The data were collected using “Patient Information Form”, “Thorson-Powell Death Anxiety Scale”, “Death Related Depression Scale” and “Medical Research Council Scale”. For the analyses of the data; numbers, percentages, means, Independent Sample T test, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test and Correlation Analysis were employed.

Mean age of the participant patients was 67.65 ± 9.63 years and 77.9% of them were male patients. The most disruptive symptoms due to COPD were dyspnea (71.2%), coughing (17.3%) and sputum expectoration (11.5%). It was identified that 44.2% of the patients had mild level of death anxiety, 40.4% of them had moderate level of death anxiety and 51% of them had depressed mood. Mean death related depression score of those who were female, whose spouse was dead and who did not want to know that they had a terminal illness was higher; than mean death anxiety score of those who were female, were single/divorced, were able to meet self-care needs semi-dependently and the difference among the groups was significant ($p < 0.05$). The highest mean score of death anxiety scale was in “fears of pain-process of death” dimension (15.80 ± 5.17) and this anxiety was at moderate level. There was a positive and significant correlation between mean scores of dyspnea scale and death related depression and “the anxieties in relation to decomposition” dimension ($r = 0.231$ $p = 0.018$, $r = 0.222$ $p = 0.023$).

As a result; half of the COPD patients experienced depressive mood and nearly all of them had mild and moderate level of death anxiety. Nurses should follow up those patients who have high level of dyspnea, are female, do not have spouse support, have low educational status, have difficulty meeting self-care needs and do not want to know that they have a terminal illness in terms of death anxiety and death related depression.

Key words: Depression, Dyspnea, COPD, Death, Death Anxiety

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünya ülkelerinde önemli bir toplum sağlığı sorunudur (1). Küresel Hastalık Yüğü (KHY) çalışması verilerine göre (2010) gerçekleşen 3.8 milyon ölümün 2.9 milyonunun nedeni KOAH'dır. Dünyada üçüncü ölüm nedeni haline gelen KOAH, tüm ölümlerin de %5.5'inden sorumludur (2). Türkiye'de 2013 yılında gerçekleşen toplam 357.581 ölümün 288.284'ü kronik hastalıklar nedeniyledir. Solunum sistemi hastalıkları ölüm nedenleri arasında 35.150 (%9.8) ölüm sayısı ile üçüncü sırada yer almaktadır (3).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın en belirgin semptomu dispnedir. Hastalarda buna ek olarak uzun süredir devam eden öksürük, balgam çıkarma ve hırıltılı solunum (wheezing) bulunabilir (4). Semptomların kronik ilerleyici seyri ve ataklarla semptom şiddetinde artış meydana gelmesi KOAH için tipiktir. Zamanla fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artış meydana gelir (5). KOAH'ın ilerleyen evrelerinde periferik havayolu obstrüksiyonu, parankimal hasar ve pulmoner damar anormallikleri akciğerin gaz değişim kapasitesini azaltarak, hipoksemiye daha sonra da hiperkapniye yol açar (6). KOAH hastalarında meydana gelen hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, hastalarda kaygı ve korkuya neden olmaktadır (7). Dispne, KOAH hastalarında yoğun korku, anksiyete ve depresyona, yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin ortaya çıkmasına, bağımlılık durumunun artmasına yol açmaktadır (8, 9, 10). Aynı zamanda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan bronkodilatör, sempatomimetik ve dekonjestanlar da kaygı, depresyon ve psikotik semptoma yol açmaktadır (7). Gudmundsson ve arkadaşları (11) çalışmasında KOAH alevlenmeleri nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastalarda %25-30 oranında depresyon olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi KOAH nedeniyle organlarda oluşan işlev bozukluğu yanında sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörler geleceğe dair kaygıları artırır (12).

Dispne KOAH hastaları için en fazla korku, panik ve anksiyeteye neden olan semptomdur (13, 14). Dispne organik kökenli olduğu kadar psikojenik nedenlerle de ortaya çıkmaktadır (12). Barnett'in (13) çalışmasında katılımcılar solunum sıkıntısı yaşadıkları anı, dayanılmaz ve korkutucu olarak ifade etmiştir. Tel ve arkadaşlarının

(15) fenomolojik çalışmasında bir hastanın solunum sıkıntısı yaşadığı anda ölecek gibi olduğunu ve korktuğunu belirtmiştir. Kapısız KOAH hastalarında yaptığı araştırmada (16) hastalara nefes darlığı yaşadıklarında ne hissettikleri sorulduğunda, hastaların çoğu (%70.0) nefesinin yetmeyeceği ve nefessiz kalacağı hissini yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada KOAH hastalarının nefessiz kalacağı hissini yanı sıra ölüm korkusu (%36.6) yaşadıkları saptanmıştır (16).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı olan hastalarda dispne derinleştikçe, hastaların nefes alamayacağı korkusu ölüm kaygısını artırmaktadır. Hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Tüm bunların sonucu olarak hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı artmaktadır (17). KOAH bireyin yaşamını çok yönlü etkilemekte, yardım ve destek gereksiniminin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle KOAH hastalarının biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi, tedavi ve bakımın bütüncül yaklaşımla yürütülmesi gerekmektedir. Hastalığa eşlik eden kaygı, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların belirlenmesi ve bireyin bu sorunlarla etkin baş etmesinde hemşirelik desteği önemlidir (18).

Türkiye’de KOAH hastalarıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde, öz bakım gücü (19), öz-etkililik (20), yaşam kalitesi (21), anksiyete ve depresyon (16), sosyal destek (22) gibi konuların ağırlıklı olarak ele alındığı görülmüştür. KOAH hastalarında ölüm kaygısı (23) işlenmiş fakat KOAH hastalarında ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürdeki bu eksikliği gidermek, KOAH hastalarında ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik, hastalıkla ilgili özellikler ve hastaların ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, KOAH hastalarının yaşayabileceği ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ile ilgili farkındalık sağlanarak bu psikolojik sorunlarla baş etmede hastalara destek olunması, ruhsal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artırılması açısından hemşirelik bakım ve uygulamalarına rehberlik etmesi beklenmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KOAH Tanımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); hava yollarında ve akciğerlerde zararlı gaz ve partiküllere karşı güçlü bir kronik enflamatuvar yanıtla ilişkili ve genellikle ilerleyici nitelikte kalıcı hava akımı kısıtlanmasıyla karakterize yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (1).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda kronik bronşit ve amfizem genellikle birlikte görülür. Kronik bronşit, art arda en az iki yıldır tekrarlayan, en az üç ay boyunca devam eden, diğer solunum ya da kalp hastalıklarına bağlanamayan öksürük ve balgam çıkarma ile seyreden bir hastalıktır. Amfizem ise; terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının, belirgin fibrozisin eşlik etmediği duvar hasarı ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir. Bu patolojik değişiklikler hava hapsine ve ilerleyici hava akımı kısıtlanmasına neden olur (4, 24).

4.1.1. KOAH Epidemiyolojisi ve Yüğü

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı dünyada önemli ve giderek artan bir morbidite ve mortalite nedenidir. Geçmiş yıllarda KOAH'ın net kabul gören bir tanımlamasının bulunmayışı, hastalığın prevalansı, morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili gerçek bilgilerin elde edilmesini güçleştirmiştir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın yeterince bilinmemesi ve yeterince tanı konulmaması, hastalıkla ilgili raporlamanın yetersiz kalmasına neden olmuştur. Bu sebeple, sağlık personeli arasında KOAH ile ilgili farkındalık düzeyi, sağlık hizmetlerinin kronik hastalıklarla ilgili organizasyonun niteliği ve KOAH tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak ülkeler arasında hastalık yükü ile ilgili verilerde büyük farklılıklar gözlenmiştir. Fakat 2003 yılında "GOLD" (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) tarafından KOAH'ın tanısı ve şiddetini belirlemeye yönelik önerilen spirometrik eşiğin yaygın olarak kabul görmesi, 2002 yılında uluslararası düzeyde KOAH'ın yükünü araştırmada standart bir yöntem geliştiren "BOLD" un (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü Çalışması- Burden of Obstructive Lung Disease) kurulmuş olması ve GOLD'un 70'den fazla ülkede KOAH'ın önemi konusunda bilinçlendirme ve hastalık ile ilgili daha pozitif mesaj verme çabaları bu konuda önemli gelişmelere yol açmıştır (25).

Prevalans: Uluslararası düzeyde yürütülmüş çalışma (1990-2001) sonuçlarının değerlendirildiği bir meta-analizde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %9-10 olduğu bildirilmiştir (26). Ayrıca Beş Güney Amerika ülkesinde yapılan PLATINO (Latin Amerika Ülkelerinde KOAH çalışması, Proyecto Latinoamericano de Investigacion en Obstruccion Pulmonar) çalışmasında 40 yaş üstünde KOAH prevalansı %18-32 olduğu, Meksika’da %11, Brezilya’da %18, Şili’de %23 ve Venezuela’da %26, Uruguay’da %27 olarak saptanmıştır (27).

Türkiye’de KOAH prevalansının belirlenmesine yönelik ilk çalışma 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılmıştır ve KOAH prevalansı 40 yaş üstünde %13.6 (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) bulunmuştur (28). Türkiye’nin de dahil olduğu 18 ülkede yapılan uluslararası BOLD (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü Çalışması- Burden of Obstructive Lung Disease) çalışmasında 40 yaş üzeri kişilerde KOAH prevalansı %10.1’dir (erkeklerde %11.8 ve kadınlarda %8.5) (29). BOLD çalışmasının merkezlerinden biri olan Adana’da 2004 yılında elde edilen KOAH prevalansı 40 yaş üstü kişilerde %19.1’dir (erkeklerde %28.5 ve kadınlarda %10.3) (29, 30). Günen ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan çalışmada Malatya ilinde KOAH sıklığı 18 yaş üzeri nüfusta %6.9, 40 yaş üzeri nüfusta ise %9.1 olarak belirlenmiştir (31). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’na (2011) göre 40 yaş ve üzeri kişilerde KOAH prevalansı %6.4’tür (erkeklerde %7.6 ve kadınlarda %5.3) (32).

Morbidite: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından morbiditeyi ya da hastalık yükünü değerlendirmede son yıllarda “YLD” (Year of Healty Life Lost due to Disability) ve “DALY” (Disability Adjusted Life Years) ölçütleri kullanılmaktadır. Sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD ve erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 2002 yılında DALY sıralamasında 11. sıradadır ve hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak 2030 yılında yedinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (33).

Mortalite: Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2003 yılında yapılan “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Projesi” verilerine göre, KOAH ölüm nedenleri arasında, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler olaydan sonra üçüncü

sırada (%5.8) yer almaktadır (34). Küresel Hastalık Yüğü (KHY) çalışması verilerine göre (2004), KOAH nedeniyle yılda 2.9 milyon kişi ölmektedir (33).

Türkiye’de 2010, 2011 ve 2012 yıllarında en sık görülen ölüm nedenleri incelendiğinde, solunum sistemi hastalıkları en sık görülen üçüncü ölüm nedenidir (35). Ülkemizde 2012 yılında gerçekleşen toplam 320.967 ölümden 31.026’si solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir ve bu ölümlerin de 19.087’si (%61.5) KOAH nedeniyledir (36).

Ekonomik Yüğü: Doğrudan maliyetler (tanı ve tedavi harcamaları) ve dolaylı maliyetler (yeti yitiminin ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm, hastalık nedeni ile yapılan aile harcamaları vb) KOAH’da oldukça yüksek düzeylerdeydir. KOAH alevlenmeleri doğrudan maliyetin yaklaşık %60’ına neden olmaktadır. Günümüzde KOAH’ın neden olduğu küresel ekonomik maliyet 2.1 trilyon dolar düzeyindedir ve bu maliyetin 2030 yılına kadar 4.8 trilyon dolara yükseleceğı tahmin edilmektedir (37).

4.1.2. KOAH Risk Faktörleri

KOAH gelişimine yol açan en önemli genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir (38). Alfa-1 antitripsin eksikliği, proteolitik enzimlerin majör inhibitörü olup, alt solunum yollarında kuvvetli bir doku yıkıcı proteaz olan nötrofil elastazın akciğer dokusunda yaratacağı yıkımı önler (6).

Sigara içimi KOAH gelişiminde rol oynayan en önemli çevresel risk faktörü olup, aktif sigara içicilerinin %20’ye yakın kısmında KOAH gelişmektedir. Pasif sigara içimi de akciğerin toplam inhale partikül ve gaz yükünü artırarak solunumsal semptomlara ve KOAH gelişimine yol açmaktadır (39). Haftada 40 saatten fazla ve beş yıldan uzun süreli sigara dumanı maruziyetinin KOAH gelişim riskini %50 oranında artırdığı bildirilmiştir (40).

Organik ve inorganik tozlar, kimyasal ajanlar ve buharları içeren mesleki maruziyetler, KOAH için önemi yeterince kavranmamış risk faktörleridir (39). Açık ateşte ve iyi çalışmayan sobalarda yakılan odun, tezek, bitki kökleri ve kömür yüksek düzeyde iç ortam hava kirliliğine yol açarak KOAH gelişimine neden olmaktadır. Yüksek düzeyde dış ortam hava kirliliğı de kalp ve akciğer hastalığı bulunan kişiler için zararlıdır (39).

Gebelik ve doğumda oluşan süreçler, annenin sigara içimi, beslenme, genetik eğilim, doğum ağırlığı, aktif ve pasif sigara içimi, bronşiyal hiperreaktivite, atopi, eozinofili, yoksulluk gibi faktörler akciğer gelişimini olumsuz etkileyerek ulaşılması gereken maksimal akciğer fonksiyon düzeyine ulaşamayan bireylerde KOAH gelişim riskini artırır (38).

Akut bakteriyal veya viral enfeksiyonlar KOAH hastalarında hava akımı kısıtlamasında geçici azalmalara neden olmaktadır. Yaşamın ilk yılında geçirilen akciğer enfeksiyonlarının özellikle adenovirus enfeksiyonları, ilerleyen yıllarda KOAH'a yol açtığı bilinmektedir (6).

Beslenmenin KOAH gelişimindeki rolü olarak malnutrisyon ve kilo kaybının solunum kas kitlesinde ve gücünde azalmaya yol açtığı ileri sürülmüştür (38).

4.1.3. KOAH Evrelendirmesi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı düşünülen her hastada kesin tanı için spirometrik inceleme yapılması gerekir. Spirometrik inceleme, mevcut hava akımı kısıtlanmasını göstermede en iyi standardize edilmiş, kolay, tekrarlanabilir ve en objektif akciğer fonksiyon testidir. KOAH'ın tanılanabilmesi için FEV₁ (Birinci saniye zorlu ekspirium volümü) değerinin beklenenin %80 altında olması ve FEV₁/FVC < %70 (ekspirasyonla atılan maksimum hava hacmi) olması gerekmektedir. KOAH'ın şiddetiyle ilgili spirometrik sınıflandırma dört evreden oluşur. Bu evreler; Evre 1-hafif, Evre 2-orta, Evre 3-ağır, Evre 4-çok ağır şeklindedir. Şiddet derecesinin spirometrik sınıflandırmasında post bronkodilatör FEV₁/FVC<0.7 oranı kullanılmaktadır. Hastaları Solunum Fonksiyon Testi (SFT) değerlerine göre evrelendirmek hastalığın izlenmesi ve tedavisinin düzenlenmesinde önemlidir (1, 29). GOLD raporuna göre KOAH evrelendirmesi Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. KOAH Şiddetinin Spirometrik Sınıflandırılması

Evre	Post bronkodilatör FEV ₁ /FVC	FEV ₁ * (% beklenen)
Evre I-Hafif	<0.7	FEV ₁ ≥ 80 (beklenenin)
Evre II-Orta	<0.7	50 ≤ FEV ₁ <80 (beklenenin)
Evre III-Ağır	<0.7	30 ≤ FEV ₁ <50 (beklenenin)
Evre IV-Çok ağır	<0.7	FEV ₁ <30 (beklenenin)

Kaynak: (1)

* FEV₁: Birinci saniye zorlu ekspirium volümü

4.1.4. KOAH Belirti ve Bulguları

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda solunum sistemi ve kardiyovasküler sisteme ait semptomlar ortaya çıkmakta ayrıca hastalık nedeni ile sistemik semptomlar oluşmaktadır. KOAH'ın ayırt edici semptomları; kronik ve ilerleyici dispne, öksürük ve balgam çıkarmadır.

Dispne: Subjektif bir yakınma olan dispne, kişinin nefes alıp verdiğinin farkında olması olarak tanımlanmaktadır (41). Dispne, KOAH'da hastanın hekime başvurmasının ve hastalıkla ilgili sakatlık ve anksiyetenin en önemli nedenidir (42). Hastalar dispneyi "hava açlığı, nefes almada güçlük, göğüste ağırlık, nefes nefese kalmak olarak ifade etmektedirler (43). Başlangıçta ağır efor sırasında ortaya çıkarken, zamanla ilerleme göstererek "hafif olağan eforla" dahi dispne meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar (42). Hava yolu içerisindeki enflamasyon, ödem, fibrozis, parankim harabiyeti nedeniyle hava yolu açıklığının korunamaması ve ekspiratuvar itici gücün azalması hava akımı kısıtlanmasına neden olur. Solunum fonksiyon testinde hastaların FEV1 ve FEV1/FVC değerleri azalmıştır (44). Hastalar dispne nedeniyle hekime başvurdıklarında FEV1 değeri genellikle 1.5 litrenin altındadır, istirahat halinde dispne var ise FEV1 değeri %30'un altına inmiştir (5, 42). Hava yolu darlığı, alveollerin hava yoluna uyguladıkları elastik geri çekim basıncında (elastik recoil) ve ekspiratuvar itici güçte azalma inspirasyonla alınan havanın ekspiryumda tamamıyla dışarı atılamamasına "yani hava hapsine" neden olur. Hava hapsi, egzersiz başta olmak üzere solunum frekansının arttığı durumlarda daha belirgin hale gelir (dinamik hiperenflasyon). Hava hapsinin KOAH hastalarında erken dönemde geliştiği ve egzersiz dispnesine neden olduğu bildirilmiştir (44).

Öksürük: Hastalar da genellikle görülen ilk semptom öksürüktür. Öksürük başlangıçta sık olmadığı için hastalar tarafından çok önemsizlenen bir bulgudur. Öksürük kronik ve çoğunlukla prodüktif öksürük şeklindedir, genellikle sabahları artış gösterir. Sabah öksürüğü gece boyunca hava yollarında biriken mukusu temizlemeye yönelik olarak gelişir. Başlangıç da aralıklı ve sabahları olan öksürük, zamanla her gün olmaya başlar ve gün boyu devam eder (5, 24, 41).

Balgam: Balgam, beyaz-gri mukoid renkli, az miktarda ve yapışkandır. Balgam çıkarma başlangıçta sabahları oluşur, ancak hastalık ilerledikçe gün içine yayılır. Sigara

dumanı ve diğer iritanlara bağı olarak submukozal bezlerde genişleme ve goblet hücre sayısındaki artış mukus hipersekresyonuna yol açar (44). Balgam miktarının artması ve renginin sarı veya yeşile dönmesi havayollarında enflamatuvar mediyatörlerin artışını gösterir ve alevlenmenin bir bulgusu olarak değerlendirilir (33, 45).

Hışiltılı Solunum ve Göğüste Sıkıntı Hissi: Hışiltılı solunum ve göğüste sıkıntı hissi günden güne veya gün içinde değişkenlik gösterebilen semptomlardır (1). Hışiltılı solunum genellikle sabahları ve egzersiz sırasında artar. Bazı hastalarda alevlenme dönemlerinde bronşiyal konstrüksiyona bağı olarak oluşur. Egzersiz sonrasında ya da soğuk, rüzgarlı havalarda dışarı çıkma sonucunda ortaya çıkabilir (45, 46). Göğüste sıkışma hissi genellikle efor sonrası oluşur, hasta bu hissin yerini tam olarak tanımlayamayabilir. İnterkostal kasların izometrik kontraksiyonlarına bağı olarak gelişir (1).

İleri Dönemde Görülen Semptomlar: Hastalığın ileri dönemlerinde yorgunluk, iştahsızlık kilo kaybı ve kaşeksi görülür. Kilo kaybı akciğer fonksiyonlarının daha da kötüleşmesine neden olduğu gibi, akciğer fonksiyonlarındaki kötüleşme de kilo kaybına yol açar. Hastalık ilerledikçe aktivite kısıtlanması gelişen ve eve bağımlı kalan hastada sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyete meydana gelir (43). Depresyon ve anksiyete semptomları mutlaka dikkate alınmalıdır, çünkü KOAH hastalarında bu semptomlar sıklıkla görülmektedir (5). İleri aşamalarda hipokseminin sonucu olarak siyanoz gelişir. Hipokseminin daha da şiddetlenmesi ile birlikte hiperkapni de oluşur. Sabahları ortaya çıkan baş ağrısı hiperkapninin sonucu olarak gelişir. Hipoksemi hafıza kaybı ve dikkat azalmasına, hiperkapni ise kognitif fonksiyon bozukluklarına yol açar (5). Hipoksemiye bağı olarak pulmoner arterlerin hipoksik vazokonstrüksiyonu sonucu pulmoner arter basıncı yükselir. Pulmoner arter basıncının yükselmesi, hastalığın ileri dönemlerinde sağ ventrikül hipertrofisine ve sağ kalp yetersizliğine neden olur (1, 24). Sağ kalp yetmezliği ve korpulmonale nedeniyle periferik ödem olur. Alevlenme dönemlerinde kardiyovasküler semptomlar genellikle daha da kötüleşir (45, 46).

4.1.5. KOAH Tedavisi

Kronik obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın tedavisi, Risk Faktörlerinin Azaltılması ve Stabil KOAH Tedavisi olmak üzere iki ana başlık altında özetlenebilir.

4.1.5.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların tedavisi ve komplikasyonlarının gelişiminin önlenmesi için risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekir. Bu faktörlerin azaltılması, hastalarda KOAH semptomlarını, alevlenmeleri, hastaneye yatışları, prognoz ve mortaliteyi azaltması açısından ilaç tedavisinden daha etkilidir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının tedavisine ilişkin risk faktörlerinin kontrol altına alınması GOLD'a göre (2014) dört başlık altında özetlenebilir (1).

1. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin/sağlıkta eşitsizliğin iyileştirilmesi: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı alan her hastanın sağlığın sosyal belirleyicilerinin (hastanın doğduğu, yaşadığı, çalıştığı, yaşlandığı koşullar, eğitim ve gelir düzeyi, ilişkileri, inançları, değerleri ve sağlık hizmetlerine ulaşımı) sorgulanması, belirlenen sorunların iyileştirilmesi için hasta ve yakınları ile birlikte hareket edilmesi, tedavinin başarısı ve tedaviye uyum açısından büyük önem taşımaktadır. Sorunun çözülebilmesi için temel yaklaşım, ülke hükümetinin sağlıkta eşitsizliği giderecek etkin bir program düzenlemesini gerektirir (24).

2. Risk faktörlerinin uzaklaştırılması/iyileştirilmesi:

a) Sigara içiminin bırakılması: Sigara içiminin bırakılması en etkili risk azaltma yöntemidir. Nikotin, sigaranın içindeki bağımlılık yapan ve tekrar alma yönünde istek uyandıran bir maddedir. Nikotin bağımlılığı kronik bir durumdur ve sigara tamamen bırakılana kadar nüklere yol açabilir (47). Sigarayı bırakmak isteyen hastaya, motive edici destek ile birlikte etkinliği kanıtlanmış farmakolojik seçeneklerden birinin uygulanması, sigara bırakma başarısını artırır (48, 49). KOAH hastalarında sigaranın bırakılması ile birlikte, hastalığın ilerlemesi yavaşlamakta, semptomlar iyileşmekte ve alevlenmeleri de azaltmaktadır (50, 51).

b) İç-dış ortam hava kirliliğinin iyileştirilmesi: Evlerde ısınma ve yemek pişirme amacıyla kullanılan odun, kömür gibi bitkisel ve tezek gibi hayvansal (biyomas) yakıtlar karbonmonoksit ve nitrik oksiti açığa çıkarmakta, ev içi ortam kirliliğine yol açarak KOAH gelişiminde rol oynamaktadır. Bu yakıtlardan ev içine yayılan karbonmonoksit, kükürt dioksit, azot oksit ve dioksit başta olmak üzere birçok gaz veya partiküller akciğerlerde hasar yapmaktadır (52).

Dış ortam hava kirliliği, sanayi tesislerinden, kalitesiz kömürlerden ve trafikte egzoz gazından kaynaklanır ve insan sağlığını olumsuz yönde etkiler. Hava kirlleticilerin etkilerine daha duyarlı oldukları gösterilen kalp-akciğer rahatsızlığı olan hastaların, hava kirliliğinin yoğun oldukları saatlerde dış ortama çıkmamaları ve evlerini havalandırırken havanın daha temiz olduğu gün ortası saatleri tercih etmeleri gerekir. Hava kirliliğinin yoğun olduğu dönemde kalp-akciğer hastalıklarının alevlenme olasılığı artacağından, hastaların bu dönemlerde hekimleri ile yakın iletişimde olmaları ve gerekirse tedavilerinin yeniden düzenlenmesi önerilebilir (24).

c) İşyeri ortamının iyileştirilmesi: Çalışma ortamında bulunan gaz, toz ve duman halindeki maddelerin havadaki konsantrasyonunun azaltılması ya da inhale edilmelerinin önlenmesi, solunum fonksiyonlarındaki kaybı yavaşlatabilir (53, 54). Çalışma ortamında inhale edilen partiküllerin ve gazların azaltılabilmesi için; inhalasyon ile oluşan maruziyetler izlenmeli, düzenli olarak kontrol edilmelidir. Çalışanların solunumsal semptom ve solunum fonksiyon düzeyleri değerlendirilmeli, eğitimler ile desteklenmeli, sigara bırakma yaklaşımları uygulanmalıdır (55).

3. Günlük fiziksel aktivitenin teşviki: Daha sağlıklı bir yaşam tarzının oluşturulabilmesi ve hastalığın önlenmesi için günde 10.000 adım atılmasının etkili olduğu vurgulanmaktadır (56, 57). Günlük aktivitelere ek olarak haftada en az beş gün ve günde 30 dakikalık fiziksel aktivitenin yapılması gerekir (58).

4. Aşılama: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalara influenza aşısı önerilmektedir. Sonbahar (Eylül–Kasım) aylarında tek doz olarak uygulanan influenza aşısı, influenza hastalığına yakalanma, komplikasyon ve ölüm oranlarını yaklaşık %50 oranında önleyebilmektedir. Altmış beş yaş üstünde olan ve FEV1 değeri beklenenin %40'ın altında olan hastalara ek olarak polisakkarit pnömokok aşısı yapılması önerilmektedir (59).

4.1.5.2. Stabil KOAH Tedavisi

Stabil KOAH tedavisinde ilaç ve ilaç dışı yaklaşımlar kullanılmaktadır. KOAH'ta ilaç tedavisinin amacı; semptomları, alevlenme sıklığı ve şiddetini azaltmak, egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini artırmaktır (60, 61). KOAH tedavisinde kullanılan ilaçlar; Bronkodilatörler, kortikosteroidler, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri ve mukolitik ve

antioksidan ajanlar, immüno-regulatorler, antibiyotikler, antitussifler, vazodilatör ve narkotiklerdir (1).

GOLD raporunda (2014) FEV1, semptom ve alevlenme riskine dayalı değerlendirmeye göre dört hasta grubu (A, B, C, D) tanımlanmış ve tedavi önerileri oluşturulmuştur (62-64). Bu rapora göre;

A grubundaki hastalar, semptomu az ve alevlenme riski düşük hastalardır. Bu grupta bulunan, fonksiyonel olarak hava akımı kısıtlanmasının daha fazla olduğu hastalara uzun etkili bronkodilatör tedavisi önerilmektedir.

B grubundaki hastalar, semptomu çok ama alevlenme riski düşük hastalardır. Semptomu çok olan bu hastalarda uzun etkili bronkodilatörler kısa etkililerden daha üstün bulunmuştur.

C grubundaki hastalar, semptomu az, ancak alevlenme riski yüksek hastalardır. Bu hastalarda alevlenme riskinin azaltılması önemli olduğundan, özellikle alevlenme riskini azaltmada etkili tedavi seçenekleri öncelikli olarak önerilmektedir.

D grubundaki hastalar, hem semptomları fazla hem de alevlenme riski yüksek hastalardır. Bu grup hastalarda öncelikli hedef alevlenme riskinin azaltılmasıdır.

Non farmakolojik tedavi yaklaşımlarında; pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi, non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV), amfizemin cerrahi ve bronkoskopik tedavileri yer almaktadır (24).

4.2. Ölüm

Ölüm yaşamın ayrılmaz bir parçası olup, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konudur (65, 66). İnsanoğlu çağlar boyu ölüm üzerine düşünmüş ve ölümü tanımaya çalışmıştır. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (66, 67). Ölüm, yaşamın bitişi, ömrün sona erişi, dünyadan göçmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek ya da bu dünyadan taşınmak şeklinde tanımlanabilmektedir (66, 68-71). Canlı varlıklar için ölüm hücrenin, organın veya organizmanın hayati fonksiyonlarını tamamen yitirmesi ya da canlı olma halinin sona ermesi anlamına gelmektedir (72). Ölüm tanımlarının ortak noktaları; canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirerek hayatın sona ermesi ve ölümün

kaçınılmaz olmasıdır (73). Ölümün dini inanışlara göre anlamları farklılık göstermektedir. Yahudiliğe göre ölüm en ağır cezadır ve ölüm korkunç bir gerçek olarak algılanmaktadır, Hristiyanlığa göre insan ruh ve bedenden oluşmaktadır ve ölen sadece insan bedenidir. Hayat ölümle birlikte sona ermemekte daha güzel ve daha değişik bir şekle bürünmektedir. Müslümanlara göre ise ölüm, insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah'ın katına yükselmesi şeklinde değerlendirilmektedir (74). Ölüm düşüncesi bazı insanlar için stres kaynağı, bazıları için stresten kurtulma yolu; bazıları için bir yok oluş, bazıları için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcını ifade etmektedir (75).

4.3. Ölüm Kaygısı

Ölüm düşüncesi, insanda kaygı yaratmasına rağmen insanı yaşama bağlayan, varoluşunu anlamlandıran bir kavram niteliği de taşımaktadır. Kişi, ölüm gerçeğinin bilinmesi sayesinde yaşamını daha anlamlı ve dolu yaşayabilir (67, 76). Varoluşçu psikoterapiye göre kişinin ölümlü olduğunu bilmesi, kişiyi var olan günlerini daha iyi değerlendirmeye, yaşamını zenginleştirmeye yöneltmektedir (77). Ölüm kaygısı, doğumdan başlayıp ömür boyu süren, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur. Literatürde farklı şekillerde tanımlanmış ve zaman zaman ölüm korkusu ile karıştırılmış ya da benzer anlamda kullanılmıştır (78). Her iki kavramda da bu duruma neden olan kaynak bilinir. Fakat ölüm kaygısı insanları geniş bir zaman diliminde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinden hayat felsefesine kadar yaşamın çeşitli alanlarında kendini gösterirken; ölüm korkusu kısa bir zaman diliminde ve sadece ölümü hatırlatan durumlarda ortaya çıkmaktadır (65). Ölüm kaygısının nedeni, ölüm olayının gerçekleşmesinden daha çok ölümle ilgili duygular ve ölüme verilen anlamdır. Ölüm kaygısının temelinde yatan asıl korkular; ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, varlığını varlığına bağladığı her şeyden kopuş, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma gibi korkular olarak tanımlanmaktadır (79).

Kişinin kendi ölümünü düşünmesi, onda bedeni kaybetmeye, acı duymaya, ölüm anında yalnız kalmaya, denetimini ve kimlik duygusunu kaybetmeye, ayrıca ölüm sonrası belirsizlik gibi ölüm kaygısının temelinde yatan asıl kaygıları oluşturur. Bu

kaygılara bağılı olarak da, bireyde ölümü kabullenmeme/ölüme meydan okuma veya tam tersine ölümü isteme ve ölümü kabullenme, başkalarının ölümünde yas tutma gibi tutumlar gelişebilmektedir (80).

4.3.1. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm ve ölüm kaygısını inceleyen Lehto ve Stein'e göre; ölüm kaygısı duygusal, bilişsel, deneyimsel, gelişimsel, sosyo-kültürel ve motivasyonel boyutlardan oluşmaktadır. Duygusal bileşen, bireyin varoluşuna yönelik bir tehdit olduğunda beyindeki duygusal bellek alanlarını aktifleştirmesiyle oluşan duyguları içerir. Bilişsel bileşen, ölüm kaygısı, ölüm süreci, ölü olma durumu, ölüm sonrası bilinmezlik ve bedenle ilgili düşüncelerden oluşmaktadır. Motivasyonel bileşen, ölüm kaygısı ve buna karşı geliştirilen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilemesi ve yaşam için bir motivasyon kaynağı oluşturmastır (81).

4.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

4.3.2.1. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik görüşler ölüm kaygısının, oedipal çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda oluşan suçluluk duygusu veya çocuktaki animistik düşüncelerden kaynaklandığını savunmuştur. Ölüm kaygısı, üst benliğin yaşadığı en önemli kaygılardan biridir. Bu nedenle ölüm kaygısının, psikopatolojide ve psikosomatik hastalıklarda etkili bir rol oynadığı ve onlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (82, 83). Psikanalitik çerçevede ölüm korkusu, deneyimle doğrudan ilişkili olan korkulara ve bu deneyimlerden çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm korkusunun izleri, sıklıkla çözülemeyen erken deneyimlere kadar sürdürülebilir. Freud'e göre, kişi ölümü hiçbir zaman deneyimleyemediği için, ölümün bilinç altında temsili olmadığını ileri sürer. Bu nedenle ölüm korkularının ilk olarak ayrılmadan doğan kimsesizlik, haksızlık, terk edilme korkularından kaynaklandığını savunmaktadır (72). Freud'un görüşünden farklı olarak, Jung'a göre ölüm kaygısının temelinde "yaşama korkusu" vardır. Ölümden en çok korkan insanlar aslında yaşamaktan en fazla korkanlardır (84). Zilboorg, ölüm kaygısının gerçek yüzünü göstermemesinden dolayı insanların onu yok saydığını ve tüm görünümünün altında yatan evrensel bir kavram olduğunu savunmuştur. Eğer bu korku bilinçte sürekli bulunsaydı normal işlevselliğimizi yerine getiremeyeceğimizi ve bu yüzden hayata tutunmak için en uygun şekilde bastırılması

gerektiğini öne sürmüştür (85, 86). Bu yaklaşımda kabul gören düşünce, kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesinin çok zor olduğu yönündedir. Çünkü, insanlar kendini ölü olarak düşünememektedirler. Freud'un belirttiğine göre, kimse kendisinin öleceğine inanmaz ve bilincimiz sanki bizler ölümsüzmüşüz gibi davranır (86, 87).

4.3.2.2. Varoluşsal Yaklaşımlar

Varoluşçu psikologlara göre, ölüm kaygısı pek çok kaygının ve fobinin temelinde olan unsurdur (88). Ölümün kaçınılmazlığını bildiği halde kişi sürekli kendini koruma çabası içerisinde ve kendini ölüm kaygısına karşı korumaya çalışır (89). Yalom ise kaçınılmaz olanın ölüm kaygısı değil ölüm olduğunu savunmuştur. Yalom'a göre, ölüm ilk kaygı ve psikopatoloji kaynağıdır. Ölüm kaygısının her yerde ve yaşta var olduğunu; insanın hayat enerjisinin bir bölümünü bu kaygıyı kontrol etmeye harcadığını ifade eder. Ölüm kaygısının varlığının, ölümden kaçma ve onu yadsıma davranışıyla ilişkili olduğunu ve ölüm kaygısıyla baş etme ve ondan kurtulma yolunun, ölümlle yüzleşmek ve ölümlü tanımak olduğunu belirtmiştir (90). Heidegger Yalom'a benzer şekilde, ölümlü inkar etmenin, ölümden kaçmaya çalışmanın ve ölümlü yenilmesi gereken bir hastalık olarak görmenin, bireyin psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu savunmuştur. Heidegger, sağlıklı bir ruh yapısına sahip olabilmenin tek şartı olarak ölüm olgusunun birey tarafından açıkça kabullenilmesi gerektiğini öne sürmektedir (91).

Varoluşçu Psikoloji ölümün, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olduğunu ve insanın isterse ölümlü seçebileceğini ancak istemese de ölümlü yaşayacağını savunmaktadır. Kısacası varoluşçu yaklaşıma göre, ölümlle yüzleşebilen kişiler ölüm kaygısını aşmakta çok daha başarılı olabilmektedir. Yalom, ölümlle yüzleşme sürecini uzun süre güneşe bakamamakla özdeşleştirmiştir. Sadece güneşe uzun süre bakmaya dayanabilen ve otantik yaşayabilen bireyler ölüm kaygısıyla baş edebilir (77, 92, 93).

4.3.2.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel kurama göre, kaygı bireyin ortamı ve kendini yanlış algılamasının sonucu olarak yaşanmaktadır. Düşünce, duygu ve davranışlarımızın altında olayları nasıl algıladığımız, nasıl değerlendirdiğimiz ve olaylara nasıl anlam yüklediğimiz yatmaktadır. Bilişsel model, bireylerin tehlike algılarını gerçekçi bir şekilde yorumlamalarına ve tehlikeli durumu yeniden değerlendirerek en iyi başa çıkma

yöntemini belirlemesine yardımcı olur. Bu kurama göre ölümün kötü algılanmasının ve ölüme ilişkin kaygıların oluşmasının nedeni, bireyin ölüme ilişkin edindiği olumsuz düşünce ve inançlardır (94, 95).

4.3.2.4. Terör Yönetimi Kuramı

Terör Yönetimi Kuramı, ölüm korkusunun ve kaygısının altında yatan nedenleri açıklamaya çalışır. Kurama göre, bireye ölümlülüğünün hatırlatılması ona kaygı vermektedir. Ölüm kaygısı ile baş etmede kullanılan iki sistemden biri özsaygı, diğeri ise kültürel dünya görüşüdür. Birey bu kaygıyı azaltmak için benlik saygısını yükseltmeye çalışmakta veya kültürel dünya görüşlerine bağlanmaktadır (96). Kişi, kültürel değerlere bağlandıkça ve yaşamını bu değerlere bağlı olarak ortaya çıkan normlara göre düzenledikçe, kendini güvende hisseder. Bağlı olduğu kültürel değerlerin ve normların doğruluğuna ve haklılığına inanan bireyler, yaşamlarını anlamlı bulmaya başlarlar (65, 97).

4.3.3. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Farklı Yaklaşımlar

Ölüm, insanları kayıp ve yas durumuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Bir şeyden yoksun olma durumu olarak tanımlanabilen kayıp, yas sürecini başlatmaktadır. Yas, yaşamın herhangi bir döneminde kayba karşı ortaya çıkan doğal bir tepki olup, bedensel, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal alanda değişimlerle belirlenen karmaşık bir yaşantı ve deneyimdir.

Kübler Ross'un tanımladığı beklenen ölüme ilişkin tepkiler inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmeyi içeren 5 basamaktan oluşur (Aktaran: 98, 99).

İnkâr Dönemi: Bireylerin ölümcül hastalık tanısını öğrendiklerinde verdikleri ilk tepki inkardır. İnkâr, altüst edici bir haberden sonra, hasta ve ailenin kendilerini toparlamaları ve baş etme mekanizmaları ve destek kaynaklarını devreye sokabilmeleri için zaman kazandırır. Sağlık elemanları bireye zaman ayırıp onu dinlemeye isteklilik gösterirlerse, birey zamanla bu kişilere karşı güven duygusu geliştirir. Hastanın inkar eğilimine saygı duyulmalı, ancak inkarı ile baş başa bırakılmamalı, güven ilişkisi geliştirilerek hastanın gerçeğe yüzleşecek güce erişmesi sağlanmalıdır.

Öfke Dönemi: İnkâr dönemindeki “hayır doğru değil, bu benim başıma gelmiş olamaz” tepkisinin yerine, “evet benim başıma gelmiş, hata değilmiş” denilerek

gerçeğin kabul edilmeye başlandığı evre öfke dönemidir. Doğal olarak bu dönemde sorulacak soru “neden ben” olacaktır. Öfke, eşe, çocuğa, aileye, sağlık personeline, Tanrı’ya duyulabilir. Sağlık elemanları hastanın tepkisinin nedenini bilmeli ve bu tür tepkileri anlayışla karşılamalıdır.

Pazarlık Dönemi: İlk dönemde gerçeğe yüzleşmekten kaçınan, ikinci dönemde insanlara ve Tanrı’ya öfkelenen hasta, üçüncü dönemde kaçınılmaz sonu ertelemek için pazarlık yapmaya başlar. Pazarlık, Tanrı ya da sağlık elemanlarıyla yapılır.

Depresyon Dönemi: Hastaya uygulanan tedaviler olumlu sonuç vermediğinde, hastanın sık ve uzun sürelerle hastanede yatması gerektiğinde, gittikçe durumu kötüleştiğinde, güçsüz ve zayıf düştüğünde artık inkar, öfke ve pazarlık anlamsız hale gelir. Hasta ciddi boyutlarda kayıp ve depresyon yaşamaya başlar. Bu aşamada yaşanan depresyona müdahale edilmemesi önerilir.

Kabullenme Dönemi: Kabullenme ve uyum aşamasında hasta “ölmek” kavramına alışmıştır. İletişim sözelden çok, sözel olmayana kayar. Elinin tutulmasını, sessizce yanında oturulmasını isteyebilir ve yalnız olmamak hastaya güven verebilir. Kayıp yaşayan birey ve ailelerin bu evreleri sağlıklı bir biçimde tamamlaması beklenmektedir.

Hümanist bir psikolog olan Fromm ise, bireyin sahip olma davranışı arttıkça ölümden korktuğunu ve bunun akıl dışı olup hayatı iyi bir şekilde yaşayamamaya bağlı olduğunu ifade etmiştir. Ona göre ölüm kaygısının ölümden değil, sahip olunan şeyleri, bedeni, malı mülkü, benliği yitirmekten, yok olmaya sürüklenmekten ve hiçbir şeye sahip olamama korkusundan kaynaklandığını savunmuştur. Bireyin yaşam sevgisini artırması ve sevgi alanını genişleterek başkalarının sevgisine karşılık vermesinin bu korkuyu yenmenin çözüm yolu olduğunu savunmuştur (100, 101).

4.3.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Yapılan çalışmalarda; en çok yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık durumlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (102, 103).

4.3.4.1. Yaş

Gençler ölüme daha uzak olduklarından ölümü düşünmedikleri ve aileleri ile bu konuda konuşmadıkları; yaşlılar ise ölüme daha yakın olduğu ve bu nedenle yaşla

birlikte bireyler ölümü daha çok düşünmeye başlar. Gençler ölümü sağlıklı bedenini yitirme ve geleceğe ilişkin planlarını gerçekleştirememeleri olarak görüp kaygı yaşarken, orta ve ileri yaş dönemlerinde ise işlerini ve yakın çevrelerindekiyle karşı olan sorumluluklarını tamamlamama sıkıntısı nedeniyle kaygı yaşarlar (103). Ölüm kaygısı ile yaş arasındaki çalışmalar incelendiğinde bu iki değişken arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar (104, 105) olmakla birlikte; yaşlıların ölüm kaygısı oranlarının ergenlere göre daha düşük olduğu çalışmalar da (79, 106) vardır. Erdoğan ve Özkan (78) ise 60 yaş ve üstü yaş grubunda ölüm kaygısının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

4.3.4.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları belirtilmiştir (78, 107). Bunda sosyokültürel farklılıklar, eğitim, kadının toplumdaki rolü; erkeklerin ise toplumsal rolleri gereği kendilerini olduklarından daha cesur, daha güçlü göstermeleriyle ilişkili olabilir (81). Ayrıca, erkeklerin kaygılarının düşük çıkmasının sebebi kaygılarını bastırıyor ya da ölümü inkar etmelerinden kaynaklanabilir (104).

4.3.4.3. Medeni Durum

Ölüm kaygısı ile ilgili literatür incelendiğinde medeni durum değişkeninin daha az çalışıldığı ve sonuçların farklılık gösterdiği görülmektedir. Yıldız (108), Özen (109), Öztürk (110), Üstüner ve arkadaşları (111) çalışmasında, medeni durum ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını; Erdoğan ve Özkan (78), Turgay (112) ise evli olanların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Erdoğan ve Özkan (78) araştırmasında evli olanların bekar olanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olmasının nedeni olarak evli bireylerin eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığını bildirmiştir.

4.3.4.4. Fiziksel Hastalık

Ölüm kaygısı hastalıklarda iki dönemde zirve yapmaktadır. Birincisi; hastanın hastalığın terminal döneminde olduğunu öğrendiği dönemdir. Bu dönemde bireyin öz kıyım düşünceleri, depresyon tablosu görülebilir. İkincisi ise hastalık nedeni ile bireyde yorgunluk, işlevsellikte azalma ve sakat kalma durumunun ortaya çıktığı dönemdir

(113). Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan kişide ölüm kaygısının düzeyini belirleyen nedenler şu şekilde sıralanabilir:

- a. Hastalıkta tanı ve prognozun belirsiz olması
- b. Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olduğunu öğrenmesi
- c. Tedaviye rağmen semptomlarda yeterli düzelme olmaması
- d. Bireyin bir yakınının kaybetmesi ve yaşamın sona ermesinin yaklaşması ile ilgili toplumsal düşünceler
- e. Hayatın sonu ile ilgili bireysel düşünceler
- f. Bireyin hayatın anlamına ait düşünceleri
- g. Ölüm sürecinin son döneminde duyacağı çaresizlik ve ağrı deneyimleri hakkında kaygı (113).

4.3.4.5. Ruhsal Hastalık

Birey, ölüm kaygısını en sık psikotik atak ya da ilaçların yan etkisi nedeniyle anksiyetenin arttığı durumlarda ifade eder. Bireyin kontrolünü kaybettiği hissi altta yatan sebep ne olursa olsun ölüm kaygısını artırabilir. Dünyası yıkılacakmış veya yok olacakmış gibi hissedenler, ölümle ilgili kaygılarını daha yoğun şekilde yaşarlar. Ağır depresyon durumunda birey ölümü kabullendiği, hatta ölmek istediği için ölüm kaygısı yaşamamaktadır (113). Erdoğan ve Özkan (78) çalışmasında obsesyon ve paranoid düşünce ile ölüm kaygısı arasında negatif, ölüm kaygısı düzeyleri ile anksiyete semptomları ve kişiler arası duyarlılık başta olmak üzere somatizasyon ve fobik kaçınma semptomları arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Abdel Khalek (114) çalışmasında ölüm kaygısı ile anksiyete, depresyon, obsesyon ve nörotizm arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Öngider ve Eyüpoğlu (115), hastaların depresyon düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeylerinin de artış gösterdiğini, depresif duygu durumu olan bireylerin ölümü daha fazla düşündüklerini belirtmiştir.

4.3.4.6. Yaşam Olayları

İnsan yaşamında; boşanma, çalışma koşulları, yeni bir işe başlama, iş kaybı, yeni bir yere taşınma gibi durumlar ölüm kaygısını artırabilir. Hatta gençlerde saça düşen ilk beyaz saçın ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir (113). Aile bireylerinin kaybının, bireyin ölümle yüzleşmesi, yalnızlık, sosyal desteğin azalması gibi nedenlerden dolayı ölüm kaygısını artırdığı savunulmaktadır (116).

4.3.4.7. Sosyokültürel Özellikler ve Din

Her kültürün ölüm karşısındaki tutumları farklıdır ve insanların ölüm kaygıları da içerisinde yaşadıkları kültürün ölüm konusundaki genel tutumuna göre şekillenmektedir. Örneğin; doğu kültüründe ölümle iç-içelik söz konusuysen, batı kültüründe doğu kültürüne göre ölüme karşı mesafeli ve soğuk bir tutum sergilenmektedir. Kültürlerin bu tutumu bireylerin ölüm olgusunu algılama, ölüm kaygısını kontrol etmelerinde de etkili olabilmektedir (117).

Ölüm ve ölümden sonraki hayat dinlerin en temel inanç esaslarındandır. Dinin insanlara verdiği, “ölümün hayatın bir parçası ve tamamlayıcısı” olduğu fikri, ölümü kabullenmede ve ölüm kaygısını gidermede olumlu rol oynayabilmektedir (118). Ancak din, bir yandan ölümün bir yok oluş olmadığını, ölümden sonra da ebedi bir hayatın varlığını ve Allah’ın rahmetini ve bağışlayıcılığını gündeme getirerek inananlarına ölüm kaygısını giderecek motivasyonlar sunarken, diğer taraftan hesap günü, cennet-cehennem ayırımı, kabir azabı gibi unsurlar inananların ölüm ve ölüm sonrası kaygılarını artırabilmektedir. Kısacası din, hem ölüm kaygısını artırıcı hem de azaltıcı bir fonksiyon üstlenebilmektedir (107). Yapılan araştırmalarda, dindarlık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı derecede negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Karaca (79) çalışmasında dindarlık düzeyi yüksek olanların ölüm kaygısının zayıf olanlara kıyasla daha düşük olduğunu saptamıştır. Tanhan (97), Harding ve arkadaşları (119) çalışmasında dindar bireylerde daha düşük seviyede ölüm kaygısı olduğunu belirtmişlerdir.

4.3.4.8. Gelişimsel Süreç

Ölüme yönelik tutumların oluşmasında, bireyin içinde bulunduğu yaş döneminin gelişimsel özellikleri de etkilidir (120). Ölümün anlamı yaşamın farklı dönemlerine ve kişisel deneyimlere göre değişik biçimde algılanır. Okul öncesi dönemde çocukta ölümle ilgili belirgin bir kavram gelişmediğinden, onun için korkulacak tek şey anne ve babasından ayrılma tehdididir. İlkokul çağında ve daha sonraki yıllarda ergen için ölüm, gelişmekte olan ilişkilerini ve kimlik gelişimini engelleyecek bir durum olarak algılanır. Yetişkin ise ölümü, kendisini zevk ve sorumluluktan alıkoyan, benliğine indirilen bir darbe ve haksızlık olarak görür (121). Bu algıların en fazla kaygı ve korkuya neden olduğu dönem gençlik dönemidir (79, 121). Gençlik dönemindeki bireyler, yaşam

coşkusu içindeyken, hayatı sindire sindire yaşamak, tüm zevkleri tatmak ve dünyayı tanımak isterler. Hayatı sınırsız bir şekilde yaşamak isterken, insanın aklına ölüm gelir. Ölüm, gençliğin bütün coşkusunu kaygı ve korkuya dönüştürebilmektedir (122).

4.4. KOAH Hastalarında Ölüm Kaygısı

Kronik hastalıklar, organlarda yol açtıkları fonksiyon kaybı yanında sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebi ile geleceğe dair endişeleri artırır, ümitsizlik ve kaygıya yol açar (123). Bu kronik hastalıklar içinde, KOAH'da görülen dispnenin, çoğu kronik hastalıkta yaşanan semptomlardan daha fazla yetersizlik hissi yarattığı ve yaşam kalitesini önemli derecede bozduğu bilinmektedir (124). Barnett'in (13) KOAH'lı hastalarla yaptığı fenomenolojik araştırmasında hastalar, solunum sıkıntısını anksiyete, panik ve korkuya neden olan, kendilerine en çok rahatsızlık yaşatan semptom olarak tanımlamışlar, solunum sıkıntısı nedeni ile hissettikleri engellenme ve yorgunluğu sosyal aktivitelerini azaltan bir durum olarak ifade etmişlerdir. KOAH'lı hastalarda yaşanan dispne, boğulma hissi ve ölüm korkusu yaratan bir semptomdur (99).

4.5. Ölüme İlişkin Depresyon

Depresyon, günlük etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyon güçlüğü, ilgisizlik, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ümitsizlik, aşırı keder, irritabilite gibi duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur (12). Bedensel hastalığı olanlarda gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalıklar, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır (125). Aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan bu ölüm düşüncesi, insanın

psikolojisini olumsuz etkileyebilir ve depresyona sebep olabilir (79). Bu nedenle, ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Aksi takdirde, insanın kaygı düzeyi artar ve ruhsal dengesi bozulur (66). Dolayısıyla da, kişi beslenme, banyo, giyim, hareket vb. gibi, her gün yerine getirilmesi gereken günlük temel işlevlerini sürdürmekte güçlük yaşayabilir, çevresine bağımlı hale gelebilir. Çeşitli derecelerde yaşanan ölüm kaygısı ile birlikte kişinin yaşama gücü, sevinci ve arzusu azalır (126). Bu durum beraberinde depresyonu da getirir. Böylece kişi, yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan bazı temel gereksinimlerini kendi başına yerine getirmede sorunlar yaşayabilir (111).

4.6. KOAH Hastalarında Ölüme İlişkin Depresyon

Solunum sistemi hastalıklarında uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon, kişilik değişiklikleri görülür. KOAH'lı hastalar ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşamakta, bu sorunlar hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltmakta hastalarda depresyon gelişmesine neden olmaktadır (18, 127). Aynı zamanda KOAH' da yaşanan hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, kaygı ve korkuya neden olmaktadır. En yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygı hiperventilasyona yol açar; hasta dispne yaşadığı zaman daha çok endişe duyar ve korku gelişir (7). Kömürcüoğlu ve arkadaşları (128) çalışmasında KOAH olan bireylerin 1/3'üne depresyon tanısı konulduğu, yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Depresif belirtiler KOAH'ın yan etkileri olarak yorumlanabilir ve bu da hastanın tanı ve tedavisini zorlaştırır (11). KOAH'lı hastalarda depresif belirtilerin sıklıkla hastalığın görüntüsü gibi kabul edilmesi nedeniyle, depresyon nadiren tanınabilmektedir. KOAH'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir (127, 129). Depresyon da ölüm kaygısının psikopatolojik yansımalarındandır (130). Literatürde depresyonun ölüm kaygısını etkileyen önemli bir değişken olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (131, 132).

4.7. KOAH ve Hemşirelik Yaklaşımı

Literatürde hemşirelerin yer aldığı kronik hastalık yönetimi uygulamalarında olumlu sonuçlar alındığı belirtilmektedir (133). Kronik hastalıklarda önemli bir mortalite ve morbiditeye sahip olan KOAH hastaları hastalığın güçlükleri ile hep iç içe

yaşamaktadır. Solunum güçlüğü olan birey hava açlığı çekmektedir. Ayrıca hasta oksijen tüketimini en aza indirmek için fiziki aktivitelerini sınırlar, en temel gereksinimlerini bile erteler. Geceleri daha da zorlaşan nefes alıp verme süreci hastanın uykusuz kalmasına neden olur. Fiziksel ve sosyal sınırlılıklar hastayı psikolojik yönden etkiler, sosyal izolasyona yol açar. Dolayısıyla hasta zamanla kendine olan güvenini yitirir, başkalarına bağımlı hale gelir. Bu nedenle KOAH'lı bireyler evde bakım ve öz bakım kapsamında nitelikli bir hemşirelik bakımına sürekli gereksinim duyarlar (134). Hasta solunum sıkıntısı yaşadığını belirttiğinde, altta yatan neden belirlenmeye çalışılırken, hastanın oksijen gereksinimi de karşılanmalıdır. Stres ve anksiyete yaşayan hastalar rahatlatılmaya çalışılmalı ve hasta ile aileye stresle baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Pozitif baş etme yeteneklerinin hastaya kazandırılması hemşirenin sorumluluğundadır. Bu yolla hastada daha fazla kontrol gelişimi sağlanır, solunum güçlüğü azaltılır, kaygı veya anksiyete azaltılır, göğüs ağrısı kontrol altına alınır, sosyal gelişim artar, fiziksel fonksiyonlarda ve öz saygıda artma sağlanarak hastalığın yönetimi kolaylaşır (135). Özellikle yaşamının sonuna yaklaşan hastalara her fırsatta terk edilmediklerini, gereksinim duyduğu anda yanında olunacağı ve yaşayacağı her türlü olumsuz deneyime birlikte göğüs gerileceği açıklanmalıdır. Böylece hasta yalnız başına acı çekerek öleceği korkusu yaşamaz ve bunların neden olabileceği solunum sıkıntısı da önlenmiş olur (99).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2014-Mart 2015 tarihleri arasında Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Göğüs 2, Göğüs 2 10-C, Göğüs 3 ve Göğüs Özel servislerinde gerçekleştirildi. Bu servislerde 79 adet göğüs hastalarına ait yatak vardır. Göğüs servislerinde 40 hemşire ve 10 doktor görev yapmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Ekim 2013-31 Mart 2014 tarihleri arasında Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servislerine KOAH tanısı ile poliklinik ve acilden yatan 630 hasta oluşturdu ve bu hastaların 63'ü tekrarlı yatış olduğu için evren 567 hasta olarak belirlendi.

Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü Open Epi istatistik programı kullanılarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğü [%9.1 KOAH görülme sıklığı (31), %95 güven aralığı, %80 test gücü] 104 kişi olarak hesaplanmıştır (136).

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar seçilirken belirli ölçütler kullanıldı, rastgele bir seçim yapılmadı. Bu araştırmaya:

- 18 yaş ve üzeri olan,
- KOAH tanısı ile yatan,
- İletişim sağlanabilen,
- Görme ve işitme kaybı olmayan,
- Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek şekilde genel sağlık durumu kötü olmayan,
- Psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Araştırmaya katılmaya istekli olan hastalar alınmıştır.

5.5. Veri toplama Araçları

Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ), Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ) ve Medikal Araştırma Kurulu Skalası (Medical Research Council Scale-MRCS) kullanılarak toplandı. Anketin uygulanması yaklaşık 40 dakika sürmüştür.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, yaşamının çoğunu geçirdiği yer, sigara kullanımı) belirlemeye yönelik yedi soru; ikinci bölümde hastaların klinik özelliklerini (MRCS, KOAH'a bağlı en çok rahatsız eden semptom, hastalık tanı süresi, yıllık hastaneye yatma sıklığı, hastalık ve prognozu hakkında bilgisi, düzenli doktor kontrolüne gelme durumu, hastalık süresince aileden destek alma, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme düzeyi) belirlemeye yönelik sekiz soru; üçüncü bölümde ise hastaların ölümüne ilişkin görüşlerini (günlük yaşantıda dini inançların önemi, ölümcül bir hastalığının olması durumunda öğrenme isteği, ölümü beklenen hastaların hemşirelerden beklentileri) belirlemeye yönelik üç soru olmak üzere toplam 18 soru yer almıştır (Ek-1).

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ): Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Karaca ve Yıldız tarafından yapılmıştır (137, 138). Ölçek 25 maddeden oluşmuştur ve ölçeğin 17 maddesi (1-3, 5-9, 12, 14-16, 18-20, 22, 24) olumlu cümle yapısında, diğer sekiz madde ise (4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25) olumsuz cümle yapısındadır. Ölçekte beş dereceli likert formatı kullanılarak (fikrime çok uygun, fikrime uygun, kararsızım, fikrime aykırı, fikrime çok aykırı) 0'dan 4'e kadar, zayıftan kuvvetliye doğru puanlama yapılmıştır. Ölçeğe olumsuz cümle yapısında yerleştirilen maddeler puanlanırken, 4 puan değerinde olanlar 0'a, 0 puan değerindekiler ise 4'e dönüştürülmüştür. Yani tersine dönmüş ifadelerde 4 değerindeki (fikrime çok uygun) cevaplar düşük kaygıyı, 0 değerindeki (fikrime çok aykırı) cevaplar yüksek kaygıyı göstermektedir. Böylece ölçekten en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmekte olup, puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (138). Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken 0-25 arası çok düşük; 26-50 arası hafif; 51-75 arası orta

düzy; 76 ve 100 arası ise yüksek düzeydeki ölüm kaygısını göstermektedir. Ölçekte ölüm kaygısı; fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar ve ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygılar olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Birinci boyut (fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı) maddeleri; 3, 6, 7, 12, 14, 17, 19, 22'dir ve bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 32, orta düzeydeki puan 16 ve en düşük puan ise 0'dır. İkinci boyut (öte dünya ile ilgili kaygılar) maddeleri; 2, 9, 13, 15, 16, 20'dir. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 24, orta düzeydeki puan 12, en düşük puan ise 0'dır. Üçüncü boyut (çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar) maddeleri; 4, 11, 18, 25'dir. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 16, orta düzeyde ki puan 8, en düşük puan ise 0'dır. Dördüncü boyut (ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygılar) maddeleri; 1, 5, 8, 10, 21, 23, 24'dür. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 28, orta düzeydeki puan 14 en düşük puan ise 0'dır (Tablo 2). Tüm bu boyutlarda puan artışı ölüm kaygısının artışı olarak yorumlanmaktadır (138) (Ek-2). Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (138). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak saptanmıştır.

Tablo 2. TPÖKÖ Alt Boyutlarını Tanımlayan Ölçek Maddeleri ve Puan Düzeyleri

Alt Boyutlar	Tanımlayan ölçek maddeleri	Alınabilecek Min-Max Puanlar
Fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı	3, 6, 7, 12, 14, 17, 19, 22	0-32
Öte dünya ile ilgili kaygılar	2, 9, 13, 15, 16, 20	0-24
Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar	4, 11, 18, 25	0-16
Ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygılar	1, 5, 8, 10, 21, 23, 24	0-28

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ): Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği, Templer ve arkadaşları (139) tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Yaparel ve Yıldız (140) tarafından yapılmıştır. Ölçek, ölüme ilişkin olarak yaşanan depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet, keder gibi duygu durumlarını ölçmeyi amaçlayan 17 maddeden oluşmaktadır. Doğru-yanlış biçiminde kodlanabilen bu maddelerin 15'i doğru, 2'si de yanlış yönde işaretlenmektedir. Ölçekteki ters ifadeler; 11. ve 12. maddelerdir (11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz, 12. Ölüm ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir). Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinin ifadeleri 1-0 olarak puanlanmaktadır. Bu durumda, belirli

bir soru için kişi “Doğru” yanıtını seçmişse 1, “Yanlış” yanıtını seçmişse 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Uygulama sonrasında ölçekten en az 0, en çok 17 puan alınabilmektedir. Bu ölçekte alınan puanlardan 0-8 arası depresif duygu durumunun olmadığı, 9-17 arasında ise depresif duygu durumunun var olduğu ve puan arttıkça daha yoğun yaşandığı şeklinde yorumlanmaktadır (Ek-3). Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’nin Cronbach alfa katsayısı 0.74’tür (140). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur.

Medikal Araştırma Kurulu Skalası (Medical Research Council Scale-MRCS): Fletcher (1952) tarafından geliştirilen bu skala ilk olarak akciğer hastalığı olan ile olmayan kişilerin aktivite sırasındaki dispne şiddetlerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır (141). Medical Research Council Scale (MRCS), dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuş beş maddeli bir ölçektir (Tablo 3). Bu skalada hastalardan kendilerinde dispne oluşturan aktivite düzeyini işaretlemeleri istenmektedir. Puanlama 0-5 arasındadır (142).

Tablo 3. Medical Research Council Scale (MRCS)

1-Dispne yok	Düz yerde hafif hızla hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok
2-Hafif dispne	Düz yerde hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var
3-Orta şiddette dispne	Düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar
4-Şiddetli dispne	100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur
5-Çok şiddetli dispne	Evde günlük işlerini yaparken (elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tualete giderken) nefessiz kalır

Kaynak: (142)

5.6. Araştırmanın Sınırlılığı

Örnekleme alınan hastaların eğitim düzeyinin düşük olması araştırmanın sınırlılığıdır. Bir diğer sınırlılık ise, anket sorularının daha çok ölüm kavramı üzerinde yoğunlaşması nedeniyle hastalar kendilerini olduğundan daha cesur ya da olduğundan daha çekingen göstermiş olabilirler. Buna ilaveten ölçek sorularında geçen “ceset”, “tabut”, “mezarda çürümek” gibi kavramlar hastaların ölüm ile ilgili duygularını ve yanıtlarını etkilemiş olabilir. Bir diğer faktör ise hastalığa bağlı olarak nefessiz kalma ve yorgunluk, kendisine ve karşısındaki bireye hoşgörüsünün azalmasına ve hastanın

kendisini ifade etmesini engellemiş olabilir. Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın yapıldığı hastalara genellenebilir.

5.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 22/05/2014 tarihinde kurum izni (Sayı:96975576-1704) (Ek-6) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/06/2014 tarihinde etik kurul izni (Sayı:1) alındı. Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, soruları cevaplandırılmış, bilgilendirildikten sonra onayları sözel ve yazılı olarak alınmıştır (Ek-7).

5.8. Verilerin Toplanması

Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Göğüs servisleri haftada iki gün ziyaret edildi. Bu servislerde KOAH tanısı alan ve araştırma kriterlerine uyan hastalara, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek Hasta Onam Formu, Hasta Bilgi Formu, MRCS, TPÖKÖ ve ÖDÖ araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Anket ve ölçeklerin her bir maddesi hastaya okundu ve hastanın verdiği yanıt işaretlendi.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 programı ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıklarını belirlemek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Independent Sample T Testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi, Spearman ve Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık seviyesi olarak $p=0.05$ kullanılarak $p<0.05$ olması durumunda anlamlı fark olduğu, $p>0.05$ olması durumunda ise anlamlı fark olmadığı kabul edildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde hastaların tanıtıcı ve klinik özellikleri, ölüme ilişkin görüşleri, ÖDÖ puan ortalamaları, TPÖKÖ toplam puan ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları dağılımlarına ve bazı değişkenlerle karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=104)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş (Ort±SS) 67.65±9.63 yıl	64 yaş ve ↓	37	35.5
	65 yaş ve ↑	67	64.5
Cinsiyet	Kadın	23	22.1
	Erkek	81	77.9
Medeni Durum	Evli	81	77.9
	Bekar/Boşanmış	8	7.7
	Eşi ölmüş	15	14.4
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil/ Okur-yazar	29	27.9
	İlkokul	56	53.8
	Ortaokul ve üzeri	19	18.3
Aile Yapısı	Çekirdek aile	71	68.3
	Geniş aile	33	31.7
Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Yer	İl	35	33.7
	İlçe	21	20.2
	Köy	48	46.1
Sigara	Evet	10	9.6
	Hayır	26	25.0
	Hastalık nedeniyle bırakan	68	65.4

Tablo 4’de KOAH hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 67.65±9.63 yıl, %64.5’i 65 yaş ve üzeri yaş grubunda ve %77.9’u erkektir. Hastaların %77.9’u evli, %53.8’i ilkokul mezunu ve %68.3’ü çekirdek aile yapısına sahiptir. Hastaların %46.1’inin yaşamının çoğunu köyde geçirmiş ve %65.4’ünün sigara içmeyi hastalık nedeniyle bırakmış olduğu belirlendi.

Tablo 5. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=104)

Klinik Özellikler		n	%
MRCS* (Ort±SS) 3.58±1.20	Evre 1	7	6.7
	Evre 2	13	12.5
	Evre 3	24	23.1
	Evre 4	32	30.8
	Evre 5	28	26.9
KOAH** Nedeniyle En Çok Rahatsız Eden Semptom	Dispne	74	71.2
	Öksürük	18	17.3
	Balgam	12	11.5
Hastalık Tanı Süresi (Ort±SS) 13.75±13.30 yıl	1 yıldan az	10	9.6
	1-9 yıl	37	35.6
	10-29 yıl	39	37.5
	30 yıl ve ↑	18	17.3
Hastaneye Yatma Sıklığı (Ort±SS) 3.29±3.28 yıl	İlk kez	21	20.2
	2-3 yılda bir kez	6	5.8
	Yılda 1-3 kez	41	39.4
	Yılda 4 kez ve ↑	36	34.6
Hastalığı ve Prognozu Hakkında Bilgisi	Var	53	51.0
	Yok	51	49.0
Düzenli Doktor Kontrolüne Gelme Durumu	Evet	76	73.1
	Hayır	28	26.9
Hastalık Süresince Aileden Destek Alma Durumu	Evet	74	71.2
	Hayır	30	28.8
Öz bakım İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu	Bağımsız	87	83.7
	Yarı bağımlı***	17	16.3

*MRCS: Medical Research Council Scale

**KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

***Başka kişi ve yardımcı araç desteği kullananlar birleştirilmiştir.

Tablo 5’de hastaların klinik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Hastaların MRCS puan ortalaması 3.58±1.20 olarak bulunmuştur. Hastaları KOAH nedeniyle en çok rahatsız eden semptomların; dispne (%71.2), öksürük (%17.3) ve balgam çıkarma (%11.5) olduğu belirlendi. Hastaların %37.5’inin 10-29 yıldır, KOAH tanısıyla takip edildiği, %39.4’ünün yılda 1-3 kez hastaneye yattığı, %51’inin hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olduğu, %73.1’inin düzenli doktor kontrollerine gittiği, %71.2’sinin hastalığı süresince ailesinden destek aldığı ve %83.7’sinin özbakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabildiği saptanmıştır.

Tablo 6. Hastaların Ölümüne İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=104)

Ölümüne İlişkin Görüşler		n	%
Günlük Yaşantıda Dini İnançların Önemi	Çok önemli	74	71.2
	Önemli/Az önemli	30	28.8
Ölümcül Bir Hastalığının Olması Durumunda Öğrenme İsteği	Evet	70	67.3
	Hayır	26	25.0
	Koşullara bağlı	8	7.7
Ölümcül Bir Hastalığı Olması Durumunda Öğrenmeyi İsteme Nedenleri (n=70)	Bilmek isterim	32	30.7
	Ona göre tedbir almak için	20	19.2
	Daha çok ibadet edebilmek için	6	5.8
	Ölümüne inanıyorum, korkmuyorum	5	4.8
	Sevdiklerimle vedalaşmak için	3	2.9
	Öleceğime sevinirim	2	1.9
	Çocuklarıma daha çok ilgi gösteririm	1	1.0
	Kırdığım kalpleri kazanmaya çalışırım	1	1.0
Ölümcül Bir Hastalığı Olması Durumunda Öğrenmeyi İstememe Nedenleri (n=26)	Üzülmek istemem	16	15.4
	Korkarım	4	3.8
	Sevdiklerimden ayrılmak istemem	2	1.9
	Kabul etmek zor olduğu için	2	1.9
	Umutsuzluğa kapılmamak için	1	1.0
	Öbür dünyada cezalandırılmaktan korktuğum için	1	1.0
Ölümü Beklenen Hastaların Hemşirelerden Beklentileri (n=93) *	İlgi göstermesi	43	41.3
	Yardımcı olması	22	21.2
	Müdahale /tedavi etmesi	20	19.2
	Moral vermesi	14	13.5
	Dini yönden destek sağlaması	4	3.8
	Normal davranması	4	3.8
	Ağrısını gidermesi	3	2.9
	Dikkatli/özenli davranması	2	1.9
	Son arzusunu sorması	1	1.0

*Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Tablo 6’da hastaların ölümüne ilişkin görüşlerinin dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %71.2’si günlük yaşantısında dini inançlarının çok önemli olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların %67.3’ü ölümcül bir hastalığı olması durumunda bunu öğrenmek istediğini belirtmiş ve nedenlerini ise; sadece “bilmek istediğini” (%30.7), “tedbir alabilmek” (%19.2), ömrünün geri kalanında “daha çok ibadet edebilmek” (%5.8), “ölümüne inandığını”, “ölümünden korkmadığı” (%4.8), “sevdikleriyle vedalaşabilmek” (%2.9), “öleceğine sevinip, kurtulmak istediğini” (%1.9), “çocuklarına daha çok ilgi ve şefkat gösterebileceğini” (%1) ve “kırdığı kalpleri kazanmaya çalışmak için” (%1) şeklinde sıralanmıştır.

Ölümcül hastalığı olması durumunda hastaların %15.4'ü “üzüleceği” ve %3.8'i “korktuğu” için hastalığını öğrenmek istemediğini (% 25.0) belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastalar, ölümü beklenen bir hasta için hemşireden beklenti olarak, “hemşirelerin ilgi, şefkat göstermesini” (%41.3), “yardımcı olmasını ve ihtiyaçlarını karşılamasını” (%21.2), “gerekli müdahalenin edilmesini” (%19.2), “moral vermesini, güler yüz göstermesini” (%13.5) istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 7. Hastaların ÖDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=104)

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Analizi	n	%
Depresif duygu durumunda olmayanlar (0-8 arası puan alanlar)	51	49.0
Depresif duygu durumunda olanlar (9-17 arası puan alanlar)	53	51.0
	Min-Max	X±SS
Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	2-17	8.84±3.56

Tablo 7’de hastaların ÖDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Hastaların ÖDÖ’den aldıkları toplam puan 2 ile 17 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması 8.84±3.56’dır. Hastaların %51’i depresif duygu durumundadır.

Tablo 8. Hastaların TPÖKÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=104)

ALT BOYUTLAR	Alınabilecek Min-Max Puanlar	Alınan Min-Max Puanlar	X±SS
Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonlarını Kaybetme Kaygısı	0-32	0-31	12.32±6.96
Öte Dünya ile İlgili Kaygılar	0-24	0-24	15.60±4.96
Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	0-16	0-16	6.45±4.48
Ölüm Süreci Acı ve İzdırıp Çekme İle İlgili Kaygılar	0-28	4-28	15.80±5.17
Toplam Ölçek Puan	0-100	13-88	50.19±15.61

Tablo 8’de TPÖKÖ toplam puan ortalaması 50.19±15.61, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyut puan ortalaması 12.32±6.96, öte dünya ile ilgili kaygıların alt boyut puan ortalaması 15.60±4.96, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygıların alt boyut puan ortalaması 6.45±4.48, ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygıların alt boyut puan ortalaması 15.80±5.17’dir. Alt boyut puanların dağılımında en yüksek puan ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygılara aittir.

Tablo 9. Hastaların TPÖKÖ Düzeylerinin Dağılımı (n=104)

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	n	%
Çok düşük düzeyde ölüm kaygısı	7	6.7
Hafif düzeyde ölüm kaygısı	46	44.2
Orta düzeyde ölüm kaygısı	42	40.4
Yüksek düzeyde ölüm kaygısı	9	8.7

Araştırma kapsamına alınan hastaların %6.7'sinde çok düşük düzeyde ölüm kaygısı, %44.2'sinde hafif düzeyde ölüm kaygısı, %40.4'ünde orta düzeyde ölüm kaygısı, % 8.7'sinde yüksek düzeyde ölüm kaygısı olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104)

Tanıtıcı Özellikler		n(%)	ÖDÖ $\bar{X} \pm SS$	Testler
Yaş				r=-0.040 p=0.689*
Cinsiyet	Kadın	23 (22.1)	10.26±3.54	Z=-2.162 p=0.031**
	Erkek	81 (77.9)	8.44±3.49	
Medeni Durum	Evli	81 (77.9)	8.24±3.48	KWX ² =10.266 p=0.006***
	Bekar/Boşanmış	8 (7.7)	10.75±3.73	
	Eşi ölmüş	15 (14.4)	11.06±2.81	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil/Okur-yazar	29 (27.9)	9.13±3.73	KWX ² =0.888 p=0.642***
	İlkokul	56 (53.8)	8.89±3.62	
	Ortaokul ve üzeri	19 (18.3)	8.26±3.24	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	71 (68.3)	8.71±3.59	t=-0.534 p=0.594****
	Geniş aile	33 (31.7)	9.12±3.55	
Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Yer	İl	35 (33.7)	8.85±3.41	KWX ² =0.340 p=0.844***
	İlçe	21 (20.2)	8.52±3.97	
	Köy	48 (46.2)	8.97±3.56	
Sigara	Evet	10 (9.6)	7.40±3.65	KWX ² =1.716 p=0.424***
	Hayır	26 (25.0)	9.19±3.73	
	Hastalık nedeniyle bırakan	68 (65.4)	8.92±3.49	

*Spearman Korelasyon testi p<0.05

**Mann Whitney U testi

***Kruskall Wallis Varyans Analizi

****Independent Sample T testi

Tablo 10'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÖDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması yer almaktadır. ÖDÖ puan ortalamaları okur-yazar değil/okur-yazar (9.13±3.73), geniş aile yapısında (9.12±3.55), yaşamının çoğunu köyde geçiren (8.97±3.56), hiç sigara içmeyen hastalarda (9.19±3.73) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Araştırmaya alınan kadın hastaların ÖDÖ puan ortalamaları (10.26 ± 3.54) erkek hastaların ortalama puanlarından daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Medeni durum ile ÖDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$) ve eşi ölmüş olan hastaların (11.06 ± 2.81) puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 11. Hastaların Kliniğe İlişkin Özelliklerine Göre ÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104)

Kliniğe İlişkin Özellikler		n(%)	ÖDÖ $\bar{X} \pm SS$	Testler
MRC5				$r=0.231$ $p=0.018^{**}$
KOAH Nedeniyle En Çok Rahatsız Eden Semptom	Dispne	74 (71.2)	9.25 ± 3.47	$KW\chi^2=3.537$ $p=0.171^{***}$
	Öksürük	18 (17.3)	7.94 ± 3.73	
	Balgam	12 (11.5)	7.66 ± 3.70	
Hastalık Tanı Süresi (Yıl)	1 yıldan az	10 (9.6)	6.90 ± 3.75	$KW\chi^2=4.008$ $p=0.261^{***}$
	1-9 yıl	37(35.6)	8.59 ± 3.37	
	10-29 yıl	39(37.5)	9.17 ± 3.48	
	30 yıl ve ↑	18(17.3)	9.72 ± 3.87	
Hastaneye Yatma Sıklığı (Yıl)	İlk kez	21(20.2)	7.95 ± 3.89	$KW\chi^2=1.633$ $p=0.632^{***}$
	2-3 yılda bir kez	6 (5.8)	8.16 ± 2.78	
	Yılda 1-3 kez	41(39.4)	9.34 ± 3.32	
	Yılda 4 kez ve ↑	36(34.6)	8.91 ± 3.77	
Hastalığı ve Prognozu Hakkında Bilgisi	Var	53 (51.0)	9.00 ± 3.55	$t=0.446$ $p=0.656^{****}$
	Yok	51 (49.0)	8.68 ± 3.60	
Düzenli Doktor Kontrolüne Gelme Durumu	Evet	76 (73.1)	8.89 ± 3.63	$Z=-0.327$ $p=0.743^{*****}$
	Hayır	28 (26.9)	8.71 ± 3.43	
Hastalık Süresince Aileden Destek Alma Durumu	Evet	74 (71.2)	9.01 ± 3.65	$t=0.750$ $p=0.455^{****}$
	Hayır	30 (28.8)	8.43 ± 3.38	
Öz bakım ihtiyaçlarını Karşılayabilme Durumu	Bağımsız	87 (83.7)	8.54 ± 3.44	$Z=-1.924$ $p=0.054^{*****}$
	Yarı bağımlı*	17 (16.3)	10.41 ± 3.89	

*Başka kişi ve yardımcı araç desteği kullananlar birleştirilmiştir.

**Spearman Korelasyon testi $p < 0.05$

***Kruskal Wallis Varyans Analizi

****Independent Sample T testi

***** Mann Whitney U testi

Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre ÖDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 11’de görülmektedir. En fazla “dispne” semptomundan rahatsızlık duyan (9.25 ± 3.47), hastalık süresi 30 yıl ve üzeri (9.72 ± 3.87), yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan (9.34 ± 3.32), hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olan (9.00 ± 3.55), düzenli doktor kontrolüne gelen (8.89 ± 3.63), hastalığı süresince ailesinden destek alan (9.01 ± 3.65), öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen

hastaların (10.41±3.89) ortalama puanları daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Yapılan korelasyon analizine göre MRCS puan ortalaması ile ÖDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde ilişki vardır ($r=0.231$, $p<0.05$). MRCS puan ortalaması arttıkça ÖDÖ puan ortalaması da artmaktadır.

Tablo 12. Hastaların Ölümüne İlişkin Görüşlerine Göre ÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104)

Ölümüne İlişkin Görüşler		n(%)	ÖDÖ X ± SS	Testler
Günlük Yaşantıda Dini İnançların Önemi	Çok önemli	74 (71.2)	9.17±3.66	t=1.488
	Önemli/Az Önemli*	30 (28.8)	8.03±3.22	p=0.140**
Ölümcül Bir Hastalığının Olması Durumunda Öğrenme İsteği (n=104)	Evet	70 (67.3)	8.42±3.50	KWX ² =6.664 p=0.036***
	Hayır	26 (25.0)	10.30±3.46	
	Koşullara bağlı	8 (7.7)	7.75±3.49	

*Önemli/Az önemli satırları birleştirilmiştir.

**Independent Sample T testi

***Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 12’de KOAH hastalarının ölümüne ilişkin görüşlerine göre ÖDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, günlük yaşantısında dini inançları çok önemli olan hastalarda (9.17±3.66) ortalamanın daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastaların ÖDÖ puan ortalamaları (10.30±3.46) ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek isteyen ve koşullara bağlı öğrenmek isteyen hastaların ortalama puanlarından daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 13. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TPÖKÖ Toplam Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104)

Tanıtıcı Özellikler		n(%)	Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonlarını Kaybetme Kaygısı	Öte Dünya ile İlgili Kaygılar	Çürüme ve Bozulma ile İlgili kaygılar	Ölüm Süreci Acı ve İzdirap Çekme ile İlgili Kaygılar	Toplam Puan
Yaş			r=-0.095 p=0.335*	r=-0.179 p=0.069*	r=0.078 p=0.433*	r=-0.052 p=0.599*	r=-0.091 p=0.360*
Cinsiyet	Kadın	23 (22.1)	14.39±7.95	17.17±4.62	8.91±3.95	17.82±5.29	58.26±15.32
	Erkek	81 (77.9)	11.74±6.60	15.16±4.99	5.75±4.40	15.23±5.02	47.90±15.01
			Z=-1.306 p=0.191**	Z=-1.593 p=0.111**	Z=-3.136 p=0.002**	Z=-1.986 p=0.047**	Z=-2.762 p=0.006**
Medeni Durum	Evli	81 (77.9)	12.07±6.78	14.93±4.79	6.11±4.31	14.83±4.90	47.96±15.01
	Bekar/Boşanmış	8 (7.7)	18.12±7.93	18.25±4.13	6.12±3.94	20.87±2.85	63.37±13.65
	Eşi ölmüş	15 (14.4)	10.60±6.32	17.80±5.46	8.46±5.37	18.33±5.32	55.20±16.03
			KWX ² =5.345 p=0.069***	KWX ² =7.065 p=0.029***	KWX ² =2.480 p=0.289***	KWX ² =15.000 p=0.001***	KWX ² =10.079 p=0.006***
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil/Okur-yazar	29 (27.9)	13.31±7.70	15.62±5.23	9.06±3.91	16.44±5.40	54.44±17.29
	İlkokul	56 (53.8)	12.07±6.54	15.01±4.93	5.98±4.42	15.17±4.96	48.25±14.88
	Ortaokul ve üzeri	19 (18.3)	11.57±7.23	17.31±4.46	3.84±3.54	16.68±5.42	49.42±14.53
			KWX ² =0.450 p=0.799***	KWX ² =3.242 p=0.198***	KWX ² =17.268 p=0.000***	KWX ² =1.679 p=0.432***	KWX ² =3.312 p=0.191***
Aile Yapısı	Çekirdek aile	71 (68.3)	11.98±6.50	15.73±5.12	5.85±4.07	16.15±5.15	49.71±15.50
	Geniş aile	33 (31.7)	13.06±7.93	15.33±4.66	7.72±5.10	15.06±5.20	51.21±16.04
			t=-0.730 p=0.467****	t=0.380 p=0.705****	t=-2.006 p=0.070****	t=1.004 p=0.318****	t=-0.452 p=0.652****

Tablo 13'ün Devamı

Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Yer	İl	35 (33.7)	12.02±6.12	16.00±5.02	5.65±4.39	15.94±6.07	49.65±15.10
	İlçe	21 (20.2)	11.90±6.36	14.52±4.82	5.19±3.70	15.19±3.40	46.80±12.86
	Köy	48 (46.2)	12.72±7.85	15.79±5.02	7.58±4.66	15.97±5.17	52.06±17.02
			KWX ² =0.073 p=0.964***	KWX ² =1.471 p=0.479***	KWX ² =4.956 p=0.084***	KWX ² =0.493 p=0.782***	KWX ² =1.235 p=0.539***
Sigara	Evet	10 (9.6)	11.00±5.20	14.50±6.91	4.10±3.51	16.60±5.75	46.20±17.33
	Hayır	26 (25.0)	14.03±7.79	16.00±4.50	9.00±3.94	16.80±4.37	55.80±15.98
	Hastalık nedeniyle bırakan	68 (65.4)	11.86±6.83	15.61±4.86	5.82±4.43	15.30±5.36	48.63±14.90
			KWX ² =1.231 p=0.540***	KWX ² =0.163 p=0.922***	KWX ² =13.077 p=0.001***	KWX ² =1.853 p=0.396***	KWX ² =3.619 p=0.164***

*Spearman Korelasyon testi p<0.05

**Mann Whitney U testi

***Kruskal Wallis Varyans Analizi

****Independent Sample T testi

Tablo 13’de hastaların tanıtıcı özellikleri ile TPÖKÖ toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda yaş ile TPÖKÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TPÖKÖ toplam puan ortalamaları; okur-yazar değil/okur-yazar (54.44 ± 17.29), geniş ailede yapısında (51.21 ± 16.04), yaşamının çoğunu köyde geçiren (52.06 ± 17.02), hiç sigara içmeyen hastalarda (55.80 ± 15.98) daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). TPÖKÖ toplam puan ortalamaları kadın (58.26 ± 15.32), bekar/boşanmış (63.37 ± 13.65) hastalarda daha yüksek ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyut puan ortalamaları; kadın (14.39 ± 7.95), bekar/boşanmış (18.12 ± 7.93), okur-yazar değil/okur-yazar (13.31 ± 7.70), geniş ailede yapısında (13.06 ± 7.93), yaşamının çoğunu köyde geçiren (12.72 ± 7.85), hiç sigara içmeyen hastalarda (14.03 ± 7.79) daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları; kadın (17.17 ± 4.62), ortaokul ve üzeri eğitim alan (17.31 ± 4.46), çekirdek aile yapısında (15.73 ± 5.12), yaşamının çoğunu ilde geçiren (16.00 ± 5.02), hiç sigara içmeyen hastalarda (16.00 ± 4.50) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları bekar/boşanmış hastalarda (18.25 ± 4.13) daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları; eşi ölmüş (8.46 ± 5.37), geniş aile yapısında (7.72 ± 5.10), yaşamının çoğunu köyde geçiren (7.58 ± 4.66) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları kadın (8.91 ± 3.95), okur-yazar değil/okur-yazar (9.06 ± 3.91), hiç sigara içmemiş hastalarda (9.00 ± 3.94) daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutunun puan ortalamaları; ortaokul ve üzeri eğitim alan (16.68 ± 5.42), çekirdek aile yapısında

(16.15±5.15), yaşamının çoğunu köyde geçiren (15.97±5.17), hiç sigara içmeyen hastalarda (16.80±4.37) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutunun puan ortalamaları kadın (17.82±5.29), bekar/boşanmış hastalarda (20.87±2.85) daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$)



Tablo 14. Hastaların Kliniğe İlişkin Özelliklerine Göre TPÖKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=104)

Kliniğe İlişkin Özellikler		n (%)	Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonlarını Kaybetme Kaygısı	Öte Dünya ile İlgili Kaygılar	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	Ölüm Süreci Acı ve İzdırıp Çekme ile İlgili Kaygılar	Toplam Puan
MRCS			r=0.116 p=0.241**	r=0.013 p=0.893**	r=0.222 p=0.023**	r=0.010 p=0.919**	r=0.115 p=0.246**
KOAH Nedeniyle En Çok Rahatsız Eden Semptom	Dispne	74 (71.2)	12.58±7.16	15.86±4.50	6.56±4.51	15.87±5.06	50.87±15.44
	Öksürük	18 (17.3)	11.50±6.48	15.27±5.44	5.66±3.71	15.72±4.17	48.22±12.57
	Balgam	12 (11.5)	12.00±6.91	14.50±6.98	6.91±5.51	15.50±7.28	48.91±21.09
			KWX ² = 0.409 p=0.815***	KWX ² =0.186 p=0.911***	KWX ² =0.611 p=0.737***	KWX ² =0.071 p=0.965***	KWX ² =0.303 p=0.859***
Hastalık Tanı Süresi	1 yıldan az	10 (9.6)	9.90±6.11	15.00±6.35	5.00±3.74	15.30±5.39	45.10±16.56
	1-9 yıl	37(35.6)	11.10±6.69	14.91±5.39	6.56±4.41	14.83±4.93	47.43±15.17
	10-29 yıl	39(37.5)	14.38±7.44	16.66±4.60	6.23±4.57	16.61±5.45	53.92±16.47
	30 yıl ve ↑	18(17.3)	11.72±6.23	15.05±3.84	7.50±4.86	16.33±4.98	50.61±13.18
			KWX ² =5.204 p=0.157***	KWX ² =3.636 p=0.304***	KWX ² =1.817 p=0.611***	KWX ² =1.893 p=0.595***	KWX ² =3.4700 p=0.325***
Hastaneye Yatma Sıklığı	İlk kez	21(20.2)	9.85±5.66	15.38±5.60	5.57±3.64	15.76±4.54	46.52±13.70
	2-3 yılda bir kez	6 (5.8)	14.33±7.44	14.00±4.77	5.66±4.84	18.50±4.32	52.50±13.38
	Yılda 1-3 kez	41(39.4)	13.19±6.30	16.14±4.89	7.19±4.52	16.21±5.19	52.75±15.34
	Yılda 4 kez ve ↑	36(34.6)	12.44±8.12	15.38±4.81	6.25±4.86	14.91±5.57	49.02±17.24
			KWX ² =4.573 p=0.206***	KWX ² =1.435 p=0.697***	KWX ² =1.875 p=0.599***	KWX ² =2.258 p=0.521***	KWX ² =2.939 p=0.401***
Hastalığı ve Prognozu Hakkında Bilgisi	Var	53 (51.0)	12.52±6.83	15.03±4.67	6.15±4.41	15.54±5.55	49.26±15.70
	Yok	51 (49.0)	12.11±7.16	16.19±5.23	6.76±4.57	16.07±4.78	51.15±15.61
			t=0.299 p=0.766****	t=-1.191 p=0.236****	t=-0.696 p=0.488****	t=-0.522 p=0.603****	t=0.616 p=0.539****

Tablo 14’ün Devamı

Düzenli Doktor Kontrolüne Gelme Durumu	Evet	76 (73.1)	12.34±7.18	15.64±4.88	6.46±4.59	15.72±4.99	50.17±15.97
	Hayır	28 (26.9)	12.28±6.46	15.50±5.27	6.42±4.26	16.03±5.72	50.25±14.88
			Z=-0.033 p=0.974*****	Z=-0.004 p=0.997*****	Z=-0.140 p=0.889*****	Z=-0.363 p=0.716*****	Z=-0.381 p=0.703*****
Hastalık Süresince Aileden Destek Alma Durumu	Evet	74 (71.2)	12.83±7.10	15.50±4.57	6.74±4.30	15.60±5.29	50.68±15.60
	Hayır	30 (28.8)	11.06±6.56	15.86±5.89	5.73±4.91	16.30±4.90	48.96±15.84
			t=1.176 p=0.242****	t=-0.340 p=0.735****	t=1.041 p=0.300****	t=-0.616 p=0.539****	t=0.508 p=0.613****
Özbakım İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu	Bağımsız	87 (83.7)	11.47±6.14	15.50±5.04	6.06±4.48	15.41±4.99	48.45±14.39
	Yarı bağımlı*	17 (16.3)	16.70±9.24	16.11±4.67	8.41±4.07	17.82±5.75	59.05±18.87
			Z=-2.285 p=0.022*****	Z=-0.498 p=0.619*****	Z=-2.166 p=0.030*****	Z=-1.836 p=0.066*****	Z=-2.137 p=0.033*****

*Başka kişi ve yardımcı araç desteği kullananlar birleştirilmiştir

**Spearman Korelasyon testi p<0.05

*** Kruskal Wallis Varyans Analizi

****Independent Sample T testi

***** Mann Whitney U testi

Tablo 14’de Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre TPÖKÖ toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda MRCS ile TPÖKÖ toplam ölçek puanı ($r=0.115$, $p=0.246$) ve alt ölçekleri; fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı ($r=0.116$, $p=0.241$), öte dünya ile ilgili kaygılar ($r=0.013$, $p=0.893$), ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar ($r=0.010$, $p=0.919$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Korelasyon analizine göre MRCS puan ortalaması ile çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması ($r=0.222$, $p=0.023$) arasındaki fark istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre MRCS puan ortalaması arttıkça çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması da artmaktadır.

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamaları; en çok dispne semptomundan rahatsız olan (50.87 ± 15.44), hastalık süresi 10-29 yıl (53.92 ± 16.47), yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan (52.75 ± 15.34), hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmayan (51.15 ± 15.61), düzenli olarak doktor kontrolüne gelmeyen (50.25 ± 14.88), hastalığı süresince aileden destek alan hastalarda (50.68 ± 15.60) daha yüksek ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastaların TPÖKÖ toplam puan ortalamaları (59.05 ± 18.87), öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen hastaların puanlarından daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyutunun puan ortalamaları; en çok dispne semptomundan rahatsız (12.58 ± 7.16), hastalık süresi 10-29 yıl arası olan (14.38 ± 7.44), 2-3 yılda bir hastaneye yatış yapan (14.33 ± 7.44), hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi (12.52 ± 6.83), düzenli olarak KOAH kontrolüne gelen (12.34 ± 7.18), hastalığı süresince ailesinden destek alan hastalarda (12.83 ± 7.10) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastaların fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyut puan ortalamaları (16.70 ± 9.24), öz

bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen hastalardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyutunun puan ortalamaları; en çok dispne semptomundan rahatsız olan (15.86 ± 4.50), hastalık süresi 10-29 yıl arası olan (16.66 ± 4.60), yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan (16.14 ± 4.89), hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten (16.19 ± 5.23), düzenli olarak doktor kontrolüne gelen (15.64 ± 4.88), hastalık süresince ailesinden destek almayan (15.86 ± 5.89), öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastalarda (16.11 ± 4.67) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutunun puan ortalamalarının; en çok balgam çıkaran (6.91 ± 5.51), hastalık süresi 30 yıl ve üzeri olan (7.50 ± 4.86), yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan (7.19 ± 4.52), hastalık ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmayan (6.76 ± 4.57), düzenli olarak doktor kontrolüne gelen (6.46 ± 4.59), hastalık süresince ailesinden destek alan hastalarda (6.74 ± 4.30) daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastaların çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları (8.41 ± 4.07), öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen hastalardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ölüm süreci acı ve ızdırıp çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları; en çok dispne semptomundan rahatsız olan (15.87 ± 5.06), hastalık süresi 10-29 yıl arası olan (16.61 ± 5.45), 2-3 yılda bir hastaneye yatış yapan (18.50 ± 4.32), hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten (16.07 ± 4.78), düzenli doktor kontrolüne gelen (16.03 ± 5.72), hastalık süresince ailesinden destek almayan (16.30 ± 4.90), öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastalarda (17.82 ± 5.75) daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastaların Ölüm İlişkin Görüşlerine Göre TPÖKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=104)

Ölüme İlişkin Görüşler		n (%)	Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonlarını Kaybetme Kaygısı	Öte Dünya ile İlgili Kaygılar	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	Ölüm Süreci Acı ve İzdırıp Çekme ile İlgili Kaygılar	Toplam puan
Günlük Yaşantıda Dini İnançların Önemi	Çok önemli	74 (71.2)	12.94±7.40	16.12±4.69	6.64±4.66	16.16±5.31	51.87±16.08
	Önemli/Az önemli*	30 (28.8)	10.80±5.59	14.33±5.46	5.96±4.04	14.93±4.77	46.03±13.76
			t=1.430	t=1.678	t=0.701	t=1.099	t=1.747
			p=0.156**	p=0.096**	p=0.485**	p=0.275**	p=0.084**
Ölümcul Bir Hastalığının Olması Durumunda Öğrenme İsteği (n=104)	Evet	70 (67.3)	12.62±6.73	15.81±5.20	5.90±4.60	14.44±4.99	48.80±15.85
	Hayır	26 (25.0)	12.61±7.80	16.19±4.28	7.61±3.63	19.65±4.22	56.03±14.01
	Koşullara bağlı	8 (7.7)	8.75±5.87	11.87±3.52	7.50±5.50	15.25±3.15	43.37±14.46
			KWX ² =2.538	KWX ² =5.697	KWX ² =4.186	KWX ² =19.748	KWX ² =5.355
			p=0.281***	p=0.058***	p=0.123***	p=0.000***	p=0.069***

* Önemli/Az önemli satırları birleştirilmiştir.

**Independent Sample T testi

***Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 15’de hastaların ölüme ilişkin görüşlerine göre TPÖKÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı (12.94 ± 7.40), öte dünya ile ilgili kaygılar (16.12 ± 4.69), çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar (6.64 ± 4.66), ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar (16.16 ± 5.31) alt ve toplam puan ortalamalarının (51.87 ± 16.08), günlük yaşantısında dini inançları çok önemli olan hastalarda daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyut puan ortalaması (12.62 ± 6.73), ölümcül bir hastalığı olması durumunda öğrenmek isteyen hastalarda daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Öte dünya ile ilgili kaygılar (16.19 ± 4.28), çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar (7.61 ± 3.63) alt ve tüm ölçek puan ortalamalarının (56.03 ± 14.01) ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastalarda daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

Ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutunun puan ortalaması (19.65 ± 4.22), ölümcül bir hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastalarda daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 16. Hastaların ÖDÖ ve TPÖKÖ Puanları Arasındaki İlişki (n=104)

	r*	p
ÖDÖ-TPÖKÖ	0.677	0.000**

*Pearson Kolerasyon Analizi

** $p < 0.01$

Tablo 16’ya göre, KOAH hastalarında ÖDÖ ve TPÖKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r = 0.677$, $p < 0.01$) ve hastaların ÖDÖ toplam puanı arttıkça TPÖKÖ toplam puanı da artmaktadır.

7. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı düzeyini belirlemek, bazı değişkenler ve hastaların ölüme ilişkin görüşleriyle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Ölümcül bir hastalığı olması durumunda, hastaların yarısından fazlası bu durumu öğrenmek istediklerini belirtmiştir. Hastalar öğrenmeyi isteme nedenlerini; “bilmek isterim” (%30.7), “ona göre tedbir almak için” (%19.2), “ömrümün geri kalanında daha çok ibadet edebilmek için” (%5.8), “ölüme inanıyorum, ölümden korkmuyorum” (%4.8) olarak belirtmiştir. Karahisar (143) yaptığı çalışmada hastaların ölümcül hastalığını öğrenmeyi isteme nedenlerini; “gerçekçi olmak, hayalci olmamak için” (%38.5), “kalan zamanı iyi değerlendirmek ve yapamadıklarını yapmak için” (%34.6) olarak ifade ettiklerini bildirmiştir. Bu çalışmada, Karahisar’ın (143) çalışmasıyla benzer olarak hastaların en fazla doğruyu bilmek istediği ve gerçekçi olunması gerektiği düşüncesiyle ölümcül bir hastalık olması durumunda öğrenmeyi istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların dörtte biri ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmeyi istemediklerini ve gerekçe olarak; “üzülmek istemem” (%15.4), “korkarım” (%3.8), “sevdiklerimden ayrılmak istemem” (%1.9), “kabul etmek zor olduğu için” (%1.9) şeklinde ifade etmiştir. Karahisar (143) çalışmasında hastaların ölümcül hastalığını öğrenmeyi istememe nedenlerinin; “geri kalan zamanımda daha mutlu olmak için” (%38.7), “ölümden korktuğum için” (%25.8) olduğunu bildirmiştir. Bu sonuç hastaların ölümle yüzleşmekten korkma ve kaçınma davranışı ile ilişkili olabilir.

Hastaların ölümü beklenen bir hasta için hemşireden beklentileri; “hemşirelerin ilgi, şefkat göstermesi” (%41.3), “yardımcı olma ve ihtiyaçların karşılaması” (%21.2), “gerekli müdahalenin yapılması” (%19.2), “moral vermesi, güler yüz göstermesi” (%13.5), “dini yönden destek sağlaması” (%3.8), “normal davranması” (%3.8), “ağrısını gidermesi” (%2.9) olarak belirtmişlerdir. Karahisar (143), çalışmasında ölümcül hastalığı olan hastaların hekim-hemşirelerden beklentilerinin; “daha çok ilgi, şefkat, güler yüz” (%60.9), “tıbbi tedavi ve bakımının sonuna kadar yapılması”, “acılarımın dindirilmesi” (%22.9), “yardım ve bakım” (%10) ifadeleri olduğunu bildirmiştir. Tüm

bu sonuçlar doğrultusunda; ölümü beklenen hastaya hemşirenin ilgi ve şefkat göstermesi, yardımcı olunması ve ihtiyaçlarının karşılanması, gerekli tıbbi müdahalenin yapılması hastaların bu evrede en çok ihtiyaç duyduğu beklentiler olarak saptanmıştır.

Ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması (50.19 ± 15.61) ile hafif düzeyde ölüm kaygısı ve depresif duygu durumunun (8.84 ± 3.56) olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık yarısının orta düzeyde ölüm kaygısının olduğu saptanmıştır. Ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları; fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı (12.32 ± 6.96) ve çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar (6.45 ± 4.48) hafif düzeyde, öte dünya ile ilgili kaygılar (15.60 ± 4.96) ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar (15.80 ± 5.17) orta düzeyde bulunmuştur.

Dönmez (144) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada ölüme ilişkin depresyon toplam puan ortalaması (9.14 ± 4.74) ile depresif duygu durumu ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması (47.97 ± 20.52) ile hafif düzeyde ölüm kaygısı olduğunu saptamıştır. Yılmaz (145) kalp hastalarında (8.58 ± 2.79) ve Öztürk (110) yaşlı bireylerde (9.4 ± 3.9) ölüme ilişkin depresyon toplam puan ortalaması ile depresif duygu durumunun olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmanın ölüme ilişkin depresyon toplam puan ortalaması, Yılmaz'ın (145) kalp hastalarıyla yaptığı çalışma ile benzerlik göstermekle birlikte, Dönmez'in (144) diyaliz hastaları ve Öztürk'ün (110) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmaların puanlarından daha düşüktür. Ölüm kaygısı toplam puan ortalamasına bakıldığında, bu çalışmadan elde edilen sonuç Dönmez'in (144) elde ettiği sonuçlardan daha yüksektir.

Literatürde yaş ile ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı arasında farklılıklar vardır. Bu çalışmada yaş ile ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Fortner ve Neimeyer (146), Cicirelli (147), Wink ve Scott (148), İnce (23) KOAH hastaları, Softa ve arkadaşları (102) yaşlı bireyler ile yaptıkları çalışmalarında yaş ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Diğer taraftan, Dönmez (144) diyaliz hastalarında 63 yaş ve üzerindeki bireylerde ölüm kaygısı puanının ve depresif duygu durumunun, 18-35 yaş grubuna göre daha düşük olduğunu, Seyhan (149) çalışmasında 20-28 yaş grubundaki bireylerde ölüm kaygısı tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları 29-59 yaş grubu ve 60 yaş üzerindeki bireylere göre anlamlı

derecede yüksek olduğunu belirtmiştir. Suhail ve Arkam (150), Akça ve Köse (151) çalışmasında yaş ortalaması büyük olanların küçük olanlara göre ölüme ilişkin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada kadın hastaların çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut, ölüm kaygısı toplam puan ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz (145) kalp ve hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında kadın hastalarda ölüme ilişkin depresyonun, Suhail ve Arkam (150), Özen (109), Seyhan (149) ve İnce (23) çalışmalarında ölüm kaygısının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Yılmaz (145), Suhail ve Arkam (150), Özen (109), İnce (23) ve Seyhan'ın çalışması (149) bu çalışmanın sonuçları ile benzerdir. Bunların aksine Öztürk (110) çalışmasında cinsiyet ile ölüme ilişkin depresyon, Kasar ve arkadaşları ise (152) cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Kadınlarda ölüm kaygısının daha yüksek olması, kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması ve duygularını erkeklerden daha iyi ifade edebilmeleriyle açıklanabilir.

Psikososyal bir varlık olan insanın toplumsal ilişkiler kurma ve zorlu yaşam olayları ile baş etmede aile ve eşin olumlu etkisi vardır, eş ve çocukların varlığının ölüme ilişkin kaygıları azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir (92, 153). Bu çalışmada da hastaların medeni durum ile öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Eşi ölmüş olan hastalarda ölüme ilişkin depresyon toplam puan ortalaması, bekar/boşanmış hastalarda ise öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut ve ölüm kaygısı toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Tutuk ve Altun da (12) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada eşi ölmüş olanların depresyon puan ortalamalarının, eşinden ayrılmış olanların ise anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Dönmez (144) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada bekar hastaların ölüme ilişkin kaygılarının evli hastalara göre daha fazla olduğunu bulmuştur. İnce (23) KOAH hastalarında yaptığı çalışmasında eşi ölmüş hastaların ölüm kaygısı puanlarının evli ve bekar hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların eğitim düzeyine göre çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan hastalarda ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çınar (154) ilköğretim mezunlarının, lisansüstü eğitim görenlere kıyasla ölüm kaygısı puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını bildirmiştir. Yine Erdoğan ve Özkan (78), Dağlı (155) da çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını saptamıştır. Bunların aksine; Üstüner ve arkadaşları (111) huzurevinde yaşayan yaşlılarda eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı puanı arasında anlamlı fark olmadığını, Yılmaz (145) kalp ve hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyi ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Çınar (154), Erdoğan ve Özkan (78), Dağlı (155) ile benzerlik göstermekle birlikte, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin benlik algısının olumlu etkilenmesi stresle baş etmede kaygıyı önleyici bir faktör olarak ölüm kaygısının azaltılmasını etkileyebilir (111).

Aile yapısı ile ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen, geniş aile yapısında olan hastalarda; fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Çekirdek aile yapısında olan hastalarda ise; öte dünya ile ilgili kaygılar ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada hastaların yaşamının çoğunu geçirdiği yer ile ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen, yaşamının çoğunu köyde geçiren hastalarda; fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları, ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yaşamının çoğunu ilde geçiren hastalarda, öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut toplam puan ortalaması daha yüksektir. Dönmez'in (144) çalışmasında ise yaşamının çoğunu ilçede geçiren hastalarda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı puanlarının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Sigara içme, KOAH gelişimine neden olan en önemli faktördür. Sigara içenlerde KOAH gelişme riski %20 civarında olup, yaşla birlikte bu oranda belirgin artış görülür (54). Bu çalışmada hastaların %65.4'ünün KOAH tanısı aldıktan sonra sigarayı bıraktıkları, %9.6'sının ise halen sigara kullandığı görülmüştür. Hiç sigara kullanmayan hastaların çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları, sigara kullanan ve hastalık nedeniyle bırakan hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sigara içen bireylerde ölüm kaygısının daha düşük olması, hayata dair kaygı düzeylerinin daha az olması ya da var olan kaygılarıyla bu şekilde baş etme çabalarıyla da ilgili olabilir.

MRCS ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği ve çürüme bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. MRCS puan ortalaması arttıkça ölüme ilişkin depresyon ve çürüme bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır. Kapısız (16) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada çok şiddetli dispnesi olduğunu ifade eden hastaların (MRCS puanı 5 olanlar), hafif dispnesi olduğunu ifade eden hastalara göre anlamlı derecede daha fazla anksiyete yaşadıklarını ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Tepetam (156) dispne şiddeti yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan KOAH hastalarında anksiyete ve depresyon puanlarının arttığını belirtmiştir. Marko ve arkadaşları (157), ağır KOAH hastalarında anksiyete oranlarını daha yüksek bulmuştur. Bunların aksine Kayhan ve arkadaşları (158) KOAH ve astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların dispne şiddeti ile depresyon, durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. KOAH hastalarında dispne şiddeti arttıkça ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon puanlarının artması, hastaların nefes almadaki kısıtlılığı nedeniyle boğulacakmış hissine kapılmaları ve kendilerini ölüme daha yakın hissetmeleri ile açıklanabilir.

Hastaları KOAH nedeniyle en çok rahatsız eden semptom ile ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısı alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen, en fazla “dispne” semptomundan rahatsız olan hastaların fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları, ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Balgam semptomundan daha çok şikayet eden hastalarda ise çürüme ve

bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaları en çok rahatsız eden KOAH semptomunun dispne olduğu ve dispnenin hastaların depresif duygu durumunu etkilediği, balgam çıkarmanın da çürüme ve bozulma ile ilgili kaygıları artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastalık tanı süresi 30 yıl ve üzeri olan hastaların ÖDÖ ve çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, hastalık tanı süresi 10-29 yıl olanlarda ise fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve TPÖKÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen, anlamlı fark yoktur. Bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde Kayhan ve arkadaşları (158) astım ve KOAH hastalarında, Korkut (129) KOAH hastalarıyla, yaptıkları çalışmalarda depresyon şiddeti ile hastalık süresi arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Yine Aydemir ve arkadaşları (17) kronik kalp hastalığı ve kronik solunum yolu hastalığı ile yatarak tedavi gören hastalarda hastalık süresi ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. İnce (23) KOAH hastalarının ölüm kaygısı puanı ile KOAH tanı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir. Bunların aksine Ak (159) Tip I diyabetli ergenlerle yaptığı çalışmada tanı süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü olarak kategorize etmiş ve tanı süresi 6-10 yıl olan hastaların ölüm kaygısı puanı 11 yıl ve üstü olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tutuk ve Altun (12) KOAH hastalarının hastalık süresi ile hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 1-5 yıldır hasta olanların anksiyete alt boyut ve toplam puan ortalamasının, 11 yıl ve daha fazla süredir hasta olanların ise depresyon alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Hastaların hastaneye yatma sıklığı ile ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan hastaların öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Hastaneye 2-3 yılda bir kez yatış yapan hastaların ise fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olan hastaların ölüme ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların ise öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksektir, fakat gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde Yılmaz (145) da kalp ve hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından hem ölüme ilişkin depresyon hem de ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir.

Hastaların düzenli olarak doktor kontrollerine gelme durumu ile ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısı ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Düzenli olarak KOAH kontrolüne gelen hastalarda fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puan, düzenli olarak KOAH kontrolüne gelmeyen hastalarda ise ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık süresince ailesinden destek alan hastalarda fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puan ortalamaları, hastalık süresince ailesinden destek almayan hastalarda ise öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında anlamlı fark yoktur. İnce (23) çalışmasında KOAH hastalarının hastalıkla ilgili yardım/destek alma durumu göre ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Kapısız (16) sosyal desteği olmayan KOAH hastalarının sosyal desteği olanlara göre daha fazla depresyon yaşadıklarını belirtmiştir. Ron (160) yaşlılar ile yaptığı çalışmasında sosyal destek azlığının ölüm kaygısını artırdığını bildirmiştir. Bireyin ailesinden ve çevresinden aldığı destek depresyon gelişiminde ve kaygılarını azaltmada etkili olabilmektedir.

Öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastalarda fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt

boyutları ve ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları, öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. İnce (23) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada fiziksel ihtiyaçlarını hiç karşılayamayan hastaların ölüm kaygısı puanlarının, kısmen karşılayabilen ve bağımsız olarak karşılayabilen hastaların puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğunu bildirmiştir. Üstüner ve arkadaşlarının (111) huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaptığı çalışmada ise ölüm kaygısı ve bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları İnce'nin (23) çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, başkalarının bakımına bağımlı olmanın ölüm kaygısını artırdığı ileri sürülebilir.

Günlük yaşantısında dini inançları çok önemli olan hastalarda ÖDÖ, TPÖKÖ toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Ayten (107), Abdel-Khalek ve arkadaşları (161), Chuin ve Choo (104) çalışmalarında dindarlık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir. Dağlı (155) yaşlılarda yaptığı çalışmada dindarlık düzeyi yüksek olanlarda ölüm kaygısının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Suhail ve Arkam (150), Al-Sabwah ve Abdel Khalek (162) ise çalışmalarında dindarlık düzeyi arttıkça ölüm kaygısı oranının azaldığını tespit etmişlerdir.

Çalışmada ölümcül hastalığı olması durumunda bunu öğrenmek istemeyen hastaların ÖDÖ ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Dougherty ve arkadaşları (163), kanser hastalarında yaptıkları çalışmada ölüm kaygısı ve yadsıma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptamışlardır. Ölüme karşı daha kaygılı olan hastaların ölümcül hastalık gerçeğiyle yüzleşmek istemedikleri ve bu durumun ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu artırdığı savunulabilir.

Bu çalışmada ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Hastaların ölüme ilişkin depresyon toplam puanı arttıkça ölüm kaygısı toplam puanı da artmaktadır. Benzer şekilde yapılan farklı çalışmalarda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (144, 164). Ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısının bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

KOAH tanısı almış hastaların ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısını düzeyinin değerlendirilmesi, ÖDÖ toplam puan ve TPÖKÖ toplam puan ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaların bazı değişkenler ve hastaların ölüme ilişkin görüşleriyle karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Sonuçlar;

Hastaların yarısından fazlası ölümcül bir hastalığı olması durumunda bunu öğrenmek istediklerini bildirmiştir. Bu durumu öğrenmeyi isteme nedenleri; “bilmek isterim”, “ona göre tedbir almak için”, “ömrünün geri kalanında daha çok ibadet edebilmek için”, “ölüme inanıyorum, ölümden korkmuyorum” olarak belirtmişlerdir.

Ölümcül hastalığı olması durumunda hastaların dörtte biri öğrenmeyi istememe nedenlerini; “üzülmek istemem”, “korkarım”, “sevdiklerimden ayrılmak istemem” şeklinde ifade etmiştir.

Ölümü beklenen bir hasta için hemşireden beklentileri; “hemşirelerin ilgi, şefkat göstermesi”, “yardımcı olma ve ihtiyaçların karşılaması”, “gerekli müdahalenin yapılması”, “moral vermesi, güler yüz göstermesi” şeklindedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ölüme ilişkin depresyon puan ortalaması (8.84 ± 3.56) ile depresif duygu durumunun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların Thorson-Powell ölüm kaygısı toplam puan ortalaması (50.19 ± 15.61) ile tamamına yakınının hafif ve orta düzeyde ölüm kaygısı yaşamakta olduğu belirlenmiştir.

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları; fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı (12.32 ± 6.96) ve çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar (6.45 ± 4.48) hafif düzeyde, öte dünya ile ilgili kaygılar (15.60 ± 4.96) ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar (15.80 ± 5.17) orta düzeyde bulunmuştur.

Yaş ile ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısı ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Kadın hastaların ölümüne ilişkin depresyon, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut, ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Eşi ölmüş olan hastaların ölümüne ilişkin depresyon puan ortalaması, bekar/boşanmış hastaların ise öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut, ölüm süreci acı ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut ve ölüm kaygısı toplam puan ortalaması daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Okur-yazar değil/okur-yazar olan hastaların çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir ($p<0.05$).

Geniş aile yapısında olan hastalarda; ölümüne ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek, çekirdek aile yapısında olan hastalarda ise; öte dünya ile ilgili kaygılar ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yaşamının çoğunu köyde geçiren hastalarda; ölümüne ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek, yaşamının çoğunu ilde geçiren hastalarda ise, öte dünya ile ilgili kaygılar alt boyut toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hiç sigara kullanmayan hastaların çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

MRCS ile ölümüne ilişkin depresyon ve çürüme bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır ve MRCS puan ortalaması arttıkça ölümüne ilişkin depresyon ve çürüme bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır ($r=0.231 p=0.018$, $r=0.222 p=0.023$).

En fazla “dispne” semptomundan rahatsız olan hastaların ölümüne ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm

süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek, balgam semptomunu daha sık rahatsız olan hastalarda ise çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastalık tanı süresi 30 yıl ve üzeri olanların ölüme ilişkin depresyon ve çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, hastalık tanı süresi 10-29 yıl olanlarda ise fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Yılda 1-3 kez hastaneye yatış yapan hastaların ölüme ilişkin depresyon, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları, 2-3 yılda bir kez yatış yapan hastaların ise fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı fark olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$).

Hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olan hastaların ölüme ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, hastalığı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların ise öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Düzenli olarak doktor kontrolüne gelen hastalarda ölüme ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları, düzenli olarak doktor kontrolüne gelmeyen hastalarda ise ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastalık süresince ailesinden destek alan hastalarda ölüme ilişkin depresyon, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyutları ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları, hastalık süresince ailesinden destek almayan hastalarda ise öte dünya ile ilgili kaygılar, ölüm süreci acı ve

ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Öz bakım ihtiyaçlarını yarı bağımlı olarak karşılayabilen hastaların fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını kaybetme kaygısı alt boyut, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar alt boyut ve ölüm kaygısı toplam puan ortalamaları öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilen hastalardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Günlük yaşantısında dini inançları çok önemli olan hastalarda ölüme ilişkin depresyon, ölüm kaygısı toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen hastaların ölüme ilişkin depresyon ve ölüm süreci acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar alt boyut puan ortalamaları yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır ve ölüme ilişkin depresyon toplam puanı arttıkça ölüm kaygısı toplam puanı da artmaktadır ($r=0.677$, $p<0.01$).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Kadın, eş desteği olmayan, eğitim düzeyi düşük, sigara kullanmayan ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı hastalar ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon açısından değerlendirilerek, gerekli destek sağlanması,
- Dispne düzeyi derinleşen KOAH hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon açısından daha yakın takip edilmesi,
- Ölümcül hastalığı olması durumunda öğrenmek istemeyen, bu durumu inkar eden KOAH hastalarıyla çalışan hemşirelerin hastalık ve prognoza ilişkin hastaları bilgilendirmesi, ölüm kaygısı ile baş etmede etkili yöntemler geliştirmesi,
- KOAH hastaları ile çalışan hemşirelerin, hastaların ölüm kaygısı ile baş etmede hemşirelerden beklentileri konusunda bilgilendirilmesi,

- Hemşirelerin ölüme ilişkin hasta ve yakınlarına gereksindiği bakımı sunma becerilerinin hizmet içi programlarla geliştirilmesi,
- Hastaların lm kaygısıyla baş etme yöntemlerinin belirlenmesi ve etkin yöntemlerin geliştirilmesi, destek kaynaklarının artırılması, taburculuk sonrası eğitim ve tedavinin sürekli liğinin sağlanması,
- KOAH hastalarıyla çalışan hemşireler ve KOAH tedavisi alan hastalar ile ölüm kavramı ve ölüme ilişkin görüşlerin belirlenmesine yönelik kalitatif (niteliksel) araştırmaların yapılması,
- Farklı yaş gruplarında, farklı kronik hastalıklarda, farklı örneklem gruplarında bu çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [online]. Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf. [Accessed 25 February 2015].
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J (2012). 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. *Lancet* 380 (9859): 2095-2128.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni (2014). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2013. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>. [Erişim Tarihi 20 Mart 2016].
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017) (2014). Anıl reklam matbaa. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 947, Ankara.
5. Tetikkurt C (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ). KOAİ'ta Klinik (Ed: Umut S, Yıldırım N). İstanbul, 71-3.
6. Erginel MS (2008). Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Sistemik Etkiler (Ed: Bilgiç H, Karadağ M). Toraks Kitapları. Bursa, 73-82.
7. Özkan S (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayi A.Ş. İstanbul, 83-291.
8. Jones WP (2007). Activity limitation and quality of life COPD. *Journal of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 4(3): 273- 278.
9. Katz PP, Eisner MD, Yelin EH, Trupin L, Earnest G, Balmes J, Blanc PD (2005). Functioning and psychological status among individuals with COPD. *Quality of Life Research* 14(8): 1835-1843.

10. Tel H, Akdemir N (1998). KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2(2): 44- 52.
11. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik SC (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: amulticentre study in the Nordic countries. Respir Med 100: 87-93.
12. Tutuk Mehel SP, Altun ŞÖ (2014). KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. STED (23)6: 216-224.
13. Barnett M (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. J Clin Nurs 14(7): 805-12.
14. Shackell BS, Jones RC, Harding G, Pearse S, Campbell J (2007). 'Am I going to see then extmorning?' A qualitative study of patients' perspectives of sleep in COPD. Primary Care Respiratory Journal 16(6): 378-383.
15. Tel Aydın H, Tokyıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D (2012). Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi 20(3): 177-183.
16. Kapısız Ö (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerde Dispne Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
17. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. Sakarya Med J 5(4): 199-203.
18. Korkmaz T, Tel H (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 13(2): 79-86.
19. Demirel U (2014). KOAH'lı Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Öz-bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

20. Bal ÖB, Kapucu S (2013). KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. CNJ 4(2): 74-80.
21. Özdemir E, Solak Ö, Fidan F, Demirdal Ü, Evcik D, Ünlü M, Kavuncu V (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Hastalarında Su İçinde Yapılan Pulmoner Rehabilitasyonun Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Türkiye Klinikleri J Med Sci 30(3): 880-7.
22. Aras A, Tel H (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi 10: 63-68.
23. İnce Z (2011) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu (2014). Available from: <http://www.toraks.org.tr/pdf> [Erişim Tarihi: 18 Mart 2017].
25. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, Connell C, Jemal A, Lee TA, Miravittles V, Aldington S, Beasley R (2006). Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 27: 188-207.
26. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav A, Buist AS, Manino DM (2006). Global burden of COPD: systemic review and meta-analysis. Eur Respir J 28: 523-32.
27. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal PC, Victora CG (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): aprevalance study. Lancet 366 (9500):1875-81
28. Baykal Y (1976). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı üzerinde epidemiyolojik bir araştırma. Tüberküloz ve Toraks 24: 3-18.

29. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E (2007). BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 370 (9589): 741-50.
30. Kocabaş A, Hancıoğlu A, Türkyılmaz S, Ünalın T, Umut S, Çakır B, Vollmer W, Buist S (2006). Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proceedings of the American Thoracic Society* 3: A543.
31. Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, Gülbaş G, Mutlu LC, Pehlivan E (2008). Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. *Eur J Intern Med* 19: 499-504.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013). Anıl matbaa. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara.
33. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu (2010). Available from: <http://www.toraks.org.tr/pdf> [Erişim Tarihi: 18 Şubat 2015].
34. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu (2004). Türkiye hastalık yüğü [online]. Available from: http://www.ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. [Erişim Tarihi: 20 Aralık 2014]
35. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) Haber Bülteni (2013). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011, 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847>. [Erişim Tarihi 25 Nisan 2016].
36. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2012). Türkiye Sağlık Araştırması. www.tuik.gov.tr. [Erişim Tarihi 30 Mart 2016].

37. Bloom D, Cafiero ET, Abrahams-Gessel S, Jane LE, Bloom, LR, Fathima S, Feigl, AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettnner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C (2011). The global economic burden of non-communicable diseases: a report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health Geneva, Switzerland: World Economic Forum.
38. Kocabaş A (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 1(2): 105-113.
39. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD [online]. Available from: <http://www.goldcopd.org>. [Accessed 01 April 2017].
40. Yin P, Jiang CQ, Cheng KK, Lam TH, Lam KH, Miller MR, Zhang WS, Thomas GN, Adab P (2007). Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet 370: 751-7.
41. Altın S (2007). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Klinik Özellikler. Klinik Aktüel Tıp Solunum Forumu 21: 5-8.
42. Başyigit İ (2010). KOAH Tanımı ve Klinik Özellikleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 1(2): 102-104.
43. Pauwels RA, Rabe KF (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lancet 364: 613-20.
44. Başyigit İ (2010). KOAH Patogenezi ve Fizyopatolojisi. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 1(2): 114-118.
45. Hansel TT, Barnes PJ (2004). An Atlas of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Çeviren Ed: Kocabaş A, AC:T Medikal İletişim Yayın Org. Dan. İç ve Dış Tic Ltd. Şti, İstanbul, 69-115.
46. Halpin D, Rudolf M (2006). Current COPD. Second ed. Çeviren: Yıldırım N, Demir T, Tenedoks Yayıncılık ve Org. San. Ltd. Şti, İstanbul, 156-163 .
47. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi (2009). Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Available from: <http://www.toraks.org.tr/pdf/HEB.pdf> [Erişim Tarihi: 20 Şubat 2017].

48. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, Gratziau C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, Campell IA, Daglı E, West R (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a highpriority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 29(2) : 390-417.
49. Jimenez-Ruiz CA (2008). Pharmacological treatment for smoking cessation. *Eur Respir Mon* 42: 74-97.
50. Connett JE, Murray RP, Buist AS, Wise RA, Bailey WC, Lindgren PG, Owens GR (2003). Changes in smoking status affect women more than men: results of the lung health study. *Am J Epidemiol* 157(11): 973-9.
51. ASPECT Consortium (2004). Tobacco or health in the European Union. Belgian: European Commission 1-295.
52. Erginel MS (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. [online]. Available from: http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5-pptpdf/sinan_erginel_kronik.pdf. [Erişim Tarihi 1 Ekim 2014].
53. Downs SH, Schindler C, Liu LJ, Keidel D, Bayer-Oglesby L, Brutsche MH, Gerbase MW (2007). Reduced exposure to PM 10 and attenuated age-related decline in lung function. *N Engl J Med* 357(23): 2338-47.
54. Lippmann M (2007). Health effects of airborne particulate matter. *N Engl J Med* 357: 2395-402.
55. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2009). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [online]. Available from: www.goldcopd.org. [Accessed 5 February 2015].
56. Schonhofer B, Ardes P, Geibel M, Kohler D, Jones PW (1997). Evaluation of a movement detector to measure daily activity in patients with chronic lung disease. *Eur Respir J* 10: 2814-9.
57. Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R (2006). Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motionsensors in COPD. *Eur Respir J* 5: 1040-55.

58. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, Man WD (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 188(8): 13-64.
59. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, Hernandez P, Marciniuk DD, Balter M, Ford G (2007). Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease-2007 update. *Can Respir J* 14 (Suppl B): 5B-32B.
60. Burge PS (1999). EUROSCOP, ISOLDE and Copenhagen City Lung Study. *Thorax* 54: 287-8.
61. Celli BR, Mac Nee W (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 23: 932-46.
62. Appleton S, Jones T, Poole P, Pilotto L, Adams R, Lasserson TJ, Smith B, Muhammad J (2006). Ipratropium bromide versus long-acting beta-2 agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 19(3): CD006101.
63. Barr RG, Bourbeau J, Camargo CA, Ram FS (2005). Inhaled tiotropium for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(2): CD002876.
64. Appleton S, Poole P, Smith B, Veale A, Lasserson TJ, Chan MM (2006). Long-acting beta 2-agonists for poorly reversible chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 19(3): CD001104.
65. İnci F, Öz F (2009). Ölüm Eğitiminin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10: 253-260.
66. Tanhan F, Arı F (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölüme Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 3(2): 34-43.
67. Ross EK (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. Çeviren: Büyükal B, Boyner Holding Yayınları, İstanbul, 33-34.

68. Ersoy R (2002). Türklerde Ölüm ile ilgili Rit ve Ritüeller. Milli Folklor 54: 86-101.
69. Koç M (2002). Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. İlahiyat Fakültesi Dergisi 6: 7-20.
70. Akbayrak N, Sekmen K, Yıldız D (2002). Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelinin kapsayan holistik hemşirelik yaklaşımı. Sendrom Dergisi 14(7): 128-132.
71. Keskin Ü (2005). Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(2): 125-134.
72. Badur S (2004). Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler. Yapı Kredi Yayınları, No.40, İstanbul; 93-105.
73. Çobanlı C, Salt A (2001). Dharma Ansiklopedisi. Birinci Baskı. Dharma yayınları, İstanbul.
74. Hökelekli H (1992). Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. İlahiyat Fakültesi Derneği 4: 57-98.
75. Yakıt İ (1993). Batı düşüncesi ve Mevlana. Birinci Baskı. Ötüken yayınları, İstanbul.
76. Alkan AT (1999). Bir düğün gecesi denemesi. Düşünen Siyaset, Esin Sanat Felsefe Yayınları, Ankara; 25-32.
77. Dökmen Ü (2003). Evrenle Uyumlaşma sürecinde var olmak, gelişmek uzlaşmak. Yedinci Baskı. Sistem Yayıncılık, İstanbul; 33.
78. Erdoğan MY, Özkan M (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14: 171-179.
79. Karaca F (2000). Ölüm Psikolojisi. Birinci Baskı, Beyan Yayınları, İstanbul; 357-358.
80. Hökelekli H (1996). Din psikolojisi. TDV Yayınları, Ankara.
81. Lehto RH, Stein KF (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. Research and Theory For Nursing Practice. An International Journal, 23.

82. Freud S (1992). Endişe. Ed. Çeviren: Özcengiz L, Dergah Yayınları, İstanbul.
83. Wahl CW (1959). The Fear of Death. The meaning of Death (Ed: Feifel H). Blakiston Division, McGraw-Hill, NewYork, 25-26.
84. Jung GC (1997). Ruh ve ölüm. Analitik Psikoloji. Ed. Çeviren: Gürol E, Payel Yayınevi, İstanbul.
85. Yalom ID (1980). Existential psychotherapy. Basic Books, New York, 41-44.
86. Brown ON (1996). Ölüme Karşı Yaşam. Tarihin Psikanalitik Anlamı. 1th ed. Çeviren: Yılmaz A, Ayrıntı Yayınları. İstanbul.
87. Bauman Z (2000). Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri 2th ed. Çeviren: Demirdöven N, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 78-80.
88. Furer P, Walker J (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. Journal of Cognitive Psychotherapy 22(2): 167-182.
89. Neimeyer R (2007). Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes. Introduction (Ed. Tomer A, Eliason G, Wong PT), Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London, 2.
90. Yalom ID (2001). Varoluşçu Psikoterapi. 3rd. ed. Çeviren: Babayiğit Zİ, Kabalcı Yayınları, İstanbul, 51-52.
91. Heidegger M (2004). Varlık ve Zaman. Ed. Çeviren: Aziz Yardımlı, İdea Yayınları, İstanbul.
92. Yalom ID (2008). Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek. Ed. Çeviren: Babayiğit Zİ, Kabalcı Yayınları, İstanbul, 18-19.
93. Koçak R, Gökler R (2008). Varoluşsal Yaklaşımda Psikolojik Danışma ve Gruba Uygulanışı. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2: 91-107.
94. Köroğlu E (2010). Terapi Yeni Bir Yaşam Felsefesi. Birinci Baskı. HYB Yayınları, No.9753001847, Ankara.
95. Köroğlu E, Türkçapar H (2009). Psikoterapi yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yöntemleri. İkinci Baskı. HYB Yayınları, No.9789753001694, Ankara; 77-78.

96. Bulut MB (2015). Terör Yönetimi Kuramı. MJH; V/1,161-174. doi: 10.13114/mjh.2015111374.
97. Tanhan F (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
98. Işıl Ö, Karaca S (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 1(2): 83-85.
99. Özkan S (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi 28(1):69-74.
100. Hökelekli H (2008). Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. Birinci Baskı. Dem Yayınları, İstanbul, 9-30.
101. Sezer S, Saya P (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi 13(2009): 151-165.
102. Softa KA, Uçukoğlu H, Karaahmetoğlu UG, Esen D (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (1-2): 67-79.
103. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L (2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 21(1): 42-79.
104. Chuin CL, Choo YC (2010). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. Sunway Academic Journal 6: 1-16.
105. Wen YH (2010). Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning 6(2): 31-37.
106. Abdel Khalek AM, Al-Kandari Y (2007). Death Anxiety in Kuwaiti Middle Aged Personnel. Omega (Westport) 55(4): 297-310.
107. Ayten A (2009). Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi 9(4):85-108.

108. Yıldız M (1998). Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
109. Özen D (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
110. Öztürk ZK (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.
111. Üstüner TF, Saraç A, Yaşar G (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 13: 14-22.
112. Turgay M (2003). Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
113. George Fink (2007). Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic. Death anxiety (Kastenbaum R). Tempe AZ USA, 100-104.
114. Abdel-Khalek MA, Lester D (2003). Death obsession in Kuwaiti and American college students. Death Studies 27(6): 541-53.
115. Öngider N, Eyüpoğlu ÖS (2013). Depresyon Tanısı Almış Hastalarda Ölüm Kaygısının Araştırılması. Klinik Psikiyatri 16: 34-46.
116. Cimete G (2002). Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 57-85.
117. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM (1988). Death Anxiety in Malaysian and Australian University Students. The Journal of Social Psychology 128(1): 41-47.
118. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut (2009). The Role of Religion in Death Attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. Death Studies 33(1): 73-92.

119. Harding SR, Flannelly KJ, Weaver AJ, Costa KG (2005). The Influence of Religion on Death Anxiety and Death Acceptance. *Mental Health Religion&Culture* 8(4): 253-261.
120. Aksu T, Okçay H (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 5(14): 113-126.
121. Yıldız M (2006). Ölüm kaygısı ve dindarlık. İkinci baskı. İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, İzmir, 17-24.
122. Hökelekli H (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 3: 151-165.
123. Taytard A, Cousson F (1996). Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. *Rev Pneumol Clin.* 52 (6): 379-85.
124. Wells KB, Golding JM, Burnam MA (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 145: 976-81.
125. Özdemir Ü, Taşcı S (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1(1): 57-72.
126. Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapuca M, Sayar K (2004). The effect of sociodemographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community dwelling elders in Trabzon-Turkey. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 14: 57-60.
127. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ (1999). Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax* 54: 688-692.
128. Kömürcüoğlu B, Balcıoğlu M, Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E (2000). KOAH'lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi* 1(3): 31- 34.
129. Korkut S (2012). Acil servise kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) atağı ile gelen hastalarda depresyon değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı, Düzce.*

130. Eke S (2003). Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
131. Abdel-Khalek AM (1997). Death, anxiety, and depression. *Omega Journal of Death and Dying* 35(2): 219-229.
132. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies* 28: 309-40.
133. Wagner EH (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 320: 569-572.
134. Ünsal A, Yetkin A (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* (8)1: 42-51.
135. Fadıloğlu Ç (2007). Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu-1, İzmir.
136. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM (2013). OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version [online]. Available from: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm. [Accessed 20 March 2014].
137. Thorson JA, Powell FC (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies* 16: 507-521.
138. Karaca F, Yıldız M (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Tabula-Rasa* 1(1): 43-55.
139. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas DS (1990). The measurement of death depression. *The Journal of Clinical Psychology* 46(6): 834-839.
140. Yaparel R, Yıldız M (1998). Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9(3): 198-204.
141. Fletcher C (1952). The Clinical Diagnosis of Pulmonary Emphysema: An Experimental Study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 45(9): 577-84.

142. Bestall JC, Paul EA, Garrod R (1999). Usefulness of the Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale as a Measure of Disability in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Thorax* 54: 581-586.
143. Karahisar F (2006). Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
144. Dönmez ÇF (2012). Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
145. Yılmaz ZE (2011). Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
146. Fortner BV, Neimeyer RA (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Stud* 23(5): 387-411.
147. Cicirelli VG (2002). Fear of Death in Older Adults: Predictions from Terror Management Theory. *Journal of Gerontology Psychological Sciences* 57(4): 358–366.
148. Wink P, Scott J (2005). Does Religiousness Buffer Against The Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Finding from a Longitudinal Study. *Journal of Gerontology* 60(4): 207-214.
149. Seyhan BY (2015). Ölüm Kaygısı ve Dua Tutumu Üzerine Bir Araştırma. *Turkish Studies International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* Volume 10(2): 863-882.
150. Suhail K, Arkam S (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies* 26(1): 39-50.
151. Akça F, Köse A (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 11: 7-16.

152. Kasar SK, Karaman E, Şahin Say D, Yıldırım Y, Aykar ŞF (2016). Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi GÜSBD 5(2): 48-55.
153. Zerzan J, Steans S, Hanson L (2000). Access to Palliative Care and Hospice in Nursing Homes. Jama 284(19): 2489- 2494.
154. Çınar M (2016). Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. İLTED(45): 313-338.
155. Dağlı EN (2010). Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
156. Tepetam FM (2007). Stabil kronik obstruktif akciğer hastalığında dispneyi değerlendiren yöntemlerin ve bode indeksinin fonksiyonel prametrelerle karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
157. Marco FD, Verga M, Reggente M, Casanovaa FM, Santusa P, Blasib F, Allegrab L, Centannia S (2006). Anxiety and depression in COPD patient: Theroles of genderand diseaseseverity. Respiratory Medicine 100: 1767-1774.
158. Kayhan S, Akpınar A, Murat (2012). Dispneli hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin analizi. J Clin Anal Med 4(4): 281-5.
159. Ak B (2009). Sağlıklı ve tip I diyabetli ergenlerde ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
160. Ron P (2004). Depression, homelessness and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. J Gerontol Soc Work 2(3): 97-116.
161. Abdel-Khalek AM, Lester D, Maltby J, Tomas-Sabado J (2009). The Arabic Scale of Death Anxiety: Some results from east and west. Omega Westport 59(1): 39-50.
162. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM (2006). Religiosity and Death Distress in Arabic College Students. Death Studies 30(4): 365-375.
163. Dougherty K, Templer DI, Brown R (1986). Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. J Couns Psychol 33: 357-359.

164. Yıldız M (2011). Tutuklu ve Hükümlülerde Umutsuzluk, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı İlişkisi CÜ Sosyal Bilimler Dergisi 35(1): 1-7.



10. EKLER

10.1. Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Merhaba benim adım Elif CENGİZ. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. KOAH hastalarında ölüm kaygısını değerlendirmek amacıyla size anket uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz

1- Kadın

2- Erkek

3. Medeni Durumu:

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

4. Eğitim Durumu:

a) Okur_Yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

5. Aile Yapısı:

a) Çekirdek

b) Geniş

6. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

a) il

b) ilçe

c) köy

7. Sigara Kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hiç içmedi

c) Bıraktı

8. KOAH a bağlı olarak sizi en çok rahatsız eden semptom hangisidir?

a) dispne (nefes darlığı)

b) öksürük

c) balgam

d) diğer.....

9. Hastalık Süresi.....

10. Yıllık Hastaneye Yatma Sıklığı.....

11. Hastalığınız ve prognozu hakkında bilginiz var mı?

a) evet

b) hayır

12. Ölümcül bir hastalığınız olsa bunun size söylenmesini istermiydiniz?

a) Cevabınız evet ise neden ?

b) Cevabınız hayır ise neden?

c) Koşullara bağlı

13. Günlük yaşamınızda dini inançlarınız ne derece önemli?

a) Çok önemli

b) Önemli

c) Az önemli

d) Önemsiz

14. KOAH Hastalığınızın Kontrollerini Düzenli Olarak Sürdürüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Kısmen

15. Hastalığınız süresince ihtiyaç duyduğunuz yardımı ailenizden/yakın çevrenizden alıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

16. Öz bakım ihtiyaçlarınızı yerine getirebiliyor musunuz?

- a) Bağımsız
b) Yardımcı araçlarla
c) Başkalarının yardımı ile
d) Başka kişinin vearaçların yardımı ile
e) Tamamen bağımlı

17. Ölümü beklenen bir hastaya hemşirelerin neler yapmasını istersiniz?

18.

MRCS (Medical Research Council Scale)	
Evre 1 Ağır efor dışında solunum sıkıntısı yok	
Evre 2 Yokuş yukarı çıkarken veya düz zeminde hızlı hareket ederken nefes darlığı olması	
Evre 3 Düz zeminde kendi yaşlarına göre daha yavaş hareket etme ya da düz zeminde norma hızla yürürken (bir mil sonra veya 30 dakika sonra) durmak zorunda kalmak	
Evre 4 Düz zeminde 100 metre veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefes darlığı nedeniyle durmak zorunda kalmak	
Evre 5 Evden çıkmak veya giyinmek gibi aktiviteler sırasında belirgin nefes darlığı olması	

10.2. Ek 2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

	Fikrime çok uygun	Fikrime uygun	Kararsızım	Fikrime aykırı	Fikrime çok aykırı
1.Acı çekerek ölmekten korkuyorum					
2.Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin ediyor					
3.Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür					
4.Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı beni hiç kaygılandırmıyor					
5.Tabutlar beni huzursuz eder					
6.Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim					
7.Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır					
8.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım					
9.Ölümden sonraki hayat beni oldukça kaygılandırıyor					
10.Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) hiç korkmuyorum					
11.Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil					
12.Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım beni huzursuz eder					
13.Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla ilgilenmiyorum					
14.Öldükten sonra tekrar asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder					
15.Ölürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor					
16.Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum					
17.Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum					
18.Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor					
19.Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder					
20.Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum					
21.Dünyevi şeyleri elde etmek (ve onları kontrol altında tutmak) benim için önemli değildir					
22.Ölümün insani her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor					
23.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum					
24.Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili olarak teferruatlı bir vasiyet bırakacağım					
25.Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umrumda değil					

10.3. Ek 3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar		
2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer.		
3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir.		
4. Ölüm, dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.		
5. Ölmüş dost veya akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim.		
6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.		
7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.		
8. Ölüm, hayatın anlamlılığını yok eder.		
9. Yalnız (hiç kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkar.		
10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiklerimi tamamen kaybedeceğim.		
11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.		
12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.		
13. Ölümü düşündüğümde yaşama sevincimi kaybederim.		
14. İnsan ölürken, acı çeker.		
15. Arkadaşlarımın ve sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım		
16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır.		
17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissederim.		

10.4.Ek 4. TPÖKÖ Ölçek Kullanım İzni

Re: ÖLÇEK İZİN YAZISI



Faruk Karaca
25.3.2016 (Cum), 23:50
Siz



Yanıtla | v

Elif Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Bu arada Tonya'da mı Trabzon'da mı çalışıyorsunuz. Ben Tonyalıyım ve Tonya'ya sık sık gider gelirim. Tonya'da karşılaşabiliriz. İyi çalışmalar dilekleriyle. Ölçekle ilgili sorun yaşadığınız zaman yardımcı olmaya çalışırım. Hocanıza da selam.
F. K.

Kimden: "elif cengiz" <elifcengiz_ec@hotmail.com>

Kime: fkaraca@atauni.edu.tr

Gönderilenler: 25 Mart Cuma 2016 11:26:06

Konu: ÖLÇEK İZİN YAZISI

Merhaba Prof.Dr. Faruk Karaca,

Karadeniz Teknik Üniversitesi / TRABZON Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları'nda Yüksek lisans öğrencisiyim.Danışman hocam Doç. Dr. Nesrin Nural ile birlikte bir tez çalışması yürütmekteyiz. Geçerlilik Güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Thorson Powell ölüm kaygısı ölçeğini KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON VE ÖLÜM KAYGISI konulu tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.

Yüksek lisans Öğrencisi

ELİF OKUR

10.5. Ek 5. ÖDÖ Ölçeği Kullanım İzni

Re: Ölçek izin



yildizm@cumhuriyet.edu.tr

26.3.2016 (Cmt), 22:58

Siz

Sayın Elif Okur,

Doç. Dr. Nesrin Nural danışmanlığında KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON VE ÖLÜM KAYGISI konulu tez çalışmanızda "Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği"ni kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum.

Prof.Dr. Murat YILDIZ

Email secured by Check Point



Ölçek izin



elif cengiz

26.3.2016 (Cmt), 19:46

yildizm@cumhuriyet.edu.tr



Yanıtla

|

Merhaba Prof.Dr. Murat YILDIZ,

Karadeniz Teknik Üniversitesi / TRABZON Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik İç Hastalıkları Bölümü'ndeYükseklisans öğrencisiyim.Danışman hocam Doç. Dr. Nesrin Nural ile birlikte bir tez çalışması yürütmekteyiz. Geçerlilik Güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği'ni KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON VE ÖLÜM KAYGISI konulu tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.

Yükseklisans Öğrencisi
ELİF OKUR

10.6. Ek 6. Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 96975576 1704
KONU: Araştırma İzni

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
TRABZON

İlgi: 16.04.2014 tarih ve 540/288 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Yüksek Lisans Öğrencisi Elif CENGİZ'in hastanemizde yapmak istediği araştırma uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Doç. Dr. Celal TEKİNBAŞ
Hastane Yöneticisi
Başhekim

16.04.2014 Tıbbi Sekr. P. ÇİTİKASLAN
16.04.2014 Şef Y. KAZANCI
16.04.2014 İd. Mali İşler Müdür Yrd. O. AYDIN
16.04.2014 İd. Mali İşler Müdürü D. GEDİKLİ

Soğuksu Mah. Ahi Evren Göğüs K.D.C.E.A.H.
Tlf: 0462 2310467 Faks: 0462 2310483
Elektronik Ağ: www.ahievren.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi Per. Şube Şefi Yahya KAZANCI
Tlf: 0462 2310467 -2417
E-posta: trabzoneahli@sağlik.gov.tr

10.7. Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde KOAH hastalarında ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu değerlendirmek amacıyla yapılacaktır.

Giriş

Merhaba benim adım Elif CENGİZ. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Bu araştırma KOAH hastalarında ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu değerlendirmek amacıyla yüz yüze anket yöntemiyle uygulanacaktır. Araştırma soruları sizde duygusal dalgalanmalara neden olabilir. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

11.ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859-479
Konu:

Tarih: 15/07/2014

Sayın; Doç.Dr.Nesrin NURAL
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı” başlıklı etik kurul 2014/58 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı”			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2014/58			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nesrin NURAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Elif CENGİZ			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1	Tarih: 30/06/2014
	Doç.Dr.Nesrin NURAL'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Elif CENGİZ'e ait "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı" başlıklı 2014/58 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yüksel ALİYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gülşay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Y.Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Bahanur ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : OKUR Elif
Uyruğu :TC
Doğum tarihi ve yeri:11.06.1986 Havza
Medeni hali : Evli
Telefon : 0462 377 1988
Fax : 0462 377 19 90
e-posta : elifokur@ktu.edu.tr
Yazışma adresi : KTÜ Tonya Meslek Yüksek Okulu

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2009
Lise	Havza Anadolu Lisesi/SAMSUN	2004

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Hemşire	KTÜ Farabi Hastanesi	2009-2011
	Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi	
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2015
2. Öğretim Görevlisi-Karadeniz Teknik Üniversitesi		2015-

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR/BİLDİLER

1. Bulut H, Erdöl H, Yakut T, Zengin G, Cengiz E (9-11 NİSAN 2009). Trabzon il merkezinde çalışan hemşirelerin, Empati Beceri ve Aleksitimi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale (Poster Bildiri).