



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI VE ANKSİYETE DURUMU
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu NAL

Samsun

Ağustos-2015



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI VE ANKSİYETE DURUMU
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu NAL

Danışman

Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI

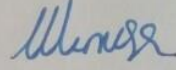
Samsun

Ağustos-2015

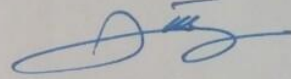
T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Burcu NAL tarafından Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI Danışmanlığında hazırlanan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Ve Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 10 /08 /2015 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

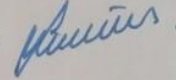
Başkan : Doç.Dr. İlknur AYDIN AVCI Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yard.Doç.Dr. Birsen ALTAY Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. Sevilay HİNTİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... /08/2015

Doç.Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince; çalışma azmi, bilimsel kişiliği, tecrübeleri ve fikirleri ile kendime örnek aldığım, tezimde ve her türlü konuda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince; deneyimleri ve bilgisi ile bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, her türlü konuda bana tüm içtenliğiyle yardımcı olan, hoşgörüsü ve yakınlığı ile her zaman bana destek olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ'a,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bu tezin verilerinin oluşmasını sağlayan araştırma grubundaki tüm hasta ve yaşlı bireylere,

Bana olan inancını hiç bir zaman yitirmeyen, her zaman beni destekleyen canım anneme, babama ve kardeşime,

Bu süreçte her zaman yanımda olan beni özveriyle destekleyen sevgili eşim Öğr.Gör. Mustafa NAL' a ve bana sabrıyla destek olan, güç veren biricik kızım Alya'ma sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Burcu NAL

Ağustos-2015

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISI VE ANKSİYETE DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlılarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma, Ekim 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında Kastamonu ilinde bir devlet hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi alan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 65 yaş ve üstü 171 yaşlı bireyle yapılmıştır. Araştırmanın verileri sosyo- demografik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler içeren Anket Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, t-testi, ANOVA ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Pearson Korelasyon test kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada 171 KOAH'lı yaşlı bireylerin %66,1'i erkek, %33,9' u kadın, yaş ortalaması $72\pm 6,8$ 'dir. Çalışmaya katılan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması $9,04 \pm 4,02$ durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $44,08 \pm 1,29$, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması $48,85 \pm 1,13$ olarak bulunmuştur. Ölüm kaygısı yüksek olan KOAH olan yaşlılarda durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete arasında ilişki olduğu ve ölüm kaygısı yüksek olan hastaların sürekli ve durumluk anksiyetelerinin de yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve anksiyeteleri yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; Durumluk Kaygı; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; Ölüm Kaygısı; Sürekli Kaygı; Yaşlılık.

Burcu NAL, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ağustos-2015

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN DEATH ANXIETY AND ANXIETY IN ELDERLY WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Aim: This study aims to determine the correlation between death anxiety and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Material and Method: This study has been conducted individuals with COPD who are over 65 and receive outpatient and inpatient treatment at a hospital. In elderly 171 persons that were determined via power analysis were included in the research. Data was collected using a survey form, Death Anxiety Scale, State Anxiety Scale and Trait anxiety scale. It was statistically analyzed using T-test, ANOVA and Kruskal-Wallis Variance Analysis, Pearson Correlation Test analysis.

Results: In the study was 171 participants; 66.1% male and 33.9% female; mean age is 72 ± 6.83 . The mean death anxiety score of the participants is 9.04 ± 4.02 the study found that the mean State Anxiety score of elderly individuals with COPD is 44.8 ± 1.29 the trait anxiety mean score is 48.85 ± 1.13 . In those COPD patients with high death anxiety, the study found a correlation between state and trait anxiety and that the latter two are high in cases where death anxiety is high ($p<0.001$).

Conclusion: The study concluded that death anxiety and anxiety are high in patients with COPD.

Keywords: Anxiety; Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Death Anxiety; Old Age; State Anxiety; Trait Anxiety.

Burcu NAL, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University - Samsun, August-2015

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerikan Hemşireler Derneği

ATS: Amerikan Thoracic Society

BOLD:Burden of Obstructive Lung Disease

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ERS: European Respiratory Society

FCV: Forced Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite)

FEV1: Forced Expiratory Volume (Birinci Saniyede Zorlu Ekspirasyon Hacmi)

GİS: Gastrointestinal Sistem

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

KOAH: Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalığı

KW: Kruskal Wallis Test

ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği

p: Significant Önemlilik Değer

PaCO2:Parsiyel Karbondioksit

PaO2: Parsiyel Oksijen

r: Korelasyon Değeri

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SPO2: Satürasyon Değeri

ss: Standart Sapma

STAI I: State-Trait Anxiety Inventory I

STAI II: State-Trait Anxiety Inventory II

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UHY:Ulusal Hastalık Yüğü

\bar{X} :Ortalama



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı	5
2.1.1. Yaşlılık Çeşitleri.....	6
2.1.2 Geriatri ve Gerontoloji.	7
2.1.3 Yaşlılığın Epidemiyolojisi	7
2.1.4 Yaşlılığa Bağlı Gelişen Fizyolojik Değişiklikler.....	8
2.1.4.1 Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	9
2.1.4.2 Solunum Sistemi Değişiklikleri	10
2.1.4.3 Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	12
2.1.4.4 Sinir Sistemi Değişiklikleri	12
2.1.4.5 Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	12
2.1.4.6 Üriner Sistem Değişiklikleri.....	13
2.1.4.7 Metabolik ve Endokrin Sistem Değişiklikleri	13
2.1.4.8 Derideki Değişiklikler	14
2.1.4.9 İmmün Sistem Değişiklikleri,Bağışıklama ve Aşılama	14
2.1.4.10 Duyusal Fonsiyon Kayıpları	15
2.1.5 Yaşlılıkta Sık Görülen Hastalıklar	15
2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)H)	15
2.2.1 KOAH Epidemiyolojisi	16
2.2.2 KOAH'ta Risk Faktörleri.	18
2.2.3 KOAH'ta Belirti ve Bulgular	20
2.2.4 KOAH'ta Tanı ve Tedavi	20
2.2.5 KOAH ve Yaşlılık	21
2.2.6 KOAH'ta Hemşirelik Yaklaşımı.....	21
2.3. Ölüm Kaygısı.....	22

2.3.1 Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler	23
2.3.1.1 Yaş.....	24
2.3.1.2 Cinsiyet	25
2.3.1.3 Medeni Durum	25
2.3.1.4 Yaşam Olayları.....	24
2.3.1.5 Kişilik Özellikleri.....	25
2.3.1.6 Sosyokültürel Özellikler.....	25
2.3.1.7 Ekonomik Durum.....	26
2.3.1.8 Gelişimsel Süreç.....	26
2.3.1.9 Çocuğun Varlığı/Sayısı	26
2.3.2 Yaşlılarda Ölüm Kaygısı.....	26
2.4 Anksiyete.....	27
2.5 Durumluk Anksiyete ve Sürekli Anksiyete.....	29
2.6 KOAH -Ölüm kaygısı-Anksiyete ilişkisi	29
3. MATERYAL VE METOT	31
3.1.MATERYAL	31
3.1.1 Araştırma Yeri ve Zamanı.....	31
3.1.2 Araştırmanın Türü.....	31
3.1.3 Evren ve Örnekleme.....	31
3.2 METOT	31
3.2.1 Veri Toplama Araçları	31
3.2.1.1 Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	32
3.2.1.2 Durumluk -Sürekli Kaygı Envanteri (STAI I ve STAI II)	32
3.2.2 Etik Uygunluk	32
3.2.3 Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	66
ÖZGEÇMİŞ	77

1.GİRİŞ

Doğumda beklenen yaşam süresi hızla artmakta olup, yaşam süresinin artmasıyla birlikte toplumların yaşlı nüfus oranları da gittikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık 65 yaş sonrasındaki dönemdir (Tezcan ve Seçkiner,2012).

Dünya Sağlık Örgütü ve bilim insanlarına göre yaşlılık üç evreden oluşmaktadır. Erken yaşlılık dönemi 65-74 yaş arası, orta yaşlılık dönemi 75-84 arası yaş ve 85 üzeri ve yaş da ileri yaşlılık olarak evrelendirilmektedir (Tümerdem, 2006).

Yirminci yüzyıl ile beraber gelişen bir diğer konu da “toplumların yaşlanması”dır. Bilim, teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler ve doğum oranlarında meydana gelen azalmalar bu sürecin temel yapılarını oluşturmuştur. Bununla birlikte sağlık alanındaki gelişmeler sonucu bütün yaş evrelerindeki yaşam beklentisinin artması, geçen her sene yaşlı nüfus oranlarının artmasına sebep olmaktadır (Gökçe Kutsal, 2006).

Türkiye’de 2013 yılı sonunda toplam nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun %7,7 olan oranı , Aralık 2014 itibariyle % 8’e yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2015).

Yaşlanma, fizyolojik olağan ve kaçınılmaz bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, organizmanın molekül hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, geriye dönüşsüz olarak gerçekleşen, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Karahana ve Güven, 2002; Arpacı ve ark., 2011) .

Yaşın ilerlemesiyle fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik değişiklikler oluşmakta ve bu değişimlerde bireyde ruhsal, fiziksel ve sosyal sıkıntılar meydana getirmektedir (Akın ve Emiroğlu, 2006).

Kronik ve dejeneratif hastalıklar, yaşamın diğer dönemlerine göre yaşlılıkta fazla görülmektedir. Yaşlılık döneminde artış gösteren kronik hastalılardan biri olan

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ilerleyici ve tamamen geri dönüşü olmayan hava akımında kısıtlılıklar ile birlikte seyreden bir hastalıktır (Kaya ve ark., 2010).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında en sık rastlanan semptom olan nefes darlığı organik nedenlerle olduğu kadar psikojenik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. KOAH olan hastalarda duygu durum bozuklukları, uyum güçlüğü, endişe bozuklukları, paranoid reaksiyonlar, panik, anksiyete ve depresyon en sık görülen psikiyatrik hastalıklardır (Anar ve ark., 2012).

Anksiyete, otoimmün ve sinir sisteminin aşırı çalışmasına bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, bireyde kaygı, endişe hissiyle kendini gösteren patolojik bir durumdur. Bireyin içinde bulunduğu o anda yaşadığı stresli durumdan dolayı hissettiği endişe durumluk kaygıdır ve subjektif bir korkudur. Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı ise sürekli kaygı olarak tanımlanmaktadır (Anar ve ark., 2012).

Bütün korkuları uzaktan ve yakından ilgilendiren ölüm kaygısı insani korkuların temel nedenlerinden biridir. ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) yapılan araştırmalarda, ölüme ilişkin endişelerin temelinde iki önemli neden bulunmuştur. Bunlardan ilki psikolojik nedenlere bağlanmakta, depresyon, anksiyete düzeyleri gibi psikolojik etkenlerin ölüm kaygısında artışa sebep olduğu ifade edilmekte ve diğeri de ölüme ilişkin nevroitik korkunun temelinde bilinçaltı, ergenlik ve doğum travmalarının olduğu görüşüdür (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Bir çok düşünür ölüm kaygısını farklı biçimlerde açıklamaya çalışmıştır. Jung ölüm kaygısının altında yatan nedenin “yaşama korkusu” olduğunu ileri sürmüştür. Yaşamdan en çok korkusu olan bireyler ölümden en fazla korkan bireylerdir. İnsan için bir daha geri gelmeyecek olan gençlik döneminin tükenip gitmesi ve geçmişe özlem duyma sıkıntısını ortaya çıkarır. Bu şekildeki bir gerçeklik ile yüzleşen insanoğlu, yaşamını gerektirdiği gibi yaşayamama ve ölüm sonucunda korku hissedebilir. Fromm’a göre iki çeşit ölüm kaygısı vardır. Birincisi, her beşerin ölüm karşısında hissettiği ölmek zorunda olduğundan kaynaklanan normal korku; ikinci kaygı ise insanı devamlı tedirgin eden ölüm kaygısıdır. İnsanı devamlı tedirgin eden ölüm kaygısı, ömrünü iyi bir biçimde değerlendirememesi ve yaşama ile ilgili başarısızlıktan doğmaktadır. Yapılan bir çok çalışmada ölüm kaygısının genellikle; yaş, cinsiyet,

sosyo-ekonomik durum, inanç durumu, mesleki durum, sağlık sorunları gibi değişkenler ile ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir (Tanhan ve Arı, 2006).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezliği direkt beyin faaliyetini etkileyerek kognitif bozukluklar ve hafıza işlevinde bozukluklar meydana getirmekte ve kaygı, korku hissi, konfüzyon ve deliriyuma kadar bir çok sonuca sebep olabilmektedir (İnce, 2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde oluşan şiddetli nefes darlığı ile birlikte genellikle anksiyete meydana gelmektedir ve KOAH için yüksek mortalite oranı göz önüne alındığında tüm bunlar ölüm kaygısını tetiklemektedir (Strang et al., 2014). Tanı konulmuş hastalığı olan bireylerde anksiyete oranı %10-30 ve kronik bir tıbbi hastalığı olan bireylerde yaşam boyu anksiyete görülme sıklığının normal popülasyondan daha çok (%12'ye karşın %18) olduğu bildirilmiştir (Özmen ve Önen, 2008). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaşayabileceği psikolojik sorunlardan olan ölüm kaygısı ve anksiyetenin değerlendirilmesi mental iyilik durumunun ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir (İnce,2011).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile birlikte görülen anksiyetenin prevalansı oldukça yüksek olarak kabul edilmektedir (Hill et al., 2008). KOAH'la birlikte görülen Genel Anksiyete Bozukluğu prevalansının %10-33 olduğu bildirilmektedir (Dowson et al., 2004; Hynninen et al., 2005).

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada, KOAH olan yaşlı hastalarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin KOAH olan yaşlı bireylere hizmet veren sağlık ekibi profesyonellerine yol göstermesi, KOAH olan hastaların değerlendirilmesinde organik belirtilerin yanısıra psikojenik belirtilerin de göz önünde bulundurularak tedavi ve bakım planının hazırlanmasını ve aynı zamanda tedavi ve bakımın uygulama sürecini etkileyeceği düşünülmüştür. Ayrıca KOAH olan yaşlı bireylerle ölüm kaygısı ve anksiyete ile ilgili yapılacak çalışmalara katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Amaç:

Bu araştırma da KOAH tanısı olan yaşlılarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları;

- KOAH olan yaşlı hastaların ölüm kaygı düzeyleri nedir?
- KOAH olan yaşlı hastaların durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri nedir?
- KOAH olan yaşlı hastaların tanıtıcı özellikleri ile ölüm kaygıları arasında ilişki var mı?
- KOAH olan yaşlı hastaların tanıtıcı özellikleri ile durumluk, sürekli anksiyete düzeyleri arasında ilişki var mı?
- KOAH olan yaşlı hastaların ölüm kaygıları ile durumluk, sürekli anksiyeteleri arasında ilişki var mı?

2 .GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı

Her canlıda görülen yaşlanma, tüm fonksiyonlarda meydana gelen, azalmaya sebep olan, evrensel bir süreç olarak ifade edilmektedir. Zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler üzerinde geriye dönüşsüz olan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü yaşlanma olarak ifade edilmektedir (Karahana ve Güven, 2002; Aydın ve İşleyen, 2004; Soyuer ve Soyuer, 2008; Arpacı ve ark., 2011). Bir çok faktörden etkilenen yaşlanma süreci; canlıların yaşamı boyunca mikroskopik düzeyden makroskopik düzeye doğru ilerlemektedir. Zamanın ilerlemesi ile birlikte fizyolojik yitimlerin meydana gelmesi beklenilse de bu yitimlerin ilerleyişi bireyden bireye oldukça fazla farklılıklar göstermektedir (Gökçe Kutsal, 2006).

Yaşlılık, biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel açıdan farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlılık; yaşlanmayla birlikte, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında oluşan değişikliklere denir. Bu fonksiyonlarda meydana gelen değişikliklere bağlı olarak organlar ve sistemler boyutunda oluşan değişikliklere “fizyolojik yaşlılık”, bireyin kendisini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşama bakış açısının ve yaşam şeklinin değişmesi ise “duygusal yaşlılık” olarak ifade edilmektedir. Bireyin kendisiyle benzer yaşta olan bireyler ile karşılaştırıldığında toplum içerisindeki fonksiyonlarını devam ettirmesi ise “fonksiyonel yaşlılık” olarak tanımlanmaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013).

Yaşlılık DSÖ'nün 1998 yılında yayımladığı Dünya Sağlık Raporu'nda engellilik durumlarının yükselmesi ve başkalarına daha çok bağımlılık duyma şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlanma, biyolojik olduğu gibi aynı zamanda kronolojik de bir olgudur. Biyolojik açıdan incelendiğinde yaşlanma, dölleme ile başlayıp ve yaşam süresince devam eden bir süreçtir. Yaşlılık, kronolojik olarak sınıflara ayrılmıştır. DSÖ'ye göre kronolojik yaşlılık; erken yaşlılık 45-59 yaş arası, orta yaşlılık 60-74 yaş arası ve ileri yaşlılık 75 yaş ve üzerindeki yaşı tanımlamaktadır. Yaşlanma sürecini bir çok faktör etkilemektedir. Bunlar; genetik aktarım, yaşam şekli, meslek, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar, kişilik özellikleridir. DSÖ'ye göre yaşlılık sınırı 65 yaş

olarak kabul edilmiştir (Er, 2009). Genel anlamda yaşlılık; kendine özgü pek çok kayıpların yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde görülen kayıplar şu şekildedir; Bireyde fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, sağlıkta çeşitli kayıplar, gençlik ve güzelliğin yitimi, üretkenlik ve seksüel fonksiyonlarda azalmalar, gelir düzeyinin eskiye oranla düşmesi, saygınlık, rol ve statü, bağımsızlıkta meydana gelen değişimler, eş, akraba ve yakın arkadaşların kaybı, sosyal destek ve sosyal yaşantıdaki değişiklik ve azalmalardır (Konak ve Çiğdem, 2005).

2.1.1 Yaşlılık Çeşitleri

Normal bir süreç olan yaşlılık, bireyde fizyolojik ve ruhsal güçlerin irreversible olarak yavaş yavaş kaybı olarak tanımlanmaktadır. Sosyal alandaki kayıpların nedenleri altında biyolojik ve psikolojik alanlarda yatmaktadır (Bahar ve Parlar, 2006).

Takvim Yaşı/Yaşlılık: Bilim insanlarının ve DSÖ'nün kabul ettiği yaşlılık sınırı 64 yaşın bitimi, 65 yaşın başlamasıdır. Buna göre yaşlılık üç evreden oluşmaktadır. Erken yaşlılık dönemi 65-74 yaş arası, orta yaşlılık dönemi 75-84 yaş arası ve 85 yaş ve üzeri de ileri yaşlılık olarak evrelendirilmektedir (Tümerdem, 2006).

Fizyolojik Yaşlılık: Vücudun fizyolojik olarak yeterliliğinin beklenenden erken yaşlarda azalmasının altında yatan gerçekler, yaşama bakış ve yaşamla iletişim yöntemlerinde başarısızlıktır (Tümerdem, 2006).

Biyolojik Yaşlılık: Vücudun yapısal ve işlevsel olarak gelişim süreci boyunca meydana gelen değişimdir. Biyolojik olarak yaşlanma fetal dönemden itibaren başlamaktadır. Vücudumuzda en önce yaşlanan yapı gözdeki lens hücreleridir. Hücrelerimizin yaşlanmasını yaşam şeklimiz, yavaşlatabilir ya da hızlandırabilir (Kalkan, 2008).

Psikolojik Yaşlılık: Gelişim sürecinde yaşanmışlıkların artmasıyla meydana gelen davranış değişiklikleri ve davranışsal adaptasyon kabiliyetindeki yaşa bağlı değişimlerdir. Hatıralarda yaşama, geçmişi özleyiş, geçmişte yaşananlara saplanıp kalma, geçmişten kopamama da bu duruma dahildir. Geleceğe karşı duyulan güvensizlikten kaynaklanan korku, endişe ve mutsuzluk gibi durumların tamamı psikolojik çöküntü oluşturur (Tümerdem, 2006).

Sosyolojik Yaşlılık: Bireyin sosyal rol, statü ve taleplerinin değişmesidir (Kalkan, 2008).

Ekonomik Yaşlılık: Ekonomik koşullardaki değişimlerin tesiri ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir. Çoğunlukla emeklilik ile başlayan dönemdir. Emekli olabilmek için yaş sınırı, ülkelerin toplumsal yapılanmalarına göre değişiklikler göstermektedir. “Ne zaman emekli oluyorsun”, “daha emekli olamadın mı” gibi sorular karşısındaki ruhsal durum bu yaşlılıkla ilişkilidir (Kalkan, 2008).

Patolojik Yaşlılık: Fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak (yetersiz beslenme, sağlık ve diş bakım yetersizliği, aşırı beslenme, hareketsizlik) ortaya çıkar. Zenginlik nedeniyle aşırı beslenen kişilerin yaşadığı sağlık sorunlarına bağlı olarak patolojik yaşlanma ortaya çıkabilir (Kalkan, 2008).

2.1.2 Geriatri ve Gerontoloji

Geriatri, Yunanca geras (yaşlılık) ve iatrike (tıbbi) kelimelerinden gelmektedir ve yaşlıların tıbbi problemlerine yönelik bakımı ile ilgilenen bir bilim dalıdır (Akın ve ark., 2001).

Dünyadaki yaşlı nüfusun artışı sağlık bakım ekip üyelerinin yaşlanan halkın ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeni stratejiler geliştirmesine, "gerontoloji" ve "geriatri" kavramlarının gündeme gelmesine neden olmuştur. Gerontoloji; yaşlılığı psikolojik, sosyal, biyolojik, ekonomik açıdan bütün tarafları ile inceleyen bir disiplindir. Geriatri ise yaşlılara yönelik sağlık problemlerinin fizyolojisi, patolojisi, tanı, tedavi ve bakımına yönelik faaliyetlerini içine alan bir disiplindir (Sönmez ve ark., 2006).

2.1.3 Yaşlılık Epidemiyolojisi

Yirminci yüzyılın başlarından başlayarak doğurganlık hızının azalması, beklenen ortalama yaşam süresinin yükselmesi, bireylerin sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme ile ilgili bilgi düzeyinin artması, beslenme şartlarının düzelmesi, temel toplum sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi imkânlarının yükselmesi ve birçok salgın hastalığın denetim altına alınması gibi sebeplerden dolayı yaşlı nüfus artmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004).

Dünyamız her geçen gün yaşlanmakta iken tüm dünyadaki doğum oranında meydana gelen düşüş ile birlikte hayat standartlarındaki düzelmeye bağlı olarak insanların yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusu gün geçtikçe artırmaktadır. DSÖ'nün 1970-2025 yılları arasındaki tahminine göre beklenen yaşlı insan oranı %22,3 ile 624 milyon olarak belirlendiği; 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyon insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında ise 2 milyona erişecek olan yaşlı nüfusun %80' inin gelişmekte olan ülkelerde bulunacağı ifade edilmektedir. 2002 yılındaki verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki 60 yaş üzeri insan sayısı 400 milyon olduğu bilinirken 2025 yılında 840 milyona erişecek yaşlıların %70' inin gelişmekte olan ülkelerde özellikle de Asya kıtasında bulunacağı öngörülmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Türkiye, yaşlanma sürecinin çabuk gerçekleştiği gelişmekte olan ülkeler arasındadır. 1955 nüfus sayım sonucuna göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4 olarak tespit edilirken, 2010'daki nüfus sayım sonucuna göre bu oran %7,1'e yükselmiştir. Var olan demografik yatkınlığın devam edeceği savından yola çıkarak yapılan hesaplamalar, 21. asrın bütün dünyadaki beklentilerle doğrultulu olarak Türkiye için de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir. Değişen yaş profili ile beraber özellikle 21.yüzyılın ikinci yarısında yaşlı nüfus, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye için de öneminin artması beklenmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

2.1.4 Yaşlılığa Bağlı Gelişen Fizyolojik Değişiklikler

Artan yaşla beraber bireyde anatomik ve fizyolojik bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Geçen zamana bağlı olarak yaşlanma sürecinde ortaya çıkan değişiklikler, normal şartlar altında fonksiyon kaybına sebep olmaz, fakat organ ve sistem rezervlerinde ve homeostatik kontrolde azalmalara sebep olmaktadır (Özkayar ve Arnoğul, 2007). Yaşlanmayla beraber hücre, doku, organ ve sistem faaliyetlerinde azalma yönünde somut değişiklikler olmaktadır.

Yaşlanma, organizma da bir çok sistemi etkilemektedir. Bunlar şu şekildedir;

2.1.4.1 Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlanma sürecinin özü aslında doğrudan kardiyovasküler sistemi etkilemektedir. Yaşla birlikte, kardiyovasküler hastalıklar, özellikle koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, kalsifik aort darlığı ve kalp yetersizliği şiddetli bir şekilde meydana gelmektedir. Yaşlılık döneminde kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkışında, yaşlılığa bağlı yapısal değişiklikler, risk faktörlerine uzun süre maruz kalma, eşlik eden hastalıklar etkili olmaktadır (Zoghi, 2010).

Yaşlılıkta en sık mortalite ve morbidite sebebi kardiyovasküler hastalıklardır (Bilir,2006). Yaşlılık döneminde kan damarlarının yapısındaki elastik liflerin kaybolması nedeni ile esneklik daha az olur. Yaşlılık döneminde kardiyovasküler sistem değişiklikleri neticesinde en fazla görülen kardiyovasküler hastalıklar şunlardır; hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, atriyal fibrilasyon, akut miyokard infarktüsü, kapak hastalıkları ve venöz trombozudur (Çivi ve Tanrıku, 2000; Fadiloğlu ve Tokem, 2004).

Yaşlılıkta görülme sıklığı en fazla hastalık olan hipertansiyon, toplumsal bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Tüm dünyada ölüm sebepleri arasında ilk başta yer alan kardiyovasküler hastalıklar, Türkiye’de de tüm ölümlerin yaklaşık %39.8’si kalp hastalığı nedeniyle olmaktadır (TÜİK, 2013).

Kardiyovasküler sistem değişiklikleri sıra ile şu şekildedir (Doğan ve ark., 2009; Çivi ve ark., 2000; Doğan ve ark., 2009; Erdem, 2013).

- Kalp boyutları küçülmeye başlar.
- Artan yaşla birlikte kalp kasında atrofi meydana gelir ve kalbin her bir kasılmasında pompalanan kan miktarı da düşer. Kalbin pompalama kabiliyeti %1 oranında düşer.
- Sol ventrikül duvarı kalınlaşır.

- Kalp kapakları kalınlaşır.
- Sinoatriyal düğümde fibroz doku meydana gelir.
- Kardiyak output azalır .
- Stres durumlarına uygun yanıt verebilme yeteneğini ifade eden kalp hızı değişkenliği azalır.
- Kalbin hızı ve kalp dolum hacmi azalır.
- Kalbi çevreleyen yağ dokusu çoğalır.
- Alt ekstremitte venlerinde genişleme meydana gelir.
- Baroreseptörlerin aktivitesi azalır.
- Arterlerin esnekliğinde meydana gelen azalmalar neeniyle periferel direnç artar, sistolik kan basıncı artar, diyastolik kan basıncı hafifçe yükselir
- Tüm organlarda kan akımı azalır.
- Venlerde dilatasyon meydana gelir.
- Yüzeysel damarlar belirgin hale gelir.

2.1.4.2 Solunum Sistemi Değişiklikleri

Artan yaşla birlikte solunum sisteminde bazı değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişikliklere bağlı hastalıklar oluşmaktadır. Meydana gelen değişikliklerden dolayı en sık karşılaşılan hastalıklar; kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pnömonidir (Çivi ve Tanrıku, 2000; Gökçe Kutsal ve Eyigör, 2012). Türkiye’de de tüm ölümlerin yaklaşık %9.8’i solunum sistemi hastalıkları nedeniyle olmaktadır (TÜİK, 2013).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üstü bireylerde solunum sistemi enfeksiyonları, özellikle de pnömoni önemli bir ölüm nedenidir. Yaşlı birey sağlıklı dahi olsa ve risk faktörleri düşükte olsa, immün sistemde oluşan

değişiklikler neticesinde solunum sistemi hastalık ve enfeksiyonlarına karşı daha hassas olabilir (Nalbant, 2010).

Yaşlanma ile beraber solunum sisteminde meydana gelen değişiklikler şu şekildedir; (Nalbant ve ark, 2001).

- Artan yaşla beraber akciğer dokularının elastikiyeti azalır,
- Akciğerlerin vital kapasitesi azalır,
- Göğüs duvarında meydana gelen sertleşme ve solunum kaslarındaki güç azalması sonucu oksijen taşınma ile ilgili solunum faaliyetlerinde azalmalar meydana gelir,
- Yaşlanmayla beraber bronşiyollerde daralmalar meydana gelir ve solunum direncini artırır,
- Alveollerde genişleme ve alveol septalarda düzleşmeler ortaya çıkar.
- Alveol duvarlarında meydana gelen dejenerasyon sonucu gaz alışverişi yapan yüzeyde azalma olur,
- Oksijen saturasyonunda azalma olur ve hipoksiye verilen cevap azalır,
- Göğüs kafesinin elastikiyetindeki azalmalar sebebiyle, toraks hareketleri zorlaşır,
- Solunum kaslarının kasılma gücünde azalma olur,
- Solunum sisteminde ortaya çıkan verim düşüklüğü nedeniyle, toraks solunumu yerini karın solunumuna bırakır,
- Ekspiryumda akım hızı azalır,
- Vital kapasite azalırken, rezidüel akciğer hacmi de artar.
- Solunum sistemi siliyalarında hareketler yavaşlar ve öksürük refleksi azalır.

2.1.4.3 Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşlı toplumda kas-iskelet sistemi hastalıkları yoğun olarak görülmekte ayrıca bununla birlikte yaşam kalitesini bozmaktadır (Gökçe Kutsal ve Eyigör, 2012).

Yaşlanmayla beraber kemiklerin dansitesi de azalmaktadır, bu nedenden dolayı kemikler daha zayıf ve kırılmaya yatkın olur. Kadınlarda kemik dansitesinde azalma menopoz döneminden sonra daha da hızlanır. Kaybın en çok olduğu kemikler femur boynu, radius ve ulnanın bilek eklemi ile temas ettiği alt ucu ve vertebralarda meydana gelir. Bu durum özellikle kemik dokuda kalsiyumun azalmasına bağlıdır. Bunun nedeni kısmen serum vitamin-D düzeyindeki azalma ile birlikte kalsiyum emiliminde azalmadır. Ana kemik yapılarıdaki kayıplar diğer kemiklere kıyasla daha çok olur (Nalbant, 2010).

2.1.4.4 Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte yenilenme imkanı mümkün olmayan sinir hücresi (nöron) kayıplarının meydana gelmesi nedeni ile hareketler yavaşlar, tepki (reaksiyon) zamanı artar. Tepki ve hareket zamanlarındaki azalma, bireylerin bir kısım günlük aktivitelerini gerçekleştirmede olumsuz etkilere neden olur. Beyincikte (serebellum) yaşlanma ile birlikte hemen hemen %25 oranında bir hücre kaybı meydana gelir (Quadagno' dan aktaran, Soyuer ve Soyuer, 2008).

2.1.4.5 Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gastrointestinal sistem (GİS) inmatür kök hücrelerden hızlıca terminal matür hücrelere dönüşme potansiyeli bulunan hücreler topluluğundan meydana gelir. Yaşlanan GİS postmitotik hücre düzeyinde diğer sistemlere kıyasla farklı bir fenomene sahiptir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda yaşlı mide, ince barsak ve kalın barsak epitelyal hücrelerinde diğer sistemlerin tersine hipoproliferasyon değil hiperproliferasyon olduğu görülmüştür (Nalbant, 2010).

Yaşlılarda tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu, çene kaslarında çabuk yorulma, yutma güçlüğü, özofagus düz kaslarında kalınlaşma ve ganglionik hücrelerde

sayıca azalma görülür. Midede gastrik mukozal kan akımının azalması ve mide salgılarındaki değişiklikler nedeni ile mide hasara yatkın olur. Kolon duvarında fibrozis artışı gözlenir ve besinlerin kolondan geçiş zamanı uzar. Pankreas kanalı genişler, β - hücre işlevlerinde azalma ve insülin direnci artmaktadır. Karaciğerin hacmi ve portal kan akımı azalmaktadır. Safra kesesinde mukozal katlantılarda artma, safra yollarında intramural bezlerin sayısında artış, elastik fiberlerin kalınlığında ve sayısında artma ayrıca safra kanalında genişleme olur (Aydınlı ve Batman, 2006). Dişlerin çürümesi ve diş kaybı, tat ve koku reseptörlerinde zayıflama görülür (Doğan ve ark., 2009).

2.1.4.6 Üriner Sistem Değişiklikleri

Yaşlanmayla beraber böbrek kütlesinde azalma meydana gelir. Böbrek kütlesi, 30 yaşında 250-270 gr iken 90 yaşında 180-200 gr'a düşer. Böbreklerdeki yağ dokusu ve glomerül sayısı azalır, ayrıca tübül hücre membranında kalınlaşma ve tübüler atrofi ve interstisyel fibrozis oluşmaktadır. Renal plazma akımında azalma olmaktadır (Altun ve Yılmaz, 2006).

Mesane kapasitesi düşer, mesane kasları idrar yapma haricinde de istem dışı kendiliğinden bazen kasılır ve idrar yapma hissiyatı oluşur. İdrar kesesi (mesane) kasları zayıflayarak rezidü seviyesinin artmasına sebebiyet verir ve bu olay yaşlı bireylerde sıklığı artan inkontinansın sebepleri arasındadır. Kadınlarda menopoz dönemi ile beraber üretra kısalmış ve iç yüzey duvar kalınlığı azalır. Üretra sfinkter tonusu azaldığı için idrar kaçırma olayları artar. Bu değişimlerin en önemli sebebi östrojen düzeyindeki azalmadır. Erkekler de ise, prostat büyüme eğilimindedir ve idrar çıkışını engelleyecek düzeyde büyüebilir (Du Beau ve ark., Aktaran; Nalbant, 2010).

2.1.4.7 Metabolik ve Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte organ ve sistem rezervlerinde genel bir azalma meydana gelir. Toplam vücut ağırlığındaki değişim önemsenmeyecek miktarda olmasına rağmen yağ kitlesinde bir artış meydana gelmektedir. Yağsız vücut kitlesi, 40 yaşından itibaren her 10 yılda %6 oranında azalmaktadır, 90'lı yaşlarda ise bu zamlarla %25' lere ulaşmaktadır. Bazal metabolizma sabit şekilde azalmakta ve buna bağlı olarak oksijen

tüketimi, kreatinin klerensi, kemik ve kas kitlesinde azalma meydana gelir (Dağdelen, 2006).

Bazı yapılan çalışmalarda, özellikle üç hormonal sistemin (östrojen ve testosteron, dehidro epiandrosteron, büyüme hormonu) serum konsantrasyonlarında ciddi azalmalar olduğunu göstermiştir. Hormonal açıdan oluşa gelen bu değişikliklerin cinsellik, kemik-mineral, kas-iskelet sistemi ve sirkadiyan ritm üzerinde olan zararlı etkileri haricindeki etkileri günümüzde net bir şekilde açıklanamamıştır (Nalbant, 2010).

2.1.4.8 Derideki Değişimler

Yaşlanma bütün organları etkilediği gibi deri üzerinde de bir takım değişikliklere sebep olmaktadır. Doğal yaşlanma ile oluşan incelme, kuruluk, kabalaşma, kırışıklık, elastikiyette azalma neticesinde gevşeme, sarkma, kahverengi lekeler, seyrek gri saçlar, ciltte iyi ya da kötü huylu oluşumların görülme düzeyi yükselmektedir. Ter bezlerinin sayısı azaldığından dolayı terleme yaşlanma ile birlikte azalır (Kayaoğlu, 2012).

Artan yaşla ile beraber deri daha ince, daha elastik, kuru ve kırışiktır. Uzun yıllar boyunca güneş ışınlarına maruz kalmak cilt bütünlüğünü daha sert ve daha kırışık hale getirmektedir. Bu durumu en iyi şekilde görmek için güneşe daha çok maruz kalınan yüz ile vücut arasındaki farka bakılabilir. Güneş ışınlarına daha az maruz kalan bireyler daha genç görünür. Yaşlanma ile birlikte cilt altında bulunan yağ dokusu azalır ve fibröz doku ile yer değiştirir (Nalbant, 2010).

2.1.4.9 İmmün Sistem Değişiklikleri

Yaşlılık döneminde T hücre miktarı ve T hücre fonksiyonları azalır. Nötrofil ve makrofaj hücrelerin fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelir. Bu faktörlere bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarında atipik etkenlerde artış yönünde değişiklikler görülür (Aydoğan ve ark., 2011). Yaşlı bireylerde immün sistem hücrelerinin kanser hücrelerini, bakteri ve diğer yabancı cisimleri arındırma hızlarında azalma göstermektedir. Bu azalmayla birlikte yaşlılıkta kanser prevalansı artmaktadır (Nalbant, 2010).

2.1.4.10 Duyusal Fonksiyon Kayıpları

Yaşlanma ile birlikte göz lensi ağırlığı ve kalınlığı artar saydamlığı azalır, birçok kişide görme ile ilgili, katarakt, glokom gibi göz hastalıkları meydana gelir (İrkeç ve Mocan, 2006). Yaşlanmaya bağlı olarak işitme kaybı gelişir ve 65 yaş üstü popülasyonda işitme kaybı oranı %40-45 arasındadır (Ağbaht ve Cankurtaran, 2006).

2.1.5 Yaşlılıkta Sık Görülen Hastalıklar

Sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıklar, olağan fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olan, hayatın uzun bir dönemini içine alan hastalıklardır. Bir diğer tanıma göre kronik hastalıklar; uzun süreli, bulaşıcılığı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamiyle iyileşme imkanı bulunmayan, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen hastalıklar olarak bilinmektedir (Öz ve Svift, 2002; Bilir, 2006). Kronik hastalıkların sıklığı artan yaşla birlikte artış göstermektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Geçen yüzyıl başlarında bağışıklama ve antibiyotiklerin kullanımıyla birlikte sık görülen ölümlere sebep olan enfeksiyon hastalıklarının önemi giderek azalmaya başlamış ve yaşam biçimiyle ilgili hastalıklar olarak da anılan kronik hastalıklar daha önemli ve öncelikli bir hale gelmiştir (Çöl, 2009) .

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre tüm dünyada ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar ile ilişkili ve meydana gelen ölümlerin %80' i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır. Bu oranın 2020 yılında %75'e yükselmesi ön görülmektedir. Türkiye'de de dünyada olduğu gibi yaşlı nüfusun artışı ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümü kronik hastalıklardan oluşturmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, kronik hava akımının sınırlanması ile karakterize bir hastalıktır. İlerleyici olan hava akımı sınırlanması, akciğerlerin zararlı

gaz ve partiküllere anormal enflamatuvar yanıtı ile karakterizedir (Atasever ve Erdinç, 2003; Aras ve Tel, 2009; Akçay, 2012) .

Zararlı gaz ve patiküllerin uzun süre solunması sonucu akciğerlerde gelişen kronik enflamasyon; kronik bronşit, küçük solunum yolu hastalığı ve amfizeme yol açmaktadır (Süerdem, 2005). Gelişen küçük solunum yolu hastalığı ve amfizem, KOAH'a has yerleşik hava akımı obstrüksiyonu oluşumunda belirleyici öneme sahiptir. Genetik olarak yatkın olan kişilerin, uygun çevresel risk faktörleri ile uzun süre maruz kalması sonucunda KOAH oluşumuna sebep olmaktadır. KOAH, gelişimi farklı bir hastalık olup, benzer risk etkenleri ile karşılaşan bireylerde hastalık farklı bir seyir gösterebilmektedir (GOLD, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılındaki raporuna göre dünyadaki ölüm sebepleri içinde beşinci sırada yer alan KOAH'ın 2020 yılında üçüncü sırada yer alacağı öngörülmektedir (Tatlıcıoğlu, 2007; Aras ve Tel, 2009).

2.2.1 KOAH'ın Epidemiyolojisi

Tüm dünyada KOAH, giderek artan ve önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Akgün, 2013). Bu duruma karşılık KOAH yeterince bilinmemekte, yeterli düzeyde tanı konulmamakta, doğru olmayan tanı konulmakta ve yeterli düzeyde tedavi edilememektedir (Kocabaş, 2010).

Risk etkenlerinin oldukça fazla olduğu Türkiye'de KOAH ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Türkiye'de son yıllarda yapılan iki çalışmada KOAH'a yönelik önemli verilerin elde edilmesi sağlanmıştır. Bunlardan biri Sağlık Bakanlığı'nca sürdürülen Ulusal Hastalık Yüğü (UHY) çalışması, diğeri ise Adana ilinde yapılan Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü - Türkiye çalışmasıdır (Kocabaş ve ark., 2006).

Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Study) metodu kullanarak Türkiye'deki ölüm sebeplerini belirlemeyi amaçlayan çalışmada en sık karşılaşılan ölüm nedenleri içinde KOAH'ın üçüncü sırada olduğu bildirilmiştir. Adana ilinde 2004 Ocak ayında BOLD metodolojisi kullanılarak yapılan çalışmada buradaki

KOAH prevalansının 40 yaş üzerinde %19,1 (erkeklerde % 29,3 ve kadınlarda % 9,9) olduğu bildirilmiştir (Kocabaş ve ark., 2006).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre KOAH, dünyada en sık görülen dördüncü ölüm nedenidir ve her yıl dünyada 2.7 milyon bireyin ölümüne sebep olmaktadır. Sağlık Bakanlığı UHY 2004 yılı çalışmasına göre, KOAH Türkiye’de üçüncü ölüm nedenidir. KOAH günümüzde önemli ve giderek artan ölüm nedenlerindedir. DSÖ’ye verilerine göre 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür ve çoğu Çin’de olmak üzere bu ölümlerin yarısı Batı Pasifik bölgesinde meydana gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde KOAH ikincil ölüm sayısının ise yılda yaklaşık 300 bin civarında (tüm ölümlerin yaklaşık %10’u) olduğu bildirilmiştir. (Erdoğan ve ark., 2000; Erdoğan ve ark., 2010). Türkiye’de, KOAH’ın oranına yönelik yeterince çalışma bulunmamasıyla birlikte, 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada, 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı %13.6 (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) olarak tespit edilmiştir. Yine Kayseri’nin kırsal bölgesinde 20 yaş üstü nüfusta yapılan bir çalışmada ise, kronik bronşit prevalansı %13.5 (erkeklerde %17.8, kadınlarda %10.0) olarak tespit edilmiştir (Abul ve Özlü, 2013).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı koyulabilmesi için FEV₁ (birinci dakika zorlu ekspirasyon volümü) değerinin beklenenin %80 altında olması ve FEV₁ /FVC (ekspirasyonla atılan maksimum hava hacmi) < %70 olması gerekmektedir. Toraks Derneği, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), American Thoracic Society (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği ERS’nin (European Respiratory Society) raporunda KOAH FEV₁ değeri baz alınarak; hafif, orta, ağır, çok ağır olmak üzere dört evreye ayrılmıştır (GOLD, 2011). Yaşlı bireylerde spirometrik manevraları uygulamada zorluklar olduğu için testin kullanımı sınırlanmaktadır (Akçay, 2012). Tablo 1’de Türk Toraks Derneği’nin KOAH evrelendirmesi gösterilmektedir.

Tablo.1 KOAH Evrelendirmesi

Derece	Özellikleri
Hafif	FEV1 \geq %80 (beklenenin)
Orta	%50 \leq FEV1<%80 (beklenenin)
Ağır	%30 \leq FEV1<%50 (beklenenin)
Çok Ağır	FEV1<%30 (beklenenin)ya da FEV1<%50 (beklenenin) +kronik solunum yetmezliği

*Solunum Yetmezliği: Deniz seviyesinde ve oda havası solunurken; PaO₂<60 mmHg ve/veya PaCO₂>50 mmHg

2.2.2 KOAH' da Risk Faktörleri

KOAH oluşumundan sorumlu risk etkenleri, kişisel faktörler ve çevresel etkenlere göre değişkenlik gösterse de kesin olarak kanıtlanmış risk faktörleri, genetik eğilim (α -1 antitripsin yetmezliği), sigara içimi, iç ortam hava kirliliği ve mesleki maruziyettir (Pauwels et al., 2012). Bu faktörlere ek olarak bazı risk etkenlerinin de KOAH oluşumunda rol oynadığı düşünölmektedir. Bu risk faktörleri Şu şekildedir; hava kirliliği, pasif sigara içiciliği, viral enfeksiyonlar, sosyo-ekonomik etkenler, alkol, yaş, cinsiyet, genetik faktörler ve solunum yolu aşırı cevaplılığıdır (Kocabaş, 2010; Akçay, 2012). Tüm bu risk faktörleri Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo.2 KOAH'ta Risk Faktörleri (Süerdem, 2005; Ovayolu ve ark., 2008)

Çevresel Faktörler	Konakçı İle İlgili Faktörler
-Sigara kullanımı	α -1 antitripsin eksikliği
Aktif sigara kullanımı	-Genetik yatkınlık
Pasif sigara kullanımı	-Ailede hastalık öyküsü
Annenin sigara kullanımı	-Etnik Faktörler
-Sosyoekonomik etkenler/yoksulluk	-Yaş
-Diyette ilgili faktörler	- Cinsiyet
Yüksek tuzlu beslenme	-Hava Yolu Hiperreaktivesi
Diyette antioksidan vitaminlerin azlığı	-Atopi
Diyette doymamış yağ asitlerin azlığı	-Düşük Doğum Ağırlığı
- Solunumsal enfeksiyonlar	-Semptomlar (aşırı mukus yapımı vb.)
- Beslenme	
-Mesleki maruziyet (organik ve inorganik tozlar)	
- Ev İçi Hava Kirliliği (havalandırılması az olan ortamlarda ısınma veya yemek pişirmek için biomass kullanımı)	
-Açık Havada Hava Kirliliği	
-Akciğer Büyüme Ve Gelişimi	
-Oksidatif Stres	

2.2.3 KOAH'ta Belirti ve Bulgular

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sık rastlanılan belirtiler; dispne, balgam çıkartma ve özellikle sabahları görülen öksürüktür. Ayrıca yorgunluk, sağ kalp yetmezliği, siyanoz, ödem, iştahsızlık, kilo kaybı, obstrüktif uyku apne sendromu görülebilmektedir. Fizik muayene bulgularında ise, ekspiryum uzunluğu, zorlu ekspirasyon, solunum seslerinde azalma, raller, büyük dudak solunumu, göğüs ön arka çapında artma, alt interkostal aralıklarda paradoksal içe çekilme, kalp seslerinin derinden duyulması görülebilmektedir (Kocabaş, 2000).

2.2.4 KOAH'ta Tanı ve Tedavi

Solunum fonksiyon testi (SFT) (Spirometri), objektif ve tekrarlanılabilir hava akımı kısıtlanması ölçütüdür. KOAH tanısının koyulabilmesi için spirometrik ölçüm şarttır. Spirometri ile gerçekleştirilen solunum fonksiyonunu değerlendirebilmek için, bu test tecrübeli bir teknisyen ya da hekim tarafından yapılması gerekir. Spirometri işlemi 2005 ATS/ERS değerlerine göre yapılmalıdır. Spirometri ile maksimum inspirasyon noktasından, zorlu inspiryumla atılan hava hacmi (zorlu vital kapasite, FVC) ve bu manevranın ilk saniyesinde çıkarılan hava hacmi (birinci saniyede zorlu ekspirasyon hacmi, FEV1) ölçülmeli ve bu iki değerin oranı (FEV1 / FVC) hesaplanmalıdır. KOAH tanısı konulabilmesi için FEV1 /FVC oranının %70'in altında olması gerekir (Akçay, 2012; Uysal, 2013).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı konulan hastaların tedavisi ve komplikasyonlarının ortaya çıkmasını önlemek için öncelikli olarak risk faktörlerinin azaltılması gerekmektedir. Çünkü bu çalışmalar, KOAH belirtileri, alevlenmeleri, hastaneye yatışları, prognoz ve mortaliteler üzerinde ilaç tedavisine göre daha önemli ve etkiye sahiptir. Bu risk etkenlerinin azaltılması için yapılan çalışmalar 4 başlıkta incelenir;

- 1- Sağlığın sosyal belirleyicilerinin / sağlıkta eşitsizliğin iyileştirilmesi.
- 2- Risk faktörlerinin uzaklaştırılması / iyileştirilmesi
 - a) Sigara içimini bırakılması

b) İç-dış ortam hava kirliliğinin düzeltilmesi

c) Çalışma (işyeri) ortamının iyileştirilmesi

3- Günlük fiziksel aktiviteye yönlendirme

4- Bağışıklama (aşılama)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için ilaç tedavisi; semptomları, alevlenme sıklığını ve şiddetini düşürmek, egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini yükseltmek için uygulanır. KOAH tedavisinde kullanılan ilaç grupları şu şekildedir. Bronkodilatörler, antikolinerjikler, beta-2 agonistler, metilksantinler, kortikosteroidler, sistemik kortikosteroidler, inhaler kortikosteroidler, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, immünoregülatörler, alfa-1 antitripsin, antibiyotikler, antitussifler, vazodilatatörler ve narkotiklerdir (Koçyiğit, 2007).

2.2.5 KOAH ve Yaşlılık

İleri yaşlarda en sık rastlanan hastalıklardan birisi de KOAH'tır. Bu duruma karşın tanı konulmayan ve tedavi olmayan yaşlıların çok olması günümüzde devam eden önemli bir sorundur. Deveci ve arkadaşlarının (2011) yaptığı, 18 yaş üstü 1270 bireyin tarandığı bölgesel bir araştırmada, 45 yaş üstü bireylerin KOAH prevalansı %11,5 olarak saptanmıştır. Risk faktörleri olarak yaş, cinsiyet, kırsal bölgede yaşamak ve düşük gelir durumu bulunmuştur. Yaşlılıktaki yetersiz homeostatik mekanizma, bozulan fizyolojik sistemler ve kısıtlı fonksiyonel rezervler KOAH için risk faktörleri oluşturmaktadır (Kaya ve ark., 2010; Gökçe Kutsal ve Eyigör, 2012).

2.2.6 KOAH' ta Hemşirelik Yaklaşımı

KOAH olan hastalar, hastalık sürecinden kaynaklanan ve günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen yetersizlikler, duygusal, bilişsel, fizik aktivitelerindeki değişiklikler, ekonomik ve sosyal kısıtlılıklar sebebiyle güç ve karmaşık sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Kartaloğlu, 2013).

KOAH olan hasta bireylerin hastalık süresince meydana gelen sorunlarla başa çıkabilmeleri, ev ortamında hastalık belirtilerini ve hastalık komplikasyonlarını etkili bir biçimde kontrol altına alabilmeleri için bir takım özel bilgi ve beceriler edinmeleri gerekmektedir (Çil ve Olgun, 2005).

Hemşireler hastaların benlik saygısının yükseltilmesi ve yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmeyi sağlamalarına yardımcı olmalı ve hastanın baş etmesini güçlendirirken kullandığı baş etme yöntemleri iyi değerlendirilmeli ve olumlu davranışlar desteklenmeli aynı zamanda yeni baş etme becerilerinin de öğretilmesi gerekir (Öz, 2001).

Hastanın öfke, kızgınlık gibi duygularının ifade etmesi sağlanarak mevcut durumun anlaşılması sağlanmalıdır. Ölüm kaygısı, hastaların yaşamlarını ciddi olarak tehlikeye sokabilecek bir durum olmasından dolayı hemşirelik tanısı olarak ele alınmalıdır. Hemşirelik profesyonellerinin bu konuda bilgi ve yeteneklerini geliştirerek hastaların ölüm kaygısıyla baş etmelerine yardımcı olmalıdırlar (Lehto ve Stein, 2009).

2.3 Ölüm Kaygısı

Ölüm, evrendeki bütün canlıların paylaştığı kaçınılmaz bir son ve bireyin psikolojik, fizyolojik anlamdaki son evresidir. Ölüm, durdurulması ve önlenmesi mümkün olmayan her insanın kendisinin deneyimleyeceği karşı gelinemeyen evrensel bir olgudur (Arpacı ve ark., 2011).

Farklı toplumlarda, kültürlerde ve disiplinler içinde bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel konumuna bağlı olarak değişiklikler gösteren bir çok farklı şekillerde ölüm kavramı için tanımlamalar yapılmıştır (Karakuş ve ark., 2012). Ölüm, bazılarında göre stres kaynağı olurken, kimine göre stresten uzaklaşma aracıdır. Kimine göre yok olmak olarak, bazılarında göre sonsuz bir yaşamın başlangıcı olarak görülmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Ölüm fikrinin insan hayatına etkisinden kaçınmak mümkün değildir; ancak aşırı, ölçüsüz, patolojik bir biçimde meydana gelen ölüm düşünceleri, insan psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir. Ölüm kavramına yapılan tanım gibi ölüme karşı geliştirilen tutumlar da bireysel özelliklere, toplumsal, dinsel, kültürel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Bu değişiklik bireyin kendisi dışındaki bireylerin ölümü ya da bireyin kendisinin ölüm ihtimali düşüncesi karşısında da görülebilmektedir. İnsanlar etrafındaki kişilerin ölümleri ile ilgili olarak geçmiş yaşantılarını göz önünde bulundurarak, ölüme yönelik tutumlarını oluşturmaktadır. Bireyin kendisinin ölümü

üzerine tutumları; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma biçiminde dört ana durumdan oluşabilirken; başkalarının ölümü durumunda ise bunlara yas tutma süreci de dahil olmaktadır (Arpacı ve ark.,2011; Karakuş ve ark.,2012) .

İnsan hayatına ölüm düşüncesinin etkisinden kaçınması mümkün değildir. Fakat aşırı, ölçsüz, patolojik biçimde olan ölüm düşüncesi bireyin psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple bireyin kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Bununla beraber zihinde tam anlamıyla bastırılmayan, bazı zamanlarda belirli ölçülerde hatırlanan ölüm, insan hayatına katkıda bulunmaktadır (İnci ve Öz, 2009).

İnsanlar, ölümle eşleştirilen ağrı ve psikolojik acılar ve özel şeylerden korkabileceği gibi; nerede, ne zaman ve nasıl öleceğini bilememek biçiminde ölümle eşleştirilen birçok bilinmeyenle ilgili olarak da belirsiz bir kaygı yaşayabilir. Langs'a göre ölüm kaygısı, çevrenin tetiklediği duygusal yüklenmelere karşılık olarak verilen bilinçli ya da bilinçsiz tepkilerin bir sonucu olarak yaşanır. Ölüm kaygısı ya da korkusu, değişken bir olgudur. Ölüm kaygısı, birbirinden oldukça farklı üç biçimde görülebilmektedir. Ölüm kaygısının bu biçimlerinin her biri insanoğlunun duygusal gelişimi üzerinde önemli etkilere sahiptir.

- 1- Varoluşsal ölüm kaygısı, insanoğlunun kaçınılmaz ölüme karşı hissettiği kaygıdır.
- 2- Kaçınmacı (Predatory) ölüm kaygısı, ölüm kaygısının en eski formudur. Doğal felaketler ve yasamdaki diğer tehdit edici durumların neden olduğu kaygıdır.
- 3- Koruyucu (Predator) ölüm kaygısı, insanoğluna duygusal ya da fiziksel olarak zarar verici durumların oluşması durumunda yaşanan kaygıdır (İnce, 2011).

2.3.1 Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Literatürde ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, genellikle ölüm kaygısı ile ilişkili olan çok boyutlu bir yapının olduğu fark edilmiştir. Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler şu şekildedir; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, zeka,

sosyo-ekonomik durum, inanç, bir yakınının ölüm deneyimini yaşamış olmak özellikle de yakın zamanda, kişinin süregelen, ağır bir hastalık vb. sebeplerle kişisel olarak ölüme yakınlığı, çocuk sahibi olma/olmama, başetme yöntemleri gibi faktörlerin bireylerin ölüm algısını, ölümü ve yaşamı anlamlandırmasını, ölüm ile ilgili tutum ve davranışlarını, ölüm kaygısı düzeyi üzerine etki edebildiği bildirilmektedir (Üstüner Top ve ark., 2010; Acehan ve Eker, 2013).

2.3.1.1 Yaş

Gençlerin ölüme henüz uzak olduklarından ölümü düşünmedikleri ve aileleri ile bu konuyla ilgili paylaşımında bulunmadıkları; yaşlıların ise ölüme daha yakın olduğu ve bu nedenle yaşla birlikte bireylerin ölümü daha çok düşünmeye başladığı kabul edilir (Karakuş ve ark., 2012).

Gençler ölümü sağlıklı bedenini yitirme ve geleceğe ilişkin tasarılarını gerçekleştirememeye olarak görüp kaygı yaşarken (Erdoğan, 2008), orta ve ileri yaş dönemlerinde işlerini ve yakın çevrelerindekiyle karşı olan sorumluluklarını tamamlanamama sıkıntısı biçiminde kaygı duyarlar (Kalaoğlu Öztürk, 2010; Karakuş ve ark., 2012).

Çalışmaların büyük bir kısmında yaşlı bireylerde ölüm kaygısının ergen bireylere ve genç erişkinlere nazaran daha az olduğu bildirmektedir. Yaştaki farklılıkların ölüm kaygısı üzerine nasıl bir etkisi olduğu konusunda net bir düşünce birliği bulunmamaktadır (Kalaoğlu Öztürk, 2010; Karakuş ve ark., 2012).

2.3.1.2 Cinsiyet

Ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkeninin de olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır (Conte ve ark., 1998).

Kadınlarda ölüm kaygısını yüksek olarak değerlendiren çalışmalarda bu durumun kadınların ölümle ilgili daha kaygılı olabileceği; erkeklerin ölümle ilgili kaygı duymadıkları ya da ölüm kaygısı açısından aslında her iki cinsiyet arasında fark olmayıp, kadınların bunu daha çok ifade ettiği şeklinde değerlendirilmektedir (Karakuş ve ark., 2012).

2.3.1.3 Medeni Durum

Psikososyal bir varlık olan insanın toplumsal ilişkiler kurma ve zorlu yaşam olayları ile baş etme konusunda aile ve eşin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010). Erdoğan ve Özkan (2007) yaptıkları çalışmalarında evli olanlarda bekar olanlara kıyasla ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmış olup, bunun evli bireylerin eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

2.3.1.4 Yaşam Olayları

Aile bireylerinin kaybının bireyin ölümle yüzleşmesi, yalnızlık, sosyal desteğin azalması gibi nedenlerden dolayı ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu ve özellikle ailedeki kadının hastalanması durumunda erkeklerin normalde kadınların yükledikleri sorumlulukları yerine getirmenin eklenmesi ile kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Cimete, 2002).

2.3.1.5 Kişilik Özellikleri

Duygulardan kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni az olan, topluma uyumu az olan ve gergin bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Karakuş ve ark., 2012).

2.3.1.6 Sosyo Kültürel Özellikler

Her kültürün ölüm kaygısına karşı kendine özgü olarak geliştirdiği inanç, tutum ve davranışları vardır. Bu inanç, tutum ve davranışların, bireyi ölüm kaygısına karşı koruduğu savunulur. Araştırmalar her kültürün ölümü dile getirme ve anlam yükleme konusunda farklılıklar gösterdiğini ve bazı kültürlerin ölüm kaygısını hafifletmede daha etkin olduklarını göstermiştir. Batı toplumlarının hasta ve yaşlıları dışladığı, bu kültürdeki bireylerin ölümün farkındalığından uzak kaldığı belirtilmiştir (Kalaoğlu Öztürk, 2010; Karakuş ve ark., 2012). Kübler Ross, kültürlerin ölüme getirdikleri açıklamalar ve yükledikleri anlamlar açısından farklılık gösterdiklerini; dolayısıyla

kültürün ölüm kaygısının düzeyini biçimlendirebileceğini belirtmiştir (Kalaoglu Öztürk, 2010).

2.3.1.7 Ekonomik Durum

Bireyin ekonomik sorunları genel kaygı düzeyini artırabilir, genel kaygının ölüm kaygısını artırdığı düşünüldüğünde maddi sorunlar ölüm kaygısının gelişiminde önemli olabilir gibi görünmektedir (Kalaoglu Öztürk, 2010).

2.3.1.8 Gelişimsel Süreç

Çeşitli gelişim dönemlerinde ölüm kaygısı şiddetinde değişiklikler olduğu yönünde veriler literatürde yer almaktadır. Genel kanı ölüm kavramının dokuz yaşından önce gerçeğe uygun biçimde anlaşılmadığı, ergenlikte ölüm olgusunun göz ardı edildiği, yetişkinlik boyunca orta yaşa yaklaştıkça ölüm fikrinin kaygı yaratmaya başladığı, orta yaşta bu kaygının tavan yaptığı ve yaşlılıkta ise azalmaya başladığı yönündedir (Karakuş ve ark., 2012).

2.3.1.9 Çocuğun Varlığı/Sayısı

Çocuk kişinin genlerinin devamı olduğu için bir anlamda biyolojik ölümsüzlük olarak düşünülebilir ve bilinç altında ölüm kaygısına karşı çocuk sahibi olmak rahatlatıcı bir etken olabilir diye düşünülmüştür (Özaltın ve Işıl, 1997).

2.3.2 Yaşlılarda ölüm kaygısı

Yaşlı bireylerin kendilerini daha üretken ve daha bağımsız hissetmesi için sosyal yaşama katılımlarının artması gerekmektedir. Daha genç yaşlılarda daha fazla arkadaşlık, sosyal davranışlar, kişisel gelişim izlenebilmekte fakat ileri yaştaki yaşlılarda daha fazla dinsel konulara odaklanma ve depresyon izlenmiştir. Cinsiyetler arasında yaşlılık algı ve tutumunda farklılık görülmekte, kadınlar daha yaşam dolu iken erkeklerde depresyon daha fazla izlenmektedir. Depresyon görülen yaşlı bireylerin bir kısmı bu durumu bir doktorla konuşmanın önemli olduğunu belirtirken, bir kısmı da bu durumu yaşlılığın getirdiği bir durum olarak algılamaktadır (Sarkisian ve ark., 2003) Yaşlanmayla birlikte zaman daha çabuk geçmeye başlar gibi gelir ve bu duruma bir de

zaman kullanımına ilişkin yanlış alışkanlıklar eklenirse sorun belirgin bir biçimde ortaya çıkabilir (Karakuş ve ark.,2012).

Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen değişkenler genel popülasyondan çokta farklı değildir. Yakınlarından birinin kaybının yaşamın ilk dönemlerinde dengelenebilir bir durum olduğu; ileri yaşlarda ise kaybedilen her sevgi nesnesinin yeri doldurulamayacak boşluklar oluşturduğu ve bireyin sosyal ölümüne zemin hazırladığı düşünülmektedir. Sosyal çekirdekteki yitimlerden kaynaklanan sosyal ölüm, yaşlanmayı ve fizik ölümü kolaylaştırır. Yaşlanan birey çeşitli nedenlerle (çevresindeki yakınlarını kaybetmesi gibi) sosyal ilişkilerinden zorunlu ya da farkında olmadan soyutlanabilmektedir. Diğer insanlardan soyutlanmak ve yalnız kalmak yaşlıya hiçliği anımsatır. Hiçlik ölüme simgeleşir ve bunu bilmek sürekli yaşanan ölüm kaygısını da beraberinde getirir (Kalaoğlu Öztürk, 2010).

Moreno ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların, huzurevinde yaşamayan bireylere göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları bildirilmiştir. Bu durumun çeşitli faktörlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bunlar, yaşın ilerlemesiyle ölüme yakın olma düşüncesinin daha az kaygı oluşturacağı düşüncesi ve kurumlarda ölüm gerçeği ile daha fazla bilgilendirilmeleri ve yüzleşmeleri ile ölüm olayına karşı duyarsız oldukları düşüncesidir.

2.4 Anksiyete

Psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görüleni olan anksiyete bozukluklarına ilgi son yıllarda artmıştır. Anksiyete bozukluklarının günlük yaşam üzerine etkisi büyüktür, hasta bireye huzursuzluk verici bir durumdur ve sosyal maliyeti çok fazladır (Aldemir ve Gönül, 2006).

Anksiyete nerdeyse herkes tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Amacı hayatın sürmesi için adaptasyon davranışının oluşması olsa da bazen hayatı olumsuz etkileme derecine kadar ulaşabilir. Anksiyete çok yönlü bir durumdur ve bütün organizmayı etkilemektedir. İçsel ve dışsal dünyanın neden olduğu bir tehlike varlığında veya bireyin tehlike olarak algıladığı herhangi bir olayla karşılaştığında yaşanan duygudur. Kişinin bir şey olacakmış gibi kendini tepki vermek için hazır durumda

hisseder ve bedensel semptomlarda bu olaya eşlik eder. Hafif bir tedirginlik ve gerginlik hissinden panik düzeyine kadar ulaşan farklı derecelerde yaşanılabilir. Özet ile hayatı tehdit eden veya tehdit biçiminde algılanan huzursuz edici bir endişe ve korku duygusu olarak tanımlanabilir (Kocabaşoğlu ve ark., 2004).

Anksiyeteye genellikle mental, tıbbi ve nörolojik bozuklukların eşlik ettiği görülür. Psikiyatrik hastalıklar içinde en çok depresyon ile beraber görülmektedir. Tıbbi hastalık tanısı bulunanlarda anksiyete oranı %10-30 ve kronik tıbbi hastalık tanısı olan bireylerde hayat boyu anksiyete görülme sıklığının normal popülasyona göre daha fazla olduğu (%12'ye karşın %18) saptanmıştır (Özmen ve Önen, 2008).

Anksiyete, solunum sistemi hastalığı bulunan bireylerde en sık görülen psikolojik sorunlardan biridir (Korkmaz ve Tel, 2010).

Anksiyete, sıklıkla KOAH olan hastalarda dispnenin oluşmasına, solunum güçlüğü şiddetinin artmasına ve hiperventilasyona sebep olmaktadır. Anksiyeteli bireyde mevcut dispneyi daha da endişeli yorumlar ve bireyin korkusu artar. Bu duruma bağlı olarak ilaç alma ihtiyacı artmaktadır (Mehel Tutuk ve Şahin Altun, 2014).

Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmesine karşın, gençlere göre daha nadir görüldüğü öne sürülmekte ve toplumda yaşlılarda %5-10 sıklığında anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (Özel Kızıl ve Turan, 2007).

Anksiyete bozuklukları yaşlı toplumda görülme sıklığı fazla olan fakat üzerinde çok fazla araştırma yapılmayan bir hastalık grubudur. Panik bozukluk, özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğunda sık görülür. Bilişsel ve bedensel belirtilerle kendilerini gösterirler, yaşlılar genellikle bedensel belirti ile ifade etmeye yatkındır, bu durumda belirtiler somatik şikayetler ya da "evhamlılık" olarak değerlendirilerek gerçek teşhis gözden kaçabilir. Bunun aksi bir durumda, bireyin bedensel şikayetleri bir medikal hastalığa ya da bir ilacın yan etkilerinden dolayı meydana gelebilir, hastalık öyküsü iyi bir şekilde alınmadığı ve iyi bir şekilde muayene edilmediği durumlarda anksiyete bozukluğu tanısı ile tedaviye başlanarak durumun kötüye gitmesine sebebiyet verilebilir (Erden Aki, 2012).

Anksiyete yaşlılıkta ortaya çıkan kayıplara (iş kaybı, eş kaybı, fiziksel kayıplar gibi) karşı verilen rutin bir tepki olarak görülmektedir. Ayrıca yaşlılarda bedensel anksiyete yakınmalarının fazla görülmesi anksiyete bozuklukları yerine tıbbi hastalıkları akla getirmekte ve tanının atlanmasına sebep vermektedir. Bu sebeplerle birlikte yaşlılarda anksiyete bozuklukları yeterince tanınıp tedavi edilememektedir (Özel Kızıl ve Turan, 2007).

2.5 Durumluk Anksiyete ve Sürekli Anksiyete

Herhangi bir tehdit durumunda hissedilen korku ve gerginlik durumu "anksiyete" olarak ifade edilir (Büyüköztürk, 1997). Anksiyeteyi, Spielberger (1972), "stres oluşturan durumların ortaya çıkardığı üzüntü, algılama ve gerginlik gibi nahoş duygusal ve görülebilir reaksiyonlar" olarak tanımlamaktadır. Spielberger' in (1971) aktardığına göre ilk kez Cattell ve Scherer'in (1958; 1961) çalışmalarında faktör analizi ile saptanan iki tür anksiyete vardır bunlar; "durumluk anksiyete" ve "sürekli anksiyete" olarak adlandırılmıştır.

Durumluk anksiyete, tehlikeli koşullardan kaynaklanan geçici bir duruma bağlı olarak durağan kaygı türüdür. Sürekli anksiyete, içsel kaynaklı, bireye özgü değerlerin tehdit edildiği duygusunu veren, kişinin içinde bulunduğu durumları stresli olarak anlamlandırmasına sebep olan anksiyete çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Özguven, 2014).

2.6 KOAH -Ölüm kaygısı-Anksiyete ilişkisi

KOAH olan hastalarda anksiyete genellikle dispnenin meydana gelmesine, solunum güçlüğüünün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olmaktadır ve bu duygu durum bozukluğu da dispne şiddetini olumsuz etkilemektedir. Kronik solunum sistemi hastalıklarında anksiyete en sık görülen psikolojik bozukluklardandır. Bir çok sayıda çalışma KOAH olan hastalarda anksiyete insidansının arttığını işaret etmektedir (Aylaz ve ark., 2014). KOAH ile birlikte görülen anksiyetenin prevalansı oldukça yüksek olarak kabul edilmektedir (Hill et al., 2008; Maurer et al., 2008). KOAH'da en

yaygın görülen ruhsal bozukluğun anksiyete olduğu bildirilmektedir (Mikkelsen et al., 2004).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler, hastalığın getirdiği güçlüklerle hep iç içedirler (Ünsal ve Yetkin, 2005). Bütün kronik hastalıklar gibi KOAH'ın neden olduğu organda işlev bozukluğu yanı sıra, devamlı ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebiyle geleceğe dair endişeleri arttırır, ümitsizlik ve kaygıya sebep olur. Diğer taraftan solunum güçlüğu ve hava açlığı, panik, kaygı ve ölüm korkusuna neden olabilmektedir (Gudmundssona et al., 2006; Marco et al., 2006).

Dispne, KOAH olan hastalarda en yaygın görülen ve en fazla fonksiyon kaybına sebep olan semptomdur ve yoğunluğu bireyden bireye farklılık göstermektedir (Hıll et al., 2007). Hastalığın akut alevlenme dönemlerinde dispne daha çok artmaktadır (Costi et al., 2006). KOAH hastaları artan ve azalmayan aralıklı anksiyete duygularıyla tanımlamışlardır (Bailey, 2004).

KOAH hastalarının anksiyeteyi, hastalığın alevleneceğinin işareti olarak görmeleri dispne ve anksiyete arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Costi et al., 2006).

3. MATERYAL VE METOT

3.1 Materyal

3.1.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Ekim 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında Kastamonu ilinde bir devlet hastanesinde ayakta ve yatarak tedavi alan KOAH olan 65 yaş ve üstü bireylerle yapılmıştır.

3.1.2 Araştırmanın Türü

Bu araştırma ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.1.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kastamonu ilinde bir devlet hastanesine başvuran KOAH tanısıyla tedavi alan 65 yaş ve üstü 390 hasta oluşturmuştur. Örneklem sayısı power analiz yöntemiyle Türkiye’de KOAH görülme hızı %20 , KOAH olan bireylerde anksiyete görülme hızı %20 ,% 5 hata payı, %95 güvenlilikle en az 151 hasta olarak belirlenmiştir. Olasılıksız olarak araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden, veri toplama formunda hata tespit edilmeyen, iletişim kurulabilen 171 yaşlı ile araştırma tamamlanmıştır.

3.2 Metot

3.2.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kastamonu ilinde bir devlet hastanede ayakta ve yatarak tedavi alan KOAH olan yaşlı bireylerin anksiyete ve ölüm kaygısı durum ilişkisini tespiti amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak düzenlenen Anket Formu ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan Anket Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Anket Formunda toplam 13 soru bulunmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Anket Formu iki bölümden oluşmaktadır. Anket Formu Birinci bölümde KOAH olan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin altı soru, ikinci bölümde hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler ile ilgili yedi soru bulunmaktadır. Anket Formu, hastanede yatan KOAH olan

yaşlı bireylere hasta odalarında ve poliklinikte bulunan hastalara hasta bekleme salonunda uygulanmıştır.

3.2.1.2 Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Templer'in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini saptamak için toplam 15 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular doğru/yanlış şeklinde cevaplanır. Doğru yanıtlar 1 puan olarak değerlendirilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya dahil edilmemektedir. Puan aralığı 0-15 arasında bulunan bu ölçekte, puanlar bu aralıkta arttıkça ölüm kaygısı yönünden de yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır. Ölçekte ortalama puan olan 7 ve yukarısı değerlerde toplam puan alan bireylerin ölüm kaygısının yüksek olduğu şeklinde değerlendirme yapılabilir. Bu ölçek, ölümlle ilgili olarak meydana gelen kaygı, korku, dehşet gibi duyguları dile getiren ifadelerden oluşmaktadır. Birçok araştırmada kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır. Türkçe'ye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa 0,72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0,80 bulunmuştur (Akça ve Köse, 2008). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir.

3.2.1.3 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI-I ve STAI-II)

Durumluk kaygı düzeyi ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramını temel almıştır. Kendini değerlendirme ölçeği olan STAI, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Bu ölçekler Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeğidir. Durumluk kaygı, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan ötürü duyduğu öznel korkudur. Durumluk Kaygı Ölçeği kişinin belirli bir zamanda ve belirli şartlar altında kendisini nasıl hissettiğini saptar. Sürekli Kaygı Ölçeği ise kişinin içinde bulunduğu mevcut durum ve şartlardan bağımsız şekilde kendisini nasıl hissettiğini tespit eder. Bu ölçek, likert tipinde olup "hiç" ile "tamamıyla" arasında değişen dört

derecelik bir ölçektir. Bu envanterden alınabilecek puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Türkçeye uyarlanmış ölçeğin test-tekrar test değişmezlik katsayıları, STAI-I için 0.26-0.68 arasında, STAI-II için 0.71 ile 0.86 arasında olduğu saptanmıştır. Bu ölçek LeCompte ve Öner tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmıştır (Lecompte ve Öner, 1975; Kalaoglu Öztürk, 2010). Bu çalışmada STAI-I Cronbach alfa değeri 0.86, STAI-II Cronbach alfa değeri 0.90 olarak tespit edilmiştir.

3.2.2 Etik Uygunluk

Bu araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Etik Kurul (sayı; 1225) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak için çalışmanın yapılacağı hastaneden ve Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerden ise sözel izin alınmıştır. Araştırmanın niteliğine yönelik açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara anket uygulanmıştır.

3.2.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verileri değerlendirilmek için SPSS for Windows 16,0 (Statistical Package of Science) paket programından yararlanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde önce normallik testi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlere t- testi, Anova, Pearson korelasyon test analizi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlere Kruskal-Wallis Varyans Analizi (KW) yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 3. KOAH olan yaşlı bireylere ait sosyo-demografik özelliklere ait veriler

Özellik	n	%
Yaş	Ortalama ± Standart Sapma: 72±6,8	(Min=65, Max=99)
Cinsiyet		
Kadın	58	33,9
Erkek	113	66,1
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	30	17,5
Sadece Okur-yazar	13	7,6
İlkokul Mezun	105	61,4
Ortaokul mezunu	10	5,8
Lise ve üstü Mezun	13	7,6
Medeni durum		
Evli	141	82,5
Bekar	15	8,8
Dul	15	8,8
Birlikte Yaşama Durumu		
Yalnız	25	14,6
Eşi ile	83	48,5
Çocukları ile	16	9,4
Eşi ve Çocuğu ile	33	19,3
Kalabalık Aile	14	8,2
Gelir düzeyi		
Düşük	34	19,9
Orta	129	75,4
Yüksek	8	4,7

Tablo 3’te çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylere ait sosyo-demografik özelliklere ait veriler verilmiştir. Buna göre çalışmaya KOAH tanısı konulmuş 65 yaş ve üstü 171 birey dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %66,1’ i erkek; yaş ortalamaları 72±6,83 (min-max= 65-99); % 61,4’ü ilkokul mezunu; %82,5’i evli;

%48,5'i eşi ile yaşamakta olup, %75,4'ü orta düzey gelire sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

4.2 Klinik Özellikler

Tablo 4. KOAH olan yaşlı bireylere ait klinik bulgular

Özellik	n	%
* SPO₂		
% 89 ve altı (Düşük)	56	32,7
% 90 ve üzeri (Normal)	115	67,3
Nabız		
49-59/dk	5	2,9
60-100/dk	159	92,9
101-140/dk	7	4,2
Hastalık süresi		
1 yıldan az	7	4,1
1-10 yıl	121	70,7
11-20 yıl	35	20,4
21yıl ve üstü	8	4,8

* SPO₂:Satürasyon Değeri

Tablo 4'te çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylere ait klinik bulgulara ait veriler verilmiştir. Çalışmaya katılan KOAH' lı hastalardan %67,3' ünün SPO₂ değerinin normal sınırlarda (> %90) olduğu; %92,9'unun nabız değerinin normal sınırlarda (60-100/dk) olduğu, saptanmıştır. KOAH olan hastaların hastalık sürelerine bakıldığında ise 1-10 yıl arasında hastalığı olanların oranı %70,7 olarak saptanmıştır.

Tablo 5. KOAH olan yaşlı bireylere ait ek bir kronik hastalık varlığı ve hastalıkların durumu

Ek bir kronik hastalık Varlığı	n	%
Var	105	61,4
Yok	66	38,6
Hastalık (n=105)*	n	%
Hipertansiyon	54	31,5
Diyabetes Mellitus	40	23,3
Kalp-Damar Hastalıkları	29	16,9
Sindirim Sistemi Hastalıkları	10	5,8
Tiroid Hastalıkları	9	5,2
Ortopedik Hastalıklar	6	3,5
Nörolojik Hastalıklar	6	3,5
Kanser	5	2,9
Diğer (Astm,Glokom)	3	1,7
Üriner Sistem Hastalıkları	2	1,1

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 5’de KOAH olan yaşlı bireylere ait ek bir kronik hastalık varlığı ve KOAH hastalığı ile beraber görülen diğer kronik hastalıkların oranı görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin, KOAH haricinde başka bir kronik hastalığı olanların oranı %61,4 olarak tespit edilmiş olup, en fazla görülen hastalık %31,58 oranıyla hipertansiyondur.

Tablo 6. KOAH olan yaşlı bireylere ait düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve evde bakım durumu

	n	%
Düzenli sağlık Kontrolü Yaptırma		
Evet	88	51,4
Kısmen	62	36,3
Hayır	21	12,3
Evde Bakım Alma Durumu		
Evde bakımımla ilgilenen biri var	127	74,2
Evde bakım gereksinimi var, ilgilenen biri yok	22	12,9
Evde bakım için birine gereksinimi yok	22	12,9
Evde Bakım İle İlgilenen Kişi (n=127)		
Eşi	60	47,2
Çocukları	25	19,6
Eşi ve Çocukları, torunu,eşi ve komşuları	20	15,7
Gelini, çocuğu ve gelini	20	15,7
Bakıcı, bakıcı ve aile bireyleri	2	1,5

Tablo 6’da KOAH olan yaşlı bireylere ait düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve evde bakım durumları verilmiştir. Çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylerin %51,5’nin düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdığı tespit edilmiştir. KOAH olan yaşlı bireylerin %74,3’ünün evde bakımıyla ilgilenen birinin olduğu, yine KOAH olan yaşlı bireylerin evde bakımlarıyla ilgilenen kişiler sorgulandığında %47,2’sinin bakımıyla eşlerinin ilgilendiği saptanmıştır.

Tablo 7. KOAH olan yaşlı bireylerin hastalığa yönelik duyulan endişe varlığı durumu

Hastalık İle İlgili Endişe Durumu	n	%
Var	108	63,2
Yok	63	36,8

Hastalıkla İlgili Endişe Nedenleri(n=108)*		
Tedavi	75	43,9
Yetersizlik hissetme	68	39,8
Bakacak kişi	45	26,3
Maliyet	33	19,3
Ulaşım	31	18,1
Aileden ayrı kalma	8	4,7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 7’de çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylerin hastalıklarına yönelik endişe durumları verilmiştir. Buna göre %63,2’sinin hastalıklarına yönelik endişe duydukları, tespit edilmiştir. Hastalığıyla ilgili endişe duyan KOAH olan yaşlı bireylerin en fazla tedavi konusunda (% 43,9) endişe yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. KOAH olan yaşlı bireylere ait sigara içme durumları

Özellik	n	%
Sigara kullanma		
Daha önce kullandım	78	45,6
Hiç kullanmadım	73	42,7
Halen kullanıyorum	20	11,7
Sigara kullanma süreleri		
10 yıldan az	4	4,1
10-19 yıl	8	8,2
20-29 yıl	16	16,3
30-39 yıl	24	24,5
40-49 yıl	25	25,5
50-59 yıl	18	18,4
60-63 yıl	3	3,0
Günlük sigara içme miktarı		
1 paketten az	3	3,1
1 paket	62	63,2
1,5 paket	3	3,1
2 paket	27	27,6
3 paket	2	2,0
4 paket	1	1,0
Sigara bırakma süreleri		
1 yıldan az	7	8,6
1-10	43	53,1
11-20	17	21,0
21-30	7	8,6
31-40	4	5,0
41-51	3	3,7

Tablo 8’de KOAH olan yaşlı bireylere ait sigara içme durumlarına ait bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylerin %45,6’sının daha önce sigara kullandığı; sigara kullanan KOAH olan yaşlı bireylerin %25,5’inin 40 ile 49 yıl arasında sigara kullandığı tespit edilmiştir. Sigara kullanan KOAH olan yaşlı bireylerin %63,2’sinin günlük 1 paket sigara içtiği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden belli bir süre sigara kullanıp sigarayı bırakma zamanları %53,1’i 1-10 yıl arasında sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 9. KOAH olan yaşlı bireylere ait ölüm kaygısı ölçeği (ökö) puanı

	n	\bar{X}	ss	Min Max	%
ÖKÖ	171	9,04	±4,02	0-15	
ÖKÖ Puanı < 7	47				27,4
ÖKÖ Puanı ≥ 7	124				72,5

Tablo 9’da KOAH olan yaşlı bireylere ait ÖKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 9,04±4,02’ dir. Çalışmaya katılan KOAH olan yaşlı bireylerin %27,48’inin ölüm kaygısının olmadığı, %72,52’sinin ölüm kaygısının olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10’ da KOAH olan yaşlı bireylere ait ÖKÖ Puanlarının Sosyo-demografik verilerle karşılaştırılması verilmiştir. Yaşlılık evresinin ölüm kaygısını etkilediği ve orta yaşlılık döneminde ölüm kaygısının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyetin ölüm kaygısını etkilediği, KOAH’ lı kadınların ÖKÖ puanının erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Evde bakım alma durumunun ölüm kaygısını etkilediği, bakıma ihtiyacı olduğu halde bakımıyla ilgilenen birisi olmayan KOAH olan yaşlı bireylerin ÖKÖ puan ortalamalarının, bakımıyla ilgilenen bir kişisi olan ve evde bakıma gereksinim duymayan bireylerin ÖKÖ puan ortalamalarına göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Gelir durumunun, ölüm kaygısı etkilediği, düşük gelire sahip bireylerin ÖKÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Medeni durum, eğitim durumu ve evde birlikte yaşama durumu ile ÖKÖ arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. KOAH olan yaşlı bireylere ait ÖKÖ puanlarının sosyo-demografik verilerin karşılaştırılması

Tanıtcı Özellikler	\bar{X}	ss	t	F	KW	p
Yaş (Yaşlılık Evresi)					6,937	0,031
Erken Yaşlılık	8,54	±3,93				
Orta Yaşlılık	10,47	±3,45				
İleri Yaşlılık	8,92	±5,49				
Cinsiyet			2,882			0,004
Kadın	10,25	±3,66				
Erkek	8,42	±4,07				
Eğitim Durumu				2,231		0,068
Okur Yazar Değil	10,10	±3,67				
Sadece Okur Yazar	10,23	±3,72				
İlkokul Mezunu	8,96	±4,04				
Ortaokul Mezunu	6,20	±3,93				
Lise ve Üstü Mezun	8,30	±4,17				
Medeni Durum				1,603		0,204
Evli	8,79	±3,93				
Bekar	10,33	±4,33				
Dul	10,13	±4,38				
Evde Birlikte Yaşama				1,278		0,281
Yalnız	9,04	±4,52				
Eşi ile	8,71	±4,07				
Çocukları ile	10,25	±4,26				
Eşi ve çocukları ile	8,57	±3,53				
Kalabalık aile ile	10,78	±3,35				
Evde Bakım Alma Durumu				8,259		0,000
Bakan biri var	9,14	±3,85				
İhtiyacım var bakan yok	11,09	±3,99				
Bakım ihtiyacım yok	6,40	±3,73				
Gelir Durumu				4,226		0,016
Düşük	10,73	±3,70				
Orta	8,69	±3,95				
Yüksek	7,50	±4,84				

Tablo 11. KOAH olan yaşlı bireylere ait ÖKÖ puanlarının bazı özelliklerle karşılaştırılması

Özellikler	ÖKÖ \bar{X}	ss	t	F	P
KOAH harici kronik hastalık					
Var	9,38	±3,93	1,374		0,171
Yok	8,51	±4,13			
Hastalık ile ilgili endişe					
Var	10,18	±3,82	5,203		0,000
Yok	7,09	±3,60			
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma					
Evet	8,95	±4,20		1,286	0,279
Hayır	7,95	±3,89			
Kısmen	9,54	±3,76			
Sigara Kullanma Durumu					
Halen Sigara Kullanan	7,60	±3,81		5,997	0,003
Daha önce sigara kullanan	8,32	±4,05			
Hiç sigara kullanmayan	10,21	±3,77			
Hastalık Süresi					
1 yıldan az	6,85	±3,62			
1-10 yıl	8,63	±3,98		3,363	0,020
11-20 yıl	10,71	±3,90			
21 yıl ve üstü	9,87	±3,60			

Tablo 11’de çalışmaya katılan katılımcıların KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olanların ÖKÖ puanlarının, KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olmayanların ÖKÖ puanlarına göre yüksek olduğu, buna göre hastalık ile ilgili endişe varlığı durumunun ölüm kaygısını etkilediği saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara kullanma durumunun, ölüm kaygısını etkilediği, hiç sigara kullanmayan katılımcıların ÖKÖ ortalama puanlarının, daha önce sigara kullanan ve halen sigara içenlerin ÖKÖ puanlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu araştırmada hastalık süresinin ölüm kaygısını etkilediği saptanmıştır. Buna göre 11- 20 yıl arasında hasta olanların ÖKÖ puan ortalaması diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). KOAH harici kronik bir hastalığı bulunma durumu ve düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. KOAH olan yaşlı bireylere ait DKÖ puanlarının sosyo-demografik bulgularla karşılaştırılması

Tanıtcı Özellikleri	DKÖ \bar{X}	ss	t	F	KW	P
Yaş (Yaşlılık Evresi)						
Erken Yaşlılık (65-74 yaş)	41,68	±11,40		8,358		0,000
Orta Yaşlılık (75-84 yaş)	50,80	±14,26				
İleri Yaşlılık (85 ve üzeri)	43,76	±14,41				
Cinsiyet						
Kadın	42,77	±12,87	-0,951			0,343
Erkek	44,76	±12,94				
Eğitim Durumu						
Okur Yazar Değil	44,83	±11,79		0,470		0,758
Sadece Okur Yazar	44,76	±15,06				
İlkokul Mezunu	44,16	±13,35				
Ortaokul Mezunu	38,80	±13,34				
Lise ve Üstü Mezunu	45,15	±9,71				
Medeni Durum						
Evli	42,87	±12,60		3,692		0,027
Bekar	49,33	±11,89				
Dul	50,26	±14,45				
Evde Birlikte Yaşama						
Yalnız	46,84	±14,55		0,790		0,533
Eşi ile	43,53	±13,57				
Çocukları ile	47,50	±12,57				
Eşi ve çocukları ile	42,57	±12,69				
Kalabalık aile ile	42,14	±8,67				
Evde Bakım Alma Durumu						
Bakan biri var	44,14	±12,74		4,397		0,014
İhtiyacım var bakan yok	49,59	±12,90				
Bakım ihtiyacım yok	38,27	±11,93				
Gelir Durumu						
Düşük	51,56	±16,16			11,205	0,004
Orta	42,18	±11,08				
Yüksek	42,62	±15,62				

Tablo 12’de KOAH olan yaşlı bireylere ait DKÖ Puanlarının Sosyo-demografik veriler ile karşılaştırılması verilmiştir. Yaşın durumluk kaygıyı etkilediği, yaşlılık evrelendirmesine göre orta yaşlılık evresinde olanların, erken yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinde olan bireylere göre durumluk kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Medeni durumun durumluk kaygıyı etkilediği, katılımcılardan dul ve bekar olanların durumsal kaygılarının diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Evde bakım durumunun durumluk kaygıyı etkilediği, ihtiyacı olduğu halde evde bakımıyla ilgilenecek biri olmayan bireylerin, bakıma ihtiyacı olmayanlara ve evde bakıma ihtiyacı olmayanlara göre durumluk kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir seviyesinin durumluk kaygıyı etkilediği, KOAH olan yaşlı bireylerden gelir seviyesi düşük olanların, gelir seviyesi yüksek ve gelir seviyesi orta olanlara göre durumluk kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Cinsiyet, eğitim durumu, evde birlikte yaşama durumu ile durumluk kaygı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. KOAH olan yaşlı bireylere ait DKÖ puanlarının bazı değişkenlerle karşılaştırılması

Değişkenler	DKÖ \bar{X}	ss	t	F	P
KOAH harici kronik hastalık			1,685		0,094
Var	45,40	±13,76			
Yok	42,00	±11,20			
Hastalık ile ilgili endişe			5,909		0,000
Var	48,15	±12,24			
Yok	37,11	±10,95			
Düzenli Sağlık Kontrolü					
Yaptırma				0,510	0,601
Evet	44,13	±13,34			
Hayır	41,57	±12,52			
Kısmen	44,87	±12,51			
Sigara Kullanma Durumu				0,991	0,373
Halen Sigara Kullanan	41,30	±11,83			
Daha önce sigara kullanan	45,43	±11,13			
Hiç sigara kullanmayan	43,41	±12,95			
Hastalık Süresi				0,643	0,588
1 yıldan az	39,14	±10,02			
1-10 yıl	43,90	±12,56			
11-20 yıl	46,02	±12,98			
21 yıl ve üstü	42,62	±19,79			

Tablo 13’de KOAH olan yaşlı bireylere ait DKÖ puanlarıyla klinik bulgular karşılaştırılmıştır. Durumluk kaygı ile KOAH ile ilgili endişe durumu arasında ilişki olduğu, KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olanların, KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olmayanlara göre durumluk kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). KOAH harici kronik bir hastalığı bulunma durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, sigara kullanma durumu ve hastalık süresi ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. KOAH olan yaşlı bireylere ait SKÖ puanlarının sosyo-demografik verilerle karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	SKÖ		t	F	p
	\bar{X}	ss			
Yaş (Yaşlılık Evresi)				4,414	0,014
Erken Yaşlılık (65-74 yaş arası)	47,51	±11,17			
Orta Yaşlılık (75-84 yaş arası)	53,26	±10,04			
İleri Yaşlılık (85 yaş ve üzeri)	46,61	±13,61			
Cinsiyet			1,115		0,266
Kadın	50,20	±11,35			
Erkek	48,16	±11,29			
Eğitim Durumu				0,807	0,522
Okur Yazar Değil	50,76	±10,68			
Sadece Okur Yazar	52,30	±12,89			
İlkokul Mezunu	48,28	±11,63			
Ortaokul Mezunu	45,50	±9,98			
Lise ve Üstü Mezun	48,23	±9,60			
Medeni Durum				2,086	0,127
Evli	48,04	±11,12			
Bekar	52,86	±11,29			
Dul	52,46	±12,44			
Evde Birlikte Yaşama				0,832	0,507
Yalnız	50,20	±13,57			
Eşi ile	48,31	±10,86			
Çocukları ile	52,87	±12,08			
Eşi ve çocukları ile	48,36	±11,85			
Kalabalık aile ile	46,28	±6,80			
Evde Bakım Alma Durumu				12,405	0,000
Bakan biri var	48,11	±10,50			
İhtiyacım var bakan yok	58,59	±11,66			
Bakım ihtiyacım yok	43,40	±10,33			
Gelir Durumu				7,676	0,001
Düşük	55,41	±10,84			
Orta	47,27	±10,92			
Yüksek	46,50	±10,79			

Tablo 14’de KOAH olan yaşlı bireylere ait SKÖ puanları ile sosyo-demografik verilerin karşılaştırılması verilmiştir. Yaşlılık evresinin, sürekli kaygıyı etkilediği orta yaşlılık döneminde sürekli kaygının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Evde bakım durumunun sürekli kaygıyı etkilediği, ihtiyacı olduğu halde evde bakımıyla ilgilenen biri olmayan bireylerin, bakıma ihtiyacı olmayanlara ve evde bakıma ihtiyacı olmayanlara göre sürekli kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Gelir seviyesinin sürekli kaygıyı etkilediği, KOAH olan yaşlı bireylerden gelir seviyesi düşük olanların, gelir seviyesi yüksek ve gelir seviyesi orta düzeyde olanlara göre sürekli kaygının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşama durumu ile sürekli kaygı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. KOAH olan yaşlı bireylere ait SKÖ puanlarının bazı değişkenlerle karşılaştırılması

Değişkenler	SKÖ \bar{X}	ss	t	F	KW	p
KOAH harici kronik hastalık			1,528			0,128
Var	49,90	$\pm 10,96$				
Yok	47,19	$\pm 11,77$				
Hastalık ile ilgili endişe			6,278			0,000
Var	52,61	$\pm 9,95$				
Yok	42,42	$\pm 10,69$				
Düzenli Sağlık Kontrolü				0,100		0,904
Yaptırma						
Evet	49,23	$\pm 11,32$				
Hayır	48,47	$\pm 11,55$				
Kısmen	48,45	$\pm 11,42$				
Sigara Kullanma Durumu				1,768		0,174
Halen Sigara Kullanan	44,95	$\pm 10,88$				
Daha önce sigara kullanan	48,57	$\pm 11,20$				
Hiç sigara kullanmayan	50,23	$\pm 11,45$				
Hastalık Süresi					3,811	0,283
1 yıldan az	43,57	$\pm 12,03$				
1-10 yıl	48,24	$\pm 10,47$				
11-20 yıl	52,31	$\pm 12,52$				
21 yıl ve üzeri	47,62	$\pm 15,92$				

Tablo 15’de KOAH olan yaşlı bireylere ait SKÖ puanlarının, klinik bulgularla karşılaştırılması verilmiştir. KOAH hastalığı ile ilgili endişe durumunun sürekli kaygı ile ilişkisi olduğu, KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olanların, KOAH hastalığı ile ilgili endişesi olmayanlara kıyasla sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). KOAH harici kronik hastalık durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, sigara kullanma durumu ve hastalık süresinin sürekli kaygıyı etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. ÖKÖ, DKÖ ve SKÖ arasındaki korelasyon

Ölçekler	ÖKÖ	
	r	P
DKÖ	0,461	0,000
SKÖ	0,544	0,000

r= Korelasyon Değeri, p= Significant Önemlilik Değeri

Tablo 16’da ÖKÖ ile SKÖ ve DKÖ arasındaki korelasyon verilmiştir. ÖKÖ ile DKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, ÖKÖ ile SKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

KOAH olan yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada bulgular sosyo-demografik özellikler, hastalığa ait klinik özellikler, ölüm kaygısı, durumluk ve sürekli anksiyete ölçek puanlarına göre tartışılmıştır.

1. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo Demografik ve Klinik Özelliklerle Tartışılması

Bu çalışmada, KOAH olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısının yüksek olduğu ve ÖKÖ puan ortalaması $9,04 \pm 4,02$ olarak bulunmuştur ve KOAH olan yaşlı bireylerin %72,52' sinde ölüm kaygısının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). İlerleyen yaş ve kronik bir hastalığa sahip olma durumunun yaşlı bireylerde ölüm kaygısını arttırdığı düşünülebilir. Yaşlı bireylerin ölüm kaygısını belirlemeye yönelik Üstüner Top ve ark. (2009) yaptığı çalışmada ÖKÖ puan ortalaması $9,01 \pm 2,85$ olarak saptanmıştır. Öztürk ve ark., (2011) yaşlı bireylerin ölüm kaygısını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada ÖKÖ puan ortalamasını $7,7 \pm 3,8$; İnce (2011), KOAH' lı hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, ÖKÖ puan ortalamasını $7,12 \pm 3,15$ olarak bulmuştur. Akça ve Köse (2008) yaptıkları çalışmada hasta gurubunda ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasını 9,25 olarak bulmuştur.

Bu çalışmada ölüm kaygısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşlılık evresinin ölüm kaygısını etkilediği ve orta yaşlılık döneminde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 10). Erdoğan ve Özkan (2007), Madnavat ve Kachhawa (2007), Wink ve Scott (2005) yaptıkları çalışmalarda yaş ile ölüm kaygısının arttığını belirtmiştir. Kirkpatrick ve Navarette (2006) yaptıkları çalışmada, 74 yaş ve üzerindeki bireylerin ölümle daha çok yüzleştiğini ve bu nedenle diğer genç yetişkinlere oranla ölüm kaygısının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yaş ile ölüm kaygısı ilişkisini ele alan çalışmalara bakıldığında konuyla ilgili farklı bulgulara ulaşıldığı görülmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007; Madnavat ve Kachhwa, 2007; Wink ve Scott, 2005; Örsal ve ark., 2012; Neimeyer et al., 2004; Öztürk ve ark., 2011; Vatan ve Gençöz, 2006). Bazı çalışmalarda, “yaşla birlikte ölüm kaygısının da

arttığına dair bulgulara ulaşılrken; bazı çalışmalar, gençlerde ölüm kaygısının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Örsal ve ark., (2012) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığını bildirmektedir. Yine Neimeyer et al., (2004) , Öztürk ve ark., (2012), Vatan ve Gençöz (2006) yaptıkları çalışmalarda, ölüm kaygısının yaş etkeninden etkilenmediğini söylemektedir. Bu sonuçların farklılığı ölüm kaygısının bir çok faktörden etkilendiğini, yaş değişkeninin ölüm kaygısı oluşturmada tek başına bir etken olmadığını göstermiştir. Bu çalışmada ölüm kaygısının orta yaşlılık döneminde artması ve ardından ileri yaşlı dönemde azalmasının sebebi, artık duruma uyum sağlanması ve ölüm düşüncesine yaşlı bireylerin kendilerini hazırlamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada cinsiyetin ölüm kaygısının etkilediği, kadınların ölüm kaygısının, erkeklerin ölüm kaygısından yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo10) Akça ve Köse (2008); İnce (2011) çalışmalarında kadınların ölüm kaygısı puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğunu bulmuştur. Madnawat ve Kachhawa (2007) Hindistan'da yaptıkları çalışmada kadınların daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını bulmuştur. Bu durumun kadınların erkeklere göre duygularını daha rahat ifade edebilmelerinden kaynaklandığı dolayısıyla, ölümle ilgili kaygılarını daha fazla açıkladıklarını düşündürmektedir.

Çalışmada ölüm kaygısı ile evde birlikte yaşanan kişi ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10). Bu çalışmada evde birlikte yaşanan birinin olup olmasının ölüm kaygısını etkilemediği bulunmuş olup, zaten her durumda hasta ve yaşlı bireylerin ölüm kaygısı yaşadıkları bulunmuştur. Madnawat ve Kachhawa (2007) Hindistan'da yaptıkları çalışmada, ailesiyle yaşayanların, yalnız yaşayanlara göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmiştir. İnce (2011) çalışmasında ailesi ile yaşayan hastaların ölüm kaygısı puanları yalnız yaşayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Birlikte yaşama, sorunların, problemlerin birlikte paylaşılması ve herhangi bir acil durum ortaya çıktığında müdahale edecek birilerinin olduğu bilmek hasta ve yaşlı bireylerin ölüm kaygısını azaltmış olabilir.

Bu çalışmada eğitim seviyesinin ölüm kaygısını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$)(Tablo.10). Benzer şekilde Üstüner Top ve ark. (2010); Kaçan Softa ve ark.(2011); Örsal ve ark.(2012) yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin ölüm kaygısını etkilemediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada gelir durumunun ölüm kaygısını etkilediği, düşük gelir seviyesinde olan bireylerin ölüm kaygısının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10). Yaşlı bireylerin ölüm kaygısını belirlemeye yönelik Üstüner Top ve ark. (2009) gelir durumuyla ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bu çalışmanın aksine yüksek gelir seviyesine sahip bireylerin ölüm kaygısının daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Erdoğan ve Özkan (2007) ölüm kaygısıyla gelir durumu arasında ilişki olduğunu en alt ve en üst gelir seviyesinde olan bireylerin ölüm kaygılarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Buna göre yaşamı sağlıklı bir şekilde devam ettirememeye, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayamama endişesi hasta ve yaşlı bireylerde ölüm kaygısını arttırmış olabilir.

Evde bakım gereksinimi duyan KOAH olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ve bu durumun ölüm kaygısını etkilediği bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 11). Hasta ve yaşlı bireylerin hayatlarını idame ettirebilmek için gerekli olan bakımlarının sağlanamaması onlarda ölüm kaygısının artmasına neden olabilir.

KOAH olan yaşlı bireylerde hastalığa yönelik duyulan endişenin ölüm kaygısını etkilediği, endişe yaşadığını belirten bireylerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 11). Hastalığın seyri, tedavisi, maliyeti, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi konularda endişe duymanın ölüm kaygısını arttırdığı düşünülebilir.

Sigara kullanımının ölüm kaygısını etkilediği, hiç sigara kullanmayan bireylerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo11). Bu durum ölüm kaygısı yaşayan bireylerin, sigaranın sağlığına zarar vereceği endişesinden dolayı sigara kullanmadıkları düşünülebilir. Literatürde sigara kullanımı ve ölüm kaygısı durum ilişkisi arayan bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Bu çalışmada hastalık süresinin ölüm kaygısı etkilediği, hastalık süresi uzadıkça KOAH olan bireylerde ölüm kaygısının arttığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 11). İnce (2011), KOAH olan bireylerin ölüm kaygısını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında hastalık süresinin ölüm kaygısını etkilemediğini bildirmiştir. Uzun süre hastalıkla birlikte yaşama tükenmeye neden olmuş olabilir. Bu da ölüm kaygısının artmasına yol açabilir.

2.Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo Demografik ve Klinik Özelliklerle Tartışılması

Bu çalışmada yaşlılık evresinin durumluk ve sürekli anksiyeteyi etkilediği, orta yaşlılık döneminde olan KOAH olan yaşlı bireylerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo12, Tablo14). Fakat ileri yaşlılık döneminde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Afşar ve ark. (2012) KOAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada, 60 yaş ve üzeri bireylerde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmektedir. Kelleci ve ark. (2009) hastanede yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, yaş değişkeninin bireylerin anksiyete düzeylerini etkilemediğini bulmuştur ($p>0,05$). Kaçan Softa ve ark. (2011) huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada yaşlılık evreleri ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmadığı ve yaşlılık evreleri ile durumsal kaygı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna varmıştır. Bahar ve ark. (2009) göğüs hastalıkları servisinde yaptıkları çalışmada yaş etkeninin anksiyeteyi etkilemediğini bulmuştur ($p>0,05$). Bu durum yaş ilerledikçe yaşlılığa bağlı fizyolojik ve emosyonel değişikliklerden dolayı durumluk ve sürekli anksiyeteyi arttırdığı ve ileri yaşlılık döneminde de bireyin bu duruma kendini adapte etmesinden dolayı durumluk ve sürekli anksiyetenin azaldığı düşünülebilir.

Bu çalışmada medeni durumun, durumluk anksiyeteyi etkilediği, KOAH' lı yaşlı bireylerden dul olanların, evli olan ve bekar olan katılımcılara göre durumluk anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 12). Kelleci ve ark. (2009) hastanede yatan bireylerle yaptıkları çalışma medeni durumun bireylerin anksiyete düzeylerini etkilediğini bulmuştur ($p<0,05$). Bahar ve ark. (2009) medeni

durumun bireylerin anksiyete düzeylerini etkilediğini fakat istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadığını bildirmiştir. Mehel Tutuk ve Şahin Altun (2014) KOAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada, eşinden ayrılmış ve eşi ölmüş bireylerin anksiyetelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu durum KOAH olan yaşlı dul bireylerin hayatı paylaştıkları bireylerin kayıplarının ardından durumluk anksiyete durumlarının arttığını düşündürmektedir.

Evde bakım gereksinimi olan KOAH olan yaşlı bireylerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun durumluk ve sürekli anksiyeteyi etkilediği bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 12, Tablo 14). Yaşlılık ve hastalığın getirdiği yeterliliklerin azalması durumu, bireylerin muhtaçlık ve evde bakım alma gereksinimlerinin durumluk ve sürekli anksiyetelerini arttırdığı düşünülebilir.

KOAH olan yaşlı bireylerin gelir durumunun durumluk ve sürekli anksiyetelerini etkilediği, buna göre orta düşük gelir seviyesinde olanların DKÖ, SKÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12, Tablo 14). Buna göre bireylerin yaşamını, ekonomik yönden iyi bir şekilde devam ettirememesi, tedavi ve ilaç giderlerini karşılayamama endişesi, KOAH olan yaşlı bireylerde durumluk ve sürekli anksiyeteyi arttırdığı söylenebilir.

Hastalığa yönelik duyulan endişenin durumluk ve sürekli anksiyeteyi etkilediği, hastalığına yönelik endişesi olanların durumluk ve sürekli kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 13, Tablo 15).

Bu çalışmada hastalık süresinin durumluk ve sürekli kaygıyı etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13, Tablo 15). Mehel Tutuk ve Şahin Altun (2014) yaptıkları çalışmada, hastalık süresinin KOAH olan bireylerin anksiyetelerini etkilediğini, hastalık süresi uzadıkça bireylerin anksiyete düzeylerinin azaldığını belirtmiştir ($p<0,05$).

3. Ölüm Kaygısı, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri Puan Ortalamalarının İlişkisinin Tartışılması

Bu çalışmada KOAH olan yaşlı bireylerde durumluk kaygı arttıkça ölüm kaygısının arttığı bulunmuş olup, ÖKÖ ile DKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,000$; $r=0,461$) (Tablo 16). Ayrıca sürekli kaygı arttıkça ölüm kaygısının arttığı tespit edilmiş olup, ÖKÖ ile SKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,000$; $r=0,544$) (Tablo 16). DKÖ ve SKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölüm kaygısının yüksek olmasının genel bir gerginliğe ve bazı ruhsal belirtilerde artışa da işaret ettiği düşünülür (Erdoğan ve Özkan, 2007). Abdel-Khalek ve arkadaşlarının (2005) kaygı bozukluğu, şizofreni, bağımlı ve normal hastaları karşılaştırdığı çalışmada hem kadın hem erkeklerde anksiyete bozukluğu olanlarda ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erdoğan ve Özkan (2007) 'ın çalışmasında da ölüm kaygısı düzeyi ile anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde korelasyon belirlenmiştir. Kalaoğlu Öztürk (2010) yaptığı çalışmada, ÖKÖ ile DKÖ arasında düşük korelasyon bulunduğunu, SKÖ ile ise anlamlı bir korelasyonu olmadığını belirtmiştir. Kayhan ve ark. (2013) dispnesi olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, durumluk anksiyete skoru ile süreklilik kaygı skoru arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Bu durum ölüm kaygısının durumluk ve sürekli anksiyeteyi etkilediğini, durumluk ve sürekli anksiyete yaşayan KOAH olan bireylerin ölüm kaygılarının fazla olduğunu göstermektedir. Günlük yaşantısında gerek anlık gerek devamlı, her konuda endişe duyan, korkularını kontrol ve ifade etmekte güçlükler yaşayan hasta ve yaşlı bireylerin durumluk ve sürekli kaygılarının yüksek olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmada KOAH olan bireylerin yaşları 65 ile 99 arasında değişmekte olup, ortalaması $72 \pm 6,83$ yıldır (Tablo 3).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin %66,1'i erkek, %33,9' u kadındır (Tablo 3).
- Katılımcıların % 61,4' ü ilkokul mezunu, %82,5'i evli, %48,5'i eşi işe yaşamakta ve %75,4'ü orta gelir seviyesine sahiptir (Tablo 3).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin %70,7'sinin 1-10 yıldır hasta oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin %61,4'ünde ek bir kronik hastalık bulunmakta olup, en sık görülen hastalık % 31,8 oranıyla Hipertansiyondur (Tablo 5).
- Bireylerin %51,5'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmakta olup, %74,1'inin evde bakım gereksinimine ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin %63,2'sinde hastalığa yönelik endişe duyduğu, en çok endişe edilen neden tedavidir (%43,9) (Tablo 7).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin %45,6'sının daha önce sigara kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 8).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının $9,4 \pm 4,02$ olduğu, % 72,52'sinin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının 7'den büyük yani ölüm kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 9).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerin durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $44,8 \pm 1,29$ olup katılımcıların sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması $48,85 \pm 1,13$ 'tür.
- Kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadığı bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 10).

- Yaşın, cinsiyetin, evde bakım alma durumunun, gelir düzeyinin, hastalığa yönelik duyulan endişenin, sigara kullanımının ve hastalık süresinin ölüm kaygısını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10; Tablo 11).
- Yaşın, medeni durumun, evde bakım alma durumunun, gelir durumunun ve hastalığa yönelik duyulan endişenin, durumluk kaygıyı etkilediği bulundu. ($p<0,05$) (Tablo 12; Tablo13).
- Yaşın, evde bakım alma durumunun, gelir seviyesinin, ve hastalığa yönelik duyulan endişenin, sürekli kaygıyı etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14; Tablo 15).
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerde durumluk kaygı arttıkça ölüm kaygısının arttığı bulunmuş olup, ÖKÖ ile DKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($p=0,000$). Ayrıca sürekli kaygı arttıkça ölüm kaygısının arttığı tespit edilmiş olup, ÖKÖ ile SKÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 16).

6.2 Öneriler

Ölüm kaygısının kadınlarda, gelir düzeyi düşük bireylerde ve orta yaşlılık döneminde daha yüksek görüldüğü tespit edilmiş olup, verilecek olan tedavi ve bakımlarda bu konuya hassasiyet gösterilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılan hastalarda ölüm kaygısı ve anksiyete düzeyinin yüksek bulunması doğrultusunda bu hastalara, bu durumların azaltılması amacıyla fiziksel hastalık bulgularının yanında bu belirtilerinin de farkında olarak psiko-sosyal destek verilmesi önerilebilir.

Bu çalışmada KOAH' lı yaşlı bireylerin evde bakım gereksinimlerinin anksiyete ve ölüm kaygısını etkilediği bulunmuştur. Evde bakım hizmetlerine KOAH gibi tüm kronik hastalığa sahip bireylerin rahatlıkla ulaşabilmelerinin sağlanması önerilebilir. Ayrıca bu alanda çalışan halk sağlığı hemşirelerinin bireylerin evde bakım gereksinimlerini belirleyerek bu doğrultuda hastalarına yönelik bir bakım ve eğitim programı hazırlamaları önerilebilir.

KOAH olan yaşı bireylerde anksiyete ve ölüm kaygısı varlığını tespit etmek amacıyla özellikle yatan hastaların kabulünde doldurulan hemşirelik ön izlem formlarına ek olarak, anksiyete ve ölüm kaygısı ölçeğinin de kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Hastaların ölüm kaygıları ve anksiyetelerinin belirlenmesi hastaların sorunlarının giderilmesine yönelik hazırlanacak programlarda yol gösterici olabilir.

Anksiyete ve ölüm kaygısıyla ilişki arayan farklı kronik hastalıkları olan yaşı bireylerle, farklı bir örnekleme benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Abdel Khalek M.A, Kuwait A. Death anxiety in clinical and non-clinical group. *Death Stud.* 2005;29:251-259.
- Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi (Epidemiology of COPD In Turkey). *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.* 2013;1(1):7-12.
- Acehan G, Eker F. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. *J Psy Nurs.* 2013;4(1):27-35.
- Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar H. İ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2012;(34):260-267.
- Ağbaht K, Cankurtaran M. Yaşlıda Tinnitus, İşitme Azlığı, Vertigo. Arıoğlu S. Editör, *Geriatrı ve Gerontoloji’ de 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.* 2006;1044.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara. 2013;2.
- Akça F, Köse Aİ. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması. geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2008;11:7-16.
- Akçay Ş. Yaşlılarda Sık Görülen Pulmoner Hastalıklar ve Tedavi İlkeleri Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. *Algı Tanıtım 1. Baskı.* Eylül. 2012;31-33.
- Akgün D. Isparta il merkezinde koah ön tanı prevalansı ve ilişkili faktörler (prevalence of pre-diagnosed copd in ısparta provience and the related factors). *Türk Toraks Dergisi.* 2013;14:43-47.
- Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yeti yitimi ilişkisi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006;9(3):170-176.
- Aldemir E, Gönül AS. Anksiyete bozuklukları: Epidemiyolojisi ve genetiği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2006;2(12):23-9.
- Altun B, Yılmaz R. Böbrek ve yaşlanma. Arıoğlu S. Editör, *Geriatrı ve Gerontoloji’ de 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.* 2006;783-784.

- Anar C, Tatar D, Gediktaş E, Yıldırım, Halilçolar H. Uzun süreli oksijen tedavisi uygulanan koah'lı olgularda anksiyete depresyon sıklığı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2012;26(2):83-89.
- Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi (Determination of perceived social support for patients with copd and related factors). Türk Toraks Dergisi. 2013;14:43-7:63-68.
- Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.2011;4(1):53-66.
- Atasever A, Erdinç E. KOAH'da Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve tüberküloz. Toraks Dergisi. 2003;51(4):446-455.
- Aydın İ, İşleyen S. Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2004;7(3):19-25.
- Aydınlı M, Batman F. Yaşlanma ve Gastrointestinal Sistem. Arıoğlu S. Editör, Geriatri ve Gerontoloji' de. 1. Baskı. Ankara.Nobel Tıp Kitabevi. 2006;484-489.
- Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiza P. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. GeroFam. 2011; 2(3):1-12.
- Aylaz R, Aktürk Ü, Aslan S, Hacıevliyagil, SS, Güneş, G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. In Halk Sağlığı Kongresi. Eylül 2014:1
- Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(4): 32-39.
- Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs hastalıkları servisinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;47(1): 9-15.
- Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle - copd patients' stories of breathlessness"It's scary/When you can't breathe". Qual Health Res. 2004;14:760-78.
- Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi.Klinik Gelişim Dergisi.2012; 25:1-3.

- Bilir N. Değişen Sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):1-6.
- Büyüköztürk Ş. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. Eğitim Yönetimi. 1997; 3(4): 453-464.
- Cimete G. Yaşam sonu bakım:ölümcül hastalarda bütüncül yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002 :1-7.
- Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects. Journal of Personality and Social Psychology 1998; 43: 775-785.
- Costi S, Brooks D, Goldstein RS. Perspectives that influence action plans for chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir.2006; 13: 362-8.
- Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi.2004; 7(4),225-230.
- Çil A, Olgun N. KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı)'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.2005; 21(1) :103-113.
- Çivi S, Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 2000; 3: 85-90.
- Çöl M. Kronik Hastalıklar ve Halk Sağlığı Yaklaşımı. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar Ve Yaklaşımlar (Ed: Aslan D.). Grafker Matbaası. Ankara. 2009; 247-252.
- Dağdelen S. Yaşlanma Sürecinin Endokrin Sistem Fizyolojisi Üzerine Etkileri. Arıoğlu S. Editör, Geriatri ve Gerontoloji' de 1. Baskı, Ankara; Nobel Tıp Kitabevi. 2006;421-425.
- Deveci F, Deveci SE, Türkoğlu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, Açık Y, Muz MH. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig,Eastern Turkey. Eur J Intern Med.2011;22:172-6.
- Doğan A, Köse DB Nakipoğlu, Özgirgin N. geriatric inmeli hastalarımızda eşlik eden sistemik hastalıklar ve komplikasyonlar.Turkish Journal of Geriatric.2009; 12 (3): 118-123.
- Dowson CA, Kuijer RG, Mulder RT. Anxiety and self-management behaviour in obstructive pulmonary disease: what has been learned? Chron Respir Dis 2004; 1: 213-220.

- Erdem A. Yaşlılıkta kalp ve damar işlevlerinde görülen değişiklikler, Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics. 2013;6(1):7-13.
- Erden Aki Ö, Birinci Basamak İçin Temel Geriatri Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar Algı Tanıtım, 1.Baskı Ankara-2012:34-41.
- Erdinç E, Erk M, Kocabaş A, Mirici A, Süerdem M, Tatlıcıoğlu T, Umut S, Yılmaz V. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi rehberi. Uçan S (Ed.). 1. Cilt, Ek 2. Toraks Derneği Yayını. Ağustos.2000; 1-25.
- Erdinç E, Polatlı M, Kocabaş A, Yıldırım N, Gürgün A, Saryal S, Köktürk N, Yarkın T, Kıyan E, Kunt Uzaslan E, Sevinç C, Çöplü L, Sayiner A, Günen H, Karakurt S, Ergün P, Erdinç M, Şen E, Umut S, Yılmaz V, Çımrın A.H, Demir T. Editörler: Umut S, Bartu Saryal S. Türk toraks derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu. Türk Toraks Dergisi. Görsel Dizayn Ofset Matbaacılık İstanbul. 2010; (11):1-5.
- Erdoğdu YM. Predicting death anxiety by psychological dispositions of individuals from different religions. Erciyes tıp dergisi.2008; 30(2):84-91.
- Erdoğdu YM, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;14(3):171-179.
- Er, D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4 (11): 1-8.
- Fadıloğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 241-246.
- Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institute of Health, 2011.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2011, 2003;11:26-9.
- Gökçe Kutsal Y, Eyigör S, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar.Hasuder Yayınları.Ankara. 2012-1:48-59
- Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünya. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi. 2006;52 (Özel Ek A):A6-A11.
- Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik CS, Brøndum E, Nieminend MM, Ained T, Hallin R, Bakke P. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries.Respiratory Medicine. 2006;100:87-93.

- Hill K, Geist R, Goldstein R.S, Lacasse Y. Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. *European Respiratory Journal*. 2008;31:667-677.
- Hynninen KM, Breitve MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Psychosom Res*. 2005; 59: 429-443.
- İnce Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin ölüm kaygısının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2011:8-42.
- İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10:253-260.
- İrkeç M, Mocan CM. Yaşlıda Görme ile İlgili Problemler. Arıoğlu S. Editör, Geriatri ve Gerontoloji 1. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevi. 2006;1029-1030-173.
- Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2011; 1(2): 67-79.
- Kalaoğlu Öztürk Z. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana. 2010;2-13.
- Kalkan, M. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Editör:K. Ersanlı ve M. Kalkan. Pegem Akademi Yayınları. Ankara. 2008;2-8.
- Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2002; 5 (4): 155-159.
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*. 2012; 21(1):42-79.
- Kartaloğlu Z. Sosyoekonomik Durum ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(1):87-96.
- Kaya E, Özbek S, Tekin A, Ergin S, Yaman A. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010;13(2) 111-116.
- Kayaoğlu H. Yaşlılıkta Rehabilitasyon Süreci. Akademik Geriatri Kongre Kitabı. 2012;95-100.
- Kayhan S, Akpınar A, Murat N. Dispneli hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin analizi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2013;4(4): 281-285.

- Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri.Klinik Psikiyatri Dergisi. 2009; 12(2):90-98.
- Kirkpatrick LA, Navarette C.D. Reports of my death anxiety have been greatly
A critique of terror management theory from an evolutionary perspective.
Psychology Inquiry. 2006;17(4): 288-298.
- Kocabaş A, Hancıoğlu A, Turkyılmaz S, et al. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society (Abstract Issue) 2006; 3: A543
- Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: epidemiyoloji ve doğal gelişimi. Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği Yayınları. Ankara. 2000 :8-25.
- Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bulteni 2010;(05):105-113.
- Kocabaşoğlu N, Doksat M.K, Doğançün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium 2004;42(4):168-176.
- Koçyiğit E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi, Nobel Medicus. 2007;3(1) 04-11.
- Konak A, Çigdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği, Cumhuriyet Üniversitesi. Sosyal Bilimler Dergisi. 2005;29(1):23-63.
- Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13: 2:79-86.
- Lecompte A, Öner N." Durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türkçe'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi çalışmaları. 1975: 457-462
- Lehto RH , Stein KF Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 2009: 1(23):23-26.
- Madnawat AVS, Kachhawa P.S. Age, gender, and living circumstances: discriminating older adults on Death Anxiety. Death Studies. 2007;31(8):761-9.
- Marco FD, Verga M, Reggente M, Casanova F.M, Santusa P, Blasib F, Allegrab L, Centannia S. Anxiety and depression in COPD patient: The roles of gender and disease severity. Respiratory Medicine. 2006;100:1767-1774.
- Maurer J , Rebbapragada V , Borson S , Goldstein R , Kunik ME , Yohannes A. M, Hanania NA. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. Chest Journal. 2008:134(4):43S-56S.

- Mehel Tutuk SP, Şahin Altun Ö. KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2014;23;6:216- 224.
- Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage K,. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58:65-70.
- Moreno RP. the seneca gerontological centre of investigation, cordoba Spain. Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain, *Omega*. 2008-2009;58(1):61-76.
- Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. *Nobel Medicus*.2010;4(2):4-12.
- Nalbant S, Top C, Topallar F, Berdan E, Aslan E, Küçükardalı Y, Vural N, Danacı M. Yoğun bakım yaşlı hasta ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2001;4(4):135-140.
- Neimeyer Robert A , Joachim W, Richard P. Moser. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies*.2004; 28(4):309-340.
- Örsal Ö, Yenilmez Ç, Çelik N, Işıklı B. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012;15(3):332-338.
- Öz F, Svift J. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*. 2002; 10(2): 17-28.
- Özaltın G, Işıl Ö. Ön lisans hemşire öğrencilerin ölüme ilişkin yaklaşımlarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 1997;5(1) :10-15.
- Özel Kızıl ET, Turan E. Yaşlılarda anksiyete bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2007; 10 (3): 150-155.
- Özgüven İ.E. Psikolojik Testler. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. 12.Baskı.2014: 323-324.
- Özkayar N, Arıoğul S. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2007;14(1):18-26.
- Özmen M, Önen B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında psikiyatrik bozukluklar. Umut S, Erdiñç E (Editörler). Tanımdan tedaviye kronik obstrütif akciğer hastalığında. Galenos Yayıncılık. 2008;333-345.
- Öztürk Z, Karkuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 12: 37-43.

- Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):61-68.
- Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağ Hiz Dergisi. 2008;3:3-16.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd S S. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. American journal of respiratory and critical care medicine.2012;163(5):1256-1276
- Sarkisian CA, Lee-Henderson MH, Mangione BCM. Depressed older adults who attribute depression to “old age” believe it is important to seek care? J Gen Intern Med 2003;18:1001- 1005.
- Strang S, Jansson A.E, Henoch. Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. Palliative and Supportive Care 2014; 12; 465–472.
- Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(3):219-224.
- Sönmez NŞ, Gül EB, Nalbant D. Yaşlı hastaların protetik yönden değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.2006;1:45-52.
- Spielberger, CD. Theory and Research on Anxiety. Anxiety and Behavior (third ed.) Edit. C.D. Spielberger. New York: Academic Press Inc.1971: 3-20.
- Spielberger, C,D. Anxiety: Current trend in theory and research. New York: Akademik Press.1972;481-484
- Süerdem M. Patogenez-KOAH. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2005;1(49): 15-22.
- Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006;(3:2): 34-43
- Tatlıcıoğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (koah) ve geleceği. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(3):303-318.
- Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970; 82(2): 165-177.
- Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim yaşlılık perspektifi. Aslan D, Ertem M, Editör, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, 1. Baskı, Ankara, Hasuder Yayın. 2012;1-8.

- TÜİK.2013.(<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>) Sayı: 2014-16162. Erişim Tarihi:04.02.2015.
- TÜİK 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616> Sayı: 2015-18616 Erişim Tarihi: 04.02.2015.
- Tümerdem Y.Gerçek yaş. Turkish Journal of Geriatrics.2006;9(3):195-196.
- Uysal A. KOAH'ın tanı, sınıflama ve izleminde solunum fonksiyon testlerinin yeri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.2013;1(1):20-23.
- Ünsal A, Yetkin A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005;8(1):42-53.
- Üstüner Top F , Saraç A , Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi.Klinik Psikiyatri.2010; 13:14-22.
- Vatan S, Gençöz T. Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif yakınmaları, umutsuzluk düzeyleri ve ölüm kaygıları ile ilişkili özellikler. Kriz Dergisi.2006;15(2):49-61.
- Wink P, Scott J.Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.2005;60(4): 207-214.
- Zoghi M. Yaşlılarda kardiyovasküler fonksiyonlar.Türk Geriarti Dergisi.2010;2:1-4.

8. EKLER

EK-1: Anket Formu

1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz 1- Kadın 2- Erkek

3. En son hangi okulu bitirdiniz? 1- Okur-yazar değilim 2- Okul bitirmedim-okur yazarım

3- İlkokul mezunuyum 4- Ortaokul 5- Lise 6- Üniversite ve üstü

4. Medeni durumunuz: 1- Evli 2- Bekar

5. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz? 1- Yalnız başına 2- Eşim ile 3- Çocuklarım ile 4- Eşim ve çocuklarım ile 5- Eş-çocuklar-gelinler-torunlar gibi bireylerin bir arada bulunduğu kalabalık bir aile

6. Size göre maddi durumunuz nasıldır? 1- Düşük (Gelir giderden az) 2- Orta (Gelir gider eşit) 3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

2.HASTALIĞA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

	SONUÇ	REFERANS ARALIĞI	ÖLÇÜM TARİHİ
SPO2 / %		%90 ve üzeri	
NABIZ/dk		60/dk -100 /dk	

7. Hastalık süresi.....ay/yıldır

8. KOAH'dan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1- Evet Açıklayınız(.....) 2- Hayır

9. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır 3-Kısmen

10. Sigara kullanıyor musunuz? 1- Halen sigara içiyorum (...../gün adet)

2-Yıl/paket sigara kullandım; ay/yıldır sigara içmiyorum.

3- Hayır, hiç sigara kullanmadım

11. Evde bakımınız ile ilgilenen birileri var mı? 1-Evet, Açıklayınız

(.....)

2- Gereksinim duyuyorum ancak kimse yok 3-Hayır, gereksinim duymuyorum

12.Hastalığınızla ilgili endişeleriniz var mı? 1-Evet 2- Hayır

13. Cevabınız evetse hangi konularda endişeleriniz var?

1-Tedavi 2- Maliyetler 3-Bakacak Kişiler 4-Yetersizlik Hissetme 5-Ulaşım Problemleri

6-Diğer (.....)

Ek-2 : ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

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.

		DOĞRU	YANLIŞ
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	Zamanımın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder.	D	Y
9	Acı çekerek ölmekten korkuyorum.	D	Y
10	Ölümden 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 düşünürüm.	D	Y
13	Birilerinin Üçüncü Dünya Savaşı hakkında 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

Ek-3 : DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI I)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	()	()	()	()
2	Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3	Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4	Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5	Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6	Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9	Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10	Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11	Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12	Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13	Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16	Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17	Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19	Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20	Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

Ek-4 : SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI II)

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genellikle** nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
2	Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
3	Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
10	Genellikle mutluyum	()	()	()	()
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	()	()	()	()
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	()	()	()	()
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	()	()	()	()
16	Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	()	()	()	()

Ek-5:Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 1225

26.09.2014




Sayın : DOÇ.DR. İLKNUR AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Koah'lı Yaşlı Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki** başlıklı OMÜ KAEK 2014/706 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.06.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yrd

EK-6: Kurum İzin Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

12/11/2014

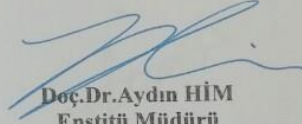
Sayı : 37125759-044/2030
Konu : Burcu Nal'ın Anket Çalışması

EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) Rektörlük Makamının 11.11.2014 tarih ve 6609 sayılı yazısı.
b) Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 04.11.2014 tarih ve 7050 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Burcu NAL'ın tez konusu kapsamında yapmak istediği anket çalışmasına ilişkin Rektörlük Makamının ve Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin ilgi yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç. Dr. Aydın HİM
Enstitü Müdürü

EK:
İlgi Yazı ve Eki (2 sayfa)

DAĞITIM :
Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalına

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurupelit Kampüsü 55139 ATAKUM-SAMSUN
Telefon : 0 362 312 19 19 veya 0 362 457 60 93
e-posta : sagbilens@omu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Öğrenci İşleri Ofisi
Tuncay GÜLER 6349
Faks : 0 362 457 57 63
Elektronik Ağ : <http://sagbilens.omu.edu.tr>



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 49933177-044/[184]. 6609
Konu : Burcu NAL'ın Anket Çalışması

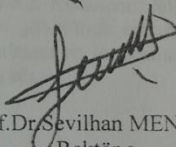
11.11./2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 17.10.2104 tarihli ve 37125759-044/1872 sayılı yazınız.

Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 04.11.2014 tarihli ve 7050 sayılı ekte gönderilen yazı ile Enstitünüz Evde Balım Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu NAL'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki" konulu tez çalışması ile ilgili Tosya Devlet Hastanesinde anket çalışması yapabilmemesinin; kişisel mahremiyet ve yasal haklara riayet edilerek, hastanedeki hizmetleri aksatmayacak şekilde yapılması koşuluyla uygun görüldüğü bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Sevilhan MENNAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

*Sn. Müdür beye emel
11.11.2014*

2493

11.11.2014

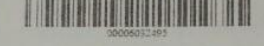
GH.

*Doz. Dr. Serap SEZER
09.12. → ilgili AD bildirilm.*

ML

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü 55139
Kurupelit /SAMSUN
Telefon : (0362) 3121919/7014/7027

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Genel Sekreterlik/Dış Yazışmalar
Seçil AKTAŞ/Bilg.İşl./Serap SEZER/Şube Müdürü
Faks : (0362) 4576091
E-posta: a3@omu.edu.tr



30006032493



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

06.11.14
29577

Sayı : 91379769/044
Konu : Anket Çalışması

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 28/10/2014 tarih ve 6478 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu NAL'ın 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki' konulu Tez Çalışması hakkındaki başvuruları incelenmiş olup, Tosya Devlet Hastanesinde yapabileceği, kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek anketin hastanemizdeki hizmetlerin aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Genel Sekreterliğimize sunularak değerlendirilmesi suretiyle uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Mustafa UYANIK
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aslı İle Aynı
.../.../2014

Hayati KÖKEN
Sağlık Memuru

06.11.14
(5 adet)

KASTAMONU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
A★ tılı bilgi için: Hemşire H.İ.ÖZKAN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d6c7d0e8-9fe0-4422-98c1-66c64a930a4b kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tosya Devlet Hastanesi Hastane Yöneticiliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - KASTAMONU TOSYA
DEVLET HASTANESİ - İNSAN KAYNAKLARI
BİRİMİ
21.10.2014 11:02 - 10102470/044 / 2014 1214900 2284
0000785318

Sayı : 10102470/044
Konu : Yüksek Lisans Tez Anket
Çalışması

BURCU NALA

İlgi: 20.10.2014 tarihli Dilekçeniz.

İlgi tarihli Dilekçenizde Hastanemizde ayaktan ve yatarak tedavi alan 65 yaş ve üstü Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan yaşlılara yönelik Yüksek Lisans tez anket çalışması yapma talebinize ilişkin dilekçeniz tarafımızdan incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda söz konusu anket çalışmasını yapmanızda herhangi bir sakınca görülmemiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Ahmet KARAKUŞ
Hastane Yöneticisi V.
Başhekim



Dilküşah Mah. Kastamonu Cad. No:2 Tosya/KASTAMONU
A* tılı bilgi için: İnsan Kaynakları Birimi 0 366 313 10 71/719

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynı
20.10.2014
KAK

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1dbdd674-e610-4986-96d4-48d8bea03d1b kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Burcu NAL

Doğum Yeri : İzmir

Doğum Tarihi : 31.12.1985

Medeni Hali : Evli

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Muğla Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisans
Mezunu 2003- 2007

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri 2009-2010
Samsun Havza Devlet Hastanesi 2010-2012
Kastamonu Tosya Devlet Hastanesi 2012-

E-posta : burcu_nal@hotmail.com