LOBEKTOMİ VE PNÖMONEKTOMİ OLACAK HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI

Sibel GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Eylül, 2018

LOBEKTOMİ VE PNÖMONEKTOMİ OLACAK HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI

Sibel GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman:Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Eylül, 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sibel GÜREL "Lobektomi ve Pnömonektomi Olacak Hastalarda Ölüm Kaygısı" başlıklı tezi 25/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi **oy birliğiyle**/ **oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK	.....
Üye	: Doç. Dr. Aysel GÜRKAN	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM AKSÜT	.....

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu tezin bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

25/09/2018

Sibel GÜREL

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisinden çok şey öğrendiğim, tez sürecinde beni cesaretlendiren ve bana destek olan, bilimsel yanı ve insani özellikleri ile iyi bir danışman olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK'e,

Çalışmam boyunca benden biran olsun yardımını esirgemeyen, bilgi birikimi ve tecrübelerinden yararlandiğim ve beni her daim destekleyen değerli Göğüs Cerrahi doktorumuz Doç.Dr. Cansel ATİNKAYA' ya,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, bizlere yol gösteren, bizleri destekleyen saygı değer hocalarımıza,

Beraber çalıştığım heran desteklerini yanımda hissettiğim değerli çalışma arkadaşlarım Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ekibine,

Bu çalışmaya katılmak için vakit ayırmış olan hastalarımıza sonsuz teşekkürler.

Sibel GÜREL

Eylül 2018

ÖZ

LOBEKTOMİ VE PNÖMONEKTOMİ OLACAK HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI

Sibel GÜREL

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisansı / Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi ŞENAY ÖZTÜRK

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018

Bu çalışma akciğer kanseri tanısı almış, tedavi yöntemi olarak pnömonektomi ve lobektomi planlanmış hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinde akciğer kanseri tanısı alarak Lobektomi ve Pnömonektomi planlanmış olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Demografik Bilgi Formu ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmada öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişkiolduğu belirlendi. Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Çürüme ve Bozulma İle İlgili ile Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$). Öte Âlemle İlgili Kaygılar puanı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p < 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Hemşirelik, Ölüm Kaygısı

ABSTRACT

DEATH ANXIETY AMONG PATIENTS TO UNDERGO LOBECTOMY AND PNEUMONECTOMY

SİBEL GÜREL

Master of Surgical Diseases Nursing / Department of Surgical Diseases Nursing

Advisor: Asst. Prof. ŞENAY ÖZTÜRK

Maltepe University Institute of Health Sciences, 2018

The purpose of this study is to determine the death anxiety of patients diagnosed with lung cancer and planned to undergo pneumonectomy and lobectomy as a treatment method. The population of the study consisted of the patients diagnosed with lung cancer and planned to undergo Lobectomy and Pneumonectomy in a public hospital. The sample of the study, on the other hand, consisted of 110 patients meeting the inclusion criteria and agreeing to participate in the study. The data of the study were collected by using Demographic Information Form and Thorson-Powell Death Anxiety Scale. Significant correlations were found between death anxiety and educational status, marital status, employment status, income, status of meeting physical needs, being diagnosed psychiatrically, ways to cope with problems and status of expressing death. Negative low significant correlations were found among the fear of losing physical and mental functions, anxiety related to decaying or deterioration, death process and suffering and death anxiety, and the length of hospital stay following the operation. It was revealed that there was no significant correlation between the score for anxieties regarding afterlife and the length of hospital stay following the operation.

Keywords: Lung Cancer, Nursing, Death Anxiety

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI iii
İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iv
TEŞEKKÜR v
ÖZ vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
TABLOLAR LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. Problem 1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları 4
1.3.Araştırmanın Önemi 5
1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları 6
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1. Kanser 7
2.2. Akciğer Kanseri 9
2.2.1. Akciğer Kanseri Etiyolojisi 11
2.2.2. Akciğer Kanseri Belirti Bulguları 12
2.2.3. Akciğer Kanseri Tedavisi 13
2.2.3.1. Cerrahi Yöntemler 14
2.3. Ölüm 16
2.4 Ölüm Kaygısı 18
2.4.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler 21
2.4.2. Akciğer Kanseri ve Ölüm Kaygısı 23
2.4.3. Ölüm Kaygısı Hemşirelik Yaklaşımı 25

3. YÖNTEM 26
3.1. Araştırma Modeli 26
3.2. Evren ve Örneklem 26
3.3. Veriler ve Toplanması 27
3.3.1. Demografik Özellikler bilgi formu 27
3.3.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği 27
3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 28
4. BULGULAR 31
5. TARTIŞMA 43
6. SONUÇ 48
6.1. Özet 48
6.2. Yargı 50
6.3. Öneriler 50
7. EKLER 52
EK.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 53
EK. 2. Demografik Özellikler Bilgi Formu 54
EK.3. Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği 56
KAYNAKÇA 57

ŞEKILLER VE TABLOLAR LISTESI

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler 29
Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri 29
Tablo 3.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach α Katsayıları..... 30
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 30
Tablo 4.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, alt boyutları ve yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 32
Tablo 4.3. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, Alt Boyutları ve Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Sürelerinin Dağılımı..... 33
Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 34
Tablo 4.5. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Hastanede Kalış Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 41

KISALTMALAR

AC	: Akciğer Kanseri
KHDAK	: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
NNK-NNN	: Metre–Kilogram–Santimetre
TBC	: Tüberküloz
TPÖKÖ	:Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği
RDAS	:Revize Ölüm Anksiyete Ölçeği
ÖKO	:Ölüm Kaygısı Ölçeği
LSD	:İleri Analiz

ÖZGEÇMİŞ

Sibel Gürel

Eğitim

Y.Ls.	2018	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerahi Hastalıkları Hmeşireliği Anabilim Dalı
Ls.	2009	Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Lise	2001	Bursa Yıldırım Bayezıd Lisesi

İş/İstihdam

2010 - Halen Hemşire. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi

2009-2010 Hemşire Şişli Memorial Hastanesi

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Darende / 01.01.1985 Cinsiyet: Bayan

Yabancı diller : İngilizce

GSM / e-posta : 05532101739 / sibelgurel987@hotmail.com

1. GİRİŞ

1.1. Problem

Hayatı tehdit eden durumlarda ve ağır hastalık olduğunda insanlar genellikle yaşamsal kriz yaşarlar. Bu hastalıklardan birisi mortalite ve mobiditesi günümüzde en yüksek olan kanser hastalığıdır. Kanser tanısı, hasta ve hasta yakınları ve toplum için ciddi psikolojik-sosyal sorunları ve işgücü kayıplarını beraberinde getiren bir durumdur. Böylelikle psikososyal sorunlar, kaygı, endişe, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon ve uyku bozukluğu gibi tepkilere neden olur. Psikososyal sorunlar psikolojik sorunların habercisidir (Aktürk, 2014; Kotan, 2015). Kanser hastalarında belirlenen psiko-sosyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte ortaya çıkabilmektedir.(Kotan,2015; Özdemir, Taşçı, 2013; Karakuş, ve ark., 2012).

Kanser; erken tanı ve tedavi edilmediği durumlarda mortalite ve morbiditeye neden olan, değişime uğramış hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve yayılmasıyla ortaya çıkan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan ciddi bir sağlık sorunudur. Hücrelerde kansere yol açan değişimler çevresel veya genetik olabilir (Açıkgöz, 2010; Doğan, 2017). Gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında kalp-damar hastalığına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Lepore, Coyne, 2006; Kanserle savaş politikası ve kanser verileri, 1995-1999).

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir durumdur. İlk olarak verilen en genel tepki, şok ve inanmamadır. Bu dönemde görülen; tanının yadsınması, ve durumun verdiği kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Sonrasında kızgınlık ve depresyon gelişebilir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar (Ateşçi, ve ark., 2003). Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama,

ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte ortaya çıkabilmektedir (Karakuş ve ark., 2012; Roelofs ve ark., 2005)

Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenlerin de bu yanıt sürecinde önemli rolü vardır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (Ateşçi ve ark., 2003).

Kanser hastalıklarında erkeklerde en fazla görülen ve günümüzde kadınlarında sigara kullanımıyla sıklığı artan ve kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni olan akciğer kanseridir. Akciğer kanseri erken belirti bulgu vermediği için tanısı ileri evrelerde konulan bir hastalıktır. Akciğer kanserinde hem tanı hemde tedavi amaçlı en önemli tedavi cerrahi tedavidir. Fakat cerrahi tedavinin verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres hastaları olumsuz etkilemekte ve ciddi psikolojik zorlanmaya neden olabilmektedir (Koç, 2012). Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalardaki olumsuz inançlar, hastalıktan dolayı soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılıkları gibi nedenlerden dolayı kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedirler. Ortaya çıkan umutsuzluk, depresyon ve özkıyım davranışlarına sebep olabilmektedir (Bag, 2012).

Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması kabullenişi kolaylaştırabilir (Ateşçi ve ark., 2003). Akciğer kanseri tedavisi hücre türüne göre belirlenmektedir. Küçük hücreli akciğer kanserinde kemoterapi esas tedavidir. Küçük hücre dışı akciğer kanserinde ise cerrahi tedavi yapılmaktadır (Sızlanan, 2014). Lobektomi ve pnömonektomi sağkalım sonuçlarının iyi olması nedeniyle çok yapılan cerrahi tedavilerdir ve bu ameliyatlar kısıtlanan solunum rezervinin artmasını sağladığı için hastanın yaşam kalitesini yükseltirler (Sızlanan,

2014; Eyüboğlu, 2010). Fakat cerrahi tedavinin verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres hastaları olumsuz etkilemekte ve ciddi psikolojik zorlanmaya neden olabilmektedir (Çivi ve ark., 2011).

Yaşam ve ölüm birbirinden ayrı düşünülemeyen iç içe kavramlardır (Dülger, 2014). Yani ölüm yaşamın bir parçasıdır ve insanlar ölüm kavramını tanımlamak amacıyla ölüme bazı anlamlar yüklemişlerdir. Ölüm olgusu kimine göre yok oluş, kimine göre başka bir yaşamın başlangıcı, kimine göre korkunç bir durum, kimine göre stres iken kimine göre stresle başa çıkma yolu olarak tanımlanmıştır (Çetin, 2015; Tanhan ve Arı, 2009). Ölüm hayata dair güçlü bir tehdit teşkil etmektedir (Bekir, 1991). Ölmek zorunda olunması gerçeği insanda korku ve endişe yaratırken aynı zamanda var oluşu anlamlandıran ve insanı yaşama bağlayan bir neden olarak ta görülmektedir (Çetin, 2015; Tanhan ve Arı, 2009).

Hayatın sona ermesi ve hayatta sahip olunan herşeyin bir gün sona erecek olması kaygıya neden olmaktadır. Ölüm kaygısı zaman zaman yaşanılan bir duygudur. Genel olarak ölüm kaygısını kişinin yok olma durumuna bağlı hissettiği negatif duygusal tepki olarak tanımlayabiliriz (Dülger, 2014). Ölüm kaygısını, yaşamın sonu hakkındaki duygular, korkular ve düşünceler oluşturur (Kotan, 2015). İbn-i Sina ölüm kaygısını; ölüm gerçeğini bilinmiyor olması, bedenin yok olduktan sonra kişinin başına neler geleceğini bilmiyor olması, öldükten sonra ceza ve işkence edileceğine inanılması, mal ve miras için üzüntü duymak, öldükten sonraki bilinmemezlikten kaynaklı düşüncelere bağlamıştır (İnce, 2011). Yaşanılan bu kaygı insanlarda farklı şekildedir ve insanlar ölümden aynı şekilde etkilenmemektedir. Dolayısıyla ölüme karşı her bireyin kendi tavır ve tutumu vardır. Bu tutumların belirlenmesinde ise yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel etkenler, dini inançlar ölümcül hastalık durumları, ekonomik faktörler ve yaşam deneyimleri rol oynar (Dülger, 2014; Aktürk, 2014; Kotan, 2015).

Akciğer kanseri tedavisinde hemşirelik bakım süreci önemlidir. Hemşirelik bakım sürecinde hasta bakımı ve tedavisini sürdürmenin yanı sıra hasta ve ailesini bir bütün olarak değerlendirmek önemlidir (Demir, Bakar, 2014).

Psikososyal bakımda hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek, uyumsuzlukları önlemek ve hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır. Böylelikle hastanede kalış süreleri kısalabilir ve evde aileleriyle birlikte daha fazla zaman geçirebilirler. Bu durum hasta ve yakınlarına moral sağlayabilir (Demir, Bakar, 2014).

Hemşirelerin, kanserli hastaların umut düzeylerini değerlendirmede ve onlara umut aşılamada sorumlulukları vardır (Aslan ve ark, 2007). Kanser hastalarının yaşadıkları şoku azaltma amaçlı, gelecek için umutlu olmalarına yardımcı olabilecek hemirelik yaklaşımları geliştirmek önemlidir. Bu kapsamda her bireyin kendine özgü özelliklerinin dikkate alınması ve iletişimde sağlık ekibinin bütün üyelerinin hastaya aynı mesajları vermesi gereklidir (Aslan ve ark, 2007).

Hemşirelerin, kanserli hastaların umut düzeylerini tespit ederek onları hayata bağlayan aktiviteleri olanaklar dahilinde yaptırabilmeleri için hastalara çeşitli seçenekler sunmaları, Kültürel özellikler ve umut kavramı arasındaki ilişkilerin tespiti için araştırmalar yapmaları, eğitim durumu düşük düzeyde olan hasta gruplarının umut düzeylerinin özellikle değerlendirilip bu hasta grubu üzerine odaklanmayı ihmal etmemeleri önerilmektedir (Aslan ve ark, 2007).

1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu çalışma akciğer kanseri tanısı almış, tedavi yöntemi olarak pnömonektomi ve lobektomi planlanmış hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır

Araştırma Sorusu:

1. Pnömonektomi ve lobektomi olmak hastaların ölüm kaygısını nasıl etkiler?

1.3. Araştırmanın Önemi

Ölüm birey ve toplumlar için anlam yüklü olmasından dolayı, üzerinde durulması gereken önemli bir olgudur. Ölümden sonrasının bilinmemesi nedeniyle ölüm insanlar için bilinmezlik ve gizem anlamı ifade etmektedir. Dolayısıyla ölüm insanlar için sürekli merak uyandıran bir olgudur (Acehan, 2009; Açıkgöz, 2010).

Ölüme karşı verilen tepkiler insanların dünyaya bakış tarzına göre oluşmaktadır. Yaşama verilen anlam ise ölümün algılanış şeklini etkilemektedir. Ölüm düşüncesi kimi için sonsuz bir hayat demek, kimi için tamamen yok olmak, kimi için stres iken kimi için ise stresten kurtulmak demektir. Bu durumda bazı insanlar ölüm için kaygılanırken, bazıları sevinebilmektedir (Aday, 1984; Ağcalar,2009).

Kronik ve ölümcül hastalıklar psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır. Psiko-sosyal sorunlara neden olan hastalıklar olarak kalp hastalıkları, kanserler ve kronik akciğer hastalıkları yüksek risk grubu olarak gösterilmektedir. Bu hastalıklar hastalarda üzüntü, endişe, ümitsizlik, kendine yetememezlik, özgüven eksikliğiyle birlikte ölüm korkusuyla birlikte ölüm kaygısı ve intihara sebep olabilmektedir (Aktürk, 2014; Kotan, 2015).

Ölüm deneyimlenemez ve bilinmez olduğu için belirsizlik korkusu, acı duyabileceği korkusu, bedeni kaybetme ve yok olma korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, yalnızlık korkusu, yakınlarını kaybetme korkusu, denetimi kaybetme korkusu, kimlik duygusunu kaybetme korkusu, gerileme korkusu ölüm kaygısının temelini oluşturmaktadır (Çakar, 2014).

Ölüm kaygısına en çok etki eden etmenler; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, gelişimsel süreç, sosyokültürel etmenler, dini inançlar ve ölümcül hastalık olarak belirlenmiştir.

Kanser sayısı her geçen gün artarak insanları tehdit etmeye devam etmektedir. Dünya da görülme sıklığı giderek artmakta olan kanser hastalığı, toplumlarda ciddi derecede ekonomik yük ve sıkıntıya, bireylerde maddi manevi sorunlar ve kayıplara neden olmaktadır (İnce,2009)

Kanser hastalığında akciğer kanseri erkeklerde birinci sırada ölüm nedeni iken kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada ölüm nedenidir. Ancak, kadınlarda sigara kullanımının artmasıyla birlikte akciğer kanseri görülme sıklığıda hızla artmaktadır. Akciğer kanseri erken belirti ve bulgu vermediği için sağlık kuruluşuna hastalığın ileri evrelerinde başvurulmaktadır. Kanser hastalığı başlı başına bireyler için korkunç anlam ifade ettiği için akciğer kanserinin ileri evrelerde tanı konulması hastalar için ölüm kaygısı ve psiko-sosyal sorunlara neden olamaktadır. Akciğer kanseri için cerrahi tedavi tanı ve tedavide son derece önemli bir tedavi yöntemidir.

Cerrahi tedavi yöntemlerinden lobektomi ve pnömonektomide amaç yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmayı desteklemek içindir. Ancak bazı hastalar ameliyat sonrası normal yaşamlarına hızla devam devam ederken bazıları ameliyat sonrası süreci daha yavaş atlatırlar ve hastanede kalış süreleri uzar (Halıcı, 2016; İnce2011).

Cerrahi tedavi yöntemi hastalar için kanser tanısı konulduktan sonraki zor sürece ek olarak ölüm kaygısını artırır ve psiko-sosyal sorunlara sebep olabilir. Bu durum ise hastalarda üzüntü, kaygı, depresyon, intihar girişimi, panik atak, hastalığa ve tedavi sürecine uyumsuzluk gibi etkilere sebep olabilmektedir (Ponn, 2005).

Bu çalışma ile hemşirelik sürecinde hastalar ve yakınları değerlendirilerek sorunları ve gereksinimleri belirlenerek yardımcı olunur. Hasta ve yakınları doğru bilgilendirme ile desteklenir ve hastalık ve tedavi süreci ile ilgili korku ve kaygılarının azaltılması ve yok edilmesi sağlanır. Değişik eğitim programları hazırlanarak hasta ve yakınlarının katılımı sağlanabilinir. Psikolojik sorunlar ve psikiyatrik rahatsızlıklar ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin belirleneceği ve tedavi yaklaşımlarının da ele alınarak inceleneceği araştırmalar yapılarak hem ölümcül hastalığı olan bireylerde hem de sağlıklı bireylerde ölüm kaygısının ne düzeyde olduğu anlaşılabilir. Böylelikle hastanın hastalık ve tedaviye uyumu sağlanarak iyileşmesi hızlanabilir ve hastanede yatış süresinin kısalması sağlanabilir (Sarıkay,2015; Sezgin,2007)

1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Bu çalışmaya katılan hastaların, yapılan anket ve ölçekleri okuyup objektif olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.

Araştırmanın örneklemi İstanbul Anadolu Yakası Kuzey Kamu Hastaneler Birliğine bağlı bulunan bir hastanedeki cerrahi servisi ve cerrahi yoğun bakımda yatmakta olan hastalar ile sınırlıdır.

Araştırmanın verileri demografik özellikler bilgi formu ve Thorson- Powell Ölüm Kaygısı ölçeği ile elde edilen bilgilerle sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser

Kanser dünyada ve ülkemizde insanlar için sorun teşkil eden önemli hastalıklardan birisidir. Her yıl çok sayıda insan kanser tanısı alarak hastalığın vermiş olduğu sıkıntıları çekmekte ve hayatlarını kaybetmektedirler (Korkut, 2006). Kanser sayısı her geçen gün artarak insanları tehdit etmeye devam etmektedir (Kızıltan, 2016). Dünya da görülme sıklığı giderek artmakta olan kanser hastalığı, toplumlarda ciddi derecede ekonomik yük ve sıkıntıya, bireylerde maddi manevi sorunlar ve kayıplara neden olmaktadır. Dünya kanser istatistik verilerine göre ölüm nedenleri arasında kanser iskemik kalp hastalığından sonra ilk sırada yer almaktadır. Son verilere göre dünya genelinde toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş olup bu sayının 8,2 milyonu kansere bağlı ölümle sonuçlanmıştır (Yetimakman, 2018).

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kanser, hastalık yükü ve sorunları bakımından önem bir yere sahiptir. Türkiye Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışması, kanserin Türkiye'deki ölümlerde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırasında yer aldığını belirtmektedir. Yapılan tahminlere göre kanser hastalığı sıklığının ileriki yıllarda yüksek olabileceği ve birinci sırada ölüm nedeni sayılabileceği yönündedir (Mumcu, 2014).

Türkiye'de kanser görülme sıklığına bakıldığında dünyadaki diğer ülkelerle benzer olduğu görülmektedir. Erkeklerde en sık olan kanser hastalıkları akciğer ve prostat kanseridir ve türün erkeklerde kansere neden olan en önemli etkendir. Akciğer kanserinde teşhis hastaların yarısında ileri evrede konulmaktadır. Kadınlarda ise meme kanseri en sık görülen kanser hastalığıdır ve her 4 kadından biri günümüzde meme kanseri olmaya devam etmektedir (Gültekin, Boztaş, 2014).

Kanser, genetik olarak var olup yaşanılan çevrede fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlere maruz kalınmasına bağlı olarak normal hücre DNA'sında değişiklik meydana gelmesiyle ortaya çıkan bir hastalıktır (Mumcu, 2014). Kanser; erken tanı alınmadığı ve tedavi edilmediği durumlarda mortalite ve morbiditeye neden

olan, değişime uğramış hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve yayılmasıyla ortaya çıkan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan ciddi bir sağlık sorunu olmaktadır (Gürsel, 2015).

Kanseri önlemek için öncelikle kanserin nedenlerini belirlemek gerekmektedir (Mumcu, 2014). Hücrelerde kansere yol açan değişimler çevresel ya da genetik olabilir. Yapılan çalışmalarda kansere neden olabilecek kesin risk faktörleri; tütün ve tütün ürünleri, UV ışınları, asbest ve aflatoksin, beslenme (aşırı kilo), alkol, radyasyon, aile hikayesi, virüsler ve bakteriler, bazı hormonlar, güneş yanıkları olarak gösterilmektedir (Kızıltan, 2016; Gültekin, Boztaş, 2014).

Kanser tanısı, hasta, hasta yakınları ve toplum için ciddi psikososyal sorunları ve işgücü kayıplarını beraberinde getiren bir durumdur. Böylelikle psikososyal sorunlar, kaygı, endişe, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon ve uyku bozukluğu gibi tepkilere neden olur. Psikososyal sorunlar psikolojik sorunların habercisidir (Sezgin ve ark., 2007). Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte ortaya çıkabilmektedir (Demir, Bakar, 2014; Halıcı, Karaırmak, 2016).

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir durumdur. İlk olarak verilen en genel tepki, şok ve inanmamadır. Bu dönemde görülen; tanının yadsınması, ve durumun verdiği kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. sonrasında kızgınlık ve depresyon gelişebilir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar (Karakuş ve ark., 2012).

Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenlerin de bu yanıt sürecinde önemli rolü vardır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (Ateşçi ve ark., 2003).

Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalardaki olumsuz inançlar, hastalıktan dolayı soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılıkları gibi nedenlerden dolayı kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedirler. Ortaya çıkan umutsuzluk, depresyon ve özkıyım davranışlarına sebep olabilmektedir (Bag, 2012).

2.2. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri kolay anlaşılamayan ve çoğunlukla ölümle sonuçlanan bir hastalıktır. Dünya geneline bakıldığında en fazla ölüm sebebi olan kanser türüdür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) raporuna göre; akciğer kanseri hem gelişmiş ülkelerde hemde gelişmekte olan ülkelerde, erkeklerde birinci sırada ölüm sebebi, kadınlarda ise ikinci sırada ölüm sebebi olan kanser türüdür. Akciğer kanseri dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 1,6 milyon kişinin hayatını kaybetmesine neden olan ve ölüm oranı (mortalite) oldukça yüksek olan bir hastalıktır (Azzawrı, Dıssertation, 2018). Türkiye'de 2009 istatistiklerine göre %20,7 ile ikinci sırada ölüme sebep olan hastalıktır (Gültekin, Boztaş, 2014).

Akciğer kanseri, normal akciğer dokularındaki hücrelerin istem ve kontrol dışı çoğalmasıyla akciğer içinde bir kitle (tümör) oluşmasına sebep olur ve hastalık böylelikle ortaya çıkar. Bu kitle önce kendi bulunduğu ortamda büyür daha sonra ilerleyen safhalarda çevre dokulara yayılır ya da dolaşım yoluyla daha uzak organlara (karaciğer, kemik, beyin gibi) yayılıp hasara yol açar. Bu yayılmaya ise metestaz denir (Azzawrı, Dıssertation, 2018).

Akciğer kanserleri mikroskop altında izlenen kanserli hücrelerin görüntüsüne göre iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grup "küçük hücreli akciğer kanseri" olarak adlandırılmaktadır ve ikinci grup ise "küçük hücreli dışı akciğer kanseri" olarak adlandırılmaktadır (Azzawrı, Dıssertation, 2018).

- Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinin (KHDAK); skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, büyük hücreli karsinom olmak üzere 3 türü vardır (Yağcı, 2015).
- Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK); karsinoid tümörlerdir (Yağcı, 2015). Küçük hücreli akciğer kanseri, tüm akciğer kanserlerinin %80'ini oluşturmaktadır . Küçük hücreli dışı akciğer kanseri ise nadir olarak görülen, çok hızlı yayılan, tanısı vücudun başka bölümlerine yayılmış olarak konulan bir gruptur (Azzawrı, Dıssertation, 2018).

Akciğer kanserine erken evrede tanı konulamamasının sebebi erken evrede belirti ve bulgu vermemesidir. Erken evrede belirti ve bulgu vermemesi nedeniyle hastaların büyük bir çoğunluğu ileri evrede sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu nedenle akciğer kanseri mortalitesi oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Akciğer kanserinde tümörün evresi, hastalığın seyrini ve iyileşmesini etkileyen en büyük etkendir (Leslie ve ark., 1996; Aksoy, 2012).

Akciğer kanserine, erken evrede tanı konulması cerrahi tedavi ile başarı sağlanması için oldukça önemlidir (Michael ve ark., 2003). Tanı sonrası 5 senelik yaşam oranı yaklaşık %15 tir (Sarah ve ark., 1999).

2.2.1. Akciğer Kanseri Etiyolojisi

Akciğer kanserinde etiyolojik faktörlerin önemi büyüktür.

Sigara; akciğer kanserinin %90' ına neden olan en büyük etkendir. Sigaranın karsineogenezisi başlatıp ilerlettiği belirtilmektedir. Gün içerisinde kaç adet sigara içildiği, ne kadar sürede içildiği, saigaraya başlama yaşı, katran oranı ve dumana maruz kalma kanser hastalığı için riski artırmaktadır. Sigara dumanında bulunan 4000'den fazla kimyasal madde kanser oluşumuna sebep olmaktadır. (Nikotinden kaynaklanan nitrosaminler (NNK-NNN), Radon Radyasyon, Metanol, DDT Böcek öldürücü, Siyanür , Aseton, Katran, Arsenik Fare zehiri, Bütan Çakmak gazı vs.) (Şenyiğit, 2013, 2014). Pasif içici olarak sigara dumanına maruz kalmak %20-30

oranında akciğer kanseri riskini artırır. Kadınların %60-65' i pasif içicilik sebebiyle akciğer kanserine yakalanmaktadır. ''Light'' sigaraların kanser riskini azalttığına dair herhangi bir kanıt yoktur. Bir nefeslik nargile ile alınan karbonmonoksit oranı bir adet sigaranın 5 katıdır ve sigarada bulunan zararlı maddeler nargilede daha fazla bulunmaktadır (Şenyiğit, 2013,2014). Sigara bırakıldığında akciğer kanseri riskinin zamanla azaldığı belirtilmektedir. Bu duruma istinaden gelişmiş ülkelerde sigara kullanımını azaltmak ve bırakılmasına teşvik etmek amaçlı kampanlalar yapılmıştır ve bu ülkelerde akciğer kanseri görülme sıklığının azaldığı belirtilmiştir (Çakar E, 2004).

Meslek ve çevresel etkenler; mesleki kanserojenler en başta asbest olmak üzere arsenik, silika, klormetil eterler, krom, hidrokarbonlar, nikel, radyasyon, mustard gazı ve radondur (Anthony ve ark. 2003). Akciğer kanseri etkeni olarak arsenik en önemli çevresel etkendir. Arsenik dünya genelinde yaygın olarak bulunur ve endüstri alanında kullanılan bir maddedir (Anthony ve ark. 2003).

Radon; radyoaktif bir maddedir, DNA hasarına sebep olabilmektedir ve uranyum madenlerindeki toprak ve kayalarda bulunmaktadır. Uranyum madeni işçilerinde, radon içerikli malzeme kullanılan evlerde yaşayanlarda akciğer kanserinin arttığı belirtilmiştir (Anthony ve ark. 2003). Bazı çalışmalarda adenokarsinoma nedeni arsenik, küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) nedeni uranyum ve klorometil eter ve büyük hücreli akciğer kanserinin nedeni olarakta vinil klorid olarak belirtilmiştir (Anthony ve ark. 2003).

Sigara kullanımının fazlalığı, hava kirliliği ve mesleki karsinojenlere maruz kalma nedeninin kentlerde kırsal kesime göre fazla olmasından dolayı, kentlerde yaşayanların akciğer kanseri sıklığı kırsal kesimlere göre daha fazladır (Yılmaz ve ark., 2001).

Beslenme; Bazı araştırmalarda sebze ağırlıklı beslenmenin akciğer kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir. Başka araştırmalar göre beta karotenden (retinol veya A vitamini) fakir beslenmenin akciğer kanser riskini artırdığı gösterilmiştir. Sigara içen bireylerde serum beta karoten düzeyleri içmeyenlere oranla daha düşük bulunmuştur. A vitamininden fakir beslenenlerde akciğer kanser riski oranı A vitamininden zengin

beslenenlere oranla 4-6 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Antioksidan vitaminler (C ve E) serbest radikalleri yok edip DNA yı oksidatif hasardan korumaktadırlar (Çakar, 2014; Özkan, 2008).

Genetik yatkınlık; ailesinde ve akrabalarında akciğer kanseri öyküsü olanların akciğer kanseri riski yaş, sigara içiciliği, meslek ve çevresel etkenden bağımsız olarak kendiliğinden 2 kat daha yüksektir (Özkan, 2008).

2.2.2. Akciğer Kanseri Belirti Bulguları

Akciğer kanserinin belirti ve bulguları tümörün tipine, yerleşimine, büyüklüğüne, yayılım yeri ve yayılma büyüklüğüne göre değişmektedir (Çakar, 2004).

En sık görülen belirti ve bulgular;

- Merkezî yerleşimli tümörlerde havayollarının tıkanması ve enfeksiyonlarına bağlı uzun süreli öksürük
- Kanlı balgam ve hemoptizi
- Bronş içi hava yolu tıkanması nedeniyle ortaya çıkan nefes darlığı
- Merkezi tümörlerde larenks tutulumuna bağlı ses kısıklığı
- Ana bronşlarda veya trakeda kısmi tıkanıklık nedeniyle Hırıltılı solunum

Hastaların akciğer röntgenlerinde şüpheli durum görüldüğünde; ayrıntılı görüntü sağlayan, tümör büyüklüğü ve yerini gösteren bilgisayarlı tomografi çekilmelidir. Tomografi sonrası kesin tanı için başvurulması gerekli olan yöntemler belirlenmelidir. Bronkoskopi ile biyopsi (tümörden parça alınması) yapılabilir. Akciğer zarı arasında sıvı birikimi varsa göğüs duvarından iğne ile girilip bu sıvıdan örnek alınır ve buna torasentez denir. Biyopsiler ile tanıya ulaşılamıyor ise tanı amaçlı cerrahi girişim olan torakotomi yapılır (Usta, 2017).

2.2.3. Akciğer Kanseri Tedavisi

Akciğer kanserinde uygulanacak tedavi küçük hücreli akciğer kanseri hastalıklarında farklıdır. Akciğer kanserinin tipi ve evresine göre uygulanacak tedavi değişiklik göstermektedir. Akciğer kanserinde amaç öncelikle eğer ki mümkünse hastalığı yok edebilmek, bu mümkün değilse hastalığı stabilleyebilmek, yaşam kalitesin ve süresinin uzamasına yardımcı olmaktır. (Gürsel, 2015)

Akciğer kanseri tedavisinde uygulanan temel yöntemler: kemoterapi, Radyoterapi (Işın Tedavisi), cerrahi tedavi (tümörlü alanın çıkartılması), hedefe yönelik tedavi (akıllı ilaçlar) (Gürsel, 2015).

Akciğer kanserinin birinci ve ikinci evresinde ve metastaz yapmadığı durumlarda tümörün büyüklüğüne bağlı olarak cerrahi tedavi uygulanır. İkinci evre akciğer kanseri olan hastaların bir kısmında 4 kür kemoterapi uygulanmaktadır. Bazı üçüncü derece hastalarda önce kemoterapi sonra cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Gürsel, 2015; Yılmaz, 2018)

Kemoterapik ilaçlar kanser hücrelerine etki ederken çevre hücrelerede zarar vermektedir. Kemoterapi alan hastalarda mide bulantısı deri döküntüsü, saçlarda dökülme görülmektedir. Akıllı ilaç tedavisinde amaç sadece kanserli hücreyi etkilemek çevre hücrelere zarar vermemektedir. Ancak bu ilaçlar sadece adenokarsinom akciğer kanser türünde etkili olmaktadır (Yılmaz, 2018; Gürsel, 2015).

Radyoterapi diğer tedavilere ek olarak uygulanmakta ve beyin ve kemik gibi organlarda kanserin metastaz yaptığı durumlarda iyi sonuçlar alınabilmektedir (Gürsel, 2015; Yılmaz, 2018).

Küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konulduğunda genelde kanser yayılmış haldedir. Bu nedenle kemoterapi uygulanır bazı hastalarda kemoterapi ile birlikte radyoterapide uygulanabilmektedir (Yılmaz, 2018; Demir, Çelik, 2016).

Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri tedavisinde tanı konulduktan sonra kanserin evresine göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi sırayla ya da eş zamanlı olarak

uygulanabilmektedir. Akciğer kanserinin ileri evresinde olan bazı hastalarda ise , hedefe yönelik akıllı ilaçlar da uygulanabilmektedir (Yılmaz, 2018; Demir, Çelik, 2016).

2.2.3.1. Cerrahi Yöntemler

Akciğer kanserlerinin büyük bir kısmını küçük hücreli dışı akciğer kanserleri oluşturmaktadır. Küçük hücreli akciğer kanserinin aksine küçük hücreli dışı akciğer kanserinde en etkili tedavi yöntemi cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavi ile akciğer kanserinin evresi belirlenerek uygun tedavi ve takip planı ile yaşam süresi ve kalitesini artırmak amaçlanmaktadır (Siegel ve ark. 2011 ; Ponn ve ark. 2005).

Cerrahi tedavi yöntemleri akciğer kanserinin birinci ve ikinci evresinde uygulanmaktadır. Akciğer kanseri tedavisinde uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri; Segmentektomi, Wedge rezeksiyon, Lobektomi, Bilobektomi, Pnömonektomi (kendiside bir hastalıktır) (Kapdağlı, 2014).

Segmentektomi; akciğerin anatomik olarak en küçük (2 cm den daha küçük) kabul edien tümörünün çıkarılmasıdır (Kapdağlı, 2014).

Wedge Rezeksiyon; tanı veya tedavi amaçlı 3 cm'den küçük tümör hücrelerinin cerrahi teknikle çıkartılmasıdır (Kapdağlı, 2014; Ponn ve ark, 2005).

Bilobektomi; sağ akciğerde sağ üst orta lob veya sağ alt orta lobun birlikte alınmasıdır. Bilobektomi üst veya alt orta lobda tümörün minör fissür olması durumunda yapılmaktardır (Kapdağlı, 2014; Ponn ve ark, 2005).

Lobektomi; akciğerlerde sağda 3, solda 2 adet lob bulunur. Akciğerlerdeki bu beş lobdan birinde bulununan tümörün santral ve plevral drenaj yolu ile birlikte cerrahi teknikle çıkarılmasına lobektomi denir. Ameliyat sonrası kalan akciğer plevral boşluğu doldurmaktadır. böylelikle postoperatif dönemde pnomonektomi sonrası görülebilen komplikasyonlar görülmez. Yapılan araştırmalara göre %2 lik mortalite oranı ile pnömonektominin yarısı mortalitesi vardır (Kapdağlı, 2014; Pagnia ve ark., 1998).

Pnömonektomi; sağ veya sol akciğerin tamamının cerrahi yöntemle çıkarılmasına denir. Pnömonektomi, akciğer kanserinde tümörün tamamının çıkarılamadığı (lobektomi ile) durumlarda yapılmaktadır. Bu durumlar fissürü aşmış kanserler, ana bronş ve çevresine yerleşimli tümörler, lenf nodlarına ve damarlara yayılmış tümörlerin olmasıdır (Kapdağlı, 2014; Wada, Nakamura, 1998).

Akciğer karsonomi sebepli yapılan pnömonektomilerde mortalite oranı lobektominin iki katıdır. Sağ akciğer tüm akciğerin %60 ı olduğu için sağ pnömonektomi mortalite ve morbiditesi sol pnömonektomiye oranla daha yüksektir (Kapdağlı, 2014; Wada, Nakamura, 1998).

Pnömonektomi % 15 ve %75 aralığı ile morbiditesi ve % 50 ile mortalitesi yüksek bir cerrahi yöntemdir. Yapılan araştırmalara göre; yaşın ileri olması, kan transfüzyonu yapılması, operasyon süresinin uzun olması, aşırı kilo kaybı, albümin seviyesi düşüklüğü, sigara kullanımın fazla olması morbiditeyi tetiklemektedir. Pulmoner emboli, kanama, ampiyem, bronkoplevral fistül, solunum yetmezliği, kardiyak aritmiler ve myokard enfarktüsü pnömonektominin büyük ve önemli komplikasyonlarıdır (Kapdağlı, 2014).

2.3. Ölüm

Ölüm birey ve toplumlar için anlam yüklü olmasından dolayı, üzerinde durulması gereken önemli bir olgudur. Türk dil kurumunun Türkçe sözlüğüne göre ölüm " insan, hayvan ve bitkide yaşamın kesin ve net olarak bitmesi, sona ermesi " diye tanımlanmaktadır. Genel olarak ise hayatın sona ermesi, yaşamın bitmesi, yok olma, tükenme, sönme anlamlarına gelmektedir (Budak, 2014; Çetin, 2015).

Ölümün algılanmasında dinler, inançlar, kültürler, örf ve adetler, gelenek-görenekler rol oynamaktadır. Ölüm algısı birey ve toplumlar için ölüme karşı davranış ve tutumlarda değişikliğe neden olmaktadır (Ülker, 2016). Ölüm ve ölüme karşı tutum ve yaklaşımlardaki farklılıklar tarih boyunca değişiklikler göstermiş olup, toplumların kültürel özelliklerinde cevabını bulmuştur. Ölüme dair gelenekler (yas tutmak, matem, cenaze töreni, mezarlıklar, ölmek, ölen kişinin sanat eserinde temsil ediliş şekli)

toplumların ölüme karşı yaklaşımlarını ve ölümü temsil ediş biçimlerini göstermektedir (Dursun, 2003).

Ölümden sonrasının bilinmemesi nedeniyle insanlar için ölüm her zaman merak uyandıran ve ilgi duyulan bir konu olmuştur. Çünkü, ölüm yaşamın anlamlandırılması için önemli bir yere sahiptir. Ölümün düşünülüp araştırılması manevi değerlerin oluşumunda önemli bir yere sahiptir. Ölüme karşı verilen tepkiler insanların dünyaya bakış tarzına göre oluşmaktadır. Yaşama verilen anlam ise ölümün algılanış şeklini etkilemektedir (Erdoğdu, Özkan, 2007). Ölüm düşüncesi kimi için sonsuz bir hayat demek, kimi için tamamen yok olmak, kimi için stres iken kimi için ise stresten kurtulmak demektir. Bu durumda bazı insanlar ölüm için kaygılanırken, bazıları sevinebilmektedir (Çetin, 2015; Karakuş ve ark. 2012).

Ölüm, hayatın başlangıcı ve sonu arasındaki süreçtir ve insanlar için kaçınılamaz bir kaderdir. İnsanlar ölümün var olduğunu bilerek yaşarlar. Bu yüzden her toplum geçmişten günümüze kadar süreçte ölümü anlamak ve açıklamaya çalışmak için ölümle ilgili düşünceler, anlayışlar ve gelenekler oluşturmuşlardır (Yang, 2014). Ölümü anlayıp açıklamak, hayatı anlayıp açıklamakla aynı anlama gelmektedir. Yani, ölüm ve hayat iç içedir. Ölümün başlangıcı ve sonunu bulmak demek, hayatın değerini ve hayata karşı tutumu belirlemektedir.. Bu yüzden insanlar ölüm düşüncesiyle yaşamaktadırlar. Yaşarken temel düşüncenin ölüm olması değişik kültürlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Yang, 2014). Kültürel ortamın sunduğu şartlar, koşullar, ,imkanlar, bilgi durumu ve düzeyi ölüm karşısındaki tutum ve değerlendirmeleri önemli ölçülerde etkilemektedir (Erden, 1998).

Kader, kayıp, yas gibi kavramlar ve bu kavramlarla gelişen ritüeller ölümün kültürel bir olgu olduğunu göstermektedir. Ölüm ölen kişi ve diğerleri arasındaki ilişkiyi ilgilendirdiği için ölüme yüklenen anlamlar ve ölüme karşı tutum ortaya çıkmaktadır. Hayatta yer alan doğum, düğün, evlilik faaliyetleri gibi ölüm içinde inançlar, gelenek ve göreneklere bağlı ritüeller vardır (Burcu, Akalın, 2008). Cenaze töreni, yas tuma, anma törenleri gibi ritüeller yaşayanlar ile ölmüş olanlar arasındaki ilişkiyi sağlamaktadır (Ağcalar, 2009). Bu ritüeller, ölenlerin yakınlarının

yaşayabileceği yoksunluğa bağlı olumsuz etkileri dengelemeye yardımcı olmakta ve yeniden topluma katılmalarını sağlamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda ölüme ilişkin tutumların, korkuların ve düşüncelerin kültürel bakımdan dinsel inanç ve uygulamalarla bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Ölümle ilgili inanç ve uygulamalar yaşanılan ortamdan, dinden, coğrafyadan hatta teknolojiden etkilenerek zamanla yavaş yavaş değişime uğramaktadır (Demir, Bakar, 2014; Burcu, Akalın, 2008).

Psikolojide ölümü ilk ele alan Freud'tur. Freud'a göre ölüm bir yok olma tehdidir ve insanlar bu tehdide karşı kendi hayal dünyalarından ilahi inançlar oluşturmuş ve geliştirmişlerdir. Bu inançlar ile ölüm karşısında korku ve gerginliği gidermeye çalışmaktadırlar (Koç, 2002). Varoluşçu psikolojiye göre; insan eğer isterse ölümü seçebilir, ama insan istesede istemese de ölümden kaçış yoktur ve bir gün mutlaka ölümü yaşayacaktır. Ölüm hayatta çözümlenemeyen ama yaşanmak zorunda kalınan en büyük yaşamsal olaydır. Yalom'a göre ölüm varoluşun içinde yer alan sonlanma, varolmama tehdidir ve bu nedenle ilk anksiyete ve psikopatoloji kaynağıdır. İnsanlarda varolmama tehdidi nedeniyle ölüm korkusu, endişesi, kaygısı oluşmaktadır ve insanlar enerjilerinin büyük bir kısmını bu durumlarla başetmek için harcarlar (Halıcı, Karaırmak, 2012).

İnsana ölümü hatırlatan sebepler kronik ve ölümcül hastalıklar, cenaze törenleri, mezarlıklardır (Ünal, 2011). Kronik ve ölümcül hastalıklar psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır. Psiko-sosyal sorunlara neden olan hastalıklar olarak kalp hastalıkları, kanserler ve kronik akciğer hastalıkları yüksek risk grubu olarak gösterilmektedir. Bu hastalıklar hastalarda üzüntü, endişe, ümitsizlik, kendine yetememezlik, özgüven eksikliğiyle birlikte ölüm korkusuyla birlikte ölüm kaygısı ve intihara sebep olabilmektedir (Özdemir, Taşçı, 2013; Akdemir ve ark. 2011).

Günümüzde ölüm geciktirilmeye başlanmıştır ve geçmişe göre ölüm daha az düşünülmektedir. Bunun sebepleri olarak teknolojinin gelişmesi, tedavi yöntemlerinin gelişmesi, televizyonlarda ölüme sıklıkla yer verilmesi ve bu durumun duyarsızlığa yol açması, sağlığa verilen önemle birlikte sağlık bilincinin artması, ağır hastalıktaki

tedavi süreci ve ölüm sürecinin evlerde değilde sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi söylenebilir (Ünal, 2011; Durmuşoğlu, Ataman, 2018).

2.4. Ölüm kaygısı

İnsanların hayatlarının kesin olarak tamamen sonlanacağı gerçeği karşısında hissettikleri korkuya ölüm kaygısı denebilir. Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı birbirine karıştırılmaktadır. Korku: dış ortamdaki tehlikeli duruma karşı oluşan duygusal tepkidir (Özdemir, 2017). Ölüm korkusuna belirsizlik durumu, bedeni kaybetme, acı hissi, yalnızlık kalma, yakınlarını kaybetme gibi korkuların neden olduğu söylenmektedir (Yıldız, 1996). Kaygı ise nedeni bilinmeyen durum için endişe ve gerginlik olarak hissedilen duygu durumudur (Özdemir, 2014).

Ölüm kaygısı, her insanda var olan, her türlü korkunun temeli olarak düşünülen, insanların sevdiklerini, kendisini, sahip olduklarını kaybedebileceğinin, kesin olarak bir daha olmayacağının, ölüm sonrası bilinmezliğin farkında olması sonrası gelişen duygu olarak tanımlanabilir (Softa ve ark., 2011). Ölüm ve yaşam içi içe olduğundan ölüm için değişik anlamlar yüklenir ve ölüme yüklenen anlamdan kaynaklı duygular ortaya çıkar. Ölüm deneyimlenemez olduğu için belirsizlik korkusu, acı duyabileceği korkusu, bedeni kaybetme ve yok olma korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, yalnızlık korkusu, yakınlarını kaybetmekorkusu, denetimi kaybetme korkusu, kimlik duygusunu kaybetme korkusu, gerileme korkusu ölüm kaygısının temelini oluşturmaktadır (Kotan, 2015).

Korkunun kaynağı bilinir fakat kaygının herhangi somut kaynağı yoktur. Cenaze töreni, mezarlık ziyareti, bir yakınını kaybetmek gibi durumlar kişide korkuya sebep olur, ne zaman ölüneceğinin bilinmemesi gibi durumlar ise tüm yaşama yayıldığı için kaygıya neden olmaktadır (Tanhan, 2007).

Ölüm kaygısına psikodinamik yaklaşım olarak ilk değinen Freud'dur. Freud'a göre bilinçaltı ölümsüz olduğuna inanmakta ve ölümü kabullenmemektedir. Ölüm kaygısı ise ölümle ilgili olmamakta çocukluk döneminde çözüme kavuşturulmamış sorunlarla ilgili olarak ortaya çıkmıştır (Ayten, 2009).

Langs'a göre ölüm kaygısı dış ortamın tetiklediği duygusallığa karşılık olarak verilen bilinçli ve bilinçsiz tepkilerin sonucu olarak yaşanılandır. Ölüm kaygısı üç farlı biçimdedir ve bu biçimler insanların duygusal gelişime önemli etkide bulunurlar (İnce, 2011).

1. Varoluşsal Ölüm Kaygısı, ölüme karşı hissedilen kaygıdır.

2. Kaçınmacı Ölüm Kaygısı, doğal afetler ve diğer tehdit edici durumlara karşı olan kaygıdır.

3. Koruyucu Ölüm Kaygısı, insanlara duygusal ve fiziksel zarar veren durumlara karşı olan kaygıdır.

Jung'a göre, ölüm korkusunun nedeni yaşama korkusudur. Ölümden en fazla korkan insanlar yaşamaktanda en fazla korkanlardır ve bu kişiler yaşama uyum sağlamakta sorun yaşayanlardır. Bu durum karşısında biliçaltı sürekli geriye gider, ölüm düşüncesi korkuya sebep olur. Böylelikle ölüm anlamsız ve basit gelir kaygı oluşur (Taka, 2010).

Horney, hem korkuyu, hemde kaygıyı tehlikelere ve tehditlere karşı geliştirilen duygusal tepki olarak düşünerek, korku ve kaygıyı eşanlamda kullanmıştır. Ölüm korkusu ölüm isteğiyle birleşerek bilinmeyen bir tehlikeye karşı ölüm kaygısına sebep olur (Tanhan, Arı, 2009).

Varoluşsal yaklaşımlaşımlara göre kaygı , varolmanın en temel öğesidir. Yalom' a göre ilk anksiyete kaynağı ölümdür. İnsanlar ölümün kaçınılmaz olduğunun farkındadırlar ve ölüme karşı korku ve endişe duyarlar (Çevik, 2010). Becker'e göre ölüm korkusu ve kaygısının nedeni, insanların ölümü sürekli düşünmeleridir. Heidger ise varoluşun temelidir ve aynı zamanda varolmama tehdidir (Ertufan, 2008).

Bilişimsel yaklaşımlara göre insanlar tehdit eden durumu ne kadar korkunç bulursa o kadar kaygılanır. Tehdit olarak görülen duruma; kontrol edilemez, korkutucu gibi nitelikler yükler. Bu yaklaşıma göre insanlar ölüm için olumsuz

düşüncelere sahiptirler. İnsanlar için ölüm korkunç ve kötü olduğu için kaygı oluşturur (İnce, 2011; Tanhan, Arı, 2009).

Jeff Greenberg dehşet yönetimi kuramını oluşturmuştur. Bu kuram ile kaygı ile başetme mekanizmalarını açıklamıştır. İnsanlar kendi ölümlülüğünün farkındadırlar ve ölüm kaygısı duygusal ve bilişsel bileşenden oluşmaktadır. Bilişsel bileşene göre insanlar sık olarak ölümü düşünür ve ölümle ilgili konulara ilgi duyar, duygusal bileşene göre ise, tamamen yok olunacağı düşüncesinin vermiş olduğu gerginlik vardır (İnce, 2011; Kalaoğlu, 2010).

2.4.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

Ölüm kaygısına en çok etki eden etmenler; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, gelişimsel süreç, sosyokültürel etmenler, dini inançlar ve ölümcül hastalık olarak belirlenmiştir.

Yaş; bazı araştırmalarda yaşlılık döneminde pişmanlık ve yaşanmamışlık hissi nedeniyle ölüm kaygısı gençlere göre daha yüksektir (Kotan, 2015). Bir çok araştırmaya göre ise genç bireylerdeki ölüm kaygısı yaşlılardan daha yüksektir. Ölüm, gençler için bedeni kaybetme ve gelecek planlarını gerçekleştirememe şeklinde kaygı yaratır, yaşlılar için ise aile ve çevrelerine karşı işlerin yarım kalması, işleri bitirememe ve sorumluluklarını yerine getirememe şeklinde kaygı yaratır. Yaşlı bireyler ölümü daha çok düşünerek kabullenirler bunun aksine genç nesil ise ölümü kendilerine uzak görürler ve ölümle ilgili paylaşımları azdır (Şahin, 2016; Mutlu, 2013).

Cinsiyet; yapılan bazı araştırmalar göre kadınlar duygularını erkeklere göre daha kolay ifade edebilmektedirler ve bu konuda toplum tarafından desteklenmektedirler. Erkekler ise duygularını bastırırlar, kolay ifade etmezler ve kendilerini farklı gösterirler. Bu nedenle kadınların ölüm kaygıları erkeklere göre daha yüksektir..Erkeklerin ölüm kaygılarının düşük olması kaygı duymadıkları anlamına gelmiyor, kaygılarını bastırıp ölümü kabullenmiyorlar (Sarıkaya, 2013; Lehto, Stein, 2009).

Bazı araştırmalarda ise kadın ve erkekte ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Sadece kadınlar erkeklere göre kaygılarını daha fazla yansıtırlar. Kadınlar kendileri ölünce aile düzenlerinin bozulacağını düşünerek kaygı duyarlar (Kotan, 2015).

Medeni durum; bazı çalışmalar göre evli çiftler aile ve eşlerinden destek alıp olumlu yönde etkilenmektedirler. Bu duruma göre evlilerin ölüm kaygısı bekarlara göre daha düşüktür. Bazı çalışmalara göre ise evli bireylerde ölüm kaygısı bekar bireylere göre daha yüksektir. Bunun sebebi ise, evli bireyler eşlerine ve çocuklarına karşı sorumluluk duymaktadırlar. Başka araştırmalarda ise evli bireylerde eğer çocuk varsa çocuklar neslin devamını sağlar ve aileye destek olurlar. Bu nedenle evli bireylerin ölüm kaygısı bekarlara göre daha düşüktür (Dönmez,2012; Acehan,2009).

Eğitim; yapılan araştırmalara göre eğitim seviyesi düşük olanların eğitim seviyesi yüksek olanlara göre ölüm kaygıları yüksek olarak görülmüştür. Bunun sebebi ise eğitim seviyesi düşük olanlar tepkilerini ve streslerini daha fazla göstermektedirler. Eğitim seviyesi yüksek olanlar verilen tepkilerin nedenlerini anlayarak başa çıkabilmektedirler (İnci, Öz, 2009).

Meslek; bazı araştırmalara göre hastaneler ve dini kurumlar gibi çalışma alanlarında çalışanların ölüm ve ölüm anı ile daha fazla karşılaştıkları için ölüm kaygıları daha düşük olarak belirlenmiştir. Bazı araştırmalarda ise yine hastaneler ve dini kurumlar gibi ölümü hatırlatıcı yerlerde çalışmanın ölüm kaygısını etkilemediği belirlenmiştir (Kalaoğlu, 2010).

Kişilik Özellikleri; yapılan araştırmalara göre kendisine ve çevresine güveni olmaya, saldırgan, duygularına hakim olamayan, uyumsuz ve gergin bireylerin ölüm kaygıları daha yüksek olarak belirlenmiştir (Kalaoğlu, 2010).

Kültür ve inanç; kültür kalıcıdır ve tolumlar için sonsuza dek kalıcı olacaktır. Kültürün görevi inan, tutum ve davranışlar geliştirip yaşam ölümü günlük hayattan uzaklaştırıp yaşam kalitesini artırmak ayrıca bazı faaliyetleri hatıraya dönüştürüp yaşatmaktır. Böylelikle bireylerin ölüm kaygılarını azaltmak ve yenmeye çalışmalarını

sağlamaktır (Dönmez, 2012). Dikkat çeken bir nokta ise doğu ve batı kültürlerinde ölüm kaygısı farklıdır. Doğu kültürlerinde insanlar çoğunlukla kendi evlerinde ölmektedirler. Ağır, ölümcül hastalığı olanlarda yoğun tedavi uygulanmadan hastanelerden evlerine gönderilmektediler ve son günlerini evlerinde geçirmekte ve evlerinde ölmektedirler. Batı kültüründe ise insanlar hastanelerde yalnız ölmektedirler (Dönmez, 2012).

Ölüm kaygısı dini inancı etkileyen önemli bir etkendir. Öldükten sonra ruhun yaşayacağı, sevdiklerine yeniden kavuşulacağı gibi inançlarla ölüm kaygısı yenilmeye çalışılır. Bazı araştırmalarda ölümden sonra cezalandırılacağı düşüncesi dine bağlılığı artırır. Bu gibi inançların sonucuna göre inanç ve dinin ölüm kaygısını düşürmede etkin olduğu belirtilmiştir (Sarıkaya, 2013).

Hastalıklar; bazı araştırmalara göre fiziksel hastalığa sahip olanların iki nedenle ölüm kaygıları yüksek bulunmuştur. Birincisi hastalıkta oluşan depresyon tablosu intiharı düşündürebilmektedir. İkincisi ise, fiziksel hastalık sebebiyle sakatlık, yorgun olma, işlevlerini az yada hiç yapamama durumlarının olduğu dönemlerdir (Kastenbaum, 2012).

Yapılan başka araştırmada ise kanser hastalığı olanlar ile ölümcül hastalığı olmayan hastalar karşılaştırılmış; kanser hastası olan grubun ölüm kaygısının düştüğü belirtilmiştir. Sebep olarak ise kanser hastalarının ölümü kabullenmiş olmaları ve dini inanışları gereği sevdikleriyle öldükten sonra tekrar kavuşacağı düşüncesi olduğu belirlenmiştir (Kastenbaum, 2012).

Psikiyatrik hastalıklar açısından ölüm kaygısına bakıldığında; panik atak, psikiyatrik ilaçların yan etkisi, fobik semptomlar, şizofreni ve aşırı alkol kullanımında ölüm kaygısının yüksek olduğu belitilmektedir (Ertufan, 2008).

2.4.2. Akciğer Kanseri ve Ölüm Kaygısı

Akciğer kanseri günümüzde dünya genelinde en çok ölüm nedeni olan bir kanserdir. Akciğer kanseri sıklığı azaltılabilir kanser türü olmasına rağmen son yıllarda görülme sıklığı hızla artmış bulunmaktadır. 2011 yılından bu zamana kadar

1,6 milyon yeni saptanan kanser hastalıklarının %12.8 ‘i akciğer kanseri hastalığıdır. Akciğer kanseri erkeklerde sigara içimine bağlı daha yüksek görülürken günümüzde kadınlarda da görülme sıklığı artmaktadır. Çünkü kadınlarda da son yıllarda sigara kullanım oranı artmış bulunmaktadır (Uzun, 2017).

Akciğer kanseri erken belirti bulgu vermediğinden, akciğer kanseri tanısı ileri evrelerde konulmaktadır (Aksoy, 2012). Cerrahi tedavi akciğer kanserinde en önemli tedavi yöntemidir. Fakat akciğer kanserli hastaların bir çoğu kanserin ileri evrelerinde sağlık kuruluşlarına gelmektedirler. Akciğer kanserinde tanı ve tedavi sürecinde de geniş bir zamana gereksinim vardır. Bu durum hastalar açısından zaman kaybına neden olduğu için hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Kaplan, 2010).

Akciğer kanseri hastalardan bazıları cerrahi operasyon sonrası yaşamlarına normal şekilde devam edebilirken bazıları ise hastanede tedavilerine devam etmektedirler. Bu durum hastalarda kaygıya neden olmaktadır. Yaşanılan kaygı nedeniyle hastalar fiziksel, duygusal, ruhsal çöküntüye girmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Kaplan, 2010). Akciğer kanserinin tedavisi için yüksek derecede önemli olan cerrahi girişim hastalar açısından stres, hastaların korku ve endişe nedenidir. Ameliyat, hastalar için genelde yaşamda bir kayıp sebebi olarak algılanır ve hastaların psikolojisini, öz güvenlerini, beden imajını, , cinselliklerini ve sosyal çevre ile ilişkilerini olumsuz yönde etkiler (Yılmazer ve ark., 1994; Özkan, Alçalar, 2009).

Hastalar için akciğer kanseri mortalite ve morbiditesi yüksek hastalık olduğu için “ölüm, , ağrı ve acı içinde ölme, yaşamın kontrolünü kaybedip başkalarına ve başkalarının bakımına muhtaç olma, yok olma” anlamını taşımaktadır (Noyan, 2012).

Hastanede tedavinin uzun sürmesi buna bağlı hastanede yatış süresinin uzaması hastalarda belirsizlik, çaresizlik ve ümitsizlik hissine neden olmaktadır. Hastalar hayatlarının sonlanacağını, sevdiklerinden ayrılacaklarını, hayattaki sahip oldukları şeyleri kaybedeceklerini, acı çekerek öleceklerini, öldükten sonra cezalandırılacaklarını düşünürler. Böylelikle hastalarda ölüm korkusu ve kaygısı

oluşur. Bu durum ise hastaların kanser hastalığına ve tedaviye uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır (Özkan, Alçalar, 2009).

2.4.3. Ölüm Kaygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelik süreci uygulamaları; bütüncül bir yaklaşımdır ve hastaların yaşam kalitesi üzerine direk etkisi vardır. Hemşireliğin bütüncül işlevi sadece hastanın bedensel bütünlüğünü sağlamak değildir, hastanın eğitimini sağlayıp, aynı zamanda hastanın duygularını, düşüncelerini, ihtiyaçlarını, tepkilerini, hastanın ve çevresinin özelliklerini dikkate alarak hemşirelik süreci uygulamalarını yapmaktır (Kaplan, 2010).

Akciğer kanseri hastaların bakım ihtiyaçları fazla olduğundan hemşire bakım verme rolü için birey, aile ve sosyal çevresini bütüncül değerlendirmelidir. Hemşire hastanın bedensel, psikolojik ve sosyal sağlığını dikkate almanın yanı sıra bakım verenleri ve diğer aile bireylerinide dikkate almalıdır. Hasta ve bakım verenlerin varsa problemlerini öğrenip yardımcı olmak, kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak, streslerini azaltmak, morallerini yükseltmek ve sorunlarla başa çıkmak konusunda eğitimci, yardımcı ve rehber olmak hemşirenin profesyonel rolllerindendir (Berber K, 2014).

Hemşire hastanın stres, korku, ve kaygısını azaltmak amaçlı cerrahi müdahale öncesinde hastayı psikolojik olarak hazırlamalı ve hastalığı, yapılacak ameliyatı, ameliyat süreci ve sonrası hakkında bilgilendirmelidir (Özkan, Alçalar, 2009). Hastaya yaklaşımda empati yapmak, ilgili, anlayışlı ve destek olmak son derece önemlidir. Hasta soru sorması cesaretlendirilmeli ve soru sordukça hastaya anlayışlı şekilde doğru bilgilerle açıklama yapılmalıdır (Özkan, Alçalar, 2009). Hastanın hastalığı, tedavi süreci, cerrahi tedavi ve kaybedilecek organı ile ilgili endişe ve korkuları varsa bunları rahatlıkla ifade etmesi sağlanmalı, hastaya destek olunarak tedavi ve bakıma uyumu artırılmaya çalışılmalıdır (Özkan, Alçalar, 2009). Psikiyatrik uyum sorunları olan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski yüksektir olmaktadır. Bu nedenle kaygı, depresyon gibi psikiyatrik sorunlar geliştiğinde farkedilip zamanında müdahale edilmelidir (Özkan, Alçalar, 2009). Hastaya ameliyat sonrası hemşirelik

girişimleri son derece önemlidir. Hastanın bedenini kabullenmesinde yardımcı olunmalı, psikolojik açıdan destek verilmeli ,tedavi ve bakımı için cesaretlendirilerek uyum sağlaması ve sorumluluk alması sağlanmalıdır (Özkan, Alçalar, 2009).

.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma lobektomi ve pnömonektomi olacak hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma Ekim 2017/ Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinde Ekim 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında Akciğer Kanseri tanısı alan ve lobektomi ve pnömonektomi planlanan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Ekim 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında cerrahi servisinde ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan, dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmayı kabul eden 110 hasta oluşturmuştur.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünü ve yeterliliğini belirlemek için priori (Öncül) güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında ve orta etki büyüklüğünde (d=0,30) % 80 güce ulaşmak için (korelasyon analizinin yapılacağı karşılaştırma için) en az 84 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Bu çalışmaya veri kayıplarıda göz önüne alınarak %30 yedek alındığında çalışmaya en az 109 katılımcının alınması gerektiği hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Hastaya akciğer kanseri tanısı konulmuş olması
- Hastaya lobektomi pnömonektomi operasyonu planlanmış olması
- 18-65 yaş arası olması
- İletişim kurabilmesi
- Hastanın zihinsel yeterliliğinin olması
- Okuma yazma biliyor olması
- Türkçe konuşabilmesi
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırmanın verileri hastaya yönelik hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu (EK-1) ve Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) (EK-2) kullanılarak elde edilmiştir.

3.3.1. Demografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda geliştirilen hastaya yönelik sosyodemografik ve sağlık hastalık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Hastaya yönelik demografik bilgiler, cinsiyet, yaş, eğitim, aile ve hastalık gibi 12 soruyu içeren sosyodemografik soru formu kullanılmıştır.

3.3.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği hem ölüm kaygısını çok yönlü ölçen ve beşli derencelendirmeye sahip olan bir ölçektir. (Thorson ve Powell, 1994)

Thorson ve Powell (1994) yaşları 16 ile 60 ve üstü arasında değişen 92'si erkek, 486'sı kadın (21 kişi cinsiyetini belirtmemiş) toplam 599 kişi üzerinde yaptıkları çalışmayla ölçek doğru yanlış formunda 25 maddeye indirgenmiştir.

Thorson ve Powell (1988) yapmış oldukları araştırma sonucunda ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı. 80 bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçek 4 faktörlü bulunmuş faktörler şöyle adlandırılmıştır: 1-ölümle ilgili belirsizlik, 2- ızdırap çekme, 3- ölüm süreci ve 4- çürüme ve bozulma. RDAS, doğru-yanlış formunda 25 maddeden ibaret olup, ölçekten alınabilecek ölüm kaygı puanı 25–75 aralığında değişmekte ve puanın artması ölüm kaygısının yüksekliğini göstermektedir. Önceleri yaşlı deneklere kolaylık olması için doğru yanlış formatıyla uygulanan bu ölçek, daha sonra yapılan araştırmalarda beşli likert formatına dönüştürülmüş, ölçeğin doldurulmasında yaşlıların pek problem yaşamadıklarının gözlemlenmesi üzerine ölçeğin son şekli beşli likert formatında kalmıştır.(Thorson-Powell, 1989).

Thorson ve Powell (1992) yılında yeniden ele alınan ölçek yapılan çalışmayla son şeklini almıştır. Ölçek son şekliyle beşli liker formunda 25 maddeden oluşmaktadır. "Ölüm Kaygısı Ölçeği"nin 17 maddesi, "Tabutlar beni huzursuz eder" maddesinde olduğu gibi olumlu cümle yapısında (RDAS'da bulunan olumlu cümle yapısındaki maddeler;1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24. maddelerdir), diğer 8 madde ise, "kansere yakalanmaktan özel bir korku

duymuyorum" maddesinde olduğu gibi olumsuz cümle yapısındadır. (RDAS'da bulunan olumsuz cümle yapısındaki maddeler; 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25. maddelerdir). RDAS'dan en düşük 0,132 en yüksek 100 puan alınabilmekte olup, puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Karaca ve Yıldız, 2001).

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin (ÖKÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Karaca ve Yıldız (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Karaca (2000) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin, test-tekrar test güvenirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur. ÖKÖ'nün geçerliliğini saptamak amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Sonuçta ölçekte özdeğerleri 1'den büyük olan 4 temel faktör bulunmuştur "Fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı" (maddeler: 2, 3, 6, 7, 12, 14, 18, 19, 22) , "Öte âlemle ilgili kaygılar" (maddeler: 9, 13, 15, 16, 20, 23) (maddeler: 4, 11, 17, 25) "çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar", (maddeler: 1, 5, 8, 10, 21, 24) olan "ölüm süreci ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar."

ThorsonPowell tarafından geliştirilen, Yıldız ve Karaca (2001) tarafından Türkçe' ye uyarlanan ölçekte; 17'si olumlu, 8'i olumsuz olmak üzere toplam 25 madde bulunmaktadır. Beş dereceli Likert tipi ölçektir. (Fikrime Çok Uygun=4, Fikrime Uygun=3, Karasızım=2, Fikrime Aykırı=1, Fikrime Çok Aykırı=0). Ölçekte; Olumlu cümle yapısındaki maddeler: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24 maddelerdir. Olumsuz cümle yapısındaki maddeler: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25 maddelerdir. Ölüm Kaygısı Ölçeği' nden en düşük 0, en yüksek 100 puan alınmakta olup, puanların yüksek olması, ölüm kaygısının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	**Normal dağılan ölçümlerde**	**Normal dağılmayan ölçümlerde**
Cinsiyet, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişiler ve psikiyatrik tanı alma durumu ile ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında;	Bağımsız gruplarda t testi	-
Öğrenim durumu, medeni durum, gelir Fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, sorunlarla başa çıkma şekli, ölümü ifade etme ile ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında;	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD ve Tukey HSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C testi kullanılmıştır.	
Thorson-powell ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyut puanları ile hastanede kalış süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi	-	Spearman korelasyon analizi
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	n	**Skewness**		**Kurtosis**	
		Test	**S.E.**	**Test**	**S. E.**
Yaş	110	0.298	0.23	-0.781	0.457
Fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı	110	0.586	0.23	-0.756	0.457
Öte âlemle ilgili kaygılar	110	-0.079	0.23	0.627	0.457
Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar	110	0.446	0.23	-0.857	0.457
Ölüm süreci ve ıstırap çekme	110	0.505	0.23	-0.823	0.457
Fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı	110	0.930	0.23	-0.632	0.457
Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi *	110	2.461	0.23	6.315	0.457

* Normal dağılmayan veriler

Tablo 3.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach α Katsayıları

	Cronbach a
Ölüm Kaygısı Ölçeği	0.908
Fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı	0.853
Öte âlemle ilgili kaygılar	0.682
Çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar	0.586
Ölüm süreci ve ıstırap çekme	0.668

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği' nin genel ve alt puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	42	38.2
	Erkek	68	61.8
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	13	11.8
	Okuryazar	4	3.6
	İlkokul	34	30.9
	Lise	32	29.1
	Üniversite	25	22.7
	Lisansüstü	2	1.8
Medeni durum	Evli	73	66.4
	Bekâr	14	12.7
	Eşi Ölmüş	23	20.9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	37.3
	Çalışmıyor	69	62.7
Sosyal Güvence	Var	110	100.0
Gelir	Düşük	23	20.9
	Orta	75	68.2
	Yüksek	12	10.9
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	24	21.8
	Aile ile	86	78.2
Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumu	Hiç	13	11.8
	Kısmen	17	15.5
	Bağımsız	80	72.7
Psikiyatrik Tanı	Evet	24	21.8
	Hayır	86	78.2
Sorunlarla Başa Çıkma Şekli	Kendi başıma	50	45.5
	Çevremdekilerden yardım/destek alarak	47	42.7
	İbadet ederek	13	11.8
Ölümü İfade Etme	Kader	26	23.6
	Korkunç bir olay	27	24.5
	Son	27	24.5
	Anlamsızlık/ belirsizlik	2	1.8
	Ceza	1	.9
	Kurtuluş	27	24.5

	N	**Min.**	**Max.**	**Ort.**	**SS.**
Yaş	110	27	89	54.92	15.59

Tablo 4.1'e göre, katılımcıların %61.8'i erkek, %30.9'u ilkokul mezunu, %66.4'ü evli ve %62.7'si çalışmamaktadır. Katılımcıların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır, %68.2'sinin gelir düzeyi ortadır, %78.2'si ailesiyle yaşamaktadır ve %72.7'si fiziksel ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılamaktadırlar. Katılımcıların %78.2'si psikiyatrik tanı almamışlardır, %45.5'i sorunlarla kendi başına başa çıkmaktadır ve %24.5'i ölümü "korkunç bir olay", "son" veya "kurtuluş" olarak ifade etmektedirler. Katılımcıların yaş ortalaması 54.92±15.59 olup, 27-89 arasında değişmektedir.

Tablo 4.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, Alt Boyutları ve Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Sürelerinin Dağılımı

	n	**Min.**	**Max.**	**Ort.**	**SS.**
Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı	110	8.00	30.00	17.91	5.86
Öte Âlemle İlgili Kaygılar	110	5.00	23.00	16.80	3.23
Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar	110	7.00	16.00	10.95	2.19
Ölüm Süreci ve Istırap Çekme	110	10.00	23.00	16.35	3.20
Ölüm Kaygısı Toplam	110	45.00	88.00	62.01	12.52
Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi	110	3.00	32.00	5.84	5.36

Tablo 4.2'ye göre, katılımcıların Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı puan ortalamaları 17.91±5.86, Öte Âlemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları 16.80±3.23, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar puan ortalamaları 10.95±2.19, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme puan ortalamaları 16.35±3.20 ve Ölüm Kaygısı Toplam puan ortalamaları 62.01±12.52'dir. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 5.84±5.36 gündür.

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, alt boyutları ve yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, alt boyutları ve yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Yaş
Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı	r	-0.568*
	p	**0.000**
Öte Âlemle İlgili Kaygılar	r	-0.352
	p	**0.000**
Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar	r	-0.460*
	p	**0.000**
Ölüm Süreci ve Istırap Çekme	r	-0.585*
	p	**0.000**
Ölüm Kaygısı Toplam	r	-0.566*
	p	**0.000**

* Sperarman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre, Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Öte Alemle İlgili Kaygılar, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaş arttıkça; Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Öte Âlemle İlgili Kaygılar, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı azalmaktadır.

Tanımlayıcı özelliklere göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

			Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı		**Öte Âlemle İlgili Kaygılar**		**Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar**		**Ölüm Süreci ve Istırap Çekme**		**Ölüm Kaygısı Toplam**	
		n	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**
Cinsiyet	Kadın	42	18.74	6.35	17.10	3.14	10.98	2.18	16.64	3.34	63.45	13.64
	Erkek	68	17.40	5.52	16.62	3.30	10.94	2.22	16.16	3.13	61.12	11.80
	Önemlilik		t=1.168 p=0.245		t=0.752 p=0.454		t=0.081 p=0.936		t=0.764 p=0.447		t=0.950 p=0.344	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	13	13.31	2.56	16.08	1.26	10.08	1.26	14.31	1.44	53.77	3.35
	Okuryazar	4	14.75	4.99	16.00	2.16	9.75	1.26	15.25	2.75	55.75	6.70
	İlkokul	34	17.00	5.54	16.41	2.99	10.35	1.79	15.38	2.88	59.15	11.12
	Lise	32	17.84	5.59	16.22	3.74	10.69	2.47	16.38	3.18	61.13	12.53
	Üniversite	25	21.88	5.69	18.72	3.23	12.64	2.04	18.64	3.16	71.88	12.79
	Lisansüstü	2	21.00	8.49	15.00	1.41	12.50	0.71	19.00	2.83	67.50	10.61
	Önemlilik		F=5.274 p=**0.000**		F=2.543 p=**0.033**		F=5.277 p=**0.000**		F=5.562 p=**0.000**		F=6.024 p=**0.000**	
Medeni durum	Evli	73	18.49	5.64	16.79	3.32	10.86	2.18	16.51	3.13	62.66	12.32
	Bekâr	14	22.64	5.75	18.29	4.18	12.93	2.06	19.21	3.14	73.07	13.49
	Eşi Ölmüş	23	13.17	2.74	15.91	1.73	10.04	1.55	14.09	1.50	53.22	3.62
	Önemlilik		F=15.833 p=**0.000**		F=2.408 p=0.095		F=8.818 p=**0.000**		F=14.182 p=**0.000**		F=13.881 p=**0.000**	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	20.98	6.60	17.68	3.63	12.20	2.24	18.34	3.21	69.20	14.49
	Çalışmıyor	69	16.09	4.51	16.28	2.87	10.22	1.81	15.16	2.56	57.74	8.85
	Önemlilik		t=4.196 p=**0.000**		t=2.121 p=**0.038**		t=4.798 p=**0.000**		t=5.403 p=**0.000**		t=4.581 p=**0.000**	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması-devamı

			Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı		**Öte Âlemle İlgili Kaygılar**		**Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar**		**Ölüm Süreci ve Istırap Çekme**		**Ölüm Kaygısı Toplam**	
		n	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**
Gelir	Düşük	23	14.87	3.71	15.04	1.92	9.87	1.01	14.83	1.53	54.61	4.63
	Orta	75	18.61	6.22	17.28	3.42	11.28	2.36	16.60	3.50	63.77	13.55
	Yüksek	12	19.33	5.23	17.17	3.04	11.00	2.22	17.67	2.74	65.17	11.35
	Önemlilik		F=4.229 p=**0.017**		F=4.588 p=**0.012**		F=3.828 p=**0.025**		F=4.059 p=**0.020**		F=5.573 p=**0.005**	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	24	17.75	5.94	16.96	3.47	11.13	2.42	16.46	3.48	62.29	13.74
	Aile ile	86	17.95	5.87	16.76	3.18	10.91	2.14	16.31	3.14	61.93	12.25
	Önemlilik		t=-0.150 p=0.881		t=0.270 p=0.787		t=0.429 p=0.669		t=0.194 p=0.846		t=0.124 p=0.901	
Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumu	Hiç		12.62	2.26	15.85	1.34	10.54	1.61	13.85	1.46	52.85	2.73
	Kısmen		13.82	3.00	16.24	1.89	9.71	1.16	14.76	1.44	54.53	4.06
	Bağımsız		19.64	5.79	17.08	3.62	11.29	2.34	17.09	3.36	65.09	13.28
	Önemlilik		F=16.628 p=**0.000**		F=1.119 p=0.331		F=4.132 p=**0.019**		F=9.435 p=**0.000**		F=10.482 p=**0.000**	
Psikiyatrik Tanı	Evet	24	15.71	5.16	15.96	3.54	9.96	1.63	15.21	2.26	56.83	8.81
	Hayır	86	18.52	5.92	17.03	3.12	11.23	2.26	16.66	3.36	63.45	13.06
	Önemlilik		t=-2.114 p=**0.037**		t=-1.451 p=0.150		t=-3.093 p=**0.003**		t=-2.476 p=**0.016**		t=-2.899 p=**0.005**	
Sorunlarla Başa Çıkma Şekli	Kendi başıma	50	20.12	5.63	16.94	3.90	11.56	2.29	17.52	3.16	66.14	13.19
	Çevremdekilerden yardım/destek alarak	47	16.68	5.85	16.77	2.83	10.51	2.15	15.74	3.12	59.70	12.01
	İbadet ederek	13	13.85	2.67	16.38	1.33	10.23	1.36	14.00	1.41	54.46	2.70
	Önemlilik		F=8.829 p=**0.000**		F=0.155 p=0.857		F=3.753 p=**0.027**		F=8.762 p=**0.000**		F=6.468 p=**0.002**	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması-devamı

			Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı		**Öte Âlemle İlgili Kaygılar**		**Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar**		**Ölüm Süreci ve Istırap Çekme**		**Ölüm Kaygısı Toplam**	
		n	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**	**Ort.**	**SS**
Ölümü İfade Etme	Kader	26	16.27	2.43	15.04	1.71	9.54	1.10	14.54	1.82	55.38	3.96
	Korkunç bir olay	27	26.89	1.67	20.85	1.99	13.85	1.10	21.04	1.26	82.63	3.18
	Son	27	15.41	2.12	15.78	2.22	10.52	1.83	15.93	1.73	57.63	4.30
	Anlamsızlık/ belirsizlik	2	23.00	0.00	7.50	3.54	10.50	2.12	14.00	1.41	55.00	4.24
	Ceza	1	18.00	.	15.00	.	7.00	.	10.00	.	50.00	.
	Kurtuluş	27	12.63	2.66	16.22	1.78	10.04	1.37	14.22	1.50	53.11	4.03
	Önemlilik		F=128.672 p=**0.000**		F=38.325 p=**0.000**		F=33.217 p=**0.000**		F=68.046 p=**0.000**		F=204.903 p=**0.000**	

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, *Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı alt boyutu için;* cinsiyete ve birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların ve psikiyatrik tanı almayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Okuryazar olmayanların puan ortalamalarının, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Eşi ölmüş olanların puan ortalamalarının, evli ve bekârlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının orta olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayanların puanlarının, hiç karşılamayan ve kısmen karşılayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorunlarla Başa Çıkma Şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Sorunlarını kendi başına çözenlerin puan ortalamalarının, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölümü İfade Etme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, *Öte Âlemle İlgili Kaygılar alt boyutu için;* cinsiyete, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, fiziksel ihtiyaçları karşılama

durumu, psikiyatrik tanı alma durumu ve sorunlarla başa çıkma şekline göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Öğrenim durumu, Çalışma Durumu, Gelir ve Ölümü İfade Etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Okuryazar olmayanların puan ortalamalarının, üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının orta olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir.

Ölümü İfade Etme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, *Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar alt boyutu için;* cinsiyete ve birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların ve psikiyatrik tanı almayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının, okuryazar olmayan, ilkokul ve lise ve mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Bekârların puan ortalamalarının evli ve eşi ölçmüş olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının orta olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayanların puanlarının, kısmen karşılayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorunlarla Başa Çıkma Şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Sorunlarını kendi başına çözenlerin puan ortalamalarının, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölümü İfade Etme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, *Ölüm Süreci ve Istırap Çekme alt boyutu için;* cinsiyete ve birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların ve psikiyatrik tanı almayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Üniversite mezunlarının puan ortalamalarının, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Eşi ölmüş olanların puan ortalamalarının, evli ve bekârlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının geliri orta ve yüksek olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); İhtiyaçlarını

bağımsız olarak karşılayanların puanlarının, hiç karşılamayan ve kısmen karşılayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorunlarla Başa Çıkma Şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Sorunlarını kendi başına çözenlerin puan ortalamalarının, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölümü İfade Etme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, *Ölüm Kaygısı Toplam puanı için;* cinsiyete ve birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu, psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların ve psikiyatrik tanı almayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Okuryazar olmayanların puan ortalamalarının, ilkokul ve lise mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Eşi ölmüş olanların puan ortalamalarının, evli ve bekârlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının geliri orta ve yüksek olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel İhtiyaçları Karşılama Durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayanların puanlarının, hiç karşılamayan ve kısmen karşılayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorunlarla Başa Çıkma Şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Sorunlarını kendi başına çözenlerin puan ortalamalarının, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölümü İfade Etme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile hastanede kalış süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Hastanede Kalış Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi
Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı	r	-0.412**
	p	**0.000**
Öte Âlemle İlgili Kaygılar	r	-0.095
	p	0.324
Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar	r	-0.202*
	p	**0.034**
Ölüm Süreci ve Istırap Çekme	r	-0.407**
	p	**0.000**
Ölüm Kaygısı Toplam	r	-0.397**
	p	**0.000**

* Sperarman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.5'e göre, Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı arttıkça Ameliyat sonrası

hastanede kalış süresi azalmaktadır. Öte Âlemle İlgili Kaygılar puanı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilşiki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Akciğer Kanseri günümüzde görülme sıklığı gün geçtikçe artan, erken belirti ve bulgu vermediği için tani ve tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına geç başvurulan, bu nedenle ileri evrelerde tanı konulabilinen bir hastalıktır. Morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek olan bir kanser türüdür. Akciğer kanseri hastalar için cerrahi tedavi yaşam kalitesi ve yaşam süresini uzatmakta yüksek derecede önem arzeden bir yöntemdir. Ancak hastalar için akciğer kanseri tanısı erken konulamadığından ve cerrahi tedavi genelde hastalar için ölüm korkusu ve kaygısına neden olabilmektedir (Leslie ve ark., 1996; Aksoy, 2012). Bu araştırma akciğer kanseri olan ve cerrahi tedavi planlanan hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Fortner ve Neimeyer 1999 yılında ölüm kaygısı ve bazı değişkenlerin (yaş, ego, cinsiyet, fiziksel ve psikolojik sorunlar, din) incelendiği, yayınlanmış ve yayınlanmamış 49 adet çalışmayı inceleyip özetlemiştir. Bunun sonucunda ise bazı değişkenlerden farklı olarak yaş ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunamamıştır (Fortner ve Neimeyer, 1999). Yine başka bir çalışmada Kalish ve Reynolds 434 yetişkini 3 yaş grubuna bölerek yaptıkları araştırmada ölüm kaygısını gençlerde %40, orta yaşta %25, yaşlılarda ise %10 olarak göstermişlerdir (Kalish and Reynolds, 1977; Karaca, 2000). Bazı araştırmalarda ise beklentiye uygun şekilde yaş ile birlikte ölüm kaygısının arttığı belirtilmiştir. Ülkemizde Erdoğdu ve Özkan'ın yaptığı araştırmada 16 yaş üstü bireyleri değerlendirmişler ve araştırmaya göre 60 yaş üstü bireylerde 60 yaş altına oranla daha yüksek bulunmuştur (Erdoğdu ve Özkan, 2007).

Bu çalışma, yaş aralığı 27 ve 89 arasında değişen 110 kişi değerlendirilerek yapılmıştır. Çalışmada ölüm kaygısı puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu. Ancak aralarındaki ilişkiye bakıldığında yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığı tespit edildi. Ülkemizde yaşlı bireylerde gençlere oranla ölüm düşüncesi daha fazladır ve daha çok dile getirilir. Yaşlı bireylerde ölüm düşüncesi ile birlikte dine yönelim daha fazladır. İslam dinine göre öldükten sonra sonsuz bir hayat ve sevdiklerine kavuşma inanışı vardır. Bu durumların yaş artıkça ölüm kaygısını azalttığı düşünülmektedir.

Cinsiyet ve ölüm kaygısı araştırmalarında daha çok kadınların erkeklere oranla ölüm kaygılarının yüksek olduğu belirtilmiştir **(**Kaloğlu, 2010). Kültürel özelliklere göre kadınlar duygularını daha kolay dışa vurmaları için cesaretlendirilirken,

erkeklerin ise daha güçlü olmaları için duygularını yansıtmamaları gerektiği belirtilmektedir **(**Kaloğlu, 2010). Karaca, Erzurum il merkezinde 573 kişiye yaptığı araştırmasında kadınların erkeklere oranla daha fazla ölüm kaygısı hissettikleri sonucuna varmıştır (Karaca, 2000). Ayten'in ölüm kaygısının iki farklı kültürdeki değişimini inceleyen araştırmasında kadınların ölüm kaygısı oranı erkeklerden yüksek bulunmuştur (Ayten, 2009). Kumcağız ve Yılmaz'ın öğrenciler üzerinde yaptığı araştırmada yine kız öğerncilerin, erkek öğrencilere oranla ölüm kaygıları yüksek çıkmıştır (Kumcağız ve Yılmaz, 2012). Yine başka bir çalışmada Yıldız'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada da aynı şekilde kız öğrencilerin ölüm kaygıları erkeklere göre daha fazla çıkmıştır (Yıldız, 2014). Bunların aksine Fortner ve Neimeyer'in yapılmış 49 araştırmayı inceleyip değerlendirerek yaptığı çalışmada cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Fortner, Neimeyer, 1999).

Bu çalışmada 42 kadın ve 68 erkek hasta değerlendirilmiştir. Fortner ve Neimeyer'in araştırma sonucu belirttikleri gibi bu çalışmada da cinsiyet ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen kadınların toplam ölüm kaygısı puanları erkeklere oranla biraz daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde erkek çocuklarına erkekler ağlamaz, duygularını dile getirmez, erkek birey güçlüdür, cesurdur, mücadelecidir gibi durumlar ve kız çocuklarına ise daha duygusal durumlar yüklenmesi nesilden nesile aktarılmaktadır. Bu aktarılan durumlara göre kadınların ölüm kaygılarını kolaylıkla dile getirmelerinden kaynaklı ölüm kaygısı puanının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Erdoğdu ve Özkan yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını belirtmişlerdir (Erdoğdu, Özkan, 2007). Dağlı başka bir araştırmada yaşlı bireylerde eğitim düzeyi oranı arttıkça ölüm kaygısının azaldığını belirtmiştir (Dağlı, 2010). Öztürk'e göre yüksek eğitim düzeyinde ölüm kaygısının az olma nedeni çalışma alanlarındaki yoğunluktan kaynaklı ölümü düşünmemeleridir (Öztürk,2010,52). Bu araştırmaların aksine Yıldız yaptığı araştırmada eğitim durumu ve ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmadığını belirtmiştir (Yıldız, 2014). Bir başka araştırmada ise Karaca; ortaokul ve lise mezunlarının, fakülte mezunlarından daha az ölüm kaygısı hissettiklerini belirtmiştir (Karaca, 2000, 328).

Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi ve ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Okur-yazar olmayanların puan ortalamalarının, ilkokul ve lise mezunlarından düşük olduğu belirlendi. Bu sonuç diğer yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde gelecek kaygısı, sahip olduklarını (mal, mülk, kariyer) kaybetme korkusu, kontrolünü kaybetmeme isteği, ölümü daha az düşünme, ölüm sonrası hakkındaki bilinmezlik korkusu gibi durumların eğitimli bireylerde ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir.

Dağlı'nın yaptığı çalışmada ise medeni durum ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Dağlı, 2010). Öztürk'ün yaptığı çalışmada da medeni durum ve ölüm kaygısı arasında ilişki saptanmamıştır (Karaca, 1997). Karaca ise bu araştırmalardan farklı olarak bekarların ölüm kaygılarının evlilerden yüksek olduğunu belirtmiştir (Karaca, 1997). Evli olanların ölüm kaygılarının düşük olmasının sebebinin sıkıntılı, stresli dönemlerinde eşleri ve çocuklarından destek görmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonucuna göre hastaların medeni durumları ile ölüm kaygıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi ölmüş olanların puan ortalamalarının, evli ve bekârlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Eşi ölmüş bireylerin eşlerini kaybetmelerinden kaynaklı ölümün uzak olmadığını düşünmeleri, ölüm öncesi, ölüm anı ve ölüm sonrası süreç (dini törenler, cenaze törenleri) bireylerin ölüme karşı bakış açısı ve tutumlarında değişikliğe neden olmasından kaynaklı ölüm kaygılarının evli ve bekarlardan düşük olduğu düünülmektedir. Evli ve bekar bireylerin ise ailesine karşı sorumluluk hissi, gelecek kaygısı, ölüdükten sonra arkasında bırakacağı kişileri düşünmesinden kaynaklı ölüm kaygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yıldızın yaptığı araştırmada sosyo-ekonomik düzey ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir(Yıldız, 2014). Çınar'ın çalışmasına göre sosyo-ekonomik düzeyi ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde bir ilişki olsa da anlamlılık seviyesinde olmadığı belirtilmiştir (Çınar, 2015). Yıldız'ın çalışmasına göre sosyo-ekonomik düzey düştükçe, ölüm kaygısı puanı yüksek bulunmuştur. Ancak bu eğilimin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Yıldız, 1998). Bu çalışmaların aksine Aday'ın üniversite öğrencilerini değerlendirdiği çalışmada, sosyo-ekonomik düzeyi düşük

olanların, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlara oranla ölüm kaygılarının yüksek olduğu sonucuna vardığını belirtmiştir (Aday, 1984). Şenol, yaşlıları değerlendirdiği bir araştırmasında sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Şenol,1989).

Bu çalışmada sosyo-ekonomik durum ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Gelir durumu düşük olanların puan ortalamalarının geliri orta ve yüksek olanlardan, düşük olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu yüksek olanlarda; sahip olduklarını (mal, mülk, karıyer) kaybetme korkusundan kaynaklı ölüm kaygısınının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Öztürk ve arkadaşları yaşlı bireylerle yaptığı araştırmada 200 hastayı (117 erkek, 83 kadın) değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda fiziksel hastalık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna varmışlardır (Öztürk, 2011). Fortner ve Neimer'in meta-analizi sonucunda ise fiziksel problemleri olan bireylerin ölüm kaygılarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Fortner, Neimeyer, 1999).

Bu çalışmada fiziksel hastalık ve ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Fiziksel ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayanların puanlarının, hiç karşılamayan ve kısmen karşılayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayanların ya da hiç karşılayamayanların ölüm düşüncesinin daha fazla olduğu, ölümü daha fazla benimsedikleri, ölümü bir kurtuluş olarak görmeleri, din ve inanca daha fazla yönlenmelerinden kaynaklı bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Richardson ve arkadaşlarının 1428 yetişkin bireyle yaptığı çalışmada öteki dünyanın varlığına olan inancın ölüm kaygısını azaltmada etkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir (Richardson ve ark., 1983). Maglio ölüm eğitim programlarının etkililiğini ve ölüm kaygısını kapsayan 62 araştırmanın meta-analizini yapmış ve araştırmanın sonucunda eğitime katılanların ölüm kaygısının katılmayanlara oranla daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (maglio 1992). Tanhan yaptığı araştırmada ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısını düşürmede etkili olduğu sonucuna varmıştır (Tanhan 2007).

Bu çalışmada sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sorunlarını kendi başına çözenlerin puan ortalamalarının, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların puan ortalamalarının, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölümün gizemli ve bilinmez olması nedeniyle bazı bireyler ölümü acı çekmek, cezalandırılmak, yaşamın sonlanması olarak tanımlayarak, ölümü korkunç bir olay olarak görmektedirler. Bu durumun ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ

6.1. Özet

Amaç: Bu çalışma pnömonektomi ve lobektomi olacak hastalarda ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, İstanbulda bir kamu hastanesinde akciğer kanseri tanısı almış olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 110 kişi oluşturmuştur. Veriler; araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Demografik Özellikler Bilgi Formu ve Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatitiksel analizinde Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analiz olarak; Bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD ve Tukey HSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C testi, Cronbach α katsayısı, Kurtosis ve skewness kat sayıları kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %61.8'i erkek, %30.9'u ilkokul mezunu, %66.4'ü evli ve %62.7'si çalışmamaktadır. Katılımcıların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır, %68.2'sinin gelir düzeyi ortadır, %78.2'si ailesiyle yaşamaktadır ve %72.7'si fiziksel ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılamaktadırlar. Katılımcıların %78.2'si psikiyatrik tanı almamışlardır, %45.5'i sorunlarla kendi başına başa çıkmaktadır ve %24.5'i ölümü "korkunç bir olay", "son" veya "kurtuluş" olarak ifade etmektedirler. Katılımcıların yaş ortalaması 54.92±15.59 olup, 27-89 arasında değişmektedir.

Katılımcıların Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı puan ortalamaları 17.91±5.86, Öte Âlemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları 16.80±3.23, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar puan ortalamaları 10.95±2.19, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme puan ortalamaları 16.35±3.20 ve Ölüm Kaygısı Toplam puan ortalamaları 62.01±12.52'dir. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 5.84±5.36 gündür.

Ölüm Kaygısı Toplam puanı için; cinsiyete ve birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir, fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu,

psikiyatrik tanı alma, sorunlarla başa çıkma şekli ve ölümü ifade etme durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki bulunmaktadır. Fiziksel ve Ruhsal Fonksiyonları Kaybetme Kaygısı, Çürüme ve Bozulma İle İlgili Kaygılar, Ölüm Süreci ve Istırap Çekme ve Ölüm Kaygısı Toplam puanı arttıkça Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi azalmaktadır. Öte Âlemle İlgili Kaygılar puanı ile Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilşiki bulunmamaktadır

Sonuç ve yorum:

6.2. Yargı

Sonuçlar incelendiğinde cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaş Öğrenim durumunda; okuryazar olmayanların ölüm kaygıları ilkokul ve lise mezunlarından düşük çıkmıştır. Eşi ölmüş olanların ölüm kaygıları, evli ve bekârlardan düşük çıkmıştır. Gelir durumu düşük olanların ölüm kaygıları, geliri orta ve yüksek olanlardan düşük çıkmıştır. İhtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayanların ölüm kaygıları, hiç karşılamayan ve kısmen karşılayanlardan yüksek olarak belirlenmiştir. Sorunlarını kendi başına çözenlerin ölüm kaygıları, çevredekilerden yardım alarak ve ibadet ederek çözenlerden yüksek olarak belirlenmiştir. Ölümü korkunç bir olay olarak tanımlayanların ölüm kaygıları ise, ölümü; kader, son, anlamsızlık/belirsizlik, ceza ve kurtuluş olarak tanımlayanlardan yüksek olarak belirlenmiştir.

6.3. Öneriler

Ölüm kaygısının nedenlerini daha iyi belirleyecek duygu ve düşünceleri elde edebilmek amaçlı anket ve ölçekle veri toplanmasına ek olarak projektif (yansıtmalı) ve deneysel ölçüm yöntemlerinin denenmesi daha yararlı olabilir.

Psikolojik sorunları ve ölüm kaygısını azaltabilecek terapötik yöntemler ve eğitim programları ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır. Böylelikle bireyler hastalık,

hastalık süreci, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar ve kaygı bozukluklarıyla daha kolay başa çıkabilirler.

Ölüm kaygısıyla baş etme eğitim programları geliştirilip farklı demografik özelliklere sahip bireylerde etkin olup olamadığı test edilebilir. Bu programlar ile ölüm kaygısı düşürülüp yaşam amacı belirlenebilir ve uyumsuzluk, saldırgan olma, şiddet gibi olumsuz durumlar engellenebilir.

Hemşirelik sürecinde hem hasta birey hem ailesi birlikte değerlendirilmelidir. Hastalık, hastalık ile baş etme ve tedavi sürecine katılım sağlanması için eğitim programları düzenlenebilir. Stres ve kaygıyı azaltmaya yönelik beslenme, egzersiz ve eğitim programları planlanıp uygulanabilinir.

Hemşirelerin, kanserli hastaların umut düzeylerini tespit ederek onları hayata bağlayan aktiviteleri olanaklar dahilinde yaptırabilmeleri için hastalara çeşitli seçenekler sunmaları, Kültürel özellikler ve umut kavramı arasındaki ilişkilerin tespiti için araştırmalar yapmaları, eğitim durumu düşük düzeyde olan hasta gruplarının umut düzeylerinin özellikle değerlendirilip bu hasta grubu üzerine odaklanmayı ihmal etmemeleri önerilmektedir.

Psiko-sosyal bakımda hemşire ayrıca hasta ve yakınlarının hastalık nedeniyle yaşam tarzındaki değişikliklere uyum sağlamalarına yardımcı olmalı, hasta ve ailesinin yararlı olmayan uyumlarını önlenmesini sağlayarak sorunlarla baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olarak hastalığa ve tedaviye uyumlarının artmasını sağlamalıdır. (Karadakovan ve Etiaslan, 2010).

Hemşire , hastaların psikolojik durum ve iyilik halini aralıklı olarak sorgulamalı ve ölçümlerle değerlendirmeli, terapötik ilişki kurarak etkin iletişim kurmalı ve tanılama yapmalıdır. (Fortinasit ve Holoday, 1996; Young ve Unachukwu, 2012).

Hemşire anksiyete ile başetme becerilerini ve sorun çözme becerilerini geliştirmelidir. Böylelikle ağrı, üzüntü, ansiyete, suisid düşüncesi ve girişimi gibi sorunlarda çözümcü olarak diğer ekip üyeleriyle işbirliği içinde olmalıdır. (özdemir ve taşçı, kronik hastalıklar ve bakım)

EKLER

EK 1 : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

../../20..

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi SİBEL GÜREL tarafından yürütülen "LOBEKTOMİ PNÖMONEKTOMİ OLACAK HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada lobektomi pnömonektomi olacak hastalarda demografik özelliklerle ölüm kaygısı ilişkisini belirlemek açamlı yapılmıştır. Araştırmanın İçeriği: 12 soruluk Demografik Bilgi Formu, 25 soruluk Thorson-Power Ölüm Kaygısı Ölçeği ve 84 soruluk Psikolojik İyilik Hali Ölçeğini içermektedir.

Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

EK 2 : DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet
   - Kadın ( ) Erkek ( )
2. Yaşınız: …….
3. Eğitim durumunuz nedir?
   - Okur yazar değil ( )
   - Okur yazar ( )
   - İlkokul ( )
   - Lise ( )
   - Lisans ( )
   - Lisans üstü ( )
4. Medeni haliniz nedir?
   - Evli ( )
   - Bekar ( )
   - Eşi Ölmüş ( )
5. Çalışma durumunuz nedir?
   - Çalışıyor ( )
   - Çalışmıyor ( )
6. Sosyal güvenceniz var mı?
   - Evet ( ) - Hayır ( )
7. Gelir durumunuz nedir?
   - Düşük ( )
   - Orta ( )
   - Yüksek ( )
8. Kiminle yaşıyorsunuz?
   - Yalnız ( )
   - Ailemle ( )
   - Diğer ( ) (belirtiniz) ……..

9. Fiziksel ihtiyaçlarınızı (temizlik, yemek yiyebilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme gibi) karsılama durumunuz nedir?

- Hiç karşılayamıyorum ( )
- Kısmen karşılıyorum ( )
- Bağımsız olarak karşılayabiliyorum ( )

10. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı?
    - Evet ( ) (belirtiniz) …….
    - Hayır ( )
11. Bir sorunla karşılaştığınızda nasıl başa çıkarsınız?
    - Sorunu görmezlikten gelirim ( )
    - Kendi başıma çözmeye çalışırım ( )
    - Çevremdekilerden yardım /destek alırım ( )
    - İbadet ederim ( )
    - Diğer ( ) (belirtiniz) ……
12. Sizce aşağıdakilerden hangisi ölümü en iyi ifade eder?
    - Kader ( )
    - Rahatlık / Huzur ( )
    - Korkunç bir olay ( )
    - Son ( )
    - Yeni bir yaşam ( )
    - Anlamsızlık / belirsizlik ( )
    - Ceza ( )
    - Kurtuluş ( )
    - Diğer ( ) (belirtiniz) ……..

EK3. THORSON- POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Madde No:	Her bir cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz.	Fikrime çok uygun	Fikrime Uygun	Kararsızım	Fikrime aykırı	Fikrime çok aykırı
1	Acı çekerek ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
2	Ölümden sonrasının nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni korkutur	0	1	2	3	4
3	Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür	0	1	2	3	4
4	Gömüldükten sonra bedenime ne olacağı beni kaygılandırmıyor	0	1	2	3	4
5	Tabutlar beni huzursuz eder	0	1	2	3	4
6	Öldükten sonra işlerim üzerideki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim	0	1	2	3	4
7	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır	0	1	2	3	4
8	Ameliyat olacağımı düşündüğümde korkarım	0	1	2	3	4
9	Ölüm sonrası beni oldukça kaygılandırıyor	0	1	2	3	4
10	Yavaş ve uzun süren bir ölümden korkmuyorum	0	1	2	3	4
11	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil	0	1	2	3	4
12	Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım düşüncesi beni huzursuz eder	0	1	2	3	4
13	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla ilgilenmiyorum	0	1	2	3	4
14	Öldükten sonra tekrar asla birşey hissetmemek beni huzursuz eder	0	1	2	3	4
15	Ölürken çekilen ızdırap beni korkutur	0	1	2	3	4
16	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum	0	1	2	3	4
17	Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum	0	1	2	3	4
18	Bedenimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni tedirgin eder	0	1	2	3	4
19	Öldükten sonra dünyadaki şeylerden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder	0	1	2	3	4
20	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda kaygılanıyorum	0	1	2	3	4
21	Hayattaki şeyler üzerindeki kontrolü kaybetmek ile ilgili bir endişem yok	0	1	2	3	4
22	Ölümün insanı her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürür	0	1	2	3	4
23	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum	0	1	2	3	4
24	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım	0	1	2	3	4
25	Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil	0	1	2	3	4

KAYNAKÇA

Acehan G. Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşünceleri. *T.C. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Düzce, s: 12-16, 2009

Açıkgöz A., Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki *Bilgi ve Tutumları. V. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Çalışma Modülü (ÖÇM) Sempozyumu bildirileri.* DEÜ, İzmir, s: 95-104, 2010 http://dergipark.ulakbim.gov.tr/deutip/article/download/

Aday, R. H. *Belief in afterlife and death anxiety:* Correlates and comparisons. Omega, 15, 67–75, 1984

Ağcalar A., Silifke Halk Kültürü Araştırması. *T.C. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.* s: 94-96, 2009

Akdemir, N. ve Bostanoğlu, H., Yurtsever, S , Kutlutürkan, S. , Kapucu, S ,Canlı, Z., Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 38 (1). s: 57-63, 2011 http://www.dicle.edu.tr/Fakulte/Tip/dergi/yayin/381/11.pdf

Aksoy S., Akciğer Kanserli Hastalarda Primer Tümör ve Karaciğer Metastazlarının Pozitron Emisyon Tomografisi ile Semikantitatif Olarak Değerlendirilmesi. *T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı* Uzmanlık Tezi. Edirne, s: 5-25, 2012

Alkoçlu A. Akciğer Kanserleri. *Toraks Derneği.* 2007

http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-2-ppt-pdf/Atilla_Akkoclu.pdf

Anthony J. A., PhD, MPH; and Samet M. J., *Epidemiology of Lung Cancer.* Chest 123 (1), s: 21-49, 2003

https://pdfs.semanticscholar.org/3c60/7621ff5aec7b3f679788105544032d677e2d.pdf

Ayten, A., Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi.* 9 (4), s: 85-106, 2009

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/52337

Aktürk, D., Ölümle Çok Karşılaşan Servislerde Çalışan Hemşirelerle Meslekleri Gereği Ölümle Karşılaşmayan Kişilerde Ölüm Kaygısı, Sürekli Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması, *T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.* İstanbul, s: 11-41, 2014

Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., & Özet, A.,Kanserli hastalarda umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 11(2), 18-24., 2007 http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1610.pdf

Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N., Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Derg,* 14, s: 145-152, 2003

https://www.researchgate.net/profile/Nalan_Oguzhanoglu/publication/239928257_Kanser_Hastalarnda_Psikiyatrik_Bozukluklar_ve_Iliskili_Etmenler/links/0a85e53a9d4760cb1e000000/Kanser-Hastalarnda-Psikiyatrik-Bozukluklar-ve-Iliskili-Etmenler.pdf

Azzawrı, A.A., Dıssertation, P., Effects of Kras Gene LCS6 Mutation on Metastasıs Pathways in Human Lung Cancer. *T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütisi.* Konya, s: 1-11, 2018

Bag, B.,Kanser Hastalarında Yorgunluğa Bağlı Psikososyal Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)* 21(4) s::253-273, 2012

Bag, B. Psiko-Onkoloji, *Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri.* Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4), 2012 http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/viewFile/5000076317/5000070373

Bekir, O., Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm, *İmge Kitabevi,* Basım 2. Ankara, s: 201, 1991

Berber, K., Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. *T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.* Erzurum, s: 12-22, 2014

Budak, P., Sosyolojik Açıdan Mevlana'nın Ölüm Olgusuna Yaklaşımı. *T.C. Fırat üniversitesi sosyal bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi, Elazığ s: 1-6, 2014

Burcu E., Akalın E., Ölüm Olgusu Üzerine Sosyolojik Tartışmalar. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi.* s: 30-40, 2008

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/345700

Çakar, E., Akciğer Kanserinin Maliyeti. *T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dali*. Edirne, s: 2-21, 2014

Çetin, N., Annelerdeki Ölüm Kaygısının Çocukları ile Kurdukları Ölüm İletişimine etkisinin Araştırılması, T.C. İstanbul Arel Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Dönem Tezi. İstanbul, s: 2-12, 2015

Çevik, B., Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. *T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Ankara, s: 5-14, 2010

Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Gulhane Medical Journal*, *53*(4). 2011 http://www.ejmanager.com/mnstemps/7/7-1325581940.pdf

Çınar, M., Yetişkin ve Yaşlılarda Tanrı'ya Bağlama Tarzı ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *T.C. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, s: 70-100, 2015

Dağlı, E. N.,Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. *T.C.Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. 146-167, 2010

Demir, G, Çelik, İ.,Akciğer Kanseri Yol Haritası. *Türk Akciğer Kanseri Derneği* (TAKD). s: 11-15, 2016

http://takd.org.tr/AkcigerYolHaritasiTRbasimVERSIYONU.pdf

Demir Ö., Bakar N., Silifke Yörüklerinde Doğum, Evlenme ve Ölüm Gelenekleri Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmalar Dergisi* 111. s: 16-19, 2014

file:///C:/Users/duygu/Downloads/626-1233-1-SM.pdf

Doğan, İ.,Türk Toplumunda Aurora-a Gen Polimorfizmleri ve Akciğer Kanseri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Yüksek Öğretim Kurumu, Ulusal Tez merkezi, 2017

Dönmez, Ç.F., Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri. T.C. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Mersin, s: 8-18, 2012

Durmuşoğlu K., Ataman K., From Sacred to Secular: A Sociological Analysis on the Changing Perception of Death. *Journal of Theology Faculty of Bülent Ecevit Universty. 5* (1). s: 125-135, 2018

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/500739

Dursun., O., Ortaçağ'dan Günümüze Resim Sanatında Ölüm Kavramı. *T.C. Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul s: 4-13, 2003

Dülger, K., Ölüm Kaygısının Ölüm Anlamları, Başetme Stilleri ve Bağlanma Stilleri ile İlişkisinde Ölümlülük Farkındalığının Biçimlendirici Rolü, *T.C. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İstanbul, s: 1-32, 2014

Erden., A., Batı Anadolu Türkmenlerinde Ölüm Kültürü Üzerine Derlemeler. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Velî Araştırma Dergisi,* s:112-114, 1998 http://www.hbvdergisi.gazi.edu.tr/index.php/TKHBVD/article/viewFile/91/84

Erdoğdu., M.Y., Özkan., M., Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo- Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 14 (3). s: 172-179, 2007 http://dergipark.gov.tr/download/article-file/139492

Ertufan, H.,Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. *T.C. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Doktora Tezi. İzmir, s: 11-30, 2008

Eyüboğlu, G.M., Sol pnömonektomi yapılan ratlarda ozon terapinin kontrlateral akciğer gelişimi üzerine etkileri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı* Uzmanlık Tezi, s: 1-2,2010

Fortner, B. V., Neimeyer, R. A.,*Death anxiety in older adults:* A quantitative review. Death studies. 23(5), s: 387-411,1999

Gültekin, M., Boztaş, G.,*Türkiye Kanser İstatistikleri.* T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu s: 10-42, 2014 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2009kanseraporu-1.pdf

Gürsel, E., Kemoterapi Hastalarının Hatalı Tıbbi Uygulama Algısının ve Deneyimlerinin Belirlenmesi. *T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.* Anakara, s: (4-30), 2015

Halıcı, M. K., Karaırmak, Ö., Ölüm Kaygısı, Tinsellik, Dindarlık Eğilimi ve Varoluş Kaygısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Spırıtual Psychology and Counselıng*. s: 164-137, 2016

İnce, Z.,Kronik Obstriktüf Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. *T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, s: 5-15, 2011

İnci, F., Öz, F.,Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatrı Dergisi,* 10, s: 252-259, 2009

Lehto, R. H., Stein, K. F.,Death Anxiety: An Analysis of Evolving Concept. *Research and Theory for Nursing Practice,* 23 (1), s: 22-42, 2009

Karaca, F., Psikolojij Açıdan Ölüm ve Dini İnanç İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* yayınlanmamış doktora tezi. Erzurum, s: 210-220, 1977

Kalaoğlu, Öztürk Z., Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. *T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fkültesi* Uzmanlık Tezi. Adana, s: 6-25, 2010

Kalish, R. A., Reynolds D.K., The role of age in death attitudes. *Death Studies.* 1, s: 205-230, 1977

Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri ,T.C. Sağlık Bakanlığı, TC Sağlık, and Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. "Kanserle savaş politikası ve kanser verileri. *Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı* (2002): 12-16, 1995.1999 http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-12-42-2/sag-42-2-19-1003-708.pdf

Kapdağlı, M.H.,Küçük Hücreli Dışı Primer Akciğer Kanserinde Komplet Rezeksiyon Uygulanan Pnömonektomi ve Bronşiyal Sleeve Lobektomi Olgularının Karşılaştırmalı Analizi. *T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi* Uzmanlık Tezi. İstanbul, s: 11-35, 2014

Kaplan İ., ,Akciğer Kanserinde Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi ve Başetme Yöntemleri. *T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, s: 1-42, 2010

Kastenbaum, R. J., Death, Society, and Human Experience. *Arizona State Universty.* USA, s: 38-112, 2007, 2009, 2012

Karac,a F.,Ölüm Psikolojisi. *Beyan yayınları.* İstanbul, s: 50-330, 2000

Karakuş., G., Öztürk., Z., Tamam., L., Death and Death Anxiety. *Archives Medical Review Journal.* 21 (1). Adana, s: 42-50, 2012

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/25364

Kaplan, İ.,Akciğer Kanserinde Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi ve Başetme Yöntemleri. *T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.* İstanbul, s: 27-43, 2010

Kızıltan, D.,Kanser Belirteçlerinin Tayininde Kullanılmak Üzere Titanyum Bazlı Elektrokimyasal Nanobiyosensörlerin Geliştirilmesi. *T.C. Hacettepe Üniversitesi Biyomühendislik Anabilimdalı* Yüksek Lisans Tezi. Ankara, s: 3-7, 2016

Koç, M., Ölüm korkusu Üzerine Kurumsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 6. s: 7-10, 2002

http://www.ifdergisi.sakarya.edu.tr/article/viewFile/1052000228/1052000207

Kotan, G., Ölüm Kaygısının Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, s: 66-97, 2015

Korkut Güngör, H.C.,Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla Kanser Haritaları Üretimi ve Konya Örneği. *T.C. Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Konya, s: 16-26, 2006 file:///C:/Users/duygu/Downloads/HAT%C4%B0CE_CANAN__GUNGOR_tez.pdf

Kumcağız, H., Yılmaz, M.,Psikolojik Danışma ve Rehberlik Lisans Programı Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sınıf Değişkenine Göre Ölüm Kaygı Düzeyleri. *OMÜ Eğitim Fakültesi Dergisi,* 31 (2), s: 215-231, 2010

Lepore SJ, Coyne JC. *Psychological interven- tions for distress in cancer patients:* a review of reviews. Ann Behav Med 2006 32:85-92, 2006

Leslie E. Quint, MD, Srinivas Tummala, MD, Louis J. Brisson, MD, Isaac R. Francis, MD, Alexander S. Krupnick, MD, Ella A. Kazerooni, MD, Mark D. Iannettoni, MD, Richard I. Whyte, MD, and Mark B. Orringer, MD.,Distribution of Distant Metastases From Newly Diagnosed Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg,* 62 (1), s: 246-250, 1996

Maglio, C. J., Robinson, S., The Effects of Death Education on Death Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of Death and Dying*, 24 (4), s: 319-335, 1994

Michael A. Beckles, MB, BS; Stephen, G. Spiro, MD; Gene, L. Colice, MD, FCCP;and Robin, M. Rudd, MD.,,Initial Evaluation of the Patient With Lung Cancer *Symptoms, Signs, Laboratory Tests, and Paraneoplastic Syndromes.* 123 (1), s: 97-104, 200

http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.623.2464&rep=rep1&type=pdf

Mumcu, H., Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. *T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Doktora Tezi. Kayseri, s: 4-20, 2014

Mutlu, E., İç Güdümlü ve Dış Güdümlü Dindarlık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki. *T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü.* İstanbul, s: 21-27, 2013

Noyan M. A. *Akciğer Kanserlerinde Depresyon, Anksiyete, Post-travmatik Stres Bozukluğu.* s:338-349 , 2012

http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612732-29_Bolum_28_Stres.pdf

Özdemir, K., Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, s: 5-22, 2014

Özdemir, Ü., Taşçı, S., Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1 (1). s: 58-68, 2013

http://sbfe-dergi.erciyes.edu.tr/article/viewFile/1051000090/1051000013

Özkan K.,,Akciğer Kanserli Hastalarda NQO1 Gen Polimorfizminin Araştırılması. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyofizik Anabilim Dalı* Yüksek Lisans Tezi. Edirne, s: 3-18, 2008

Özkan, S., Alçalar, N.,Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi,* 5 (2), s: 60-63, 2009

http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/15/buyuk/1551.pdf

Öztürk, Z., Karakuş, G., L Tamam, L., Death anxiety in elderly cases. *Anatolian Journal of Psychiatry,* 12 (1), s: 37-43, 2011

Öztürk, Z. K., Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. *T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi* Uzmanlık Tezi. Adana, s: 40-60, 2010

Pagnia, S, McKelveya, A, Riordana, C., Pulmonary resection for malignancy in the elderly: is age still a risk factor? *European Journal of Cardio-thoracic Surgery.* USA, 14, s: 40–45, 1998

Ponn, RB., LoCicero, III J., Daly, BDT.,Surgical Treatment of Non Small Lung Cancer. *General Thoracic Surgery.* USA,6th ed., s:1549-1589, 2005

https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=0bsEmZul3xYC&oi=fnd&pg=PA1548&dq=ponn+rb+2005&ots=Pw2PVZnviq&sig=3nIdDXwaXgGR98tQVzbUyhYEOJ4&redir_esc=y#v=onepage&q=ponn%20rb%202005&f=false

Richardson, V, Berman, S, Piwowarski, M.,Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *The Journal of General Psychology*,109, s: 149-156, 1983

Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F. C., & Hoogduin, K. A. ,The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(8), 508-514, 2005

Sarah, H., Landis, MPH., Murray, T., Wingo, PA., Cancer Statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 49.1.8 s: 1-24, 1999

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/canjclin.49.1.8

Sarıkaya, Y., Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Tokat, s: 12-20, 2013

Sezgin, S. Ekinci, M. Okanlı, A.,Kanserli Çocukların Yaşadıkları Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi.* 24 (3). s: 107-112, 2007

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/188845

Sızlanan, A., Kliniğimizde Opere Edilen Akciğer Kanserli Olguların Morbidite ve Mortalitelerinin Değerlendirilmesi, *T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı* Uzmanlık Tezi, s:55-57, 2014

Siegel, R., Ward, E., Brawley, O. Jemal, A.,Cancer Statistics, 2011The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities onPremature Cancer Deaths. *CA Cancer J Clin.* 61:212–236, 2011

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.20121

Softa H. K., Uçukoğlu H., Karaahmetoğlu, G. U., Esen, D., Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,* (1-2) s:67-79, 2011

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/203210

Şahin, M., Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlar ve Etkileyen Faktörler. *T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Aydın, s: (21-32), 2016

Şenol, C., Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Ankara, s: 50-109, 1989

Şenyiğit, A.,Akciğer Kanseri Ders Notları. *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD*. Diyarbakır, s: 1-78, 2013,2014

https://www.dicle.edu.tr/Contents/4f1fa916-7f52-440c-858f-8f6b21a51d8c.pdf

Ülker, D., Yaşlı Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşamın Sonuna İlişkin Kişisel Tercihleri, *T.C. Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Muğla, s: 33-37, 2016

Ünal, M. S., Zamansız Ölüm: Geleneksel ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 11 (2) s: 121-125, 2011

http://dergipark.gov.tr/download/article-file/52278

Taka, F.,Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.* İstanbul, s: 7-16, 2010

Tanhan, F.,Ölüm Kaygısıyla Başetme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. *T.C. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü* Doktora Tezi. Ankara, s: 14-100, 2007

Tanhan, F., Arı, İ. F., *Ölüm Eğitimi. Pegem Akademi Yayıncılık* (1). s: 38-125, 2009

http://www.pegem.net/dosyalar/dokuman/2652016142424pdf.pdf

Usta, A.A., Metastatik Akciğer Kanserinde Prognostik Karar Ağacı. *T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi* Uzmanlık Tezi. Isparta, s:6-22, 2017

Uzun, M. D.,Akciğer Kanseri Tanısı Almış Olmak Sigara Bırakmada Etkili midir? *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi* Uzmanlık Tezi. İstanbul, s: 1-6, 2017

Wada, H., Nakamura, T.,Thirth-day Operative Mortality for Thoracotomy in Lung Cancer. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 115 (1), s: 70-73,1998

Yang., M. J., Türk ve Kore Halklarının Ölümle İlgili İnanış ve Uygulamaları. *T.C. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Doktora Tezi, Kayseri. s: 31-38, 2014

Yağcı, E.,NOTCH3 C381T ve G684A Polimorfizmlerinin Akciğer Kanseri ile İlişkisinin Belirlenmesi. *T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir, s: 4-12, 2015

Yetimakman, E. Z.,Birinci Derece Yakınlarında Kanser Olan ve Olmayan Bireylerin Kanser Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık, Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. *T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi.* Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul, s: 1-8, 2018

Yıldız, M., Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. *İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları.* İzmir, s: 135-180, 2014

Yıldız, M., Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İzmir, s:80-110, 1998

Yıldız, M., Ölümle İlgili Genel Tutumlar. *Akademik Araştırmalar- Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1). s: 178-188, 1996

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44577527/Olume_Iliskin_Genel_Tutumlar.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1534936528&Signature=agGwL1MS3%2FS5Obn2US%2FqovnxuTE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOLUMLE_ILGILI_GENEL_TUTUMLAR.pdf

Yılmaz, A., Bayramgürler, B., Akkaya, E., Ocaklı, Ö., Güney, İ., Baran, R. (2001). Kırsal Bölgelerde Yaşayan Akciğer Kanserli Hastaların Özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 49(1), s: 81-84, 2001

http://www.tuberktoraks.org/managete/fu_folder/2001-01/2001-49-1-081-084.pdf

Yılmaz, Ü.,Akciğer Kanserlerinde Tedavi Yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği,* Ankara, 4, s:32-38, 2018

http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_16854/NTS-4-32.pdf

Yılmazer, N., Aydıner, A., Comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women., *Supportive Care Cancer*, 2(4): 238-241, 1994