

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM,

ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ**

METEHAN ÇAYIRCI

DANIŞMAN

Yrd Doç. Dr. Dilek BEYTUT

LEFKE 2022

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM,

ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISININ
BELİRLENMESİ**

METEHAN ÇAYIRCI

Yrd.Doç. Dr. Dilek BEYTUT

LEFKE 2022

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA
ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Lefke Avrupa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Metehan ÇAYIRCI'nın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması 23.09.2022 tarihinde savunulmuş ve jüri üyeleri tarafından başarılı bulunmuştur.

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Şengül Dolu KUBİLAY

Lefke Avrupa Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Ezgi BAĞRIAÇIK

Lefke Avrupa Üniversitesi

Yrd. Doç.Dr. Dilek BEYTUT (Danışman)

Lefke Avrupa Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür Cemal ÖZERDEM

Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma

Enstitüsü Müdürü

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ

Metehan ÇAYIRCI

Yüksek Lisans Tezi, 2022

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek BEYTUT

Ölüm Korkusu her yaş grubundan bireyi olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma KOAH'lı hastalarda ölüm kaygısının belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bir devlet hastanesinin göğüs hastalıkları servis ve polikliniğinde Ocak 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Hastanenin göğüs hastalıkları servisine KOAH tanısı ile başvuran Okur-yazar, 50 yaş üzeri, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 137 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur. 137 hastadan %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile görüşülmesi gereken kişi sayısının 101 olduğu saptanmış olup, örneklem formülüne göre hesaplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ölüm Kaygısı ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların %37'sinin 66-75 yaş aralığında, %64'ünün erkek, %74'ünün evli, %37'sinin köy'de yaşadıkları, %86'sının çalışmadıkları, %57'sinin emekli oldukları, %60'ının sigara kullanmadıkları, %78'inin başka kronik hastalığa sahip oldukları, %71,8'inin hipertansiyona sahip oldukları, %39'unun hastalığa başlangıç yaşının 59 yaş ve altı olduğu, %42'sinin 6-14 yıl arası hastalık süresi olduğu, %92'sinin hastalık hakkında bilgi aldığı, %83,7'sinin doktordan bilgi aldıkları, %36'sının fiziksel gereksinimlerini kısmen karşılayabildiği, %65'inin tedaviye uyum sağladığı, %38'inin dört ve üzeri kez hastaneye yattıkları, %72'sinin ailesinde KOAH öyküsünün olduğu, %65'inin kendisine zarar verici davranışta bulunduğu, %90'ının hastalıkla ilgili yardım ve destek aldığı, %71,1'inin yardım ve desteği çocuklarından aldığı, yaş grubu ile ölüm korkusu arasında, hastalık süresi, fiziksel ihtiyaçlarını karşılayabilme, başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu, ancak cinsiyete, medeni duruma, yerleşim birimine, çalışma durumuna, sigara kullanma durumuna, hastalık başlangıç yaşına, hastalık hakkında bilgi alma, tedaviye uyum sağlama, hastaneye yatış sayısına, ailede KOAH öyküsü olma, kendine zarar verici davranışta bulunma, hastalıkları ile ilgili yardım/destek alma durumuna göre ölüm korkusu puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Ölüm Korkusu, Hastalık Algısı, KOAH'lı Hasta

ABSTRACT

**DETERMINATION OF DEATH CONCERNS IN INDIVIDUALS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE**

Metehan ÇAYIRCI

Master's Thesis, 2022

Advisor: Yrd. Doç. Dr. Dilek BEYTUT

,Fear of Death negatively affects individuals from all age groups. This cross-sectional study was conducted to determine death anxiety in patients with COPD. The research was carried out in the chest diseases service and polyclinic of a State hospital in the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) between January 2021 and May 2021. The population of the study consisted of 137 patients who were literate, over 50 years old, had no communication barriers, and agreed to participate in the study, who applied to the chest diseases service of the hospital with the diagnosis of COPD. 137 patients were calculated according to a sampling formula where 95 % was detected with a safe course and 5% was in the sampling path. The data were collected using the Descriptive Information Form and Death Anxiety Scale was developed by the researcher in line with the literature. As a result, it has been found that 37% of the patients participating in our study are in the 66-75 age range, 64% are male, 74% are married, 37% live in a village, 86% do not work, 57% are retired, 60% of them did not smoke, 78% had other chronic diseases, 71.8% had hypertension, 39% who were 59 years old and below had the age of onset of the disease, 42% had a disease duration of 6-14 years, 92% received information about the disease, 83.7% received information from the doctor, 36% could partially meet their physical needs, 65% complied with treatment, 38% were hospitalized four or more times, 72% had a family history of COPD, 65% had self-harming behavior, 90% received help and support for the disease, 71.1% received help and support from their children. Between age group and fear of death, duration of illness, physical ability to meet their needs, having another chronic disease it was found that there was a statistically significant difference between fear of the disease, gender, marital status, residential area, employment status, smoking status, age of onset of the disease, getting information about the disease, compliance with treatment, number of hospitalizations, family history of COPD, self-harming behavior. However, it was concluded that there was no statistical difference between the fear of death scores according to behaving and getting help/support related to their illness.

Keywords: COPD, Fear of Death, Perception of Illness, Patient with COPD

ÖNSÖZ

Araştırma sürem boyunca sabır, bilgi, deneyim ve her türlü desteği ile yanımda olan, bana yol gösteren ve ilerlememe yardımcı olan, danışmanım Yrd.Doç. Dr. Dilek BEYTUT’a teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Bu süreç boyunca kendimi akademik anlamda geliştirmemde bana katkı sağlayan, harcadıkları emeğe şükran duyduğum Lefke Avrupa Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans bölümünün akademik kadrosundaki tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım. Master tez çalışmamın veri toplama kısımlarında gerekli olan ölçek uygulamaları ve görüşmelerin yapılabilmesi için gereken her türlü kolaylığı sağlayan Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi çalışanlarına ve tüm katılımcılara içtenlikle teşekkür ederim.

Son olarak master çalışmalarım ve tezimin her aşamasında yanımda olan, her türlü desteği sağlayan, bana huzurlu bir çalışma ortamı sunan, tezimi tamamlayabilmem için maddi ve manevi katkıları ile sürekli olarak beni motive eden, beni yetiştiren, her türlü desteklerini her zaman hissettiğim, ihtiyaç duyduğumda her an yanımda olan ve desteğini hep hissettiğim sevgili eşim Medine Çayırıcı’ya aileme, arkadaşlarıma ve benim üzerimde emeği olan tüm hocalarıma şükran ve minnet borçlu olduğumu belirtirim.

Metehan Çayırıcı

Lefke, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR.....	xi
BÖLÜM I: GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
BÖLÜM II: KURUMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ)	4
2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı	4
2.1.2. KOAİ Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2.1. Prevalans	5
2.1.2.2. Mortalite	5
2.1.2.3. Morbidite	6
2.1.3. KOAİ Fiziopatolojisi	6
2.1.4. Risk Faktörleri	7
2.1.4.1. Sigara Kullanımı	7
2.1.4.2. Mesleki Tozlar ve Kimyasallar	8
2.1.4.3. Yaş ve Cinsiyet	9
2.1.4.4. Genetik Faktörler	9
2.1.4.5. Sosyoekonomik Durum.....	9
2.1.4.6. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi	9
2.1.4.7. Astım ve Hava Yolu Hiperaktivitesi.....	9
2.1.4.8. Kronik Bronşit	9
2.1.4.9. Enfeksiyonlar.....	10
2.1.5. KOAİ'nin Belirtileri	10

2.1.5.1. Dispne	10
2.1.5.2. Kronik Öksürük	10
2.1.5.3. Balgam	10
2.1.5.4. Hışıltı (Weezing)	11
2.1.5.5. Kardiyovasküler Semptomlar	11
2.1.5.6. Diğer Semptomlar	11
2.1.6. KOAH'ın Tedavisi.....	11
2.1.7. KOAH ve Hemşirelik	11
2.2. Ölüm Kaygısı	12
2.2.1. Tanımı	13
2.2.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri	14
2.2.2.1. Duygusal Bileşen	14
2.2.2.2. Bilişsel Bileşen	15
2.2.2.3. Motivasyonel Bileşen.....	15
2.2.3. Ölüm Kaygısı Kuramları ve Yaklaşımları	15
2.2.3.1. Psikodinamik Yaklaşımlar	15
2.2.3.2. Varoluşsal yaklaşımlar	16
2.2.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar	17
2.2.3.4. Dehşet Yönetim Kuramı	17
2.2.4. Ölüm Kaygısına Yönelik Geliştirilen Savunmalar	17
2.2.4.1. Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar	18
2.2.4.2. Bireysel Savunmalar / Psikolojik Savunmalar	18
2.2.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Etmenler	19
2.2.5.1. Yaş	19
2.2.5.2. Cinsiyet	19
2.2.5.3. Medeni Durum.....	20
2.2.5.4. Ruhsal Hastalık	20
2.2.5.5. Fiziksel Hastalık	21
2.2.5.6. Meslek	21
2.2.5.7. Gelir düzeyi	22
BÖLÜM III: YÖNTEM	23

3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	23
3.3.2. Örneklem.....	23
3.3.3. Veri Toplama Araçları	24
3.3.4. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1).....	24
3.3.5. Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK 2).....	24
3.4 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	25
3.5 Araştırmanın Etik Yönü.....	25
BÖLÜM IV: BULGULAR	26
BÖLÜM V: TARTIŞMA.....	39
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Ölçeğine Göre Bulgularının Tartışılması	39
5.2. Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Bulgularının Tartışılması	40
5.3. Katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	40
5.4. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	41
5.5. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	41
5.6. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	42
5.7. Katılımcıların Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	43
5.8. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	43
5.9. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	44
5.10. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşına Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	44
5.11. Katılımcıların Hastalık Süresine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	45

5.12. Katılımcıların Hastalık Hakkında Bilgi Alma Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	45
5.13. Katılımcıların Fiziksel Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	46
5.14. Katılımcıların Tedaviye Uyuma Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	46
5.15. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	47
5.16. Katılımcıların Ailede KOAH Öyküsü Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	47
5.17. Katılımcıların Kendine Zarar Verici Davranışta Bulunma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	48
5.18. Katılımcıların Başka Kronik Hastalık Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması	49
5.19. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Yardım/Destek Alma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	49
BÖLÜM VI: SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKÇA	55
EKLER	66
Ek 1: Sosyodemografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu	66
Ek 2: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	68
Ek 3: Etik Kurul İzni.....	70
Ek 4: Hastane Etik Kurul İzni.....	72
Ek 5: Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Kullanım İzni.....	73
Ek 6: Hasta Onam formu.....	74
Ek 7: İntial Bildirim Formu.....	75

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı grafiği.....	26
Tablo 2: Katılımcıların hastalığa ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı.....	28
Tablo3: Katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları.....	29
Tablo 4: Katılımcıların yaş grubuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 5: Katılımcıların cinsiyetine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 6: Katılımcıların medeni durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması:	31
Tablo 7: Katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 8: Katılımcıların çalışma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 9: Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 10: Katılımcıların hastalık başlangıç yaşına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 11: Katılımcıların hastalık süresine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 12: Katılımcıların hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 13: Katılımcıların fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 14: Katılımcıların tedaviye uyum göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 15. Katılımcıların hastaneye yatış sayısına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 16: Katılımcıların ailede KOAH öyküsü durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	36

Tablo 17: Katılımcıların keline zarar verici davranışta bulunma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 18: Katılımcıların başka kronik hastalık durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 19: Katılımcıların hastalıkla ilgili yardım/destek alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: KOAH'ın etiyoloji, patoloji ve patofizyolojisi	7
---	---

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

TDK: Türkiye Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Problemi

Kronik Obstürktif Akciğer Hastalığı (KOAH), başta sigara olmak üzere zararlı partikül ve gazlara karşı akciğerin ve solunum yollarının kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili, ilerleyici ve kalıcı hava akımı sınırlaması ile belirli, akciğer fonksiyonunda düşmeye yol açan bir hastalıktır. Bu hastalık önlenabilir ve tıbbi imkanlar doğrultusunda tedavi edilebilir bir durumdur (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2020).

KOAH tüm dünya ülkelerinde artan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında KOAH, 3.17 milyon kişinin ölümüne neden olmuş ve bu hastalık tüm ölümlerin %5'ini oluşturmuştur (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2017). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasına göre Türkiye’de KOAH görülme sıklığı %5.3 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre ölüme sebep olan hastalıklar arasında kronik solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2017). Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti’nde ise KOAH’ a ilişkin yeterli kayıt tutulmadığından ve spirometrik ölçüm yapılmadığından resmi veriler ve çalışmalar bulunmamaktadır.

KOAH, hastaların, fiziksel ve psikolojik olarak bir dizi rahatsız edici belirtiler yaşamasına neden olmaktadır. Hastalık ilerledikçe, hastalar hem işlevsel hem de bilişsel performansta değişiklik yaşamaktadır (Jenkins vd., 2019). KOAH’ın en belirgin fiziksel belirtileri; nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarmadır. Nefes darlığı, hastalar tarafından, nefes almak için daha çok çaba harcama, bunalma ve hava açlığı olarak tanımlanmaktadır. Nefes darlığı hastaların günlük aktivitelerinde kısıtlanmaya, yaşam kalitesinde bozulmaya kaygı ve depresyona neden olmaktadır (Arseven, 2002; Başıyigit, 2010; Tel- Aydın vd., 2012; Strang vd., 2014).

Anksiyete doku oksijen ihtiyacını artıran bir eylem olup, oksijen yokluğu çeken bireylerde tabloyu zorlaştırır. Endişe ve korku tanımlaması olan kaygı duygusuna

vücut ile birtakım duyumlar eşlik edebilir. Terleme, göğüs sıkışması, kalpte çarpıntı, baş ağrısı, hemen tuvalete gitme ihtiyacı, midede boşluk hissi kaygı durumlarının belirtileri olarak kabul edilir. Tüm bunların yanı sıra, dolanıp durma isteği ve huzursuzluk da sık görülen belirtilerdendir (Çam ve Engin, 2014).

KOAH hastalarında kaygı belirtilerinin yaygınlığının %2-50 arasında değiştiği belirtilmektedir (Mikkelsen vd., 2004). Dünya’da ve Türkiye’de yapılan birçok çalışma KOAH hastalarının kaygı yaşadıklarını göstermektedir (Korkmaz ve Tel, 2010; Nal vd., 2016; Strang vd., 2014; Tselebis vd., 2016; Jenkins vd., 2019). Nefes darlığı, KOAH olan bireylerde kaygının temel nedenidir (Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 2012). Kapısız ve Eker ’de (2018) çalışmalarında şiddetli nefes darlığının KOAH hastalarında kaygının önemli bir yordayıcısı olduğunu belirlemişlerdir. Bunun yanında kaygının nefes darlığı gibi fiziksel belirtileri de etkilediği bilinmektedir (Suh vd., 2013). Özellikle nefes darlığı sırasında ortaya çıkan hava açlığı hastalarda panik derecesine varan kaygı ve beraberinde «ölüm korkusunun» yaşanmasına sebep olmaktadır (Çevirme, 2008).

Ölüm, Türk Dil Kurumu (TDK) Biyoloji Terimleri Sözlüğünde “canlılarda yeniden başlamamak üzere bütün hayati olayların son bulması olarak tanımlanır. Büyük Türkçe Sözlükte ise “bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedî uyku” olarak tanımlanmaktadır. Ölüm kaygısının herkes tarafından kabul gören ve evrensel bir tanımı bulunmamaktadır (www.tdk.gov.tr).

Özellikle korku ve kaygı ifadelerinin birbirinin yerine kullanılması ve aynı tecrübeyi yaşıyor imkanı vermesi ölüm kaygısını tanımlamayı daha da zor hale getirmektedir. Tamamen yok olmayla alakalı bir duyguyu ifade ederken ölüm kaygısı, ölüm korkusu da ölümün korkunç bir durum olduğuna karşı duyduğumuz somut inanç da olarak kabul edilmektedir (Sarıkaya, 2013). Chuin ve Choo’nun (2010) bildirdiğine göre, bireylerin yaşadığı ölüm kaygısı psikolojik olgunluk, ani bir kayıp, yaş, olgunluk gibi birçok sebepten etkilenebilmektedir.

KOAH hastalarında nefes almakta zorluk ile beraber yaşanan kaygının ölüm kaygısına neden olduğu belirtilmektedir (Strang vd., 2014). İnce (2011) ve Güçlü (2018), çalışmalarında KOAH hastalarının orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada KOAH hastalarının yüksek düzeyde ölüm

kaygısı yaşadıkları bulunmuştur (Nal vd., 2016). KOAH hastaları ile yapılan niteliksel bir çalışmada hastalar ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar yeterince hava alamamanın ölüm kaygısına neden olduğunu ve bu kaygının günlük yaşamlarını sınırladığını ifade etmektedirler (Strang vd., 2014).

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, KOAH'lı hastalarda ölüm kaygısının belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

KOAH ile ilgili yapılan çalışmalar, kaygısı yüksek olan hastalarda yaygın anksiyete bozukluğu görülme riskinin (Hill vd., 2008; Hynninen vd., 2005) hastalığın alevlenme riskinin (Laurin vd., 2012), ve ölüm riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Lou vd., 2014). Bu nedenle, bu hastaların ölüm kaygısının değerlendirilmesinin, ölüm kaygısıyla baş etmede destek olunması, ruhsal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti'nde konu ile ilgili bilimsel bir veriye rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, ülkede konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacağını söyleyebiliriz. Ayrıca, KOAH'lı hasta ile çalışan profesyonellere, KOAH ve ölüm kaygısı ile ilgili yapılacak çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

BÖLÜM II

KURUMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)

2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı

KOAİ, hastalığının tanımı ilk olarak 1995 yılında Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Toraks Derneği (ERS)'nin yayınladığı rehberlerde yapılmıştır. Her iki derneğe göre; KOAİ, “kronik bronşit ve amfizeme bağlı olarak ortaya çıkan ve ilerleme ihtimali yüksek olan aynı zamanda geri dönüşümlü olabilen bir hastalık” şeklinde tanımlanmıştır (Akyıl 2012).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease “(GOLD)” 2001 yılında yayınlamış olduğu rehberde ise KOAİ; akciğerlerde hava kısıtlanması özelliğın ilerleyici aynı zamanda bunun tam olarak geri dönüşümü olmayan olarak tanımlamış ve bu hastalığın patogenezi akciğerlerde zararlı gaz ve partiküllere karşı gelişen kronik inflamatuvar yanıt ile ilişkilendirilmiştir (Kaya, 2021; Aksoy, 2019; Akyıl 2012). Aynı kuruluş 2006 yılında, bu hastalığın tedavisi edilebilir-önlenebilirliğının olduğunu vurgulamış ve hastalığın sistematığından bahsedilmiştir. KOAİ'nin tedavi edilmesinde önemli çalışmalarda bulunan GOLD'un, 2017 yılında yayınladığı çalışmada; KOAİ'nin, hastalığa bağlı solunumsal semptomların ve hava yolu kısıtlanmasının kalıcı bir etkiye sahip olduğunu vurgulamış ve altını çizmiştir. Aynı kuruluşun 2021 yılında KOAİ'nin tanımını; hava yolu ve alveolar değışikliklere bağlı hava akımı kısıtlanması ile karakterize genellikle zararlı gaz ve partiküllere önemli ölçüde maruz kalma sebebiyle oluşan ve anormal akciğer gelişimi gibi yapısal değışikliklerden de etkilenen yaygın, tedavi edilebilir ve önlenebilir bir hastalıktır.” (akt.: Kaya, 2021; Türkan, 2012) olarak yapmıştır.

Hastalığın; klinik, genetik, sosyal, çevresel gibi birçok sebebi olduğu ve bu sebeplerin kişiden kişiye göre değışiklik gösterdiği için hastalık ile ilgili zamanla heterojen kavramlarının ortaya atılmasına neden olmuştur.

Bilim insanlarına göre KOAİ, tek bir hastalığa verilen isim değildir. Bireylerin yaşamış olduğu bu sorun, akciğer hava akışında sınırlamalara ya da tamamen

kesilmesine neden olan birçok hastalığın tek çatı altında toplanmasıdır. Aynı zamanda, akciğer kanseri, metabolik rahatsızlıklar ve kardiyovasküler rahatsızlıklar, komorbiditelerle birliktedir. Saydığımız bu hastalıkların kış aylarında meydana gelen komorbiditeler ve alevlenme hastalıkları üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır (Türkan, 2012).

2.1.2. KOAH Epidemiyolojisi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de KOAH, gün geçtikçe hızlı bir artış göstermektedir. Bu durum dünya ve ülkeler için ağır bir sosyo-ekonomik yüke sebep olmaktadır. KOAH mortalitesi ve morbidite oranları coğrafyadan coğrafyaya, ülkenden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir (Kocabaş, vd., 2014). Yapılan araştırmalar; dünya nüfusunun büyük bir bölümünün ilerleyen tarihlerde bu hastalıktan mustarip olacağını ve dünyanın sosyo-ekonomik yükünün artacağı ortaya koymuştur.

2.1.2.1. Prevalans

KOAH prevelans verileri; tanılama kriteri, kullanılan araştırma metodu ve analitik yaklaşımlardaki farklılıklardan dolayı çeşitlilik gösterebilmektedir. Yapılan araştırmalarda, dünya genelinde son yıllarda KOAH prevelansında ciddi bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. KOAH prevelansı 40 yaş üstü bireylerde, erkeklerde ve sigara içen insanlarda çok daha fazla görülmektedir (Keleş, 2020). GOLD'un 2017 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre; KOAH prevalansı %10,1, kadınlarda %8,5, ve erkeklerde %11,8 olarak verilmiştir. Türkiye'de KOAH prevalansı ile ilgili yapılmış olan çalışma oldukça sınırlıdır. Lakin bazı araştırmalarda KOAH prevalansının %19.2 olduğu bilinmektedir (Akyıl, 2012).

2.1.2.2. Mortalite

ABD'de yapılan bir araştırmada 1965-1968 yıllarında serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklarından ölüm oranı %60 oranında azalma gösterirken aynı yıl aralığında KOAH' a bağlı ölüm oranı %163 artmıştır. Eski dönemlerde ABD'de KOAH nedeni ile erkek nüfus oranı daha yüksek olmasından dolayı "erkek hastalığı" olarak isimlendirilmiştir. Ancak son zamanlarda bu hastalıktan ölen kadın sayısı erkeklere yaklaşmıştır (Kocabaş, vd., 2014).

KOAH tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de ölüme neden olmaktadır. KOAH bireylerin yaşam ömrü sağlıklı bireylere göre ortalama 8 yıl daha kısa

olabilmektedir. Bu durum da hastaların gelecek beklentilerini etkilemektedir (Bingöl ve Çağatay, 2016).

Dünya Sağlık örgütünün 2002 yılında yayınladığı rapora göre; KOAH hastalığından ölüm nedeni tüm dünyada beşinci sırada yer almaktadır. DSÖ 2004 yılında yayınladığı raporda KOAH hastalığının en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almıştır. Aynı raporda KOAH hastalığının hızına bağlı olarak 2030 yılında bu hastalığın üçüncü sırada yer alacağı ve 4.5 milyonu geçeceği tahmin edilmektedir (Keleş, 2020; Aryal, 2014).

GOLD'un 2019 yılında yayınladığı raporuna göre ise her yıl dünya genelinde 3 milyon insan bu hastalıktan ölmektedir.

Türkiye’de yapılan araştırmalara göre; ölüm sebepleri arasında KOAH üçüncü sırada yer almaktadır (Akturan ve ark., 2019; Satman ve ark., 2021).

ABD ve Kanada’da yayınlanan çalışmalara göre, KOAH hastalığından ölen insan sayısında artış görülürken, Avrupa ülkelerinde tam tersi veriler ile karşılaşmıştır.

2.1.2.3. Morbidite

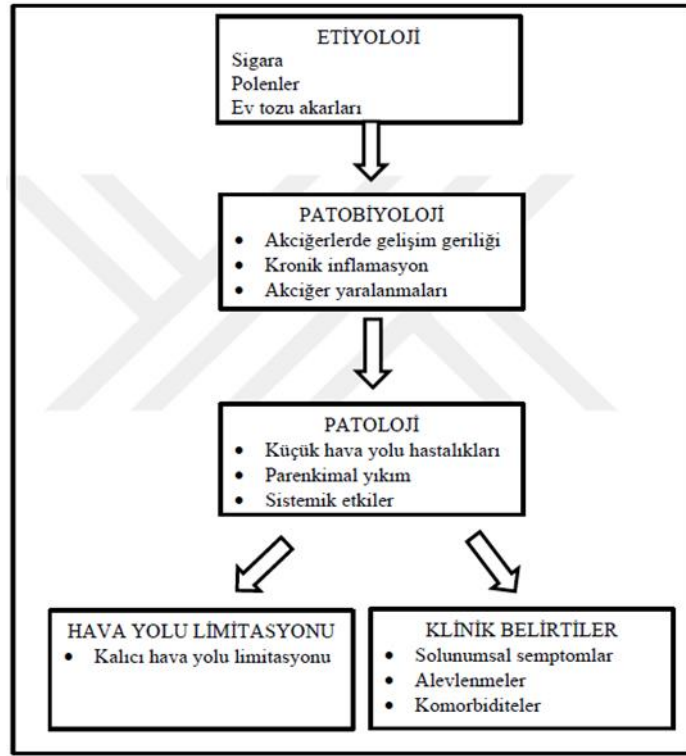
Morbidite verileri; acil başvuruları, hastane yatışları ve poliklinik sayıları gibi ölçütler ile elde edilir. Aynı zamanda bu hastalara muayene esnasında tanı konulamayabilmektedir. Bunun temel sebebi ise KOAH’a ilişkin fizik muayene bulguları ve solunum semptomları ile hastalığın şiddeti arasında süre gelen paralellik olmamasıdır (Türkan, 2012). Sıklığı az olmakla birlikte KOAH tanısı olamayan bireylerde “kurtarıcı tanı” olarak bu tanı konulmaktadır. Hastalara gerek tanı konulamaması gereksede kurtarıcı olarak bu tanının konulmasından dolayı net sayılara ulaşmak zorlaşmaktadır (Türkan, 2012; Akyıl 2012).

TÜİK’in 2011 yılında yayınlamış olduğu raporda 211.545 kişinin KOAH hastalığından dolayı hastanelere başvurduğu ve tedavi gördüğü bildirilmiştir.

2.1.3. KOAH Fizyopatolojisi

KOAH hastalığında bireylerde görülen kapsamlı değişiklikler, büyük ve küçük solunum yollarında ve akciğer parankiminde meydana gelir. Bireylerde görülen hava akımının azalması KOAH hastalığının karakteristik özelliğidir. Buna neden olan temel etmen ise hava yolları obstrüksiyonudur. Amfizem de lveol duvarının yıkımı sonucu

hava yollarında anormal kalıcı genişlemeler, kronik bronşit ve astım meydana gelmektedir(Aksoy, 2019, Keleş, 2020).



Şekil 1: KOAH'ın etiyoloji, patoloji ve patofizyolojisi (Kaya, 2021)

2.1.4. Risk Faktörleri

Yapılan araştırmalarda KOAH hastalığının birçok nedeni olduğunu ortaya koymuştur. Bu sebeplerin başından sigara kullanımı gelmektedir. Sigara kullanımı dışında; biyokitle yakıtları, hava kirliliği, kimyasallar ve mesleki tozlarda KOAH gelişiminde rol oynamaktadır (Akıncı ve Pınar, 2011). Aynı zamanda yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, ciğerlerin büyüme - gelişimi ve genetik faktörler de risk faktörleri arasında değerlendirmektedir.

2.1.4.1. Sigara Kullanımı

Yapılan araştırmalar, sigara kullanımının; KOAH hastalığı için en büyük riski oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bilim insanlarına göre, sigara kullanan bireylerin %20'sinde KOAH hastalığı belirtileri görülür ve bu bireylerin hastalığa yakalanma olasılığı yüksektir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında, KOAH hastalarının çoğunluğunun, sigara kullanıcısı olduğu ve sigara kullanımının KOAH

hastalığında ana tetikleyici unsurlar arasında yer aldığını vurgulamaktadır (Kara ve Aşti, 2002).

KOAH prevelansı ile tütün mamullerinin kullanımı arasında doğru bir orantı mevcuttur. Zira yapılan araştırmalarda, tütün ürünlerinin azaldığı bölgelerde KOAH'ın görülme oranında azaldığı gözlemlenmiştir (Akyıl, 2012). Bu duruma örnek olarak; İspanya'da yapılan KOAH prevelansı araştırmasında, tütün mamullerinin azaltılması sonucu olarak KOAH hastalarında %50 azalma görülmüştür (Celli 2004; Divo 2012).

Son yıllarda, Türkiye'de yapılan sigara bıraktırma çalışmalarında, olumlu sonuçlar alınmasına karşın istenilen etkiye ulaşılamamıştır. Zira diğer ülkeler ile Türkiye karşılaştırıldığında Türkiye'de sigara kullanımı halen yaygın ve tehlikeli boyutlardadır.

2.1.4.2. Mesleksel Tozlar ve Kimyasallar

Mesleki tozlar ve kimyasallar, bireyin yeterli sürede maruz kalması sonucunda KOAH hastalığına neden olabilmektedir. Bireylerin maruz kaldığı bu dış etkenler hem sigara içenlerde hem de sigara içmeyenlerde KOAH hastalığının görülmesine neden olabilmektedir. Lakin sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylere göre KOAH hastalığına yakalanma riski daha yüksektir. Partiküller, iritanlar, organik tozlar ve diğer duyarılaştırıcılarla karşılaşmalar havayolu hiperaktivitesine neden olabilir (Türkan, 2012: 16; Kocabaş, vd., 2014).

Yapılan araştırmalar KOAH hastalarının yaklaşık %20'sinin bu hastalığa kapılmasının nedenini mesleki tozlar ve kimyasallara bağlamaktadır (Akıncı ve Pınar, 2011). Aynı zamanda bu oran sigara kullanan ile mesleki tozlar ve kimyasallar maruz kalan bireyler ile birleştirildiğinde %30'a kadar çıkmaktadır. KOAH riski yüksek olan meslekler arasında:

- Metal işçiliği,
- Maden işçiliği,
- Kağıt üretimi,
- Tahıl üretimi,
- Ulaşım sektörü,
- Çimento üretimi,
- Tekstil gibi işlerde çalışma gelmektedir.

2.1.4.3. Yaş ve Cinsiyet

Bilim dünyasına göre; yaş, KOAH hastalığında önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. KOAH hastalığına neden olup ya da olamayacağı net bir sonuca bağlanamamıştır (Keleş, 2020). Fakat yaşa bağlı olarak akciğerlerde meydana gelen yapısal değişiklikler ve buna bağlı olarak fonksiyon kayıpları da göz önünde bulundurulması gereken bir gerçektir.

2.1.4.4. Genetik Faktörler

Bilim insanlarına göre, genetik faktörler; KOAH hastalığında önemli bir yer tutmaktadır. Genetiğin KOAH hastalığına ilişkin en iyi bilinen risk faktörü alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir. Yapılan çalışmalarda KOAH hastalarının %1-2'sinde AAT eksikliği görülmektedir. Dünya nüfusunda, AAT eksikliğinde çok küçük bir kısmında görülmektedir. Fakat AAT eksikliği olan bireylerin, uzun süreli dış risk faktörleri birlikte bulundurulması KOAH hastalığının riskini artırmaktadır (Kara ve Aştı, 2002).

2.1.4.5. Sosyoekonomik Durum

Düşük sosyoekonomik durum bireylerin; sigara dumanına maruz kalma, erken yaşta sigaraya başlama, sık enfeksiyon geçirme, sağlıklı olmayan iş yerinde çalışma, kötü beslenme vb. faktörleri içermektedir. Bireyin bu ve buna benzer faktörlere maruz kalması KOAH hastalığına yakalanma riskini artırmaktadır (Keleş, 2020).

2.1.4.6. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi

Akciğer büyümesi ve gelişmesi bireyin hemen hemen her döneminde görülen bir olgudur. Bireyin yaşamında akciğerlerin büyümesi ve gelişmesini etkileyecek herhangi bir olgu KOAH hastalığına yakalanma riskini de artırmaktadır (Kocabaş, vd., 2014).

2.1.4.7. Astım ve Hava Yolu Hiperaktivitesi

Bilim insanlarına göre, astım hastalığı; KOAH hastalığı için önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır (Kocabaş, vd., 2014; Akıncı ve Pınar, 2011). GOLD'un 2019 yılında yayınladığı rapora göre; Astım hastalarının KOAH olma olasılığı, diğer bireylere oranla 12 kat daha fazladır (Gold, 2019).

2.1.4.8. Kronik Bronşit

Kronik bronşit ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda, hastalığın akciğerlerde herhangi bir fonksiyon kaybına yol açmadığı belirtilmiştir. Ancak son yıllarda yapılan

çalışmalarda mukus hipersekresyonu ile FEV1'deki azalma arasında bir ilişki bulunduğu ve bunun sonucu olarak kronik bronşitin KOAH hastalığına neden olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda özellikle sigara içen kronik bronşit hastalarının KOAH hastalığına yakalanma riskinin yüksek olduğunun sonucuna varılmıştır (Akyıl 2012; Kara ve Aştı, 2002).

2.1.4.9. Enfeksiyonlar

Enfeksiyonlar (bakteriyal ya da viral), KOAH hastalığında önemli risk gurubunda yer almaktadır. Akciğerde meydana gelecek herhangi bir enfeksiyon durumu, KOAH hastalığının tetikleyicisi olabilir ya da var olan KOAH hastalığının, ilerlemesine neden olabilmektedir (Akıncı ve Pınar, 2011).

2.1.5. KOAH'nın Belirtileri

2.1.5.1. Dispne

KOAH'da en çok görülen belirtilerden biri Dispne'dir. (Viegi vd., 2007; Keleş, 2020). Hatta hastaların çoğunluğunun hastaneye gitmesinde temel etkindir. Bireylerin aktivitelerini sınırlandıran, nefes almasını zorlaştıran, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu semptom, KOAH'ın ilk evrelerinde aktivite ile ortaya çıkmaktadır. KOAH'ın ileri evrelerinde birey dinlenirken bile görülmektedir (Bal zkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2013). Bu nedenle, bireyler bazen aktiviteleri daha yavaş yaparak dinlenirler veya bazı aktivitelerden kaçınırlar. Bu yüzden, KOAH'lı bireyler farkında olmadan dispne oluşmasının önüne geçmek için yaşam tarzlarını değiştirirler. Bu da bireylerde fiziksel sakatlık/yetersizlik, ya da psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (il Akıncı ve Pınar, 2011; GOLD, 2017; Akyıl 2012).

2.1.5.2. Kronik ksrk

KOAH'lı hastalarda görülen ilk belirtidir. Bireyler genelde öksürüğü ilk başlarda önemsemez ve geçici olduğunu dşnrlar. Öksürük başlarda aralıklıdır, ancak giderek sıklaşır. Öksürüğün asıl nedeni, inflamatuvar hücrelerden salınan maddelerin (mukus) hava yollarındaki sinir uçlarını etkilemesinden kaynaklanır. (Bal zkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2017).

2.1.5.3. Balgam

Balgam ıkartma ilk başlarda sadece sabahları görülürken ilerleyen tarihlerde gün içerisinde görülmeye başlayan semptomlar arasında yer alır. KOAH'lı hastalarda balgamın kıvamı oldukça yoğundur. Balgam yapışkan özellik gösterir ve beyaz-gri

renktedir. Başka bir nedene bağlı olmaksızın, en az iki yıl boyunca üç veya daha fazla ay devamlı balgam çıkartma kronik bronşitin tanımıdır. Başlangıçta azdır, ilerleyen evrelerde daha sık ve daha fazla balgam çıkarılır (GOLD, 2017).

2.1.5.4. Hışıltı (Weezing)

Solunum sırasında soluk verirken çıkarılan hırıltı sesidir. Erken görülen belirtiler arasında yer alan hışıltı, hastalarda günden güne değişiklik gösterebilmektedir. Bu belirti, Genelde sabahları ya da egzersizle ortaya çıkar. Alevlenme dönemindeki bronşiyal konstrüksiyona veya aşırı sekresyonun varlığı durumunda geniş hava yollarından geçiş anındaki türbülant hava akımı nedeniyle gelişir (Atasoy, 2010).

2.1.5.5. Kardiyovasküler Semptomlar

KOAH'ın ağır evrelerinde sağ kalp yetmezliği ve korpulmonale nedeniyle periferik ödem ve diğer semptomlar görülür (Bal Özkaptan ve Kapucu,2015; Booker, 2010).

2.1.5.6. Diğer Semptomlar

KOAH'ın ağır evrelerinde aktivite intoleransına bağlı kas zayıflığı, kilo kaybı, hareketsizliğe bağlı sindirim sisteminde değişiklikler, iştahsızlık, yine anksiyete, depresyon, , yorgunluk ölüm korkusu gibi semptomlar görülmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015).

2.1.6. KOAH'ın Tedavisi

KOAH tedavisinde farmakolojik (aşılama, ilaç tedavisi) ve farmakolojik olmayan (sigaranın bırakılması, mesleki maruziyetin önlenmesi, iç ve dış ortam kirliliğinin önlenmesi fiziksel aktivite, pulmoner rehabilitasyonun) yöntemler kullanılmaktadır (Burkhardt ve Pankow, 2014; Sungur, 2017).

2.1.7. KOAH ve Hemşirelik

KOAH hastalığında hemşirelerin görevi son derece önemli bir yere sahiptir. Hemşireler KOAH hastalarının semptomlarının kontrolünde, egzersiz kapasitelerinin artırılmasında, hastane yatışlarının azaltılması gibi konularda büyük rol oynamaktadır. Türkiye'de KOAH hastalarına iki türlü bakım verilmektedir. Bunlar evde ve hastane bakım hizmetleridir. Hemşire bakım modellerini kullanarak, hastanın öz-bakım ve motivasyonunun yükseltmesiyle, öz-etkililiklerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Özkaptan, 2013; Akdemir ve Birol, 2005)

Türkiye’de yapılan bir çalışmada astım ve KOAH hastalarının yönetiminde %68 hemşirelerin rol oynadığını göstermektedir. Bu da hemşirelerin KOAH hastaları için ne denli önemli olduğunun en büyük göstergesidir. Aynı zamanda hemşireler farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlarda da önemli bir yere tutmaktadır.

Zakrisson ve ekibinin 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin KOAH hastalarının tedavisinde pozitif bir etkiye sahip olduklarını ortaya koymuşlardır.

Benzer bir çalışma ise Wood-Baker (2012) ve ekibi tarafından yapılmış ve KOAH hastalarının iyileşme sürecinde hemşirelerin pozitif ekibinin altı çizilmiştir.

Hemşirelerin; KOAH hastasının, güvenliğini sağlamak, korumak, eğitim vermek, sürekli olarak kendisi ile pozitif konuşmalar yapmak gibi görevleri vardır (Özkan, 2010). Aynı zamanda KOAH hastasının hastalığının ilerlememesi ve tedaviye uyum sağlaması için hasta yakınlarının eğitimi ve rehberliği de hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır.

2.2. Ölüm Kaygısı

Ölüm korkusu bireyin bu dünyada olan varoluşunun sona ereceği gerçeği karşısındaki tutumudur. Araştırmacılara göre çalışmaların çoğunda ölüm korkusu ile ölüm kaygısının tanımları birbirine karıştırıldığı ve bunun son derece yanlış olduğudur (Ditfurth, 1991). Zira araştırmacılara göre kaygı ve korku arasında farklar bulunmaktadır. Bu farkların başında da her iki kavramın bireylerde farklı duygulara neden olmasıdır. Korkunun kaynağı belirli ve somut iken kaygıda böyle bir şey söz konusu değildir.

Ölüm düşüncesi insan yaşamının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bunun yanında yapılan araştırmalar ölüm düşüncesinin insan psikolojisi üzerine olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur. İnsan ruh ve akıl sağlığını korumak için ölüm kavramının sınırlarını bilmesi şarttır. Türkiye’de bugüne kadar ölüm kavramına gerekli önemin verilmediği ya da yeterince ilgilienilmediği fakat son zamanlarda ölüm kavramı üzerine yapılan araştırmaların arttığı görülmektedir (Sezer ve Saya, 2009).

Bireyin, ölüm karşısında denge ve uyumunu kaybetmesi, kaygıyı artırmakta ve hayata ayak uydurması güçleşebilmektedir. Kimi araştırmacılar ise ölümün insanı kaygıya sürüklemesinin yanında bireylerin varoluşuna anlam kattığını da savunmaktadır. Bireyin ölümü bilmesi kendisini hayata bağlar ve hayatı dolu dolu

yaşamaya başlar. Bireyin ölümü kabullenmesi ise ruh halini olumlu yönden etkilemektedir (Ditfurth, 1991).

Varoluşçu psikoterapistlerin yapmış oldukları tanıma göre; kişinin ölümü bilmesi; çevresi ile iyi geçinmeye ve kalan günlerini iyi değerlendirmesine neden olabilmektedir. Ölümün insanlar üstünde pozitif bir etkisinin olduğunu savunmak son derece zordur. Ölümüm, bireyi hayata bağlayan ve canlı olmasını sağlayan tek gerçek olduğu da unutulmamalıdır (İlgar ve İlgar, 2019).

2.2.1. Tanımı

Ölüm korkusu oldukça geniş bir tanıma sahiptir ve bireylerde doğumdan itibaren olan ve bireyin ömür boyu taşıdığı, bireyin kendisinde bulunan bütün korkuların temelinde yatan aynı zamanda bireyin, karakterini gelişiminde önemli bir yere sahip olan duygudur (Akça ve Köse, 2008; Canetti, 2007; Karaca, 1997).

Araştırmalar ölüm kayısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Bilim adamları bu boyutlar arasında en çok;

- yalnızlık korkusu,
- belirsizlik,
- yakınlarını yitirme korkusu,
- kişisel kimliği kaybetme korkusu,
- ölüm sonrası cezalandırılma korkusu (ahiret inancına dayalı),
- denetimi kaybetme korkusu,
- bedenini kaybetme,
- acı duyma korkusu,

üzerinde durmuşlardır. Bu boyutları detaylı olarak incelemek araştırmanın daha iyi anlaşılması açısından önemlidir.

Yalnızlık korkusu: Bireyin hastane ya da benzer bir yerde tedavi altındayken yakınlarından uzak durma zorunluluğunda ortaya çıkan ölüm kaygısıdır. Bu durum bireyin terk edildiğini düşünmesine neden olmaktadır. Bilim insanları bu korkunun insanların kendisinden uzak durmasıyla pekiştirir (Hökelekli, 2008).

Belirsizlik korkusu: Birey sonunun ne olacağını kestirmemesinden doğan korku türüdür. Kişinin yaşadığı bu belirsizliğin temelinde korku ve kaygı yatmaktadır.

Yakınlarını kaybetme korkusu: Bireyin bu korkusunun temelinde sevdiklerini bir daha göremem ve onlar ile beraber olamam düşüncesi yatmaktadır. Kişide oluşan bu düşünce korku ve kaygıya neden olmaktadır.

Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Kişide yaşanan rahatsızlık sevdiklerinden ve çevresinden uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Bu durum karşısında bireyde sevdiklerini bir daha göremeyeceğim düşüncesi oluşmasına neden olmaktadır. Bu tür bir durum, kişinin özsaygısını yitirme, ümitsizliğe düşme ve değersizlik düşüncelerinin gelişmesine neden olmaktadır.

Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Bu korku genelde ahiret inancı olan dinlere mensup bireylerde görülmektedir. Bu korkunun temelinde bireyin diğer dünyada işkence ile cezalandırılma yatmaktadır.

Denetimi kaybetme korkusu: bireyin öleceğini bilmesi, kendisinde vücut denetimini etkileyebilmektedir. Araştırmacılara göre bunun sebebi; ego tarafından tehdit olarak algılandığından kişide kaygı ve korkuya neden olmasıdır.

Bedeni kaybetme: Bireylerin vücudunun herhangi bir parçasını kaybetmesi; utanma, kendini küçük görme, kendini yetersiz hissetmesine neden olabilmektedir. Ölüm ile bütün vücudun kaybedilmesi ise bireyi dehşet ve korkuya itecektir.

Acı duyma korkusu: Ölümcül hastalıklarının çoğunun ölüm ile sonuçlanması, bireylerde hastalık ile ölüm arasında bir ilişki olduğu düşüncesine neden olmuştur. Bu hastalık esnasında kişinin acı duyması ölümünde acılı bir süreç olduğu düşüncesinin yerleşmesine neden olmaktadır.

2.2.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm kaygısı üç bileşenden oluşmaktadır. Bunlar: duygusal, bilişsel ve motivasyoneldir.

2.2.2.1. Duygusal Bileşen

Kişide var olma durumuna tehdit olarak beyinde duygusal bellek alanlarının aktifleşmesidir. Kişinin tutum nesnesine yönelik heyecanlarından ve duygularından, olumlu ve olumsuz değerlendirmelerinden meydana gelir. Bir başka deyişle, kişinin bir nesneye karşı duygu ve hislerini içeren tepkileridir (Ustaahmetoğlu, 2019). Çöllü ve Öztürk (2006) duygusal bileşeni şu şekilde ifade etmiştir; “bireyin tutuma konu olan canlı-cansız, soyut-somut olan şeylere karşı heyecanlarını ifade etmektedir. Sevilir ya

da sevilmez gibi yargılar da tutumun duygusal ögesini oluşturur. Tutuma devamlılık verir, tutumu şekillendirir ve tutumu itici yapar.”

2.2.2.2. Bilişsel Bileşen

Bilişsel bileşenlerde sekiz etmen mevcuttur. Bunlar:

- 1) Ölüm kaygısının bilişsel boyutlarını,
- 2) Ölüm süreci inanç ya da düşüncelerini,
- 3) Ölü olma durumu ile ilgili düşünceleri,
- 4) Ölüm sonrası beden düşüncesini,
- 5) Bilinmezlik hakkındaki düşünceleri
- 6) Ölüm hakkında bilinçli düşünceleri,
- 7) Erken ölüm düşüncelerini içerebilir.

Bilim insanlarına göre kişinin kendi yaşamının deneyimlerinden gelişen bilişsel yapının ölüm kavramı ile birleşmesi sonucunda ölümün kişide korku olmaktan çıkmakta ve kişi bu hususta daha az kaygı duymaktadır (Derin, 2019).

2.2.2.3. Motivasyonel Bileşen

Bilim insanlarına göre; ölüm kaygısına karşı gelişen savunma mekanizması bireyin hayata dört elle sarılmasına neden olmakta ve bu da yaşam için motivasyon oluşturmaktadır.

2.2.3. Ölüm Kaygısı Kuramları ve Yaklaşımları

Ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar, son yıllarda artmasına rağmen henüz yeterli açıklığa kavuşmuş değildir. Ölüm kaygısı bireylerde doğumdan itibaren görülen bir olgudur(Hökelekli, 2008). Bireylerin yaşam ve ölüm ile iç içe olması araştırmacıları bu alana yönlendirmiştir (Canetti, 2007; Derin, 2019; Halıcı ve Kararımak, 2016). Ölüm kaygısıyla ilgili geçmişten günümüze birçok kuram ve yaklaşım geliştirilmiştir. Bu kuram ve yaklaşımları alt başlık olarak detaylı bir şekilde işlenmesi, konuya açıklık getirmesi açısından, son derece büyük önem arz etmektedir.

2.2.3.1. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik’e göre ölüm kaygısı bireylerde görülen oidipal ve ayrılık kaygılarının bir sonucu olarak çocuklukta görülür. Bu görüşe alternatif olarak Psikodinamik yaklaşımı bu duyguyu çocuklardaki animistik duygulara da bağlamaktadır. Araştırmacılara göre; ölüm kaygısı, bireylerin üst benliğinde yaşadığı en önemli kaygılar arasında yer almaktadır (Göka, 2010).

Freud uzamalığının ilk yıllarında ölüm konusuna hiç değinmemiş hatta ölümün var olmadığını dile getirmiştir. Araştırmacılar bunu Freud'da şiddetli ölüm korkusuna bağlamıştır. Freud ilerleyen dönemlerde yaşam ve ölüm içgüdüleri kuramında yaşamın tek gayesinin ölüm olduğuna değinmiştir (Ersevim, 1997).

Önemli bir Psikodinamik kuramcısı olan Jung ölüm kaygısını kişinin yaşam kaygısından kaynaklandığını vurgulamıştır. Jung'a göre ölüm kaygısı olan birey aslında yaşamaktan korkmaktadır.

Horney ise bireyin hayatında yaşadığı olumsuz durumların kişileri ölüm isteğine itebileceğini ve bu isteğin ölüm korkusuyla birleşmesiyle bireyin belirsiz bir kaygıya düştüğünü savunmuştur.

Psikodinamik savunucuları arasında bazıları ölüm kaygısının bastırma ve yadsıma yeteneği ile çözmeye çalışan bireylerin koruyucu rolü olmadığını savunur. Bu teorinin ne büyük destekçileri, Dougherty ve arkadaşlarıdır. Dougherty ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmada kanser hastalarında bulunan ölüm kaygısı ile yadsıma arasında ilişki bulunduğunu tespit etmişlerdir.

2.2.3.2. Varoluşsal yaklaşımlar

Varoluşçu filozoflar ölüm kaygısını dünya üzerinde bulunan her bireyin benliğinin derinliklerinde bulunan, aynı zamanda kişinin/kişilerin bilinç düzeyine ulaşmadan yaşanan, bir kaygı olarak tanımlamıştır.

Varoluşçu filozofları arasında olan Yalom ölüm kaygısının ölümün gerçek ve var olmasına bağlamıştır. Yalom'un yapmış olduğu çalışmalarda, ölüm kaygısının; bireyin ölümden kaçma, onu yadsıma ve bastırmadan doğduğunu belirtiş ve tek çare olarak, bireyin ölüm gerçeği ile yüzleşmesi gerektiğini vurgulamıştır. Aynı zamanda Yalom ölüm kaygısının etkileyen birçok etmenin (kültür, inanç vb.) olduğunu savunmuştur (Halıcı ve Kararırmak, 2016).

Yalom'un yapmış olduğu tanımlamaya benzer bir tanımlama da, Heidegger yapmıştır. Heidegger'e göre ölüm kaygısı, bireyin ölümü inkar etmesi, kabullenmemesi ve en önemlisi bireylerin ölümü yenilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesinden doğmaktadır. "Varlık ve Zaman" adlı çalışmasında yapmış olduğu bu tanımlamada Heidegger, sağlık bir bireyin ölüm ile yüzleşmesi gerektiğini savunmuştur(Halıcı ve Kararırmak, 2016).

2.2.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel yaklaşım savunucularına göre ölüm kaygısı, bireylerin koşullanma ve genellemeler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu kaygının temelinde koşullanmaya tepki yatmaktadır. Bilişsel yaklaşımçıları bireyin tehdit olarak algıladıkları durumları ne kadar korkutucu olduğu üzerine durmaktadırlar (Derin, 2019). Bireyin kaygısı ile durum karşısında ne kadar çaresiz kaldığı arasında paralellik bulunmaktadır. Yani birey kontrol dışı ve baş edilemez durumlar karşısında daha çok kaygılanır.

Bilişsel yaklaşım savunucularına göre kaygının üç temel adımı vardır. Bunlar:

1. Birinci ve ikinci basamakta kişi çevresinde tehdidi algılar ve bu tehdit ile nasıl baş edeceğini değerlendirir.
2. Üçüncü basamakta, kişi tehdidi yine değerlendirmeye tabi tutar ve en iyi savunma stratejisini ortaya koyar.

Aynı zamanda bu yaklaşımın savunucuları toplumların ölümü kötü olarak görmesinden kaynaklandığını vurgulamaktadır.

2.2.3.4. Dehşet Yönetim Kuramı

Bu kuramı ilk olarak Jeff Greenberg tarafından ortaya atılmıştır. Kuramın temelinde, kişinin kaygı ile baş etmek için geliştirdiği savunma mekanizmaları yatar. Bu kuram ölüm kaygısını, kişinin ölümün fark olmasına bağlar ve ölüm kaygının bilişsel ve duygusal iki bileşeni olduğunu savunur (Derin, 2019).

Bilişsel bileşen: Bireyin ölümü olgusunu düşünmesine bağlar ve bu düşünme sonucunda bireyin ilgi duymaya başlaması ile karakterize olmasıdır.

Duygusal bileşen: Kişinin var olma sürecinin sona ereceği düşüncesine dayalı olarak gelişen gerginlik ile karakterize edilmesidir.

2.2.4. Ölüm Kaygısına Yönelik Geliştirilen Savunmalar

Kişilerin hayatlarında yaşamış oldukları olumsuz durumalar (hastalık, reddedilmek, terkedilmek vb.) belirli bir dönem bilinçaltına itilir ve bastırılmış olan ölüm kaygısının ortaya çıkmasına neden olur. Bireylerde doğuştan itibaren var olan ölüm kaygısını tetikleyen birçok sebep bulunmaktadır (Canetti, 2007). Bu sebepler savunmacı davranışların artışına yol açmıştır. Ölüm kaygısına karşı geliştirilen savunma mekanizmalarını iki başlık altında toparlamak mümkündür.

2.2.4.1. Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar

Yapılan incelemelerde bireylerin üç yol ile ölüm sorununa çare getirdikleri tespit edilmiştir. Bunlar:

1. **Biyolojik yolla:** Kişinin soy ile hayatını devam ettirdiği inancı.
2. **Dinsel yolla:** Bu yol varoluşsal yaşama arayışının üst seviyede olmasına dayanmaktadır.
3. **Yaratıcı yol:** Kişinin bu dünyada yapmış olduğu eylemler ile ölümsüzlüğü istemesine dayanmaktadır.

Bilindiği gibi insan sosyal bir varlıktır. Hemen hemen her toplumda ölümün nihai bir son olduğu inancı vardır. Ölümün hayatın bir parçası olarak gören kültürlerde üyesi olana kişileri, karmaşadan kurtarır ve sonunda başarılı olacağına inandırır (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Dehşet yönetim kuramına göre, kültürler bireyleri dehşete düşmesini önleyen bir tampondur. Bu düşüncenin en büyük dayanağı ise kişinin ebeveynlerinin de herkes gibi bir öleceğini, bu nihai sonun kendi başına da geleceğini ve bunun için hiçbir şey yapamayacağını düşünerek ölümsüzlük duygusunu verme görevini kültüre bırakmasıdır.

2.2.4.2. Bireysel Savunmalar / Psikolojik Savunmalar

Kişi öleceğini ilk duyduğunda psikolojik olarak savunmaya geçer ve genellikle bu gerçeği inkâr eder. Her birey ölüm gerçeğiyle yüz yüze gelir ve hemen hemen her birey psikolojik savunma mekanizmalarını devreye sokar. Kişinin devreye soktuğu bu savunma mekanizmalarının temel amacı uyum sağlamaya çalışmasıdır. Lakin bu savunma mekanizmalarını aşırıya kaçması ile tedirginlik artar ve uyum bozulmaya başlar.

Ölüm kaygısı konusunda önemli çalışmaları olan Yalom'a (2001) göre ölüm kaygısının psikolojik savunmasının iki başlığı bulunmaktadır. Bunlar:

Özel olma: Araştırmacılara göre, birey varoluşunun yok olma tehdidi altında kalmazsa, tehlikeler ile daha iyi mücadele edebilir. Kişi güçlü olduğu sürece ölüm kaygısını hafifletir ve bu durum kişinin özel olma inancını da artırır. Yapılan gözlemlerde özel olma durumunu abartan bireylerin bir takım patolojik davranışların ortaya çıktığı görülmüştür. Bu patolojik davranışlara; işkoliklik, zoraki kahramanlık, saldırgan ve kontrol odaklı olma, narsisizm, örnek olarak gösterilebilir (Yalom 2001).

Nihai kurtarıcı: Nihai kurtarıcı, yaşamda çok fark edilmeyen lakin hemen hemen her toplumda bulunan, bir savunma mekanizmasıdır. Kişi kendinden üstün bir varlığın korku ve panik anında kendisini koruyabileceğine inanır. Nihai kurtarıcı Tanrı, dağ, taş, güneş olabileceği gibi kişinin çevresinde benimsediği bir lider ya da bireyde olabilmektedir. İnsanoğlu ölüm kaygısıyla bu şekilde mücadele edebilir. Bu, bilinçaltı süreçlerinde meydana gelir. Nihai kurtarıcı bireyi ölümden korumaz lakin bireyin psikolojik olarak rahatlamasını sağlar ve kendisini güvende olmasına neden olur. Ele aldığımız savunma mekanizması özel olma savunmasına göre daha az etkili ve daha kolay dağılan bir yapısı vardır (Yalom 2001).

2.2.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Etmenler

Ölüm kaygısının etkileyen etmenlere bakıldığında birçok sebebin olduğu anlaşılmaktadır (Dağlı, 2010; Derin, 2019). Yapılan araştırmalar ölüm kaygısının en büyük tetikleyicileri; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, gelişimsel süreç, sosyokültürel etkenler, dini inançlar ve ölümcül hastalıklar olarak ortaya koymaktadır.

2.2.5.1. Yaş

Gençlerin biyolojik olarak herhangi bir sorun yaşamadıkları için kendilerinin ölüme yakın olmadıklarını ve bu hususta ebeveynleri ya da yakın çevreleri ile konuşmadıkları gözlemlenmiştir. Yaşı ilerlemiş bireylerde durum tam tersidir. Yaş ilerledikçe kişinin ölüm kaygısı da artmaktadır. Yapılan araştırmalar, yaş ve kaygının paralel olduklarını ortaya koymuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ve kaygı arasında herhangi bir bağlantı olmadığının sonucuna varılmıştır (Dağlı, 2010).

Yapılan çalışmaların çoğunluğu ergenlerin ölüm kaygısının yaşlılara göre daha az olduğunu vurgulamaktadır. Aynı zamanda bu çalışmalar ölüm kaygısının oluşumunda sadece yaşın etkili olmadığının, yaşın yanında; sosyoekonomik durum, kültür, inanç vb. durumlar da etkilidir. Yapılan tüm bu çalışmalar, yaşın ölüm kaygısını ne denli tetiklediği hakkında yeterli bilgiler sunmamaktadır (Softa ve ark., 2011; Kasar ve ark., 2016; Ceylan, 2018).

2.2.5.2. Cinsiyet

Dünya geneli ve Türkiye’de, cinsiyetin ölüm kaygısı üzerindeki etkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bazıları; kadınların erkeklere oranla ölüm kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna varırken, bazı çalışmalarda herhangi bir bağlantının olmadığı sonucuna varmıştır (Dağlı, 2010).

Dattel ve Neimeyer 1990 yılında yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere oranla daha yüksek ölüm kaygısı taşıdıkları sonucuna varmışlardır. Maglio 1992 yılında yapmış olduğu çalışmanın sonucunda yine kadınların ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

2.2.5.3. Medeni Durum

Sosyal bir varlık olan insan zorluklara ile baş etmek için çoğunlukla ailesine yakın çevresine ve eşine başvurmakta ve bunun birey için son derece faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda dul kalan bireylerin ölüm kaygısının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Karakuş, vd., 2012). Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonucunda evli bireylerin ölüm kaygısının bekar olanlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bunu, “evli olan bireylerin ailelerine karşı duydukları sorumlulukların bireyi ölüm kaygısından uzak tuttuğu” şeklinde yorumlamışlardır. Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada ise evli olan bireylerin bekar olanlara oranla daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğunu, diğer bir çalışmada ise ölüm kaygısı ile medeni durum arasında hiçbir bağın olmadığı sonucuna varmıştır (Karaca, 2000).

2.2.5.4. Ruhsal Hastalık

Ağır depresyon hastalarının ölümü kabullendiği hatta bir an önce ölmek istediklerini genel kabul gören bir durumdur. Lakin son zamanlarda yapılan çalışmalarda ağır depresyon hastalarının ölüm kaygısı taşıdığını ortaya koymuştur. Fiziksel hastalıklarında olduğu gibi ruhsal hastalıklarda bireylerde ölüm kaygısını arttırmaktadır (Eyüboğlu, 2009). Ölüm kaygısı ile paranoid düşünce ve obsesyon semptomları arasında negatif yönlü; somatik rahatsızlıklar ve fobik kaçınma semptomları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tepe, 2020: 21).

1979 yılında, Schulz’ın yapmış olduğu çalışmada, psikiyatri hastalarında ölüm kaygı düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Lakin, varılan sonuçlar son derece tutarsızdır. Planasky ve Johnstao, 1977 yılında şizofreni hastalarının üstünde yapmış oldukları araştırmada, bu hastalarda ölüm kaygısının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Psikolojik rahatsızlıkların ölüm kaygısı üzerine etkisine dair yapılmış birçok çalışma bulunsa da varılan net bir sonuç yoktur. Bunun temel sebebi ise sonuçlarda yaşanan tutarsızlıklardır (Akça, 2008; Eyüboğlu, 2009; Karakuş vd., 2012).

2.2.5.5. Fiziksel Hastalık

Fiziksel hastalıklarının ölüm kaygısı üzerine etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu hususta yapılan çalışmaların çoğunda, fiziksel hastalıkların ölüm kaygısını artırmadığı sonucuna varılmıştır. Bu fiziksel hastalıklara ölümcül hastalıklarda dahil. Buna örnek olarak, kanser hastaları ile hasta olmayan bireyleri karşılatıran bir çalışmanın sonucunda kanser hastalarının ölüm kaygısının oldukça düşük olduğu gösterilebilir. Başka bir çalışmada ise kanser hastalıklı bir grup insan ile başka bir hastalığı olan bir grup insanın ölüm kaygısı karşılaştırılmış ve çıkan sonuç kanser hastalığı olan bireylerin ölüm kaygısının oldukça düşük olduğudur (Karakuş, vd., 2012; Softa, 2011).

Akça ve Köse'nin (2008) yılında ortak yürüttükleri çalışmada ise hasta olan bireylerin, hasta olmayan bireylere oranla daha yüksek ölüm kayısına sahip oldukları sonucuna varmışlardır.

2.2.5.6. Meslek

Bir takım mesleklere mensup bireyler ölümle sık sık karşı karşıya gelirken bazı mesleklerde çalışan bireyler ölüm riskiyle daha az karşı karşıya gelmektedirler. Buna örnek olarak sağlık bakanlığında çalışan bazı meslek grupları (acil doktorları ve hemşireleri, ambulans çalışanları vb.) ölümle sık sık karşılaşmaları gösterilebilir (Ertufan, 2008). Bu tip mesleklerde çalışanlar üstüne yapılan araştırmalarda ölüm kaygısının düşük olduğu gözlemlenmiştir (Eke, 2003; Turgay, 2003).

Ekin 2003 yılında yapmış olduğu çalışmada ölüm riski yüksek olan meslek gruplarının mensuplarında ölüm kaygısının düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bunu kişinin tehlikeye alışkın oldukları ve bunun kaygıyı ortadan kaldırdığını savunmaktadır. Aynı zamanda bu bireylerin eğitim almış ve tehlikeleri en aza indirebilmelerinin de altı çizilmektedir.

Özel harekât polislerinin ölüm kaygı düzeyleri ile sıradan mesleklere mensup bireylerin ölüm kaygı düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışmada PÖH mensuplarının daha az kaygı içerisinde olduğu anlaşılmıştır (Eke, 2003). Yapılan bir diğer çalışmada ise ölüm kaygısının en yüksek olduğu grup öğrenci grupları olarak belirtilmiştir (Eke, 2003).

2.2.5.7. Gelir düzeyi

Yaptığımız incelemelerde ölüm kaygısı ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların oldukça az olduğu sonucuna varılmıştır.

Erdoğan ve Özkan (2007) yılında yapmış oldukları çalışmada; gelir seviyesi düşük olan bireylerin diğer bireylere oranla daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduklarını ortaya koymuştur.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, KOAH hastalarında ölüm kaygısını belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bir devlet hastanesinin göğüs hastalıkları servis ve polikliniğinde Ocak 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı hastanenin göğüs hastalıkları servisine KOAH tanısı ile başvuran hastalar oluşturmuştur. Klinik 22 hasta kapasiteli olmakla birlikte içerisinde 10 doktor, 1 tıbbi sekreter, 17 hemşire görev yapmaktadır. Ayrıca, klinik içerisinde var olan 1 uyku laboratuvarı, 1 solunum fonksiyon testi odasında hastalarda oluşan klinik spirometre ölçümü ve alerji testleri yapılmakta olup tüberküloz testi uygulanarak hastalara gerekli tedavi uygulanmaktadır. Araştırmanın evreninde yer alan kişi sayısı bilinmediğinden hastane kayıtları incelenerek 2018-2019 yılları arasında yatarak tedavi gören hasta sayısının 137 olduğu belirlenmiş; örneklem sayısının belirlenmesinde bu sayı referans alınmıştır. Evreni bilinen örneklem sayısı hesaplama formülü kullanılmıştır.

3.3.2. Örneklem

Araştırmanın örnekleme, araştırma evrenini temsil edecek şekilde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Buna göre araştırma evreninde yer alan **137** hastadan **%95** güven aralığı ve **%5** örnekleme hatası ile görüşülmesi gereken kişi sayısının **101** olduğu saptanmış olup, örneklem formülüne göre hesaplamalar aşağıda verilmiştir. (KKTC'de ölüm kaygısının görülme oranına ilişkin bir prevelans çalışması olmaması nedeniyle $p=0.5$ olarak alınmıştır).

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q}$$

$$n = \frac{137 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(136)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

=101

Örneklem sayısı;

N: Çalışma Evrenindeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Okur-yazar, 50 yaş üzeri, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ölüm Kaygısı ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.3.4. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Bu form demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Demografik özellikleri, yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı bölge, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir-gider durumu, kim ile yaşadığı, bakmakla yükümlü olduğu kişi, sigara içme durumu gibi özellikleri ifade etmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedaviye uyumu, hastaneye yatış sayısı, ailede KOAH öyküsünün varlığı, başka bir kronik hastalığı olup olmadığı, hastalık hakkında bilgi alma durumu, fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu, hastalığı ile ilgili destek alma durumu ve kimlerden destek aldığı ilişkin özellikleri içermektedir.

3.3.5. Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK 2)

Templer (1970) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Akça ve Köse (2008) tarafından yapılan "Ölüm Kaygısı Ölçeği" 15 maddeden oluşmakta olup, doğru- yanlış şeklinde ikili likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Doğru yanıtlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya alınmamaktadır. Toplam puanı 7 ve üzeri olan bireylerde ölüm kaygısının yüksek

olduğu şekilde değerlendirme yapılmaktadır. Araştırmamızda kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri ,845 çıkmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler belirlenen tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi ve hastalığa ilişkin özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı değerlendirdikten sonra tanımlayıcı özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklere göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki farklar uygun olan parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 yazılımı ile analiz edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı frekans analiziyle belirlenerek Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler gösterilimi hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında öncelikle ölçek puanlarının normal dağılım gösterme durumu Kolmogorov –Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelenerek ve veri setinin normal dağılım göstermesi halinde parametrik (bağımsız örneklem t- testi, ANOVA) aksi takdirde nonparametrik (Mann-Whitney U testi, Kruskal- Wallis H testi) hipotez testleri kullanılmıştır.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Etik Kurul onayı ve KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı izin alınmasından sonra başlatılmıştır (EK 3, EK 4). Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK 6).

BÖLÜM IV

BULGULAR

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
65 yaş ve arası	35	35,0
66-75 yaş	37	37,0
76 yaş ve üzeri	28	28,0
Cinsiyet		
Kadın	36	36,0
Erkek	64	64,0
Medeni durum		
Bekar	13	13,0
Evli	74	74,0
Boşanmış/Ayrılı/Vefat	13	13,0
Yaşanılan yerleşim birimi		
İl	34	34,0
İlçe	29	29,0
Köy	37	37,0
Çalışma durumu		
Çalışan	14	14,0
Çalışmayan	86	86,0
Meslek		
Memur	3	3,0
İşçi	10	10,0
Esnaf	3	3,0
Emekli	57	57,0
Diğer	27	27,0
Sigara kulanma durumu		
Kullanan	40	40,0
Kullanmayan	60	60,0
Başka kronik hastalık		
Var	78	78,0
Yok	22	22,0
Hastalık (n=78)*		
Hipertansiyon	56	71,8
Diyabet	39	50,0
Kalp Hast.	30	38,5
Diğer	13	16,7

Tablo 1’de araştırmaya dahil edilen bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde, araştırmaya katılanların %35’inin 65 yaş ve altında, %37’sinin 66-75 yaş arasında, %28’inin 76 yaş ve üzerinde olduğu, %36’sının kadın, %64’ünün erkek olduğu, %13’ünün medeni durumunun bekar, %74’ünün medeni durumunun evli, %13’ünün medeni durumunun boşanmış/ayrı/eşi vefat etmiş olduğu, %34’ünün ilde, %29’unun ilçede, %37’sinin köyde yaşadığı, %14’ünün çalıştığı, %86’sının çalışmadığı, %3’ünün memur, %10’unun işçi, %32’ünün esnaf olarak çalıştığı, %27’sinin diğer mesleklerde çalıştığı, %57’sinin ise emekli olduğu, %40’ının sigara kullandığı, %60’ının sigara kullanmadığı, %78’inin mevcut kronik hastalığından başka kronik hastalığının olduğu, %22’sinin mevcut kronik hastalığından başka kronik hastalığının olmadığı, %71,8’inin hipertansiyon, %50’sinin diyabet, %38,5’inin kalp hastası olduğu, %16,7’sinin ise diğer hastalıklarının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların hastalığa ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık başlangıç yaşı		
59 yaş ve altı	39	39,0
60-69 yaş	31	31,0
70 yaş ve üstü	30	30,0
Hastalık süresi (yıl)		
5 yıl ve altı	41	41,0
6-14 yıl	42	42,0
15 yıl ve üstü	17	17,0
Hastalık hakkında bilgi alma durumu		
Alan	92	92,0
Almayan	8	8,0
Bilgi alınan kişi/yer (n=92)		
Doktor	77	83,7
Hemşire	29	31,5
TV/Dergi,kitap	21	22,8
İnternet	9	9,8
Fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumu		
Hiç	31	31,0
Kısmen	36	36,0
Tamamen	33	33,0
Tedaviye uyum		
Evet	65	65,0
Hayır	35	35,0
Hastaneye yatış sayısı		
İlk yatış	28	28,0
İkinci	18	18,0
Üçüncü	16	16,0
Dört ve üzeri	38	38,0
Ailede KOAH öyküsü		
Yok	28	28,0
Var	72	72,0
Kendisine zarar verici davranış		
Yok	35	35,0
Var	65	65,0
Hastalıkla ilgili yardım/destek alma		
Alan	90	90,0
Almayan	10	10,0
Hastalıkla ilgili yardım/destek alınan kişi		
Eş	57	63,3
Çocuklar	64	71,1
Kardeş	10	11,1
Arkadaş	5	5,6
Psikolog/Psikiyatr	8	8,9
Anne/baba	2	2,2
Diğer	2	2,2

Tablo 2’de araştırmaya dahil edilen bireylerin hastalığa ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki hasta bireylerin %39’unun hastalık başlangıç yaşının 59 yaş altı, %31’inin hastalık başlangıç yaşının 60-69 yaş arası, %30’unun hastalık başlangıç yaşının 70 yaş ve üzerinde olduğu, %41’inin 5 yıl

ve altı, %42'sinin 6-14 yıl arası, %17'sinin 15 yıl ve daha uzun süredir hastalığının bulunduğu, %92'sinin hastalık hakkında bilgi aldığı, %8'inin hastalık hakkında bilgi almadığı, hastalık hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların %83,7'sinin doktordan, %31,5'inin hemşireden, %22,8'inin tv/dergi, kitaptan, %9,8'inin internetten bilgi aldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kronik hasta bireylerin %31'inin fiziksel gereksinimlerini hiç karşılayamadığı, %36'sının fiziksel gereksinimlerini kısmen karşılayabildiği, %33'ünün fiziksel gereksinimlerini tamamen karşılayabildiği, %65'inin tedaviye uyum sağlayabildiği, %35'inin tedaviye uyum sağlayamadığı, %28'inin hastaneye ilk yatışının olduğu, %18'inin hastaneye 2. yatışının, %16'sının hastaneye 3. yatışının olduğu, %38'inin hastaneye 4. ve üzeri yatışının olduğu, %28'inin ailesinde KOAH öyküsünün olmadığı, %72'sinin ailesinde KOAH öyküsünün olduğu, %35'inin kendisine zarar verici davranışının olmadığı, %65'inin kendisine zarar verici davranışının olduğu, %90'ının hastalıkla ilgili yardım/destek aldığı, %10'unun hastalıkla ilgili yardım/destek almadığı, %63,3'ünün hastalıkla ilgili yardım/desteği eşinden, 71,1'inin hastalıkla ilgili yardım/desteği çocuklarından, %11,1'inin hastalıkla ilgili yardım/desteği kardeşinden, %5,6'sının hastalıkla ilgili yardım/desteği arkadaşından, %8,9'unun hastalıkla ilgili yardım/desteği psikolog/psikiyatridan, %2,2'sinin hastalıkla ilgili yardım/desteği anne/babasından, %2,2'sinin ise hastalıkla ilgili yardım/desteği diğerlerinden aldığı görülmüştür.

Tablo 3: Katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları

	n	$\bar{x}$	s	M	Min	Max
Bilişsel Duyuşsal	100	3,43	1,82	4	0	6
Hastalık ve Ağrı	100	3,16	1,10	4	0	4
Fiziksel değişimler	100	1,23	0,75	1	0	2
Zamanın geçmesi	100	2,49	0,76	3	0	3
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	100	10,31	3,66	11	3	15

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınan bireylerin Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan bireylerin Templer Ölüm Korkusu Ölçeğine ait Bilişsel Duyuşsal alt boyutundan ortalama $3,43 \pm 1,82$ puan,

minimum 0, maksimum 6 puan, Hastalık ve Ağrı alt boyutundan ortalama $3,16 \pm 1,10$ puan, minimum 0, maksimum 4 puan, Fiziksel değişimler alt boyutundan ortalama $1,23 \pm 0,75$ puan, minimum 0, maksimum 2 puan, Zamanın geçmesi alt boyutundan ortalama $2,49 \pm 0,76$ puan, minimum 0, maksimum 3 puan aldıkları, Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden ise ortalama $10,31 \pm 3,66$ puan, minimum 3, maksimum 15 puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4: Katılımcıların yaş grubuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş grubu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X^2	p	Fark
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	65 yaş ve altı	35	8,71	3,78	8,00	38,66	9,097	0,011*	1-2
	66-75 yaş	37	11,08	3,43	12,00	56,32			1-3
	76 yaş ve üzeri	28	11,29	3,24	12,00	57,61			

* $p < 0,05$

Tablo 4'te katılımcıların yaş grubuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılanların yaş grubuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yaşı 65 ve altında olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları, yaşı 66-75 arasında olan ve yaşı 76 ve üzerinde olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanlarından daha düşüktür.

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyetine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Kadın	36	10,61	3,83	11,00	53,29	-0,725	0,468
	Erkek	64	10,14	3,59	11,00	48,93		

Tablo 5'te katılımcıların cinsiyetine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde, araştırmaya katılanların cinsiyetine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzerdir.

Tablo 6: Katılımcıların medeni durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X^2	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Bekar	13	8,69	4,07	9,00	38,31	2,666	0,264
	Evli	74	10,53	3,70	11,00	52,32		
	Boşanmış/Ayrı/Vefat	13	10,69	2,78	11,00	52,35		

Tablo 6’da katılımcıların medeni durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde, araştırmaya katılanların medeni durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Medeni durumu bekar olan, evli olan ve boşanmış/ayrı olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 7: Katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yerleşim birimi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X^2	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	İl	34	10,50	4,06	11,00	53,28	1,347	0,510
	İlçe	29	9,79	3,47	10,00	45,33		
	Köy	37	10,54	3,48	11,00	52,00		

Tablo 7’de katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 7 incelendiğinde, araştırma kapsamına dahil edilen hasta bireylerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimi fark etmeksizin Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden benzer puanlar aldıkları görülmüştür.

Tablo 8: Katılımcıların çalışma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma durumu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Çalışan	14	9,50	3,84	8,00	44,96	-0,774	0,439
	Çalışmayan	86	10,44	3,64	11,00	51,40		

Tablo 8’de katılımcıların çalışma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan bireylerin çalışma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çalışan ve çalışmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzerdir.

Tablo 9: Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Sigara kullanma	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Kullanan	40	10,35	3,03	10,50	49,83	-0,191	0,849
	Kullanmayan	60	10,28	4,06	11,00	50,95		

Tablo 9’da katılımcıların sigara kullanma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark

olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Sigara kullanan ve sigara kullanmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer hesaplanmıştır.

Tablo 10: Katılımcıların hastalık başlangıç yaşına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık başlangıç yaşı	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	59 yaş ve altı	39	9,26	3,77	8,00	42,46	5,442	0,066
	60-69 yaş	31	10,71	3,48	12,00	53,11		
	70 yaş ve üstü	30	11,27	3,47	12,00	58,25		

* $p<0,05$

Tablo 10’da katılımcıların hastalık başlangıç yaşına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak kullanılarak verilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalık başlangıç yaşına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastalık başlangıç yaşına bakılmaksızın hastaların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 11: Katılımcıların hastalık süresine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık süresi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	5 yıl ve altı	41	9,73	3,41	9,00	46,00	8,594	0,014*	1-3
	6-14 yıl	42	9,88	3,96	11,00	47,35			2-3
	15 yıl ve üstü	17	12,76	2,46	14,00	69,15			

* $p<0,05$

Tablo 11’de katılımcıların hastalık süresine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 11 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan bireylerin hastalık süresine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalık süresi 15 yıl ve üzerinde olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları, hastalık süresi 5 yıl ve daha az olan katılımcıların puanlarından ve hastalık süresi 6-14 yıl arasında olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır.

Tablo 12: Katılımcıların hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Bilgi	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Alan	92	10,22	3,63	11,00	49,65	-0,996	0,319
	Almayan	8	11,38	4,14	13,00	60,25		

Tablo 12’de katılımcıların hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 12 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen bireylerin hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Hastalık hakkında bilgi alan ve hastalık hakkında bilgi almayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 13: Katılımcıların fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Karşılayabilme durumu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Hiç	31	11,58	3,52	13,00	60,89	7,626	0,022*	1-2
	Kısmen	36	10,31	3,62	10,50	50,31			1-3
	Tamamen	33	9,12	3,54	8,00	40,95			2-3

* $p<0,05$

Tablo 13'te katılımcıların fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 13 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan bireylerin fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Fiziksel gereksinimlerini hiç karşılayamayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları, fiziksel gereksinimlerini kısmen karşılayabilen ve fiziksel gereksinimlerini tamamen karşılayabilen katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 14: Katılımcıların tedaviye uyum göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Tedaviye uyum	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Evet	65	10,05	3,73	10,00	48,47	-0,959	0,338
	Hayır	35	10,80	3,54	12,00	54,27		

Tablo 14'te katılımcıların tedaviye uyumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir. Tablo 14 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan bireylerin tedaviye uyum durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tedaviye uyum gösteren ve tedaviye uyum göstermeyen katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 15: Katılımcıların hastaneye yatış sayısına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Hastaneye yatış sayısı	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	İlk yatış	28	10,25	3,28	10,50	49,02	2,127	0,547
	İkinci	18	11,22	3,42	11,50	57,75		
	Üçüncü	16	10,88	2,70	11,00	54,06		
	Dört ve üzeri	38	9,68	4,33	9,00	46,66		

Tablo 15’te katılımcıların hastaneye yatış sayısına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde, araştırmaya katılanların hastaneye yatış sayısına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların hastaneye yatış sayıları fark etmeksizin Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları ile ölçeğe ait tüm alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları benzer bulunmuştur.

Tablo 16: Katılımcıların ailede KOAH öyküsü durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	KOAH öyküsü	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Yok	28	9,71	3,95	9,00	46,55	-0,853	0,394
	Var	72	10,54	3,55	11,00	52,03		

* $p<0,05$

Tablo 16’da katılımcıların ailede KOAH öyküsü durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 16 incelendiğinde, araştırmaya katılanların ailesinde KOAH öyküsü olma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ailesinde KOAH öyküsü olan ve ailesinde KOAH öyküsü olmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 17: Katılımcıların kedine zarar verici davranışta bulunma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Kendisine zarar verici davranış	n	x	s	M	SO	X ²	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Yok	35	8,89	4,23	9,00	40,53	-2,535	0,011
	Var	65	11,08	3,09	12,00	55,87		

Tablo 17’de katılımcıların kedine zarar verici davranışta bulunma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 17 incelendiğinde, araştırma kapsamına dahil edilenlerin kedine zarar verici davranışta bulunma durumuna göre Bilişsel Duyuşsal, Hastalık ve Ağrı, Fiziksel değişimler, Zamanın geçmesi alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kedine zarar verici davranışta bulunan ve kedine zarar verici davranışta bulunmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları ve ölçeğe ait Bilişsel Duyuşsal, Hastalık ve Ağrı, Fiziksel değişimler, Zamanın geçmesi alt boyutlarından almış oldukları puanların benzer olduğu görülmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların başka kronik hastalık durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Kronik hastalık	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Templer Ölüm Korkusu Ölçeği	Var	78	11,10	3,30	12,00	56,47	-3,893	0,000*
	Yok	22	7,50	3,58	7,00	29,34		

Tablo 18’de katılımcıların başka kronik hastalığının olması durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 18 incelendiğinde, araştırmaya dahil olanların başka kronik hastalığının olması durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Başka kronik hastalığı olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel, başka kronik hastalığı olmayan katılımcıların aldıkları puanlardan yüksek bulunmuştur.

Tablo 19: Katılımcıların hastalıkla ilgili yardım/destek alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Destek alma	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X^2	P
Templer Ölüm	Alan	90	10,54	3,56	11,00	52,28	-1,854	0,064
Korkusu Ölçeği	Almayan	10	8,20	4,13	7,00	34,45		

Tablo 19’da katılımcıların hastalıkla ilgili yardım/destek alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 19 incelendiğinde, katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yardım/destek alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastalıklarıyla ilgili yardım/destek alan ve hastalıklarıyla ilgili yardım/destek almayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer hesaplanmıştır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin ölüm kaygısının değerlendirilmesi amacıyla elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Ölçeğine Göre Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %37'sinin 66-75 yaş aralığında ve %64'ünün erkek, %74'ünün evli, %37'sinin köy'de yaşadıkları, % 86'sının çalışmadıkları, %57'sinin emekli oldukları, % 60'ının sigara kullanmadıkları, % 78'inin başka kronik hastalığa sahip oldukları ve % 71,8'inin hipertansiyona sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamız Alşan (2009) ve Şahin ve ark.'rının (2013) yapmış oldukları çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Alşan (2009) ve Şahin ve ark.'rı (2013) hastaların çoğunluğunun erkek olduğunu tespit etmişlerdir. Hastaların yaş olarak sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bizim çalışmamızda hastaların çoğunlukla 66-75 yaş aralığında olduğunu ancak Acar (2002) hastaların büyük çoğunluğunun 55 yaş ve üzeri olduğunu, Elçi (2006) hastaların yaş ortalamasının 59 olduğunu saptamışlardır. Medeni durum dikkate alındığında katılımcı hastalarının büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir. Çevirme'nin (2008) çalışma sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir. Araştırmamızda katılımcı hastaların büyük çoğunluğunun köy de yaşadıkları, çalışmadıkları, emekli oldukları ve başka kronik hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Dural ve Sarıtaş (2019) yürütmüş oldukları çalışmada katılımcı hastaların çoğunluğunun (%58,3) çalıştıklarını, il'de (%48,6) yaşadıklarını ve kronik hastalığa (%57,6) sahip olduklarını belirlemişlerdir. Çalışma sonuçlarımız Dural ve Sarıtaş'ın (2019) sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Araştırmamıza katılan hastaların sigara kullanma durumu incelendiğinde büyük çoğunluğunun % 60'ının sigara kullanmadıkları görülmektedir. Örnek (2006) yapmış olduğu çalışmada hastaların % 47'sinin önceden hiç sigara içmediği tespit edilmiştir. Fakat, Esen'in (2008) ve Şahin ve ark.'nın (2013) çalışmalarında katılımcı hastaların hala sigara içmekte olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar Esen'in (2008) ve Şahin ve ark.'nın (2013) sonuçlarıyla paralellik

göstermemektedir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun (%71,8) hipertansiyon hastası olduğu görülmektedir. Bulgularımız bu doğrultuda Gökmen ve Fırat'ın (2022) sonuçlarıyla örtüşmektedir. Gökmen ve Fırat (2022) çalışmalarında en yüksek oranda (%27, 4) görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğunu tespit etmiştir (Tablo 1).

5.2. Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Bulgularının Tartışılması

Tablo 2'de katılımcıların hastalığa ilişkin bazı özellikleri incelendiğinde % 39'unun hastalığa başlangıç yaşının 59 yaş ve altı olduğu, % 42'sinin 6-14 yıl arası hastalık süresi olduğu, % 92'sinin hastalık hakkında bilgi aldığı, % 83,7'sinin doktordan bilgi aldıkları, % 36'sının fiziksel gereksinimlerini kısmen karşılayabildiği, % 65'inin tedaviye uyum sağladığı, % 38'inin dört ve üzeri kez hastaneye yattıkları, % 72'sinin ailesinde KOAH öyküsünün olduğu, % 65'inin kendisine zarar verici davranışta bulunduğu, % 90'ının hastalıkla ilgili yardım ve destek aldığı, % 71,1'inin yardım ve desteği çocuklarından aldığı belirlenmiştir. Doğan (2013) çalışmasında hastaların hastalık başlangıç yaşı'nın 50 yaş ve üzeri olduğunu, hastalık süresinin 5 yıl ve altı olduğunu, hastaların 11 kez ve üzeri hastaneye yattığını, KOAH konusunda bilgi almadıklarını tespit etmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar Doğan'ın (2013) elde ettiği sonuçlar ile örtüşmemektedir. Gökmen ve Fırat'ın (2022) çalışmasında katılımcı hastaların çoğunluğunun hastalık süresinin 0-5 yıl arası olduğu, hastalığa başlangıç yaşlarının 62-83 yaş arasında olduğu görülmektedir. Başkan ve ark.'nın (2022) yapmış oldukları çalışmada hastaların çoğunluğunun kısmen fiziksel gereksinimlerini karşılayabildiklerini görmekteyiz. Bulgularımız bu doğrultuda paralellik göstermektedir. Çalışmamızı destekler nitelikteki bulgulara Ekenler'in (2017) çalışmasında rastlanmaktadır. Hastaların % 90, 3'ünün hastalıkları hakkında bilgi aldıklarını ve %70, 3'ünün hekimden bilgi aldıklarını görmekteyiz.

5.3. Katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Tablo 3'te katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlarında her ne kadar ölüm kaygısı puan ortalaması düşük çıkmışsa da bilişsel algısal alanda puan ortalaması en yüksek, fiziksel değişimler alanında en düşük çıkmıştır. Bu da ölüm kaygısının bilişsel algısal alandan kaynaklı

olduğunu düşündürebilir. Bu durumun, kronik bir hastalığa sahip olma algısıyla ilgili de olabileceği söylenebilir. Özdilekkara ve ark.'rı (2014) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların ölüm kaygısı puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunmayan öğrencilerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak, çalışmamızın bulgularını destekler nitelikteki bulgulara Ayten'in (2009) çalışmasında rastlanmaktadır. Ayten (2009) çalışmasında katılımcıların ölüm korkusu ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguların aksine Ertufan (2008) çalışmasında katılımcı hastaların sağlık sorunlarının ciddiyetinin artması ile ölüm kaygısının azaldığı sonucuna varılmıştır. Baydoğan (2008) kronik hastalığa sahip olmanın ölüm kaygısını arttırabileceğini ve ölüm korkusu ölçeği puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır.

5.4. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre katılımcı hastaların yaş grubuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p \leq 0,05$). 65 yaş altı olan bireylerin, yaşı daha büyük olan bireylere göre daha fazla ölüm korkusu yaşadığı saptanmış ve konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında benzer çalışmalara rastlanmıştır'' Akça ve Köse (2008) yapmış oldukları araştırmada yaş değişkenine göre Templer Ölüm Korkusunun orta yaşın üstündeki grupta daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlarımız Akça ve Köse'nin (2008) sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu sonuçların aksine, Wink ve Scott (2005) yaptığı çalışmalarda yaş ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulamamış ve hatta 70'li yaşların ortasındaki bireylerin, 60'lı yaşların sonundaki bireylere göre daha az ölüm korkusu taşıdıklarını bildirmiştir. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, yaşın artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna geldikçe ölüm kaygısının arttığını öne sürebiliriz (Tablo 4).

5.5. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı ve kadın ve erkek katılımcıların aldıkları puanların benzer olduğu

saptanmıştır ($p \geq 0,05$). Ancak, Kasar ve ark.'nın (2016) yürütmüş oldukları çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm korkusu duydukları görülmektedir. Kadınlar yapıları gereği duygularını daha çok dışa vururken, erkekler duygularını rahatça dile getirememektedir. Elde ettiğimiz bulguyu destekler nitelikte cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren bulgulara Erdoğan ve Özkan'ın (2007), Fortner'in (1999) ve Magrebi ve Akçay'ın (2020) çalışmalarında rastlanmaktadır. Özen'in (2008) huzurevinde yürütmüş olduğu çalışmada erkeklerin ölüm kaygısının daha düşük olduğu, Yukay ve ark.'nın (2017) yürütülen çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla ölüm kaygısına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Elde ettiğimiz bulgular sonucunda, kadın ve erkeklerin cinsiyete göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanların benzer olmasının nedeninin bu araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcı sayısındaki istatistiksel farkın olduğunu söylenebilir (Tablo 5).

5.6. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Medeni durumu bekar olan, evli olan ve boşanmış/ayrı olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanların benzer olduğu tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz bulguların aksine, Karakuş ve ark.'rı (2012) yapmış oldukları araştırmada evli olan hastaların bekar olanlara kıyasla daha yüksek oranda ölüm korkusu yaşadıklarını ve bunun nedeninin ise eşlerine ve çocuklarına karşı daha fazla sorumluluk taşımaları olduğu düşünülmüştür. Benzer bulgulara Erdoğan ve Özkan'ın (2007) çalışmalarında rastlanmaktadır. Çalışmamızın bulguları Kutlu ve ark.'nın (2021) bulgularıyla örtüşmektedir. Literatürde bulgularımızı destekleyen farklı çalışmalara da rastlanmaktadır (Köstek 2015; Top ve ark. 2010; Gümüş, 2020). Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda aile yapısının veya medeni durumun ölüm korkusu üzerinde bir etki yaratmadığını ileri sürebiliriz (Tablo 6).

5.7. Katılımcıların Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda hasta bireylerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimi fark etmeksizin Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden benzer puanlar aldıkları görülmüştür. Çalışmamızı destekler nitelikteki bulgulara Orak ve ark.'nın (2015) çalışmalarında rastlanmaktadır. Sonuçlarımızın aksine, Karaca (2000) yürütmüş olduğu araştırmada köy de yaşayan hastaların ciddi bir sağlık sorunları olduğunda hastanelere ulaşmak daha zor olması bakımından böyle bir sorun da yardım alamamaktan veya hastaneye ulaşamamaktan korktukları için ölüm korkusu yaşadıklarını düşünebiliriz (Tablo 7). Çalışma KKTC'de yapılmıştır, yaşanan bölgeden Lefkoşa'daki hastaneye adanın en uzak kısmından bile yaklaşık 90 dk sürmektedir. Hastanede tıbbi yardım alma veya 112 Acil hizmetine ulaşmada bölgesel farklılıklar bulunmamaktadır

5.8. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil olan bireylerin çalışma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) ve çalışan ve çalışmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanların benzer olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz bulguların aksine Görücü (2019) yürütmüş olduğu çalışmada çalışmayan hastaların çalışan hastalara kıyasla Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Görücü'nün (2019) sonuçları Kalaoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada, huzur evine yerleşmeden önce bir çalışma hayatı tecrübesine sahip olan bireylerde ölüm kaygısı puan ortalamasının daha düşük olduğu bulgusu ile uyumludur. Öztürk ve ark.'nın (2011) çalışmalarında hiç çalışmamış bireylerin çalışıp emekli olmuş bireylere göre ölüm kaygısı daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışma hayatının bireylere daha aktif ve sosyal olma imkanı sağlaması nedeniyle psikososyal olgunlaşma için yararlı olduğunu ileri sürebiliriz. Literatürde yapılan araştırmada bulgularımızı destekler nitelikte olan başka çalışmalara rastlanmamaktadır (Tablo 8).

5.9. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Sigara kullanan ve sigara kullanmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden benzer puanlar aldıkları görülmektedir. Elde ettiğimiz sonuçların aksine Yiğit ve Açıköz (2021) yapmış oldukları araştırmada sigara ve alkol kullanan bireylerin kendi sağlıklarına zarar verdiklerini bilmelerine rağmen bu kötü alışkanlıkları sürdürmeye devam ettiklerinden dolayı ölüm korkusunu daha çok hissettikleri ve Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cengizhan (2018) yapmış olduğu araştırmada sigara ve alkol kullanıp bırakan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma sonuçlarımız Yiğit ve Açıköz'ün (2021) ve Cengizhan'ın (2018) elde ettikleri bulgular ile örtüşmemektedir. Literatürde var olan diğer araştırmalara göre (Esen, 2008; Şahin ve ark.'rı, 2013; Örnek, 2006) hastaların hala sigara içmekte olduğu belirlenmiştir. Hastalara sigara, alkol bağımlılığı gibi madde kullanımının zararlı olduğu ve KOAH hastası olan bireylerin hastalık boyunca karşılaşacakları zorluklar anlatılarak, sigara kullanımlarını azaltmalarına yardımcı olunabilir (Tablo 9).

5.10. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşına Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda bireylerin hastalık başlangıç yaşına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) ve Hastalık başlangıç yaşına bakılmaksızın hastaların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden benzer puanlar aldıkları belirlenmiştir. Çalışmamızın bulguları Kasar ve ark.'nın (2016) bulgularıyla paralellik göstermektedir. Elde ettiğimiz bulguların aksine Cicirelli (2002) ve Wink ve Scott'un (2005) yapmış oldukları araştırmada ölüm korkusunun hastaların hastalığa başlangıç yaşı ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların benzer puanlar almasının nedenini her yaşta insanın ölüme karşı benzer korkular duyduklarını ve bunun hastalığa başlangıç yaşı ile ilişkili olmadığını söyleyebiliriz (Tablo 10).

5.11. Katılımcıların Hastalık Süresine Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda bireylerin hastalık süresine göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalık süresi 15 yıl ve üzerinde olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları, hastalık süresi 5 yıl ve daha az olan katılımcıların puanlarından ve hastalık süresi 6-14 yıl arasında olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Başkan ve ark.'nın (2021) yapmış oldukları çalışmada hastalık süresi arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Hastalığın süresi uzadıkça günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması bu korkunun veya kaygının artmasına neden olacağı düşünülmektedir. Paltacı'nın (2019) yapmış olduğu araştırmaya göre KOAH hastalığının süresi ve Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Elde ettiğimiz bulgular Paltacı'nın bulgularıyla örtüşmemektedir. Çalışmamızın bulgularını destekler nitelikteki bulgulara Tutuk ve Altun'un (2021) yapmış oldukları çalışmada rastlanmaktadır. Tutuk ve Altun (2021) hastaların hastalık süresinin artmasıyla anksiyete puan ortalamasının düştüğü ve farkın anlamlı olarak yüksek bulunduğunu tespit etmiştir. Bunun nedeninin hastaların bu süre içinde hastalığa ilişkin yaşadıkları tecrübenin ve hastalık belirtilerini etkin bir şekilde kontrol edebilmelerinin olduğu düşünülebilir (Tablo 11).

5.12. Katılımcıların Hastalık Hakkında Bilgi Alma Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil edilen bireylerin hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) ve hastalık hakkında bilgi alan ve hastalık hakkında bilgi almayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden benzer puanlar aldıkları görülmüştür. Elde ettiğimiz bulguların aksine Gökmen ve Fırat (2022) yapmış oldukları araştırmada katılımcıların hastalıkları hakkında bilgi almadıkları ve hastaların çoğunluğunun okuma yazma bilmeyen, işçi olarak çalışan ve yaşlılardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, tüm bunlar göz önünde

bulundurulduğunda sosyal, kültürel ve ekonomik yapının düşük olduğu ve hastaların algıları yaşadıkları psikolojik sıkıntılar olarak açıklanabilir. Demir ve Tosun (2018) yapmış oldukları araştırmada hastalıkları hakkında bilgi sahibi olan hastaların kendilerine olan öz bakım gücünün de arttığını ve ölüm kaygılarının azaldığı belirlemiştir. Bilgehan ve ark.'nın (2020) yapmış olduğu araştırma bu sonuçları destekler niteliktedir (Tablo 12).

5.13. Katılımcıların Fiziksel Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil olan bireylerin fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$), Fiziksel gereksinimlerini hiç karşılayamayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları, fiziksel gereksinimlerini kısmen karşılayabilen ve fiziksel gereksinimlerini tamamen karşılayabilen katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz bulgulara benzer şekilde, İnce ve Işıl'ın (2011) yapmış oldukları çalışmada fiziksel ihtiyaçlarını hiç karşılayamayanların kısmen ve tamamen karşılayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Akça'nın (2018) çalışmasında fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayan veya bu süreçte çocuğundan yardım alan hasta bireylerin ölüm kaygısının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların eş desteğinin daha güvenilir olduğunu ve aslında eşlerinden bakım ve yardım görmeyi beklediklerini göstermektedir. Arpacı ve ark.'rı (2011) yapmış oldukları araştırmada yaşlıların büyük çoğunluğunun fiziksel ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilecek durumda olduğunu, yaşlılığın doğal sonucu olarak sağlık sorunları olduğunu ve dolayısıyla ölüm kaygısı yaşadıklarını saptamıştır (Tablo 13).

5.14. Katılımcıların Tedaviye Uyuma Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil olan bireylerin tedaviye uyum durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı ($p>0,05$), tedaviye uyum gösteren ve tedaviye uyum

göstermeyen katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genelinden aldıkları puanların benzer olduğu tespit edilmiştir. Altaş (2020) yapmış olduğu araştırmada, hastaların yaşadıkları ölüm kaygısı nedeniyle tedaviye uymada zorluk çektikleri tespit edilmiştir. Akyol (2010) yürütmüş olduğu araştırmada, ölüm kaygısı taşıyan hastaların emosyonel ve ruhsal bir krizin içerisinde olması nedeniyle tedaviye uyum sağlayabilmeleri için bu hastaların aile yakınları tarafından desteklenmesi gerektiğini saptamıştır. Çalışmamızı destekler nitelikteki bulgulara Doğan'ın (2013) yapmış olduğu araştırmada rastlanmaktadır. KOAH'da hastalığa eşlik eden psikolojik problemlerin hastaların yaşam kalitesini etkileyeceğinden, hasta uyumunu, tedavi süresi ve masraflarını, mortalite ve morbiditeyi etkileyeceğinden hastalara psikolojik destek verilmesi ve tedavi sürecinin kolaylaştırılması önerilebilir (Tablo 14).

5.15. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda hastaların hastaneye yatış sayısına göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) ve katılımcıların hastaneye yatış sayıları fark etmeksizin aldıkları puanların benzer olduğu tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz bulguların aksine Dural ve Sarıtaş (2019) yapmış oldukları araştırmada hastaneye yatış sayısının ölüm kaygısını artırdığını saptamıştır. Benzer bulgulara Bayrak ve ark.'nın (2019) çalışmasında rastlanmaktadır. Bayrak ve ark.'rı (2019) hastalarının semptomlarını sık yaşamaya başlaması ve hastaneye başvurularının artması ve bunlara devamlı maruz kalması ölüm kaygısını artırdığını tespit etmiştir. Literatürde elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte olan farklı çalışmalara rastlanmamaktadır. Ancak, hastaneye yatışın giderek artmasının ölüm korkusunu ve kaygısını tetiklemesini hastaların yaşadığı bilinmezlik, sosyal ortamlarının sürekli değişmesi ve onları neler beklediğini bilmemeleri nedeniyle ölüm kaygılarının arttığını düşünebiliriz (Tablo 15).

5.16. Katılımcıların Ailede KOAH Öyküsü Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya katılanların ailesinde KOAH öyküsü olma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0, 05$) ve ailesinde KOAH öyküsü olan ve

ailesinde KOAH öyküsü olmayan katılımcıların aldıkları puanların benzer olduğu tespit edilmiştir. Cengiz ve ark.'rı (2021) yapmış oldukları araştırmada kronik hastalığa ve ailede KOAH öyküsü olan hastaların yaşamı anlamlandırmalarının pozitif yönde olduğunu, ölüm kaygısı düzeylerinin ise yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bulgularımız Cengiz ve ark.'nın (2021) bulgularıyla örtüşmemektedir. Erkoç ve ark.'rı (2010) KOAH'ın sık görülmesinde genetik faktörlerin çok önemli bir yerinin olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Paltacı (2019) yapmış olduğu araştırmada ailede KOAH öyküsü olanların ölüm korkusu puanlarının ailede KOAH öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Yaptığımız literatür taramasında çalışmamızı destekleyen bulgulara rastlanmamaktadır. Ailesinde KOAH öyküsü bulunanların ölüm kaygısının daha yüksek olarak belirlenmesini hastaların, çevresindeki bireylerden yaşadığı deneyimlerden kaynaklandığını söyleyebiliriz. (Tablo 16).

5.17. Katılımcıların Kendine Zarar Verici Davranışta Bulunma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil edilenlerin kendine zarar verici davranışta bulunma durumuna göre Bilişsel Duyuşsal, Hastalık ve Ağrı, Fiziksel değişimler, Zamanın geçmesi alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kendine zarar verici davranışta bulunan ve kendine zarar verici davranışta bulunmayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları ve ölçeğe ait Bilişsel Duyuşsal, Hastalık ve Ağrı, Fiziksel değişimler, Zamanın geçmesi alt boyutlarından almış oldukları puanların benzer olduğu görülmektedir. Bulgularımız Cengiz ve ark.'nın (2021) elde ettikleri bulgular ile örtüşmemektedir. Cengiz ve ark.'rı (2021) yapmış oldukları araştırmada yaşamında anlam duygusunu yitiren bireylerin doyum yaşamaktan uzaklaşma ihtimali yüksek olduğundan yaşam boyu bir hastalıkla yaşamak zorunda kalan hasta bireylerin yaşama yükledikleri anlam ve hayata tutunmaları zor olduğundan ruhsal ve fiziksel sıkıntılar yaşamaları sonucunda kendilerine zarar verici davranışa yöneldiklerini tespit etmişlerdir. Elde ettiğimiz sonuçların aksine Altaş (2020) yapmış olduğu araştırmada hastaların

hastalıkları ilerledikçe daha çok ölüm kaygısı yaşamalarından, hayal kırıklığı, depresyon, kaygı gibi birçok psikolojik hastalıkla mücadele etmeleri sonucu kendilerine zarar verici davranışlarda bulunma durumlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Sonuçlarımız Altaş'ın (2020) sonuçlarıyla örtüşmemektedir (Tablo 17).

5.18. Katılımcıların Başka Kronik Hastalık Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil olanların başka kronik hastalığının olması durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başka kronik hastalığı olan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel, başka kronik hastalığı olmayan katılımcıların aldıkları puanlardan yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikteki bulgulara Gökmen ve Fırat'ın (2022) yapmış oldukları araştırmada rastlanmaktadır. Gökmen ve Fırat (2022) başka kronik hastalığı olan hastaların ölüm korkusunun başka kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Elde ettiğimiz sonuçların aksine Paltacı (2019) yapmış olduğu araştırmada hasta bireylerin KOAH dışında başka bir kronik hastalığının bulunması ile ölüm korkusu ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Köstek (2015) yapmış olduğu araştırmada yaşlıların %51, 6'sı tanısı konulmuş bir hastalığa sahip olmasıyla birlikte, mevcut hastalıklarıyla ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir ($p>0,05$). Üstüner (2010) çalışmasında kronik hastalıkların ölüm kaygısı düzeyini etkilemediğini, Softa'nın(2011) çalışmasında ise kronik hastalıklarda ölüm kaygı düzeyinin değişmediği ve bu sonuçların çalışmamızla örtüşmediği tespit edilmiştir. Bunun nedeninin başka kronik hastalıklara sahip olmanın ölüm korkusunu arttırdığı şeklinde düşünebiliriz (Tablo 18).

5.19. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Yardım/Destek Alma Durumuna Göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yardım/destek alma durumuna göre Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastalıklarıyla ilgili

yardım/destek alan ve hastalıklarıyla ilgili yardım/destek almayan katılımcıların Templer Ölüm Korkusu Ölçeği genel puanları benzer hesaplanmıştır. Elde ettiğimiz bulgular İnce'nin (2011) çalışmasından elde ettiği bulgular ile örtüşmektedir. İnce (2011) yapmış olduğu araştırmada 'hastaların hastalıkları ilgili yardım/destek alma durumu' na göre ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını ($p>0,05$) belirlemiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçların aksine Gökmen ve Fırat (2022) yapmış oldukları araştırmada hastaların hastalığa ilişkin algıları arttıkça öz bakım gücünün azalmasıyla başkalarından yardım/destek almaları ve öz bakım güçlerinin giderek düşmesiyle ölüm kaygılarının arttığını belirlemiştir ($p<0,05$). Bu durum hastalar kendilerine bakamayacak ve başkalarından yardım/destek alacak noktaya geldiklerinde ölecekmiş gibi hissetmeleri ve ölüm kaygılarının giderek artmasına neden olduğu şeklinde açıklanabilir (Tablo 19).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmamızın sonucunda elde ettiğimiz bulgulardan yola çıkarak sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

- Araştırmaya dahil edilen 66-75 yaş arasında hastaların, erkek, evli, köy’de yaşayan, çalışmayan, emekli olmuş olan, sigara kullanmayan, başka kronik hastalığa sahip olan ve hipertansiyonu olan hastaların ölüm kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 1).
- Çalışmamızda hastalığa başlangıç yaşının 59 ve altı olduğu, 6-14 yıl arası hastalık sürelerinin olduğu, hastaların büyük çoğunluğunun hastalıkları hakkında bilgi aldıklarını ve bu bilgiyi doktordan aldıkları, fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayabildikleri, tedaviye uyum sağlayabildikleri, 4 ve üzeri kez hastaneye yattıkları, ailelerinde KOAH öyküsü olduğu, kendilerine zarar verici davranışta bulundukları, hastalıkları ile ilgili yardım/destek aldıkları ve bu yardım ve desteği çocuklarından aldıkları görülmüştür (Tablo 2).
- Araştırmamızda katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlarında ölüm kaygısı puan ortalaması düşük, bilişsel algısal alanda puan ortalaması en yüksek, fiziksel değişimler alanında en düşük çıkmıştır (Tablo 3).
- Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş grubu ile ölüm korkusu arasında anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Yaşı 65 ve altında olan hastaların ölüm korkularının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).
- Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetine göre ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 5).
- Araştırmaya dahil edilen hastaların medeni durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür (Tablo 6).

- Hastaların yaşadıkları yerleşim birimi ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo7).
- Hastaların çalışma durumuna ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).
- Araştırmaya dahil edilen hastaların sigara kullanma durumları ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).
- Hastaların hastalık başlangıç yaşına ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 10).
- Hastaların hastalık süresi ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi 15 yıl ve üzerinde olanların ölüm korkusunun daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 11).
- Hastaların hastalık hakkında bilgi alma durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür (Tablo 12).
- Hastaların fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu sonucuna varılmıştır. Fiziksel gereksinimlerini hiç karşılayamayan katılımcıların ölüm korkusunun kısmen veya tamamen karşılayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 13).
- Hastaların tedaviye uyum durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 14).
- Hastaların hastaneye yatış sayısı ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir sonucuna varılmıştır (Tablo 15).
- Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 16).

- Hastaların kedine zarar verici davranışta bulunma durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo17).
- Hastaların başka kronik hastalığının olması ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18).
- Hastaların hastalıklarıyla ilgili yardım/destek alma durumu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 19).

Öneriler

Çalışmamızın bulguları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Ölüm kaygısının her yaş grubundaki insanı ve yaşam kalitelerini etkileyebileceği göz önünde tutularak sağlık personeline hastaların kaygılarını azaltmaları yönünde iletişim becerilerini geliştirecek şekilde hizmet içi eğitim, sertifika programları veya yüksek lisans eğitimi almaları teşvik edilebilir.
- Hasta bireylerin boş zamanları daha kaliteli bir şekilde geçirebilmeleri için farklı uğraş edinmeleri ve aktif katılım sağlamaları için aile yakınlarından destek verilmesi,
- Yaşlı hastaların motivasyonların yüksek tutulmaya çalışılması,
- Yaşlıları, bu dönemde yaşayabilecekleri psikolojik ve fiziksel değişiklikler konusunda bilgilendirme yapılması,
- Yaşlı hastaların gazete, kitap ve dergi okuma ve öğrenme faaliyetlerini artırılması ve hastalarıkları hakkında bilinçlendirilmeleri,
- Hastaların kendilerini yalnız ve değersiz hissetmemeleri için gereken sosyal destek sağlaması ve kendilerine zarar verici davranışta bulunmalarını önlemek için psikolojik destek verilmesi,
- Özellikle üniversite öğrencilerinin sosyal sorumluluk projelerinin attırılarak yaşlılara daha sık ziyaretler yapılması,
- Yaşlıların ölüm kaygısını azaltacak ve benlik saygılarının yükselmesine yardımcı olunabilecek eylem ve davranışlarda bulunulması,

- KOAH hastalarının ailelerinden yardım alınarak, hastaneye yatmadan ev ortamında hastalık yönetiminin destekleneceği bir bakımın geliştirilmesi,
- KOAH hastalarının inançlarını olumlu yönde etkilemek için hemşireler ve sağlık çalışanları tarafından hastalığın yönetimine ilişkin ve öz bakım güçlerini geliştirecek eğitimlerin verilmesi
- Klinik hemşirelerinin KOAH hastalarına bilgi verme konusunda farkındalıklarının arttırılması,
- Hastaların ölüm kaygısından dolayı kendine zarar verme davranışına yönelik hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, klinik hemşirelerinin hasta güvenliği tedbirlerine ağırlık vermesi önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Acar, N. (2002). KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Akça, F. ve Köse, İ. A. (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 11(1), 7-16.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Sistem Ofset, Ankara.
- Akıncı A ve Pınar R. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *Medical Sciences*, 6(9), 11-18.
- Akyıl R.Ç. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım, *Kronik Hastalıklarda Bakım*. 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basım evi.
- Aksoy, M. (2019). KOAH'lı hastalara günlük yaşam aktiviteleri modeli doğrultusunda NANDA tanıları, NOC, NIC kullanılarak verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi, (Yayınlanmış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Akyol, A. (2010). Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı, 59-72.
- Alşan, Y. (2009). KOAH Üzerine Klinik Yol Çalışması: Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Bir Uygulama. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Altaş, H. (2020). Ölüm Olgusu ve Hasta Yakınlarında Ölüme İlişkin Tutumlar, 139-150.
- Arpacı, F., Avdaş, E., Doğruöz, Ö. ve Sarıdoğan, T. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi, 53-66.
- Arseven, O. (2002). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Arslan, Z., Ilgazlı, A., Etiler, N., Hamzaoglu, O. (2013). "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Kocaeli:an industrialised city in Turkey", *Balkan med j.*, 30, 387-393.

- Aryal S, Diaz-Guzman E ve Mannino DM. (2014). Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary disease*, 9(21), 1145.
- Atasoy, P., (2010). KOAH'da patoloji, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 119-123.
- Akturan, S., Ayreler, A., ve Kumlu, G. (2019). Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeylerinin ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma, 227-235.
- Ayten A. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk Ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4), 85-108.
- Bal Özkaptan, B. ve Kapucu, S. (2015). KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- Başkan, A., S., Güneş, D., ve Kasımoğlu, N. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Kaygı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, 35-47.
- Başıyigit, G. (2010). KOAH tanımı ve klinik özellikleri, *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 102-104.
- Baydoğan M, Dağ Ğ. (2008) Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 19-28.
- Bayrak, B., Çelik, S., ve Oğuz, S. (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarında Ölüm Kaygısının Belirlenmesi, 97-104.
- Bilgehan T, Koç A, İnkaya B. (2020). KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*; 7:3,231-238.
- Bingöl, Z., ve Çağatay, T. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olgularında Alevlenme Nedenleri Tanı, Tedavi Ve Risk Grubu Olgularda Farkındalık, 21-23.
- Booker, R. (2010). Improving outcomes in COPD. *Practice Nursing*, 21, 1-15.
- Burkhardt, R., Pankow, W., (2014). The diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease, *Dtsch arztebl int.*, 111, 834-846.

- Canetti, E. (2007). Ölüm üzerine. (G. Aytaç, Çev.). İstanbul: Payel Yayıncılık
- Celli B, Cote C, Marin J, et al. (2004). The body mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*;350:1005-12.
- Cengiz, Z., Gürdap, Z., ve Yıldırım, H. (2021). Meaning of Life and Death Anxiety in Individuals with Chronic Disease, 349-353.
- Cengizhan, Ş. (2018). Anjiyagrofî Öncesi Planlı Hasta Eğitiminin Durumluk, Sürekli ve Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi, 1-79.
- Ceylan, E., U. (2018). Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı, ve Psikolojik İyi Olma ile İlişkisi, 1-223.
- Chuin C. L. ve Choo Y. C. (2010). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety, *Sunway Academic Journal*, (6)3, 1–16.
- Cicirelli VG. (2002). Fear of Death in Older Adults: Predictions from Terror Management Theory. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*; 57(4); 358–366.
- Coşkun, F. (2017). KOAH alevlenmelerinin önlenmesinde farmakolojik ajanlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 43 (1), 37-40, 2017.
- Çalık Kütükçü, E., Arıkan, H., Sağlam, M., Vağdar Yağlı, N., İnal İnce, D., Öksüz, Ç., Savcı, S., Düger, T. ve Çöplü, L. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Jornal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2), 53-60.
- Çam, O. ve Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Çelik, G., Kaya, A. ve Çiledağ, A., (2010). “KOAH’da bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri”, *TTD Toraks Cerrahii Bülteni*,1(2), 124-135.
- Çevirme, L. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Olgularda Solunum Fonksiyonlarının, Yaşam Kalitesinin, Anksiyetenin ve Depresyonun Alevlenmen Sayısına Etkisi, Uzmanlık Tezi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Çöllü, F., E., ve Öztürk, E., Y. (2006). Örgütlerde İnançlar- Tutumlar Tutumların Ölçüm Yöntemleri ve Uygulama Örnekleri Bu Yöntemlerin Değerlendirilmesi, 373-404.
- Dağlı, E. N. (2010). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ve dindarlık. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Demir, D., M, Tosun E, Tek AD. (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. GÜSBD. 7 (3): 33- 40.
- Derin, S.(2019). Ölüm kaygısına ilişkin bir Mocel Testi: denetim odağı, kaygı ve ölüm obsesyonunun rolü, (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Programı. Ankara.
- Ditfurth, H. (1991). Korku ve kaygı. (N. Barın, Çev.). Metris Yayınları, İstanbul
- Divo M, Cote C, de Torres JP, et al. (2012). Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med; 6:155-61.
- Doğan, B. (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Olan Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Belirlenmesi, 1-98.
- Eke, S. (2003). Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik, İstanbul.
- Ekenler, Ş. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler, 1-78.
- Elçi, A. (2006). Kronik Obstrüktif Hastalığında Verilen Sağlık Eğitimi ve Pulmoner Rehabilitasyonun Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Erdoğan, M.Y. ve Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3): 171-179.
- Erkoç, A., M., Bereketoğlu, C., ve Alptekin, D. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Genetik Risk Faktörler, 168-179.
- Ersevimi, İ. (1997). Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri, Nobel Kitapevi: Ankara.

- Ertufan H.(2008). Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi yayınlanmamış doktora tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- Esen, H. (2008). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Eyüboğlu, S.Ö. (2009). Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Fortner BV, Neimeyer RA. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death Studies*; 23(5):387-411.
- Göka, E. (2010). Ölme: ölümün ve geride kalanların psikolojisi. 2. Baskı, İstanbul: Timaş Yayınevi
- Gökmen, D., B. ve Fırat, M. (2022). KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi, 57-66.
- Görücü, S. (2019). Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi, 1-119.
- Güçlü, H. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gümüş, D., Z. (2020): Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı+ İKSAD yayınevi, İstanbul.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013. Available from: <http://goldcopd.org>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Erişim: 2020. Available from: <https://goldcopd.org>

- Halıcı, K. ve Karairmak, Ö. (2016). Ölüm kaygısı, tinsellik, dindarlık eğilimi ve varoluş kaygısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Spiritual Psychology & Counseling*, 1(2), 163- 187
- Hill, K. , Geist, R. , Goldstein, R. S. , Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD, *Eur Respir J*, 31(3), 667-677.
- Hökelekli, H. (2008). Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Hynninen, K. M., Breitve, M. H. , Wiborg, A. B. , Pallesen, S. , Nordhus, I. H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review, *J. Psychosom Res*, 59(6), 429-443.
- İlgar, Z., M. Ve İlgar, C., S. (2019). Varoluşçu Psikolojik Danışma ve Psikoterapi: Teori ve Pratiği, 193-220.
- İnce, İ., ve Işık, M. (2011). Hastanelerde Halkla İlişkiler, Konya: Eğitim Kitapevi.
- İnce, Z. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jenkins, B. A. , Athilingam, P. ve Jenkins, R. A. (2019). Symptom Clusters in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review, *Applied Nursing Research*, (5)31, 23-29.
- Kalaycıoğlu, S., Tol, U. U., Küçükural, Ö. Cengiz, K. (2003). Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları, Sayı 5, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) Katkılarıyla. Ankara: Tübitak Matbaa.
- Kalaoğlu Ö., Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. (Danışman:Doç. Dr. Lut Tamam).
- Kapısız, Ö. ve Eker, F. (2018). Evaluation of the relationship between the levels and perception of dyspnea and the levels of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 88-95.
- Karaca, F. (2000). Ölüm Psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınlar.
- Kara M, ve Aştı T. (2002). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 4(2), 75-84.

- Karadağ, M. (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104.
- Karaca, T., İşler ve E, D. (2016). Uzun süreli oksijen tedavisi alan KOAH hastalarında hemşirelik bakımı, *journal of human Sciences*, 13(2), 2588-2599.
- Karaca, F. (1997). Psikolojik açıdan ölüm ve dini inanç ilişkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü. Atatürk Üniversitesi, Ankara.
- Karaca, F. (2000). Ölüm psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları.
- Karakuş, G., Öztürk, Z. Tamam, L. (2012), Ölüm ve ölüm kaygısı, *Adana Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Kasar, S., K., Karaman, E., Şahin, D., Yıldırım, Y., Aykar, Ş., F. (2016). Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, 48-55.
- Kaya, M. (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda yaratıcı dans temelli egzersiz eğitiminin solunum, denge ve kognitif fonksiyonlar, solunum ve periferik kas kuvveti ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Keleş A. O. (2020). Obstrüktif uyku apne riskinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı popülasyonunda KOAH şiddeti ve klinik parametreler ile ilişkisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara.
- Kızılkaya, M. ve Koştı, N. (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4-9.
- Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M ve Şen E, N. Y. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 15: 19-29.
- Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2),79-86.
- Köstek, G. (2015). Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr>.
- Kutlu, L., Kendirkıran, G., Şeko, P. (2021). Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Yaşlılarda Ölüm Kaygısının İncelenmesi, 1032-1037.

- Laurin, C., Moullec, G., Baco, S. L. ve Lavoie, K. L. (2012). Impact of Anxiety and Depressiion on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Risk, *Am J Respir Crit Care Med*, 185(9), 918-923.
- Lou, P., Zhu, Y., Chen, P., Zhang, P. , Yu, J., Wang, Y., Chen, N., Zhang, L., Wu, H. ve Zhao, J. (2014). Interaction of Depressive and Anxiety Symptoms on the Mortality of Patients with COPD: A Preliminary Study, *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11 (4), 444-450.
- Magrebi, K., T. ve Akçay, S. (2020). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, 2100-2118.
- Mikkelsen, R. L. , Middelboe, T. , Pisinger, C. ve Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review, *Nord J Psychiatry*, 58 (1), 65-70.
- Nal, B., Aydın-Avcı, I. ve Ayyıldız, M. (2016). The Correlation Between Death Anxiety and Anxiety in Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Prog Health Sci*, 6(1), 64-68.
- Orak, S., O., Uğur, G., H., Başköy, F., Özcan, M., ve Seyis, N. (2015). Yaşlı Hastalarda Tanrı Algısı Ölüm Kaygısını Etkiler Mi?, 618-624.
- Örnek, T. (2006). Zonguldak İl Merkezinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Özdilekkara, A., Alkan, A., S. Boğa, M., N., ve Şahin, D.(2014). Öğrenci Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, 117-132.
- Özen, D. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. (2011).Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 12:37-43.
- Özkaptan, B. (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere öz-bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik üzerine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Özkan, S. (2010). Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 272-282.
- Paltacı, Z. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Tedaviye Uyum, Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, 1-106.
- Polatlı, M., Bilgin, C., Şaylan, M., Başlılar, Ş., Toprak, E., Ergen, H., Bakan, N, D., Kart, L., Kılıç,Z.,Üstünel,A., Varol, Y., Yılmaz , A.,Ataol, Ç., Bozdoğan, S., Tunaboyu, İ., Özkan,Z,G., Uysal,E., Gülgösteren S., Akın, N., İntetepe, Y ve Irmak S. (2012). observational study on influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living : the COPD life study”, *Tüber Toraks*, 6(1), 1-12.
- Sağlık Bakanlığı (2013). Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Erişim tarihi: 01.10.2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Sarıkaya, Y. (2013). Ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Sarıtaş, Ç, S., ve Dural, G. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki, 247-252.
- Satman, İ., Erkan, F., Merih, D., Y., Ertürk, N., ve Yemenici, M. (2021). Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu, 1-134.
- Sezer, S., ve Saya, P. (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı, 151-165.
- Strang, S., Ekberg-Jansson, A. ve Henoch, I. (2014). Experience of axiety among patients with severe COPD: A Qualitative, in- depth interview study, *Palliative and Supportive Care*, 12(6), 465-472.
- Softa, K.H, Uçukoğlu, H, Karaahmetoğlu, U.G, Esen, D. (2011).Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi; 1(2):67-69.

- Sungur, G., (2017). “Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi”, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 2. baskı, Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 90-112.
- Suh, S. , Ellis, R. J. , Sollers, J. J. , Thayer, J. F. , Yang, H. ve Emery, C. F. (2013). The effect of anxiety on heart rate variability, depression, and sleep in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *J Psychosom Res.*, 74 (5), 407–413.
- Şahin, E., Aytekin, A., Tuğ, T. (2013). Yaşlı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Verilen Eğitimin İnhalasyon Cihazı Kullanım Becerilerine Etkisi. *Türk Toraks Dergisi*, DOI: 10.5152/ttd.2013.51.
- Şenol, C. (1989) Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, A.Ü. Sosyal Bilimler Enst. s.100.
- Tel Aydın, H., Tok Yıldız, F., Karagözoğlu, Ş. ve Özden, D. (2012). Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak, *İ. Ü. F. N. Hem. Derg.*, 20(3),177-183.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *J General Psychology*, 82 (2),165-174.
- Tepe, F. (2020). Varoluşsal Bir Sorun Olarak Ölüm Kaygısının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, 1-93.
- Tselebis, A., Pachi, A., Ilias, I., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G. ve Tzanakis, N. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12 (1), 297-328.
- Top, F. Ü., Saraç, A. & Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 14-22.
- Tutuk, M, P., S. ve Altun, Ş., Ö. (2021). KOAH hastalarının Sık Hastaneye Yatışlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi, 216-224.
- Türkan, S. (2012). KOAH hastalarının 35 yaş ve üzeri birinci derece yakınlarında koah prevalansının araştırılması, (Uzmanlık Tezi), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.
- Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 2012.

- Türkiye İstatistik Kurumu (Nisan 2017). Ölüm nedeni istatistikleri. Erişim tarihi: 01.10.2020. <http://tuik.gov.tr>
- Ustaahmetoğlu, E. (2019). Tüketici Davranışları, 1-25.
- Uysal, H. (2010). “Oksijen tedavisi ve hemşirelik bakımı”, *Türk Kardiyol Derneği Dergisi*, (8)3, 14-25
- Ünsal A , Yetkin A. (2005) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine etkilerinin incelenmesi. Atatürk Üniv Nurs Sch J . ; 8 : 42 - 53 .
- Üsüner, T., F, Saraç, A., ve Yaşar, G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi Klinik Psikiyatri Dergisi; 13(1):14-22.
- Viegi, G., Pistelli, F., Sherrill, D., Maio, S., Baldacci, S. ve Carrozzi, L. (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal* 30, 993–1013.
- Yalom ID. Varoluşçu Psikoterapi. Kabalcı Yayınları, 2001 (<https://www.researchgate.net/publication/260419826>)
- Yiğit, D., ve Açıkgöz, A. (2021). COVID-19 Pandemisinde Hemşirelerin Anksiyete ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, 85-92.
- Yukay Y., M., Güneş, F. ve Akdağ, C. (2017). Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle-aged adults. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(2), 165-181.
- WHO, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Fact Sheet, November, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en>
- 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.

14. Tedaviye uyumu: Evet () Hayır ()

15. Hastanede yatış sayısı

a) İlk yatış () b) İki yatış () c) Üç yatış () d) Dört ve üzeri yatış ()

16. Ailede KOAH öyküsü var mı?

Yok () Var ()

17. Kendine zarar verici davranış:

Yok () Var ()

18. Başka bir kronik hastalığınız var mı?

a) Hipertansiyon

b) Diyabet

c) Kalp hastalığı.

d) Diğer (Belirtiniz)

19. Hastalıkla ilgili yardım destek alıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

20. Hastalık ile ilgili kimden yardım destek alırsınız?

a) Eş

b) Çocuklar

c) Anne/Baba

d) Kardeş

e) Arkadaş

f) Psikolog

h) Psikiyatr

ı)Diğer

Ek 2: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

- 1.Ölmekten çok korkuyorum. D () Y ()
- 2.Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir. D () Y ()
- 3.Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam D () Y ()
- 4.Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur. D () Y ()
- 5.Ölmekten pek de korkmam. D () Y ()
- 6.Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur D () Y ()
- 7.Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez. D () Y ()
- 8.Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder. D ()
Y ()
- 9.Acı çekerek ölmekten korkuyorum. D () Y ()
- 10.Ölümünden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır. D ()
Y ()
- 11.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum. D () Y ()

12.Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünüyorum. D() Y()

13.Birilerinin Üçüncü Dünya Savaşı hakkımda konuştuklarını duyarsam ürperirim.

D() Y()

14.Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir. D() Y()

15.Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum.

D() Y()

Ek3- Etik Kurul İzni



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
Üniversite Etik Kurulu (ÜEK)

ETİK KURUL RAPORU

Etik İnceleme Konusu:	Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 176307 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Metehan Çayırcı'nın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması
Konunun Etik Kurul'a Geldiği Tarih:	12.11.2020
Konunun Etik Kurul'da İncelendiği Tarih:	02.12.2020
Etik Kurul Karar Tarihi ve Sayısı:	02.12.2020, ÜEK/56/01/12/2021/04

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekeçe, Görüş, Öneri ve Açıklamalar:

Etik inceleme konusunun görüşülmesinde hazır bulunan ve komuyla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin adı soyadı ve imzaları ekte sunulmuştur.



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
Üniversite Etik Kurulu (ÜEK)

Prof. Dr. Hüseyin Oğuz
Başkan

Prof. Dr. Ayşegül Ataman
Üye

Prof. Dr. Seyide Rümeysa Demirdamar
Üye

Prof. Dr. Deniz Selimen
Üye

Prof. Dr. Belkıs Ayhan Tarhan
Üye

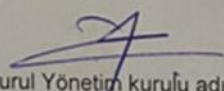
Prof. Dr. Nuri Erişgin
Üye

Prof. Dr. Özgür Cemal Özerdem
Üye

İzinli
Prof. Dr. Lerzan Aras
Üye

Prof. Dr. Harun Şenel
Üye

Ek 4- Hastane Etik Kurul İzni

	K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI DR BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ	
02.09.2022		
Sayı YTK. 1.01 (Ek 03/21)		
Sn.Metahan Çayırıcı		
Etik kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi " isimli projeniz /araştırmamız Etik kurulunda değerlendirilmiş olup Etik kurulumuz tarafından uygun görülmüştür. Bilgilerinize sunulur.		
	 Etik kurul Yönetim kurulu adına Uz.Dr.Ömer Taşargöl	

Ek 5- Templer Ölüm Korkusu Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: Metehan Çayırıcı <metehan82@icloud.com>

Gönderildi: 3 Nisan 2019 Çarşamba 23:25

Kime: figen_akca@hotmail.com

Konu: Ölüm kaygısı ölçek kullanma izni

Merhaba hocam ben Işık Avrupa üniversitesi yüksek lisans yapıyorum tezimin konusu koah hastalarda ölüm kaygısının belirlenmesi araştırmam için ölçek kullanım izninizi ve ölçek soruları ve yönergesini rica ediyorum şimdiden teşekkür ediyorum
iPhone'umdan gönderildi

<Ölüm Kaygısı Ölçeği Templer.doc>

Figen Akça <figen_akca@hotmail.com> şunları yazdı (3 Nis 2019 23:51):

Size ölçeği ve aldığım yabancı kaynaktaki* orijinal metni ve ölçeğin türkçe çevirisini gönderiyorum.

İyi çalışmalar diliyorum

F. Akça

“Ölüm Kaygısı Ölçeği” nin kullanımına ilişkin Prof Dr. Figen Akça’dan e- mail aracılığıyla izin alınmıştır.

EK 6**HASTA ONAM FORMU**

Sayın katılımcı, “*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi*” başlıklı araştırma yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır. Bu çalışma için vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup, şahsınıza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiç bir kuruluşa verilmeyecektir.

Bize ve bilime verdiğiniz destek için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya katılmayı kabul edip etmediğinizi aşağıda onayınıza sunuyoruz.

Saygılarımızla.

Metehan Çayırıcı

Yrd. Doç. Dr. Dilek BEYTUT

Evet kabul ediyorum:

☐

Hayır kabul etmiyorum:

☐

Adı Soyadı:

İmza:

Telefon numarası:

EK 7: İntihal Farkındalık Bildirimi

Öğrencinin Adı, Soyadı: Metahan ÇAYIRCI

Öğrenci Numarası: 176307

Programı: Hemşirelik

☐ Tezsiz Y.Lisans

☒ Tezli Y.Lisans

☐ Doktora

Bu lisansüstü çalışmanın (proje/tez) yazımında kendime ait olmayan düşünceleri ve ifadeleri tırnak içinde alıntı yaparak ve kaynak göstererek kullandığımı, aksi takdirde bunun intihal, intihalin de disiplin soruşturması sonucunda Üniversite'den uzaklaştırma ve diğer hukuki sonuçları olduğunun farkında olduğumu bildiririm.

.....