



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLGULARINDA ÖLÜM  
ANKSİYETESİ SIKLIĞININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Esra Afra YILDIRIM**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER**

**İSTANBUL-2018**

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLGULARINDA ÖLÜM  
ANKSİYETESİ SIKLIĞININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Esra Afra YILDIRIM**

**164102168**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER**

**İSTANBUL-2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102168
Öğrenci Adı Soyadı	: Esra Afra YILDIRIM
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER
Tezin Başlığı	: Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesinin Sıklığının İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 26.07.2018	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi Olarak sunduğum “*Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi*” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Esra Afra YILDIRIM

## ÖNSÖZ

Bu araştırmanın bilim dünyasına katkı sağlamasını diliyorum.

Bu çalışma sırasında desteğini hissettiğim aileme ve çalışmanın her aşamasında yardımcı olan, desteğini esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER'e teşekkürlerimi sunarım.

Desteğiyle her konuda yanımda olan sevgili dostum Ayşe Hümeyra KUTLUOĞLU'na çokça teşekkür ederim.

Çalışmanın kurumlarında yürütülmesine izin veren NP/Feneryolu Tıp Merkezine ve yetkililerine şükranlarımı iletirim.

Esra Afra YILDIRIM

# Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölümlü Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi

Esra Afra YILDIRIM

## ÖZET

Bu araştırmaya konu olan “Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölümlü Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi” adlı bu çalışma 2018 yılında Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmüştür. Araştırma iki gruptan oluşmaktadır. Birinci grup hasta grubu (anksiyete bozukluğu tanısı almış grup), ikinci grup ise kontrol grubudur. İlk grubun örnekleme seçilimi, tedavi için psikiyatri kliniğine başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. İkinci grup ise 18 yaş üstünde olan ve kontrol grubuna dâhil olma kriterlerini karşılayan kişilerden oluşmaktadır. Bu grubun örnekleme seğimi ise random olarak seğilmiştir. Bu kapsamda çalışmaya hasta grubundan 60 kişi, kontrol grubundan ise 105 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Türkçe Ölümlü Kaygısı Ölçeği, Yaşamda Amaçlar Testi ve STAI-I ve II uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21 kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın bazı sonuçlarına göre Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan kadınların ölümlü belirsizliği ve ölümlü kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan erkeklerin ölümlü belirsizliği ve ölümlü kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu; ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı, ölümlü belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölümlü kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı, ölümlü belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölümlü kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, ölümlü, ölümlü anksiyetesi, klinik psikoloji.

# **Investigation of Death Anxiety Prevalence of Anxiety Disorders Case**

**Esra Afra YILDIRIM**

## **ABSTRACT**

This study, entitled "Investigation of the Anxiety Disorder in Anxiety Disorder Cases", was conducted in 2018 as a master thesis study at Uskudar University, Institute of Social Sciences, Department of Clinical Psychology. The study consists of two groups. The first group is the patient group (anxiety disorder diagnosis group) and the second group is the control group. The first group consists of sample selection, psychiatric clinic consultation and anxiety disorder diagnosis. The second group consists of people who are over 18 years old and meet the criteria of inclusion in the control group. The sample selection for this group was random. In this context, 60 patients from the patient group and 105 healthy volunteers from the control group participated in the study. Participants were administered sociodemographic data form, Turkish Death Anxiety Scale, Living Aims Test and STAI-I and II. The obtained data were evaluated using SPSS 21. According to some results of the research, it was determined that the scores of the anxiety disorder individuals who got anxiety disorder were higher than the scores of state anxiety and trait anxiety scales of the healthy anxiety disorder. Anxiety disorder scores were higher for women who did not have anxiety and death anxiety scores than women who did not have anxiety disorder scores compared to scores for death anxiety and anxiety scales. individuals who have psychiatric disease history and family history of anxiety disorder who have psychiatric disease history and anxiety disorder in the family of scores of continuous anxiety, death uncertainty, exposure to suffering, and anxiety for death scales, and death anxiety scales.

**Keywords:** Anxiety, death, anxiety of death, clinical psychology.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>YEMİN METNİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Soruları .....	2
1.3. Araştırmanın Önemi .....	4
1.4. Araştırmanın Sayıltıları.....	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
<b>2. LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	<b>6</b>
2.1. Anksiyete Kavramı ve Tanımı .....	6
2.1.1. Anksiyete Nedenleri.....	8
2.2. Anksiyetenin Klinik Görünümü.....	9
2.2.1. İdrak .....	9
2.2.2. Duygu.....	9
2.2.3. Davranış .....	9
2.2.4. Düşünce.....	9
2.2.5. Biliş .....	9
2.2.6. Bedensel / Fizyolojik .....	10
2.2.6.1. Sindirim Sistemi .....	10
2.2.6.2. Kalp Damar Sistemi.....	10
2.2.6.3. Ciltte Görülen Belirtiler .....	10
2.2.6.4. Solunum Sistemi .....	10
2.2.6.5. Boşaltım ve Genital Sistemi .....	10
2.2.6.6. Kas, İskelet ve Sinir Sistemi .....	10



2.3.	Anksiyete Bozuklukları Tanıları.....	10
2.3.1.	Agorafobi .....	11
2.3.2.	Panik Bozukluk .....	12
2.3.3.	Özgül Fobi.....	13
2.3.4.	Sosyal Fobi.....	14
2.3.5.	Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	15
2.3.6.	Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu.....	15
2.3.7.	Madde Veya İlaç Kullanımının Neden Olduğu Anksiyete Bozukluğu .....	15
2.3.8.	Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu.....	16
2.3.9.	Tanımlanmış Diğer Bir Anksiyete Bozukluğu.....	16
2.3.10.	Ayrılma Kaygısı Bozukluğu .....	17
2.3.11.	Seçici Mutizm .....	17
2.4.	Anksiyete Bozukluklarında Komorbidite .....	18
2.5.	Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri ve Kuramlar .....	18
2.6.	Ölüm Kavramı Ve Tanımı .....	20
2.7.	İnsanın Ölümü Algılayışını Etkileyen Faktörler.....	21
2.7.1.	Cinsiyet .....	21
2.7.2.	Yaş .....	22
2.7.3.	Fiziksel ve Ruhsal Hastalık.....	22
2.7.4.	Medeni Durum .....	22
2.7.5.	Meslek.....	22
2.7.6.	Yaşam Olayları .....	22
2.7.7.	Kişilik Özellikleri.....	23
2.7.8.	Kültür ve Din .....	23
2.8.	Ölüm Kavramı Karşısında Tutumlar .....	23
2.8.1.	Ölümü Kabullenmeme .....	23
2.8.2.	Ölüme Meydan Okuma .....	23
2.8.3.	Ölümü İsteme .....	24
2.8.4.	Ölümü Kabullenme .....	24
2.9.	Ölüm Anksiyetesi .....	24
2.9.1.	Ölme İşi (Acı Duymaya Yönelik Korku).....	25
2.9.2.	Yalnızlık Korkusu .....	25
2.9.3.	Kontrolü Kaybetmeye Yönelik Korku.....	25
2.9.4.	Yok Olma Korkusu .....	26
2.9.5.	Gerileme Korkusu .....	26
2.9.6.	Yakınları Kaybetme Korkusu .....	26

2.9.7. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu .....	26
2.9.8. Bilinmezlik Korkusu .....	26
2.9.9. Kimliği Kaybetmeye Yönelik Korku .....	26
2.9.10. Öngüzrelemeziğe Yönelik Korku .....	26
2.10. Ölüm Kaygısı Nasıl Ölçülür? .....	27
2.10.1. Templar'ın Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	27
2.10.2. Thorson ve Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	27
2.10.3. Collet ve Lester Ölüm Korkusu Ölçeği.....	27
2.10.4. Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (Abdul-Khalek).....	27
2.11. Ölüm Anksiyetesini Anlamaya Yönelik Kuramlar.....	27
2.11.1. Ölüme Psikodinamik Bakış.....	27
2.11.2. Ölüme Varoluşsal Bakış.....	28
2.11.3. Ölüme Bilişsel Bakış.....	28
2.11.4. Dehşet Yönetimi Kuramı .....	29
2.11.5. Ölüm Anksiyetesi ve Psikopatoloji.....	29
2.12. Ölüm Anksiyetesinde Varoluşçu ve Bilişsel-Davranışçı Tedavi.....	30
2.12.1. Varoluşçu Yaklaşım.....	30
2.12.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDT) .....	31
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	32
3.2. Araştırma Soruları.....	33
3.3. Hipotezler.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları .....	35
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	35
3.4.2. Kısa Semptom Envanteri .....	35
3.4.3. Yaşamda Amaç Testi .....	36
3.4.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği .....	36
3.4.4.1. Durumluk Kaygı (A – State).....	36
3.4.4.2. Sürekli Kaygı (A- Trait) .....	36
3.4.5. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	37
3.5. Verilerin Analizi .....	37
3.5.1. Araştırmada Etik Kurallara Uygunluk .....	38
<b>4. BULGULAR VE YORUMLAR.....</b>	<b>39</b>
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler .....	39
4.2. Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçekleri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	41

4.3.	Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular .....	60
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA ve YORUM .....</b>	<b>65</b>
<b>6.</b>	<b>SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>72</b>
6.1.	Sonuçlar .....	72
6.2.	Öneriler .....	77
	<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>78</b>
	<b>EKLER.....</b>	<b>83</b>
	<b>Ek. 1: Etik Kurul İzin Yazısı.....</b>	<b>83</b>
	<b>Ek. 2: Sosyodemografik Veri Formu.....</b>	<b>84</b>
	<b>Ek. 3: Yaşamda Amaç Testi (Purpose in Life Test).....</b>	<b>86</b>
	<b>Ek. 4: Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ).....</b>	<b>87</b>
	<b>Ek. 5: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....</b>	<b>88</b>
	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>90</b>

## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımları .....	39
<b>Tablo 2:</b> Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alıp Almadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 3:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 4:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşları İle Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiyi Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi .....	45
<b>Tablo 5:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 6:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 7:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Kiminle Yaşadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 8:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Kaç Kardeş Olduğuna Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması. 51	
<b>Tablo 9:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Herhangi Bir İşte Çalışıp Çalışmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 10:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması .....	55
<b>Tablo 11:</b> Ölümün Belirsizliği Düzeylerinin Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Değişimini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları .....	56
<b>Tablo 12:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Madde Kullanıp Kullanmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması .....	57

<b>Tablo 13:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Olup Olmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 14:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Aldığı Tanılara Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 15:</b> Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiyi Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi.....	61



## KISALTMALAR

<b>APA:</b>	American Psychiatric Association
<b>ASB:</b>	Akut Stres Bozukluğu
<b>BDT:</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>DSM:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)
<b>ICD:</b>	World Health Organization (Dünya sağlık kurumunun hazırladığı ruhsal ve davranışsal anormallikler sınıflandırması, klinik açıklamalar ve tanı kılavuzu)
<b>KO:</b>	Karelerin Ortalaması
<b>KSE:</b>	Kısa Semptom Envanteri
<b>KT:</b>	Kareler Toplamı
<b>N:</b>	Vaka Sayısı
<b>OSH:</b>	Ortalamaların Standart Hatası
<b>P:</b>	Anlamlılık Düzeyi
<b>SD:</b>	Serbestlik Derecesi
<b>SH:</b>	Standart Hata
<b>SS:</b>	Standart Sapma
<b>TSSB:</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

# 1. GİRİŞ

İnsan doğduğu andan itibaren ölüme doğru ilerleyen ve buna karşın, ölümlü olan randevusunu erteleyebilmek için didinip duran bir canlıdır. Ölüm sadece dünya üzerindeki canlılara has değildir. Birer süpernovaya dönüşen ya da kara delik içine yutulan gezegenlerin, galaksilerin ve insana göre koskoca olan güneş sisteminin dahi kaçınılmaz sonucudur. Belki de insan hayatını anlamlı kılan en önemli bilgi ölümlü olduğu bilgisidir, denilebilir. Ölümün mutlak son olduğunu bilediğimizden ötürü, ölüme meydan okuyacak keşiflerde bulunmaya çalışır, ölse de hatırlanmamıza vesile olacak eserler bırakmaya çabalar ya da bu dünyaya çok da bağlanmamaya uğraşırız.

Ölümü bilmek insana çoğu zaman fayda sağlamaktadır. İnsanda zaman kavramının gelişimini tetiklemekte; ilişkilerini, sosyalitesini, kendini tanımasını ve ifade etmesini etkilemektedir. Bu sebeplerle, uygarlık basamaklarında ilerlerken, insanlığın ölümlü olduğunu idrak etmesiyle beraber önemli sıçramalardan birini gerçekleştirmiş, diyebiliriz. Ölümünden korkmak yerine ölüm gerçeğiyle yüzleşmek insana benlik yolunu açacak ve insanı ölüme doğru özgürleştirecektir. Ölüm insanı, mühim sorunlarından kaçması ve gündelik yaşamın değersiz meseleleri içinde savrulmasıyla yüz yüze bırakmaya zorlamakta ve bu şekilde de kişinin sarsılmasına zemin hazırlamaktadır.

Klinik anlamda ölüm, organizmanın fizyolojik olarak sona ulaşmasıyla açıklanır. Ölüm gerçekliğinin insanlar tarafından biliniyor olmasına rağmen, ölümün kontrol edilemiyor olması insanın varoluşuna karşın ciddi bir sorun olarak addedilmesine neden olur ve ölümün kaygı uyandırıcı, rahatsızlık verici olarak algılanmasına yol açar. Bu gibi durumların kişilerde ortaya çıkmasının anksiyete ile önemli bir bağı vardır (Aydoğdu, H.,2016).

Ölümü bireyin kendisi bizzat deneyimleyemez, fakat çevresindeki bireylerin ölüm olaylarına şahit olarak ölüm hakkında bazı düşünceler, tutumlar elde edebilir. Bu nedenle ölüm, yalnızca biyolojik olarak değerlendirilemez, aynı zamanda sosyal bir olgu olarak da görülür. Ayrıca ölümün algılanması kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların sebepleri olarak meslek, cinsiyet, eğitim, yaşam deneyimleri, inançlar gibi etkenler sayılabilir. Yaşamına verdiği değer ve anlam,

ölümle ilgili tutum ve davranışları doğrudan etkilemekte, ölüm kaygısı derecesini şekillendirmektedir (Acehan, G., & Eker, F., 2013).

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, tedavi için psikiyatri kliniğine başvuran ve DSM 5'e göre değerlendirilip anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda, anksiyete bozukluğuna eşlik eden herhangi bir ölüm anksiyetesinin olup olmadığını ölçmek ve elde edilen bulguları değerlendirmektir. Bu sayede anksiyete bozukluğuna eşlik eden bir ölüm anksiyetesi bulgusu varsa, bu bilgi doğrultusunda tedaviye katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Bu sayede anksiyete bozukluğuna eşlik eden bir ölüm anksiyetesi bulgusu varsa, bu bilgi doğrultusunda tedaviye katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

- Birinci bölümde araştırmanın amacı, önemi ve tanımı yapılmıştır.
- İkinci bölümde anksiyete, anksiyete bozuklukları, ölüm ve ölüm anksiyetesi kavramları açıklanmıştır.
- Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmıştır.
- Son bölümde ise ölçeğin değerlendirmesine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

### **1.2. Araştırmanın Soruları**

Belirtilen genel amaç çerçevesinde, bu çalışma ile şu sorulara cevap alınmak istenmektedir.

- Bu çalışmada ilk olarak “ölüm anksiyetesi olgularında ölüm anksiyetesi sıklığında önemli ölçüde bir farklılık var mıdır, yok mudur?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu çalışmada ikinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin aldığı tanımlara göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu çalışmada üçüncü olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin yaşlarına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk



kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada dördüncü olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin cinsiyetlerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada beşinci olarak “bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada altıncı olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin medeni durumlarına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada yedinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin eğitim düzeylerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada sekizinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin kiminle yaşadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

➤ Bu araştırmada dokuzuncu olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin kaç kardeş olduğuna göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

- Bu araştırmada onuncu olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi lceklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada on birinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin gelir düzeylerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi lceklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada on ikinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin madde kullanıp kullanmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi lceklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada on nc olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ailesinde psikiyatrik tanı olup olmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi lceklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

### **1.3. Araştırmanın nemi**

Korku duygusuyla beraber gösterilen tepki, genetik faktörlerin yanı sıra büyüme evresinde sosyal öğrenme ile öğrenilen veya geçmiş kötü yaşantılar, deneyimler sonucunda kazanılan ve daha sonrada farklı biçimlerde sergilenen bir olgudur. Bu tepki, yıllar boyunca sorunsuz normal düzeyde ilerliyorken bireyin psikolojisini etkileyen bir olay yaşaması, geçmiş yaşantılarına dair farkındalık geliştirmesi veya hayat döngüsündeki bir dinamiğin sarsılması gibi vakalar yaşaması ile değişime uğrayabilir ve kötü boyutlarda ortaya çıkabilir. Anksiyete bozukluğu tedavilerinde yeterli yanıt alınmaması, çeşitli tedavi yöntemlerine rağmen tekrar nksedebildiğinin görülmesi ve anksiyete bozukluklarının kronikleşmeye eğilim göstermesi, ölüm anksiyetesinin anksiyete bozukluklarında göz ardı edilen önemli bir faktör olabileceğini akıllara getirmektedir.

#### **1.4. Araştırmanın Sayıtları**

Hasta grubuna ve kontrol grubuna dâhil olan katılımcıların, ölçekleri samimiyetle cevapladıkları varsayılmıştır. Uygulanan ölçeklerin çalışma sorularına yanıt verebilecek kapsamda olduğu varsayılmıştır.

#### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırma Türkiye’de görüşülmüş hasta ve rassal olarak seçilen kontrol gruplarıyla sınırlıdır. Toplamda 165 kişinin katıldığı; 65 hasta ve 105 gönüllü kadın ve erkek katılımcıların vermiş olduğu cevaplarla sınırlıdır.
2. Araştırma, kullanılan Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yaşamda Amaçlar Testi ve STAI-I ve II ölçekleriyle sınırlıdır.
3. Katılımcıların cevapları doğru bilgi olarak addedilmektedir, fakat cevaplar katılımcıların beyanlarına dayalı olduğu için sınırlılıklardan biridir.
4. Katılımcıların psikolojik durumları soruların ve cevapların farklı yorumlanmasına neden olabilir. Duygu durumları hakkında sorulan soruları hatırlamakta güçlük çekerek eksik veya yanlış cevaplayabilirler.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Anksiyete Kavramı ve Tanımı

Anx sözcüğü latince düşünilemeyen ancak hissedilen bir ruh hali olarak geçmektedir (Heidger, 2004). Anksiyete ise geçerli bir nedeni olmayan, kaynaklarına bazen dolaylı yollardan ulaşılması gereken korku veya kaygı olarak tanımlanabilir. Tepki gösterilen nesnenin belirginliğine ve kötü bir şey olma beklentisine göre kişinin psikolojik halini etkiler. Asıl nedenin ile gözüken nedenin birbirinden çok farklı olduğu ortaya çıkabilir. Kişi içinde bulunduğu durumu bunaltı, iç sıkıntısı, rahatsızlık hissi olarak ifade eder ve bu durumlarla yaşamının farklı yerlerinde başa çıkması gerekebilir (Işık, E. ve Taner, 2006). Diğer psikolojik rahatsızlıklara da eşlik edebilir. DSM 5'e göre anksiyete rahatsızlıkları şu şekildedir; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık(mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı(anksiyete) bozukluğu, maddenin, ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur.

İnsanın, yaşamını normal olarak devam ettirmesi ve tehditlerden, risklerden korunması için optimum seviyede anksiyeteye ihtiyacı vardır. Ancak herhangi bir tehdit, risk, tehlike olmadan anksiyete; kişiye özgü, geçmiş yaşantılarla bağlantılı, farklı anlamlandırma ve değerlendirmeye birlikte orantısızlık, yersizlik gösterir. Kişinin yaşamdaki işlevselliğini bozduğu takdirde ise bu anksiyete tedavi gerektiren patolojik bir durum olarak addedilir (Tükel, R., & Alkın, T., 2000). Korkunun kaynağına ya da bilinmeyen bir nesneye verilen tepki yersiz veya orantısız olmaya başladığında kişi yaşamdaki fonksiyonlarını, işlevselliğini normal olarak sürdüremeyeceğinden desteğe ihtiyaç duyar. Bu aşamada anksiyetenin ortaya çıkma sebepleri, tetikleyicileri için semptomların kaynağına bakılmalıdır. Bu kaynağın genetik, nörobiyolojik ve beyin kimyasındaki farklılaşmayla alakalı açıklamaları olabilir. Diğer yandan, insanın sosyal gelişimi, çocukluk yaşantıları, geçmişteki olumsuz anıları, travmaları ile mizaç özellikleri ve kişilik yapılanmasıyla ilişkili durumları da dikkate alınmalıdır. Genellikle psikoterapi ve ilaç ile tedavi edilmektedir. Psikoterapi tedavisinde bilişsel davranışçı modellerin yaygın olarak kullanıldığı, ön planda olduğu görülmektedir (Tükel, R., & Alkın, T., 2000). Bilişsel

davranışçı terapi anksiyetede, duygu, düşünce, davranış, olumsuz otomatik düşünceler, akılcı olmayan inançlar, farkındalık, gevşeme egzersizleri, maruz bırakma gibi birçok çalışma yapıp çoğu zaman etkili sonuçlar alsa da bazı anksiyete olgularında iyileşme gerçekleştirememekte ve hastalığın nüksetmesini engelleyememektedir. Ve bu yöntemle iyileşme oranı %50'yi geçmemektedir. Anksiyete oluşumuna açıklık getiren bir diğer kuramlar ise şunlardır; varoluşçu yaklaşım, öğrenme kuramları, psikodinamik bakış ve bilişsel davranışçı yaklaşımdır (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006). Terör yönetimi kuramına göre ise kişinin, iyi bir kültürel dünya görüşü olması, bağlanmalarının ve ilişki kurmalarının olumlu olması ve kişinin özsaygısının iyi olması anksiyeteyi dengede tutabilir ve böylece, ölümün varoluşsal korkusunu yönetmede yardımcı olabilir. Ancak genetik yatkınlık, erken çocukluk yaşantısındaki olumsuz yaşantılar, mizaç, güvensiz bağlanma, hayatın anlamsızlığı, travma, stres ve diğer yaşam zorlukları psikolojik kırılganlığı artırıcı etkenlerdir. Hayatta tehdidin kaçınılmazlığı, beklenmedik bir durumun vuku bulabilmesi, kayıp yaşantısı veya korku ve endişe uyandıran bir nesnenin bilinçli ya da bilinç dışı olarak bir şekilde insana rahatsızlık hissettirebilmesi nedeniyle tedavide güçlük yaşanabilir. Zira anksiyete bozukluğunun tetiklenme olasılığı yüksektir. Bu rahatsızlık hali kalp çarpıntısı, nefes darlığı, mide bulantısı, sosyal yaşamın bozulması, obsesif kompulsif rahatsızlıklar, gerçeği değerlendirmede zorluklar, somatik belirtiler gibi daha pek çok şekillerde ortaya çıkabilir ve kişinin işlevselliğini bozabilir. Stresörlerin fazla olduğu dönemlerde ortaya çıkma ihtimali yüksektir. Terapide esnasında anksiyetenin asıl kaynağı ortaya çıkartılmaya çalışılır ve daha sonra onun üzerinde çalışılır.

Anksiyete bozuklukları somatizasyonla, depresyonla ve hipokondriyasile de yakından ilişkilidir. Anksiyete ve depresyon genellikle beraber görülürler ve bu durumdan kaynaklı olarak anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi anlamlandırmak güç olur. Ayrıca, ek olarak birçok araştırma nörolojik hastalarda somatik semptomların anksiyeteye olan ilişkisinin, depresyona nazaran çok daha güçlü olduğunu göstermiştir (Özen, E. M. ve ark., 2010). Dolayısıyla hastanın çeşitli ağrılardan yakınarak ya da psikolojik bir vakayla birlikte somatik belirtilerle gelmesi bazen anksiyete bozukluğu ile ilgili ipuçları veriyor olabilir. Panik bozukluk, hipokondriyasis, depresyon ve anksiyete bozukluğunda ölüm anksiyetesinin de temel kaynağının korku olduğu ifade edilmektedir (Noyes Jr, ve ark., 2002).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme oranları yaklaşık %25'dir. Bu yaygınlık oranı anksiyete bozukluklarını daha fazla çalışılması gereken bir alan haline getirir. Geçmiş yıllarda panik bozukluk %3, OKB %2, özgül fobi %11, sosyal anksiyete bozukluğu %13, yaygın anksiyete bozukluğu %5, travma sonrası stres bozukluğu %3 görülme sıklığına sahiptir. Yapılan çalışmalarla çocuk ve ergenlerde %5-%18 oranında anksiyete bozukluğu görüldüğü desteklenmiş, yetişkinlerden farklı olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun çocuklarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (Alkın, T., ve E. Onur, 2007).

Anksiyete, fizyolojik olarak ele alınmak istendiğinde görülecektir ki, beynin temporal lobunda bulunan amigdala ve onunla bağlantılı olan diğer kısımlar korku tetiklendiği sırasında aktif olmaktadır. Amigdala korku düzeneğinin temel noktasıdır. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, amigdalanın tahrip edilmesiyle korku duygusunun azaldığı gözlemlenmiştir (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006). Anksiyete sırasında sergilenen değişimler insanda sanki savaş veya kaç mekanizmasını uyandırmaktadır. (Gürsoy, M., 2012). Öfke duygusu ile anksiyete arasında ciddi benzerlikler vardır. Her ikisi de yüksek uyarılma ve düşük memnuniyet özellikleri gösterir. Yalnız öfke duygusu daha belirgin ve gözlemlenebiliyorken; anksiyete daha içsel ve pasif belirtiler gösterir (Russell, J. A., & Mehrabian, A., 1974).

### **2.1.1. Anksiyete Nedenleri**

Anksiyeteyi tek nedene bağlamak doğru olmayacaktır. Bu rahatsızlığın birden çok açıklanabilir ve farkedilebilir nedenleri, etkenleri mevcuttur. Beyin kimyası, mizaç, çocukluk çağı yaşantısı, travma geçmişi, genetik faktörler gibi pek çok unsur sayılabilir (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

Yapılan araştırmalar sonucunda panik bozukluğu olan hastaların çocukluk yaşantısında anksiyete yüksekliği tespit edilmiş; agarofobisi olan hastalarda ise çocukluk çağında ebeveyn tutumlarında sağlıklı bağlanma görülmüştür (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

Bağlanma kuramını temel alarak yola çıkan kuramcılar, bireyin kontrol altında tutamadığı kaygıyı değersizlik inancına ve yalnız kalma korkusuna bağlarlar. Bu durum çocukluk çağında örnek alabileceği kimseyi bulamamasından ötürüdür ve ileriki yaşlarında, sorun teşkil edebilecek tepkiler vermesine neden olabilmektedir (Gençoğlu, C., & Kalkan, M., 2015).

Anksiyete bozuklukları genetik açıdan incelendiğinde panik bozukluk ile agorafobinin aile fertleri arasında çıkma olasılığı yüksek bulunmuştur. Bu açıklama, öteki anksiyete bozuklukları için geçerli sayılmamaktadır (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

## **2.2. Anksiyetenin Klinik Görünümü**

### **2.2.1. İdrak**

Gerçek dışı duygu, etrafı farklı görme, aklın karışması, fazla uyanıklık hali, maddeleri daha uzak veya karmaşık görme, odağını kendinde toplama gibi belirtileri vardır (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

### **2.2.2. Duygu**

Gerginlik, tedirginlik, çaresizlik, dehşet duygusu, korku, alarm hali, sinirlik ve endişe gibi duygular mevcuttur (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

### **2.2.3. Davranış**

Yardım arama eğilimi, uzuvlarda görülen huzursuz ataklar, kaçınma, geri çekilme tavrı ve onay arama, kompulsif davranışlar, engelleyici davranışlar(inhibasyon), güvenlik arayışı, konuşmada zorluk ve bozukluk gibi belirtileri vardır (Alkın, T., ve E. Onur, 2007; Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

### **2.2.4. Düşünce**

Felaket senaryoları kurma, düşünceyi denetim altında tutamama ve düşünceyle baş edememe, diğer insanların gözünde kötü değerlendirilme korkusu ve insanlardan zarar görmeye yönelik korkular gibi belirtileri vardır (Alkın, T., ve E. Onur, 2007; Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

### **2.2.5. Biliş**

Hatırlamada güçlük, konuşurken duraklama ve bazen donukluk, dağınık dikkat, çerçevesizleştirilemeyen düşünceler ve obsesif düşünceler, odaklanama, tetikleyiciyi bulmada zorluk, travmatik anılara istemsizce geri dönüşler gibi belirtileri vardır (Alkın, T., ve E. Onur, 2007; Taymur, İ., & Türkçapar, M. H., 2012).

### **2.2.6. Bedensel / Fizyolojik**

Tüylerin diken diken olması ve gözbebeğinde büyüme görülür (Alkın, T., ve E. Onur, 2007; Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

#### **2.2.6.1. Sindirim Sistemi**

Susuzluk ve açlık çekme atakları, yutkunmada zorluk, karın bölgesinde sancılar ve bulantı, iştahsızlık ve ishal, tükürük bezlerinin çok veya az çalışması.

#### **2.2.6.2. Kalp Damar Sistemi**

Kan basıncında belirgin değişiklikler, yüzde izlenebilen kızarmalar, kalp atışında düzensizlik ve eşitsizlik, zaman zaman çarpıntı görülmesi, bayılmaya yönelik hisler.

#### **2.2.6.3. Ciltte Görülen Belirtiler**

Ter bezlerinin aşırı çalışması, zaman zaman ortaya çıkan kaşınma atakları, aniden soğu ve sıcak basmaları.

#### **2.2.6.4. Solunum Sistemi**

Göğüs bölgesinde daralma ve yanma hissi, boğazda düğüm hissi, solunum esnasında zorluk, alınan nefesten mutmain olamama ve sık sık nefes alma, bazen de kesik kesik nefes alma.

#### **2.2.6.5. Boşaltım ve Genital Sistemi**

Cinsel istekte azalma ve cinsel aktivitelerde düşüş, sık idrar yapımı, erken boşalma.

#### **2.2.6.6. Kas, İskelet ve Sinir Sistemi**

Uyku düzeninde bozulma, erken yorulma, nedensiz ağrı, göz ve yüzde seğirme, gerilmiş kaslar, dinmeyen yorgunluk hissiyatı, refleksler de ve spazmlar da artış.

### **2.3. Anksiyete Bozuklukları Tanıları**

Tüm psikiyatrik rahatsızlıklardaki tanı grupları devamlı olarak artma ve değişme eğilimindedir (Özen, D. Ş. ve Temizsu, E., 2010). Amerika Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) göre anksiyete bozuklukları şu şekildedir: Panik bozukluk, ayrılık kaygısı bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, medikal duruma bağlı anksiyete bozuklukları, maddeye bağlı anksiyete



bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu(sosyal fobi), seçici mutizm, tanımlanmamış anksiyete bozuklukları, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu ve özgül fobi olarak geçmektedir.

Bazı tanılar Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı ICD-10 ile aynıdır, fakat bazı tanılarda farklı gruplandırmalar yapıldığı görülmektedir. ICD-10'da, DSM-5'e göre fazladan bulunan tanılar şunlardır: Diğer fobik anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış fobik anksiyete bozukluğu, mikst anksiyete bozukluğu, diğer özgün anksiyete bozuklukları, obsesif düşünce veya ruminasyonlarla giden ve kompulsif davranışlarla giden (ritüeller), mikst obsesyonel düşünce ve davranışlarla giden, diğer obsesif kompulsif bozukluklar, stres reaksiyonları ve uyum bozuklukları, diğer stres reaksiyonları ve tanımlanmamış stres reaksiyonları (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006). DSM 5'e göre kategorilendirilmiş anksiyete bozuklukları şu şekildedir:

### **2.3.1. Agorafobi**

Semptomları şu şekildedir:

- Şu durumlardan ikisine veya daha fazlasına yönelik yüksek oranda korku besleme, kaygı duyma hali:
- Toplu taşıma araçlarını kullanmak
- Bir başına evden dışarı çıkmak
- Kapalı alanlarda bulunmak
- Açık alanlarda bulunmak
- İnsanların yoğun olduğu yerlerde olmak veya sırada durmak
- Ansızın ortaya çıkan ya da duruma bağlı yakınlık görülen Panik Atağın ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması halinde destek edinilemeyeceği ya da kaçmanın güç olacağı durumlarda veya yerlerde olmaktan kaygı duyma durumu.
- Kaygı uyandıran durumlardan uzak durulur. Buna kaçınma denir. Panik Atağın veya benzer belirtilerin ortaya çıkabileceği durumlarda anksiyeteye veya yoğun rahatsızlıkla başa çıkılır, katlanılır ya da yanında birine gereksinim duyulur.

- Duyulan kaygı orantısızdır.
- Kaydı, korku ve kaçınmada devamlılık vardır. Altı ay ya da altı aydan daha fazla sürer.
- Bu rahatsızlık durumu başka herhangi bir kaçınma haliyle, tıbbi bozuklukla açıklanamaz.
- Agorafobi tanısı, Panik Bozukluğa bakılmadan konulabilir bir tanıdır. Gerekli görülürse her iki tanı birden de konulabilir.
- Bu bozukluğa eşlik eden tıbbi bir rahatsızlık varsa, panik benzeri belirtiler yaşamaya dair duyulan korku, çoğunlukla eşlik eden korkudan daha yüksektir.
- Bu bozukluk, belirgin olarak değişikliğe, işlevsizliğe ve sıkıntıya neden olur.

### **2.3.2. Panik Bozukluk**

Şu semptomların hepsi vardır:

Tekrarlanan Panik Ataklar. Sıralı semptomlardan dördünün veya dörtten fazlasının aynı anda başlayıp, on dakika boyunca yükselerek zirveye ulaştığı ve bunun dışında yüksek düzeyde korku ya da huzursuzluk duyma devresinin olması durumunda panik atak denilebilir. Semptomlar şu şekildedir:

- Solunumun kesilmesi
- Sarsılma durumu veya yoğun titreme
- Ölüm hissiyatı
- Karında sızı veya mide bulantısı
- Başta dönme, sersemlik, düşme veya bayılma hissiyatı
- Ter bezlerinde yoğun çalışma
- Vücutta üşüme hissi ya da ateş basması, ürpermeler
- Göğüs bölgesinde daralma ve ağrılar
- Kalp ritminde bozukluk, çoğunlukla çarpıntı
- Nefes alırken darlık hissi, boğulma korkusu

- Gerçeklikten yoksun duygular ya da benliğinden uzaklaşma hissi
- Vücudun belli bölgelerinde hissedilen uyuşmalar veya karıncalanmalar
- Çıldıracağım, kendime hâkim olamayacağım korkuları

En az bir atak, bir ay ya da bir aydan daha fazla süre ile bu semptomlardan birini ya da birden fazlasını görür:

- Tekrarlayıcı ataklara ilişkin devamlı kaygı hali
- Atağın hissettirdikleri ya da sonuçları ile alakalı olarak üzüntülü ruh hali
- Ataklarla alakalı olarak belirgin davranış değişimleri
- Ataklar bir maddenin veya tıbbi bir rahatsızlığın doğurduğu fizyolojik belirtilerle doğrudan ilişkili değildir.
- Bu rahatsızlık durumu başka herhangi bir kaçınma haliyle, tıbbi bozuklukla daha net açıklanamaz.
- Alkol, madde, ilaç kullanımı kontrol edilir.
- Uygulanan iki çeşit tedavi yaklaşımı vardır. Bilişsel-Davranışçı Psikoterapi ve Farmakoterapidir.

### 2.3.3. Özgül Fobi

- Belirli bir duruma veya nesneye karşın ya da belirli bir durumla veya nesneyle karşılaşmaya karşın geliştirilen manasız, devamlı ve belirgin korku hali.
- Kaçınmak istenilen durum veya nesneyle karşılaşma halinde anksiyete tepkisi gösterilir. Bu tepki bir Panik Atağı şeklinde olabilir.
- Özgül Fobisi olan birey, korkusunun manasız ve aşırı olduğunu bilir.
- Bu istenilmeyen durumlardan ya kaçınılır ya da yoğun huzursuzluk haliyle katlanılır.

- Bu hal kişinin işlevselliğini, ilişkilerini, gündelik işlerini, mesleğini ya da eğitimle alakalı işlevselliğini bozar ya da kişide istenilmeyen duruma karşı belirgin bir sıkıntı hali vardır.
- Onsekiz yaşının altında olan, reşit olmamış bireylerde bu durumun devam ettiği süre en az altı aydır.
- Bu rahatsızlık durumu başka herhangi bir kaçınma haliyle, tıbbi bozuklukla daha net açıklanamaz.
- Özgül Fobini tipleri vardı. Bunlar: Hayvan, Doğal/Çevre, Yara/Kan/Enfeksiyon, Durumsal ve Diğer olmak üzere kategorilendirilmiştir.

#### **2.3.4. Sosyal Fobi**

- Yabancı insanlarla karşılaştığı zaman veya toplum içindeyken veya diğer insanların gözünün kendisinin üzerinde olduğunu hissettiğinde kişi kaygı duyar ve bu kaygı devamlı ve belirgindir.
- Kaygı duyulan durumla karşılaşma halinde kişide anksiyete tepkisi görülür. Bu tepki bir Panik Atağı şeklinde olabilir.
- Sosyal Fobisi olan birey, korkusunun manasız ve aşırı olduğunu bilir.
- Bu istenilmeyen durumlardan ya kaçınılır ya da yoğun huzursuzluk haliyle katlanılır.
- Onsekiz yaşının altında olan, reşit olmamış bireylerde bu durumun devam ettiği süre en az altı aydır.
- Bu hal kişinin işlevselliğini, ilişkilerini, gündelik işlerini, mesleğini ya da eğitimle alakalı işlevselliğini bozar ya da kişide istenilmeyen duruma karşı belirgin bir sıkıntı hali vardır.
- Bu rahatsızlık durumu başka herhangi bir kaçınma haliyle, tıbbi bozuklukla daha net açıklanamaz.
- Bu bozukluğa eşlik eden tıbbi bir rahatsızlık varsa, bu, yabancı insanlarla karşılaştığı zaman veya diğer insanların gözünün kendisinde olduğunu hissettiği zaman yaşadığı kaygıyla ilişkili değildir.

### 2.3.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

- En az altı ay boyunca, hemen her gün, pek çok faaliyetle alakalı olarak yüksek düzeyde kaygı hissetme ve kuruntu yapma.
- Bu bozukluğa sahip kişi, kendini kaygılanmaktan kurtaramaz.
- Bu semptomlardan en az üçüne veya üçten daha fazlasına sahip olunmalıdır:
  - Kaslarda gerginlik
  - Erkenden yorulma hali
  - Düşünce bazında odaklanmada güçlük
  - Uyarılara karşı aşırı tepki verme
  - Uykuda bozukluklar
  - Huzursuzluk hali ya da yüksek düzeyde heyecan veya endişeli hal
- Bu bozukluk, belirgin olarak değişikliğe, işlevsizliğe ve sıkıntıya neden olur.
- Bu rahatsızlık bir maddenin veya tıbbi bir rahatsızlığın doğurduğu fizyolojik belirtilerle doğrudan ilişkili değildir.

### 2.3.6. Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

- Obsesyonlar, kompulsiyonlar, Panik Atakları görünür. Belirgin anksiyete vardır.
- Bu rahatsızlığın genel bir tıbbi durumla arasında doğrudan ilişki vardır.
- Başka herhangi bir mental durumla daha net açıklanamaz.
- Bu rahatsızlık hali, yalnızca deliriumun gidişi anında ortaya çıkmaz.
- Bu bozukluk belirgin olarak değişikliğe, işlevsizliğe ve sıkıntıya neden olur.

### 2.3.7. Madde Veya İlaç Kullanımının Neden Olduğu Anksiyete Bozukluğu

- Obsesyonlar, kompulsiyonlar, Panik Ataklar görünür. Belirgin anksiyete vardır.
- Her iki semptomda olmalıdır:

- Madde kullanımı sırasında ya da yoksunluk çekildiği sırada ya da en geç bir ay sonrasında görülmelidir.
- Bu rahatsızlık ilaç kullanımı ile ilişkilidir.
- Bu bozukluk başka herhangi bir anksiyete bozukluğu ile daha net açıklanamaz.
- Bu rahatsızlık hali, yalnızca deliriumun gidişi anında ortaya çıkmaz.
- Bu bozukluk belirgin olarak değişikliğe, işlevsizliğe ve sıkıntıya neden olur.

### **2.3.8. Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu**

Belirli bir anksiyete bozukluğu içine giremeyen, tanı kriterlerini karşılamayan, fakat belirgin olarak kaçınma ve anksiyete olarak fark edilen bozukluklardır.

- Duygudurum Bozukluğu ile Anksiyete Bozukluğu karışıktır. Her ikisine de tam manasıyla dâhil edilemez. (Depresyon ve Anksiyete karışımı)
- Mental rahatsızlık ve tıbbi bir durum söz konusudur. Aynı zamanda ciddi sosyal içe çekilme vardır.
- Hiçbir anksiyete bozukluğu tanı kriterini tam karşılayamadığı halde, birden fazla anksiyete bozukluğunun kriterlerini karşılayabilmektedir.
- Klinisyenin net olarak bir tanının altında konumlandıramadığı durumlar.

### **2.3.9. Tanımlanmış Diğer Bir Anksiyete Bozukluğu**

- Belirli bir anksiyete bozukluğu içine giremeyen, tanı kriterlerini karşılamayan, fakat belirgin olarak kaçınma ve anksiyete olarak fark edilen bozukluklardır.
- Bu hal kişinin işlevselliğini, ilişkilerini, gündelik işlerini, mesleğini ya da eğitimle alakalı işlevselliğini bozar ya da kişide istenilmeyen duruma karşı belirgin bir sıkıntı hali vardır.
- Nedeni belirtilir. Örnek olarak; çoğu günde ortaya çıkmayan yoğun kaygı, sınırlı belirtili ataklar, rüzgâr atakları...

### 2.3.10. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılmak Kaygısı Bozukluğu çocuk ve ergenlerde en az dört hafta, yetişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürmektedir. Semptomları şu şekildedir:

- Birey, bağlandığı kişiden ya da bağlandığı evden ayrılınca yoğun kaygı duyar.
- Bağlandığı insanların başına kötü şeyler gelecek, ölecekler, yaralanacaklar vs. diye aşırı kaygı duyar.
- Bu tür kaygılarından ötürü evinden ayrılmaya, dışarı çıkmaya şiddetle karşı çıkabilir.
- Tek başına kalmaktan, bağlandığı insanlara uzak olmaktan rahatsızlık duyar.
- Uyku konusunda sıkıntı yaşarlar. Bağlandığı insanlardan uzak kalınca ya da evinde olmayınca kişi uykuya direnir.
- Kaygılarına, korkularına yönelik devamlı olarak kâbuslar görür.
- Bağlandığı insanlardan ayrılınca ya da ayrılma konusun geçince bedensel-fizyolojik tepkiler gösterir.
- Bu hal kişinin işlevselliğini, ilişkilerini, gündelik işlerini, mesleğini ya da eğitimle alakalı işlevselliğini bozar ya da kişide istenilmeyen duruma karşı belirgin bir sıkıntı hali vardır.

### 2.3.11. Seçici Mutizm

- Birey, başka durumlarda konuşabiliyor olmasına rağmen belirli bir durum karşısında konuşamıyordur.
- Bu durum devamlılık arz ediyordur.
- Bu hal kişinin işlevselliğini, ilişkilerini, gündelik işlerini, mesleğini ya da eğitimle alakalı işlevselliğini bozar ya da kişide istenilmeyen duruma karşı belirgin bir sıkıntı hali vardır.
- En az bir aydır sürmektedir.
- Bu bozukluk iletişim bozukluğu ile daha net açıklanamamaktadır.

#### **2.4. Anksiyete Bozukluklarında Komorbidite**

Anksiyete, kişide bilişsel bozulmalara zemin hazırlayıp, kişinin gerçeklikle bağdaşmayan düşünceler üretmesine sebep olabilir. Bu durum genellikle, kişinin fiziksel sağlığıyla alakalı endişe duymasına yol açmaktadır. Anksiyete bozukluklarında hipokondriyasis görülme olasılığı çok yüksektir. Kişi, odak noktasını kendine çevirdiği için pek çok bedensel şikâyet üretebilir. Hatta anksiyete bozukluklarının somatizasyon ile birbiri içine geçtiğini söylemek yanlış olmayacaktır (Lipowski ZJ. 1988).

Anksiyete bozuklukları sıklıkla depresyon ile birlikte görülürler. Bazı durumlarda ikisini birbirinden ayırt etmek zorlayıcı olabilir (Özen, D. Ş. ve Temizsu, E., 2010). Bunun dışında alkol/madde kullanımı ve öteki anksiyete bozukluklarıyla beraber görülme sıklığı yüksektir (Koyuncu, A. ve Özyıldırım, İ., 1999).

Diğer yandan, anksiyete bozuklukları pek çok medikal rahatsızlıklarla ilişkili olabilir. Tıbbi hastalıkların nedeni veya eşlik edeni olabilir. Organik rahatsızlıkların anksiyeteyi tetikleyebileceği gayet açıktır. Özellikle nörolojik hastalıklar, kalp-damar rahatsızlıkları ve tiroitle alakalı hastalıklar tetikleyici olabilir (Gelenberg, A. J., 2000).

Psikotik hastalarda ise anksiyete bozukluğuna çoğunlukla ilk dönemlerde rastlanılır. Ve kişilik bozuklukları ile komorbid oldukları da görülür. Özellikle çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerin, sosyal fobik semptomlar göstermesi sebebi ile ayırt edilmeleri zorlaşır. Ayrıca sınırda kişilik bozukluğunda da anksiyete bozukluğu görülebilmektedir (Işık, E. ve Işık Taner, Y., 2006).

Panik bozukluk tanısı almış hastalarda, çoğunlukla anksiyete bozukluğuyla beraber özgül fobi ve sosyal fobi, depresyon, duygudurum bozukluğu, madde kötü kullanımı gibi tanılardan bir veya daha fazlasına sahip olduğu görülür (Binbay, Z., & Koyuncu, A., 2012).

Anksiyeteye eşlik eden hastalıkların tedaviye direnç kazanılmasına neden olduğu belirtilmektedir (Alkın, T., ve E. Onur, 2007).

#### **2.5. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri ve Kuramlar**

Anksiyete bozukluğu tedavisinde çoğunlukla ilaç ve psikoterapi yöntemleri uygulanır, fakat örnek olarak depresyon ile karşılaştırıldığında, depresyon



tedavisinde %85, anksiyete bozukluğu tedavisinde %50 iyileşme hali gözlemlenir (Alkın, T. ve E. Onur, 2007).

Anksiyete tedavisinde psikoterapi bir hayli önemlidir. Bilhassa ev ödevi vermek gibi alıştırmalar bu görüşü desteklenmektedir. Tedavide kullanılan terapötik kuramlar başlıca şunlardır: Maruz bırakma teknikleri, bilişsel terapi teknikleri, progresif relaksasyon (kademeli gevşeme), otojenik eğitim psikodinamik, bilişsel-davranışçı terapiler olduğunu görebiliriz.

Bilişsel yaklaşıma göre, anksiyete ile korku arasında fark vardır. Bu düşünce şu şekilde açıklanabilir; korku bilişsel olarak ortaya çıkarken, anksiyete duygusal olarak ortaya çıkmaktadır. Korku akılcı yöntemleri kullanmak, anksiyete ise bu akılcı yöntemin ardından hissedilen duyguları değerlendirmektir (Beck, A. T., Emery, G., Özakkaş, T., & Öztürk, V., 2006). Yani bilişsel yaklaşıma göre kişi, ilerisini öngöremediği ve sıralı vakaları manalandıramadığı zamanlarda kaygı yaşar. Akıl yürütmede yaşanan sıkıntılar ve kişinin kendini algılamasındaki problemler endişeye, kaygıya ve huzursuzluğa mahal vermektedir (Burger, J. M., 2006).

Sosyal öğrenme kuramının temsilcileri kaygıyı şu şekilde açıklarlar; kaygı sosyal öğrenmenin sonucunda edinilmiş koşullu bir tepkidir. Kişi durumu veya mekânı zihnine nasıl kaydetmişse ona uygun tepki verecektir. Bunun dışında bir başka açıklama ise şudur; yaşamdaki kontrolü kaybetmek, kontrolün kendisinden ziyade başka insanların elinde olduğuna inanmak kişide kaygı uyandıracaktır (Burger, J. M., 2006).

İnsancıl psikolojide, kişinin kendilik algısı ile gerçeklik kavramı arasındaki ahenk bozukluğuna düzensizlik der. Bu düzensizlik, sıkıntılı durumlar karşısında güç kaybı yaşanmasına sebep olur ve yüksek oranda kaygı oraya çıkar (Burger, J. M., 2006),

Psikodinamik yaklaşıma göre, kaygı bilinçdışı çatışmalara ve ego savunmalarındaki sıkıntılı durumlarına bağlanır (Alkın, T., ve E. Onur, 2007). Anksiyete durumunun iki ana açıklaması vardır. Anksiyeteye neden olan ilk uyarı, sıkıntılı duruma karşı üretilen uyarı formudur; ikincisi ise sıkıntılı olarak algılanan dürtülere karşın egonun gücünü yitirmesi durumudur (Ersevim, İ.,1997).

Varoluşçu yaklaşım, hayatta anlamsızlığa düşme düşüncesi ve duygusu sonrasında yaşanan korku ve kaygıya odaklanır (Burger, J. M., 2006). Yaşamdan alınan doyum ne kadar çok ise anksiyete yaşama olasılığı o kadar azdır. Bu tarz bir anksiyete yaşanacak olursa, buna varoluşçu anksiyete denir. Ayrıca ölüme dair geliştirilen korku için ilk anksiyete kaynağı denilir ve bundan sonra gösterilen tüm tepkiler anksiyeteyi alt etme uğraşındandır (Yalom, I. D., & Babayiğit, Z. İ., 2001).

## 2.6. Ölüm Kavramı Ve Tanımı

Canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini kaybetmesi ve kaçınılmaz olmasıyla ölüm, bir nevi hareket ağının son bulmasıdır (Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L., 2012). Her yaş döneminde farklı yorumlanır, ama geri dönüşsüz olduğu mutlaka bilinir ve kabul edilir (Hökelekli, H., 2008). Bu geri dönüşsüzlük, bitiş ve bilinmezlik bilgisi insanın, yaşam enerjisinin büyük bir kısmında, zamanını ölümü yadsımaya adanmasına sebep olmaktadır. Oysa dolu dolu yaşamak ölümün varlığından kaynaklanabilecek en güzel yöneliştir. Heidegger ölümü fark etmenin hayatı anlamlı ve güzel kıldığını önerir ve şöyle der: *“İnsan ölüme giden bir varlıktır. Ölüm var olur olmaz insanı aşan bir biçim almaktadır. Ancak böylece insanın burada oluşunun her dakikası ölümle içten biçim alır. İlk ölüm, yaşamı bir bütünlük, bir birlik haline getirir; ikinci olarak, ancak ölüm yaşama anlam verir. Ölüm olmasaydı hiçbir şeye başlayamazdık. Ama ölümün ne zaman geleceğini bilmiyoruz. Her an gelebileceği için yaşamın anlamı her an gerçekleştirilmelidir. Herkes ölecektir, bunu herkes bilir. Ama insan ölüm korkusunu günlük işler arasında uzaklaştırmaya çalışır. Aslında bütün bunlar kendi ölümü karşısında korkakça bir kaçmadır. Ama kendi ölümünü göz önünde tutan ve yine de sağlam kalan kendini sağlam tutan, kendi varoluşuna doğru açılabilir.”*

İnsan doğar, çocuk olur, büyür, yaşar ve ölür. Hayatının her evresinde ölümü farklı imge ve kelimelerle hafızasında tutar. Sıhhatli olduğu, iyi ve güzel hissettiği dönemlerde ölüm uzak ve kötüdür. Depresif, tutuk veya sıkıntılı hissettiği dönemlerde ise daha yakın ve anlaşılırdır. Ölüm, çocuklara ve gençlere nazaran, yaşlı bireylere daha yakın ve beklenilendir (Özdemir, K., 2014). Bu açıdan insanların gözünde genel geçer bir yere oturtulmuş, yorumları ve algılamaları etkileyen

nedenlerin ötesinde, herkesçe benimsenmiş belli başlı açıklamaları vardır. Bunların içinde hastalık, yaşlılık, savaş sayılabilir.

Varoluşçu psikolojiye göre ise ölüm, insanın yaşamı boyunca içinde düştüğü en büyük ikilemdir. Çünkü insan kendi arzusuyla ölümü seçebildiği gibi, hiç istemese de ölümü tadacaktır. Bu noktadan bakıldığında ölüm, varoluşun en gizemli, çözülmesi en zor kuralıdır (Yanbastı, G.,1990).

Ölüm ve yaşam birbirlerini tamamlayan ve birbirlerini anlamlı kılan ana temalardır. Ölümü yalnızca bir son olarak düşünemez, aynı zamanda yaşamla uyumlu bir olgu olarak da değerlendiririz (Gashi, F., 2011). Ölüm kavramı doğru algılanıp yorumlandığında ve her şeyden önce kabul edildiğinde verimli ve yapıcıdır. Ölüm kavramını olduğu gibi kabul etmek insanda olumlu yönelişlere neden olacaktır.

Ölüm hiçbir çağda basit bir olgu addedilmemiş, hiçbir çağda görmezden gelinmemiştir. Aksine her zaman için önemli görülen, üzerinde düşünülen, yazılan, çizilen bir olgu olmuştur, fakat buna rağmen insanların özgün fikirleri ötesinde, doğrudan araştırmalara konu edilmesine yönelik yirmince yüzyıldan önce hiçbir ciddi adım atılmamıştır (Howze, A. R., 2002). 1900'lü yılların ortalarına doğru ilgi görmüş, daha sonra 1950'li yıllardan sonra araştırmaların konusu olmuştur. Yirminci yüzyıldan sonra ise daha çok ölüm ve ölüm anksiyetesi üzerine çalışılmıştır (Cable, D. G., 1983).

## **2.7. İnsanın Ölümü Algılayışını Etkileyen Faktörler**

İnsanların ölüm karşısında sergilediği tutumlar farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların alt yapısında kişilik özellikleri, meslek, yaş, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kültür ve din, yaşam olayları, medeni durum, gelişimsel süreç ve cinsiyet gibi kategoriler mevcuttur. Bu değişkenler, insanın ölüm anksiyetesi düzeyini doğrudan etkilemektedir.

### **2.7.1. Cinsiyet**

Erkekler ve kadınlar ölüme karşı farklı şekillerde kaygı duygusu barındırırlar. Erkeklerin ölüm kavramına dair yaşadıkları korku, genelde yaşamın sonlanması ve soyunun devam etmemesi şeklindedir. Bu kaygı kadınlarda ise geride kalan ailelerine veya ölüm sırasında yaşanacaklara yöneliktir (Kastenbaum, R., 2007).

Bazı araştırmalar sonucunda ölüm kadınlar için daha olumsuz ve kaygı uyandırıcı bulunmuştur (Keller, J. W., Sherry, D., & Piotrowski, C., 1984; Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R., 1982).

### **2.7.2. Yaş**

Her yaş diliminde ölüm kavramının yorumlanması farklıdır. Gençlik çağlarında ölüm, hayaller karşısında çaresizlik, arzu edilenlere ulaşamama, bir nevi başarısızlık olarak algılanacakken; yaşlılar için çevresindekilere, ailesine ve sevdiklerine karşı yerine getiremeyeceği sorumlulukları hatırlatmaktadır. Yine de yaşlılar ölümü daha anlamlı ve yakın görmektedirler. Bu açıdan da ölüm anksiyeteleri gençlere göre çoğu araştırma sonucunda daha düşük olarak saptanmıştır (Geçtan, E., 2002).

### **2.7.3. Fiziksel ve Ruhsal Hastalık**

Hem fiziksel hastalık hem de psikolojik hastalık bireyin ölüm kavramını yorumlamada etkilidir. Tıbbi hastalığı olan kişide belirli zaman dilimlerinde ölümün olumsuz yorumlandığı gözlemlenir (Kastenbaum, R., 2007).

Ruhsal hastalık ile ölüm kavramını algılama arasında doğrudan ilişki vardır. Kişi depresyon döneminde ölümü farklı yorumlar, manik dönemde farklı yorumlar.

### **2.7.4. Medeni Durum**

İnsan sosyal bir varlıktır. Yanında sırtını yaslayabileceği, güvенеbileceđi ve destek alabileceği birine, birilerine ihtiyaç duyar. Bu nedenle, yalnız olmamak ve biriyle eşleşmek kişinin ölüm kavramına bakış açısını etkilediği düşünülmektedir.

### **2.7.5. Meslek**

Meslek, insanın karşılaştığı, yaşadığı veya anlamlandırdığı birçok şeyi değiştiren ve etkileyen önemli bir olgudur. Ölüm kavramı üzerinden değerlendirildiğinde, ölüm olaylarıyla sık rastlanan meslek erbanının, ölüm olaylarıyla karşılaşmayan meslek erbabına göre ölüm kavramını açıklaması farklı olacaktır (Ertufan, H., 2008).

### **2.7.6. Yaşam Olayları**

Kişinin yaşantısında karşılaştığı olaylar ölüme bakış açısını değerlistirmektedir. Boşanma, taşınma, ilk beyaz saç deneyimi, ailede kayıp gibi gibi sayılabilecek birçok etken vardır (Kastenbaum, R., 2007).

### **2.7.7. Kişilik Özellikleri**

Kişilik insanın hayata bakış açısını şekillendiren önemli bir olgudur. Bu nedenle ölüm kavramını yorumlamasında da önemli bir rol edinecektir. Mesela gergin hisseden, özgüveni düşük olan ve çevresine karşı da güven problemi yaşayan, ortama adapte olmakta zorluk yaşayan bireylerde ölüm anksiyetesi daha yüksek çıkmıştır (Neufeldt, D. E., & Holmes, C. B., 1979).

### **2.7.8. Kültür ve Din**

Her kültürün ve dini inancın ölüm karşısındaki tutumu farklıdır. Kültürler yaşam standartlarını belirlemekte ve hayatı anlamlandırmaktadır. Kültüründe ölüm sonrası yaşam inancı olan bireylerin ölümü yorumlaması daha farklı olacaktır.

Dini inançlarda ölümden sonrası için farklı görüşler vardır. Ölümden sonrasına inanan bireylerde yok olmama, sonsuz yaşam kavramı vardır ve bu inanç, ölümün olumlu algılanmasında büyük rol oynamaktadır. Yapılan bazı araştırmaların sonucunda dinine bağlı olmayan bireylerin ölümden daha fazla korktukları saptanmıştır.

## **2.8. Ölüm Kavramı Karşısında Tutumlar**

Ölüm kavramı karşısında alınan tavır, ahengini ve dengesini kaybettikçe kişinin kaygı seviyesini yükseltmekte ve çevresine adapte olmasını zorlaştırmaktadır (Tanhan, F., 2007). Bu açıdan insanın ölümü nasıl algıladığı önem arz etmektedir. Birey ölüm kavramı karşısında şu tavırları sergileyebilir:

### **2.8.1. Ölümü Kabullememe**

Birey, ölümün varlığını ve gerçekliğini hayatından uzaklaştırmaya yönelik tutum geliştirmiştir. Bir nevi ölümü inkâr etmektedir. Günlük yaşantısında, konuşmalarında veya meşgalelerinde ölüme yer yoktur. Bu tarz tavırlarla, daha çok Batı dünyasında, gelişmiş toplumlarda karşılaşılmaktadır ve iki şekilde sergilenmektedir. İlki maskeleyedir. Kişi ölüm düşüncesinin üzerini örter ve yoğun yaşantısında ölüme katiyen yer vermez. İkincisi ise baskılamadır. Bu tavırla, ölüm bilinçten atılır.

### **2.8.2. Ölüme Meydan Okuma**

Kişide ölüme meydan okuma isteği görülür. Ölümle burun buruna geleceği aktivelere katılmaktan zevk alır. Ölüme kafa tuttuğuna ve onu alt ettiğine inanmak ister.

Ölümle savaşıma yöntemi budur. Bireyin ölüme dair korkuları arttıkça, kendinde yaşama bağlanma eğilimi görür ve bundan haz duyar. Esasında ölümsüzlük arzusunun kaynaklandığı söylenebilir (Hökelekli, H., 2008).

### **2.8.3. Ölümü İsteme**

Freud ölüm içgüdüsünden, Jung ise ana rahmindeki huzurlu hayata dönme arzusunun bahseder. Çağdaş toplumlarda, bireyin farkında olarak veya olmayarak ölümü arzuladığı sıkça görülmektedir. Bu açıdan intiharlar, çağdaş insanın ölümü ne kadar arzuladığının bir göstergesidir.

### **2.8.4. Ölümü Kabullenme**

Varoluşçu yaklaşıma göre ölüm, yaşamı sürdürmedeki temel sebeptir. Ölümü kabullenmek, psikolojik olarak sağlıklı bir yaşamın anahtarıdır. Birey, ölümü kabullendiği ölçüde hayatına anlam kazanacak ve sorumluluklarına zevkle üstlenecektir. Ölümü kabullenmek kişinin ölümle yüzleşmesi demektir ve yaşamına tutunmasını sağlamaktadır. Zaten kabullenme gerçekleşmediği sürece de ölüm kaygısı ve korkusu kendisini doğrudan ya da dolaylı gösterecektir.

## **2.9. Ölüm Anksiyetesi**

Bazı insanlara göre ölümlü olmak, beklenmedik bir anda zamanı, yaşamı ve geleceği sınırlandırabilen; yapılmak istenen onca şeyin yetiştirilemediği, çoğu zaman huzursuz edici ve kaygı vericidir. İnsanın savaş ya da kaç (fight or fly) yapısıyla bağdaştırılır ve bu yönüyle de kaçma fiili için çareler aranmaya başlanır. Anksiyeteyi tetikleyecek olan düşünce sistemi harekete geçer. İnsan tanımladıkları üzerinden hayatına yön veren olduğundan, ölümün sıkıntılı yere konumlandırılması başlı başına hayattaki duruşu etkilemeye adaydır. Kısacası ölüm anksiyetesi doğumun hemen ardından ortaya çıkan, yaşam boyunca süren, tüm korkuların temelini oluşturan, kişilik yapısının oluşmasında büyük yer kaplayan, kendisiyle beraber tüm varlığın da yok olabileceğine dair farkındalık geliştiren bir durumdur.

Varoluşsal yaklaşım açısından ölüm anksiyetesi, hipokondriasis, panik bozukluk, ayrılma anksiyetesi, depresyon ve yeme bozuklukları ile ilgilidir (Greenberg, J. ve ark., 1992).

Anksiyete bozukluklarıyla ölüm anksiyetesi, beklenenden farklı tanı kriterleri gösteren anksiyete bozukluklarıyla da tanımlar arası benzerlik gösterebilir. Geçmiş

çağlarda klinik olmayan ölüm anksiyetesi tedavilerinde bireysel ve grup psikoterapisi, sistematik duyarsızlaştırma, değerlilikle ilgili çalışmalar, gevşeme teknikleri, anksiyete azaltıcı egzersizler, ölüm eğitim programları ve şükretmeyle ilgili görüşmeler uygulanmıştır.

Klinik olmayan ortamda ölüm anksiyetesi kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Ölüm anksiyetesi düzeyini etkileyen başlıca nedenler vardır. Kadın olmak, eğitim düzeyinin yüksek olması, sosyoekonomik düzeyin yüksek olması, ölüm hakkında bilgi sahibi olunması, ölüm ötesi hayata inanılması, ölüm karşısında yas tutulması, bir hedefin olması, bu hedef doğrultusunda yaşam sürülmesi ve dini inançlara sahip olunması ölüm anksiyetesini azaltır. Buna karşın genç olmak, psikolojik sorunların varlığı, fiziksel sağlık sorunlarının varlığı ölüm anksiyetesini arttırmaktadır. Bazı kişilerde ise dini inanç varlığının ölüm anksiyetesini arttırdığı görülmüştür.

Yapılan araştırmalar sonucunda ölüm anksiyetesinin çok boyutlu olduğu tespit edilmiştir (Karaca, F., 2000). Bunları şöyle sıralayabiliriz;

### **2.9.1. Ölme İşi (Acı Duymaya Yönelik Korku)**

Ölüm riski içeren hastalıklar, insanların ölüm ve hastalığı, haliyle de acı duygusunu beraber algılamasına neden olur. Zihinler bu şekilde şartlanmıştır. Bir de dini inanaçlarda ölüm ve sonrası için azap görmeyle alakalı metinler vardır. Bunlar da acı duymaya yönelik korku geliştirilmesine sebep olur (Gazâli, E. H. M., 1975).

### **2.9.2. Yalnızlık Korkusu**

Özellikle hasta bireylerde, çoğunlukla hastane şartlarının neden olduğu, yoğun yalnızlık korkusu görülür. Birey ilk önce ölüm düşüncesiyle karşı karşıya kalır, daha sonra ise diğer insanlar tarafından bir başına bırakılmaya dair kaygı duyar (Kübler-Ross E., 1997).

### **2.9.3. Kontrolü Kaybetmeye Yönelik Korku**

Bazı hastalıklar kişinin vücudu üzerindeki kontrolü yitirmesine neden olmaktadır. Böyle durumlarla karşılaşmaya yönelik geliştirilen korkudur. Çünkü bu, ego tarafından tehdit olarak addedilmektedir (Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L., 2011).

#### **2.9.4. Yok Olma Korkusu**

Ölüm, bir nevi bedeninin yok olmasıdır. Kişi öldüğünde öncelikli olarak bedenini kaybeder ve bu, yok olmakla eşit görülebilir. İnsanda olumsuz yargılara, özsaygıda azalmaya, küçük düşürüldüğünü hissetmeye sebep olabilir. Kaygı ve korku uyandırır (Hökelekli, H., 2008).

#### **2.9.5. Gerileme Korkusu**

Ölüm bir son ise ölüme giden yol gerileme dönemidir. Süreç bu şekilde algılandığı zaman birey, ölüm yaklaştıkça gerilediğine inanır ve kaygı duyar.

#### **2.9.6. Yakınları Kaybetme Korkusu**

İnsan için sevdiklerini kaybetmesi ve yas sürecine görmesi büyük üzüntü nedenidir. Birey, aile fertlerini ve çevresindeki insanları yitirmeye yönelik kaygı duyar (Hökelekli, H., 2008).

#### **2.9.7. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu**

Dini inançların çoğunda ölüm sonrası yaşam için cennet-cehennem tasviri vardır. İnsanların dindar ise cennete, dindar değil ise cehenneme gireceğine ve cehennemde azap göreceğine inanılır. Bu inanç, bireyin korkuya kapılmasına sebep olur (Dalı, T. D. V. E. A. & Dalı, H. E. B.).

#### **2.9.8. Bilinmezlik Korkusu**

Ölüm ve sonrası için net ifadeler kullanmak zordur. Bu belirsizliğe neden olur ve birey, ölüme ve sonrasına yönelik korku duyar, kaygıya kapılır (Salt, A., & Çobanlı, C., 2001).

#### **2.9.9. Kimliği Kaybetmeye Yönelik Korku**

Kimlik, insanın tüm varlığını buluşturan yapıdır. Kendini algılaması ve ifade etmesidir. Ölüm ise, bireyin başta kendi bedeni olmak üzere nesnelere dünyasına ait her şeyin kaybetmesidir. Bu durum, kimlik olgusu için tehdit olarak algılanabilir. Birey, ilişkilerini, yakınlarını kaybedeceğini düşünerek buhran yaşar.

#### **2.9.10. Öngüremezliğe Yönelik Korku**

Ölümün gelişini, zamanını ve şeklini saptamak mümkün olmamaktadır. Birey bir gün öleceğini bilir, fakat bunu ne zaman, hangi şekilde yaşayacağını kestiremez. Her an



olabileceği gibi, bir hastalık sayesinde süreç içinde de gerçekleşebilir. Nitekim her nasıl olursa olsun net tarih ve şekil ifade etmek imkânsızdır. Bu durum, insanda kaygıya mahal vermektedir.

## **2.10. Ölüm Kaygısı Nasıl Ölçülür?**

Ölüm anksiyetesini ölçmede, Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmış bazı ölçekler bulunmaktadır.

### **2.10.1. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği**

15 maddelik, doğru- yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Toplam skor 0-15 arasında olabilir. Yüksek puan alımı, artmış ölüm kaygısını gösterir. Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularına odaklanır.

### **2.10.2. Thorson ve Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği**

25 maddedir. Doğru ve yanlış şeklinde cevaplanır. Ölçekten 0 ile 100 arasında puan alınabilir. Yüksek puan alımı, artmış ölüm kaygısı anlamına gelir.

### **2.10.3. Collet ve Lester Ölüm Korkusu Ölçeği**

Kişinin kendi ölümü, kişinin kendi ölüm anı, diğerlerinin ölümü, diğerlerinin ölüm anı değerlendirilmektedir.

### **2.10.4. Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (Abdul-Khalek)**

20 maddeden oluşmaktadır. Her soru 5 alt seçenek ile yanıtlanır. 1=Hiç ve 5=çok fazla olarak değerlendirilir. Yüksek skor çıkması, artmış ölüm kaygısını göstermektedir. İslam dininin ölüme ve ölüm sonrası hayata bakış açısına yönelik hazırlanmış bir ölçektir.

## **2.11. Ölüm Anksiyetesini Anlamaya Yönelik Kuramlar**

Ölüm anksiyetesini anlamaya yönelik çeşitli yaklaşımlar vardır.

### **2.11.1. Ölüme Psikodinamik Bakış**

Ölüm kaygısının temelinde çocukluk çağı algılamaları olduğu düşünülür. Bu algılamalar oedipal kompleks ve ayrılık korkusu sonucunda suçluluk duymadır. Ölüm kaygısının birçok patolojik ve somatik semptomalara neden olduğu varsayılır.

Freud, geçmiş yaşantıya odaklandığı için ölümü çoğunlukla gözardı etmiştir. Hatta bu önemsemez tavır Freud'un da ölüm anksiyetesi yaşadığı şeklinde yorumlanmaktadır (Yalom, I. D., & Babayiğit, Z. İ., 2001).

Jung ise ölüm anksiyetesinin altında yaşam korkusu yattığını savunur. Ölümü korku uyandırıcı bulan bireylerin, aslında hayatın kendisinden ürktüklerini söyler (Jung, C. G., & Şişman, C., 1965). Horney, ölümün arzulanabileceğini ve bu arzulara evresinden ölüm anksiyetesiyle birleşip sebebine yönelik belirsizliğe neden olacağını söylemiştir (Horney, K., 1980). Zilboorg ölüm anksiyetesinin evrensel olduğunu savunmuştur ve bu anksiyetenin bilinçaltında kalmasını iyiye yorumuştur (Yalom, I. D., 1980; Ertufan, H., 2008).

### **2.11.2. Ölüme Varoluşsal Bakış**

Varoluşçu yaklaşım, bireyin ana meselesini “varlık alanı” ile açıklar ve psikolojik hastalıklarla çatışmalar, bireyin bu varoluşsal kaygıları ile yüzleşmesi, ama bunları çözüme ulaştırıp yapıcı hale dönüştürmemesi ile alakalıdır (Yalom ID., 2001). Ölüm, özgürlük, yalıtım, anlamsızlık kaygıları temel varoluşçu temalardır. Hayat ve ölüm birbirine bağımlıdır, aynı anda varlardır; birbirlerine ardışık değildirler. Ölüm gerçeği, hayat perdesi arkasında sürekli olarak sesini duyurmaya çabalamakta ve yaşantımız üzerinde büyük etki yaratmaktadır (Bahadır, A., 2002).

Anlam kazancı, kültür, dünya görüşü, bağlar ve özgüven ile elde edilir ve bu varoluşsal anksiyeteyi tolere etmeyi sağlar. Ancak, genetik eğilim, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, mizaç, güvensiz bağlanma, travma, kronik stres ve özgüveni azaltan, hayatın anlamını sorgulamayı arttıran diğer hayat güçlükleri de bu varoluşsal anksiyeteyi tolere etme becerisini bozabilir. Bu bozulma doğrudan “ölmekten korkuyorum” düşünceleriyle kendisini gösterebileceği gibi pislik, örümcek, uçuş vs fobileri gibi daha küçük ve daha kolay kontrol edilebilir bir biçimde de dışa vurabilir.

### **2.11.3. Ölüme Bilişsel Bakış**

Bilişsel kuramcılar kaygının, genellemeler ve koşullanmalar sonucunda ortaya çıktığını savunur. Birey, bir durumu veya nesneyi ne kadar tehdit unsuru olarak algırsa o oranda kaygı duyacaktır. Ölümün olumsuz algılanması, ölüme ilişkin kötü yargılar geliştirmekten kaynaklanır (Tanhan, F., 2007).

#### **2.11.4. Dehşet Yönetimi Kuramı**

Ernest Becker'ın çalışmasından yola çıkarak Jeff Greenberg'in geliştirdiği kuram der ki, ölümlülüğü farketmek kendilik algımızı ve sosyal davranışımızı değiştirir. İnsanın canlı kalma motivasyonu, ölümün her an gerçekleşebileceği farkındalığıyla birleşince felç edici ölüm korkusu kendini gösterir.

Bu kurama göre ölüm anksiyetesinin iki bileşeni vardır:

**Bilişsel Bileşen:** Ölüme karşı ilgi, alaka duyma ve onu çokça düşünüp, sık dillendirme

**Duygusal Bileşen:** Ölümün yok edici olduğuna inanarak duygusal gerginlik hissetme

Bireyin kullandığı yakın (proximal) ve uzak (distal) savunmalar ölüm düşüncelerinin ölüm kaygısına dönüşmesini önler.

Birey yakın savunmaları, 'ben ölümlüyüm' inancı bilince aktarıldığı vakit kullanır. Ölümle ilgili düşünceleri bastırmak, ölüme karşı aczi inkar, kendi ya da ötekinin fiziksel sağlığını korumak için çabalamak bunlara örnek verilebilir (Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S., 1999).

Distal savunmalar ise 'ben ölümlüyüm' düşüncesi bilinçli farkındalık dışındayken etkin, bilinçdışı, sembolik savunmalardır. Bunlar, ölümlülük düşüncesine ulaşabilmeyi engelleyen savunmalardır.

Bireyin kendine olan saygısının artırıp, ölümlülüğünü ve buna bağlı olarak ölüm kaygısını bilincinden uzak tutmak için, birey yaşadığı kültürün özelliklerine uyum sağlar, kendi kültürünün gereklerini yerine getirir ve kendini kültürü ile özdeşleştirir. Özsaygı artınca ölüm kaygısı azalır. Kültürel dünya görüşlerini destekleyerek ve uygulayarak ölümsüzlüğe ulaşmak hedeflenir. Dinsel inançlar, çocuklarını kendi uzantıları olarak görmek ve başarıları için hırslanmak ya da ün yapacak bir başarı elde etmek bunlar arasındadır. Kültürel değerlere sahip çıkmak ve grubun bir üyesi olmak ölüm kaygısını azaltmanın etkin bir yoludur.

#### **2.11.5. Ölüm Anksiyetesi ve Psikopatoloji**

Klinik deneyimler göstermektedir ki, birçok psikopatolojinin temelinde ölüm anksiyetesi vardır.

Somatoform ve ilişkili bozukluklarda gözlenen sık doktora gitme ve hâkim olan “ya önemli bir hastalık varsa?” endişesi ölüm anksiyetesinden beslenir. Hipokondriazis olgularında ölüm anksiyetesinin hipokondriazisle pozitif korelasyon gösteriyor olması bunu destekler niteliktedir (Noyes Jr, ve ark., 2002). Ölümle ilişkili temalara in vivo ya da hayali maruz bırakma, kognitif yeniden yapılandırma, hayat hedeflerinin arttırılması, hayattan tad almanın arttırılması, sağlıklı bir hayat tarzı oluşturmak, aşırı kontrollerin azaltılması, onay aramanın azaltılması, güvenlik davranışlarının azaltılması gibi stratejilerin kullanıldığı bir BDT çalışması sonucunda, Hiebert ve arkadaşları 39 hipokondriazis hastasında anlamlı iyileşme bulmuşlardır (Hiebert, C. ve ark., 2005).

Panik bozukluk olgularının panik atakları sırasındaki yaygın düşünceleri olan “Kalp krizi mi geçiriyorum?”, “Nefes alamayacağım ve boğulacağım”, “Ya beyin kanaması geçiriyorsam” düşünceleri, panik atak gelişimi ve sürecinin ölüm anksiyetesinden beslendiğini açıklamaktadır. Bu konu üzerinde yapılan çalışmalar da panik bozukluk olgularında, ölüm anksiyetesinin yüksek olduğunu destekler niteliktedir (Hiebert, C. ve ark., 2005).

Kingman(1928), “tüm fobilerin altında yatan evrensel korku, ölüm korkusudur.” demiştir. Bireyin kendisinin veya önemseydiği bir başka insanın hayatını tehdit eden deneyimler fobilerin gelişmesine olanak sağlayabilir. Fobiler ise, var olan ölüm korkusunu örümcek gibi daha kolay başa çıkılabilir bir nesneye dönüştürerek kontrol altına alır.

Benzer şekilde, agorafobi de genellikle önemsenen insanın ya da kendi fiziksel bütünlüğünün tehdit edildiği travmatik vakalar sonucunda çıkar. Agorafobide görülen kalabalığa karışmamak, ıssız yerlere gitmemek, çıkılması güç yerlerde bulunmamak gibi gibi belirtiler, bireyin başına gelen şeyin kimse tarafından görülmemesi, yalnız bırakılması ve sonunda ölmesi ya da herkesin ortasında rezil olması sonucunda gelişen ölüm endişesine yönelik kaçınma davranışlarıdır.

## **2.12. Ölüm Anksiyetesinde Varoluşçu ve Bilişsel-Davranışçı Tedavi**

### **2.12.1. Varoluşçu Yaklaşım**

Ölüm, özgürlük, yalıtım, anlamsızlık kaygıları gibi temel varoluşsal kaygılara odaklanır. Ölüm kaygısının sosyal, kişisel, spiritüel ve fiziksel varoluşu etkileyen

belirgin ve en temel kaynağı olduğunu söyler. Tedavide amaç farkındalık kazanmak, çatışmaları olabildiğince yüzeye çıkarmak, acıyı-korkuyu-aczi-eksikliği kabul etmektir. Varlığa anlam ve amaç katacak ilişkiler, uğraşlar, hedefler oluşturulur.

### **2.12.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDT)**

Hem bilişsel yeniden yapılandırma hem de davranışsal maruz bırakma ölüm anksiyetesinin temelinde yatan hipokondriazis ve PB'da etkili bulunmuştur (Hiebert, C. ve ark., 2005). Verilen bazı ödevler vardır. Bunlar, kendi mezar taşında ne yazacağını belirlemek; kendi ölüm ilanını yazmak; cenaze törenini hayal etmek ve öldükten sonra ötekilerin hayatını hayal şekilde olabilir.



### 3. YÖNTEM

Bu başlık altında araştırmanın amacı ve araştırma sonucunda elde edilen veriler açıklanmıştır. Araştırmanın örnekleme, araştırmanın modeli, araştırmada veri toplamak için kullanılan araçlar, bu araçlarla toplanan verilerden istatistiksel yöntemlerle analiz yapılması hakkında bilgi verilmiştir.

#### 3.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma iki gruptan oluşmaktadır. Birinci grup hasta grubu (anksiyete bozukluğu tanısı almış grup), ikinci grup ise kontrol grubudur. İlk grubun örneklem seçilimi, tedavi için psikiyatri kliniğine başvuran ve DSM 5'e göre değerlendirilip anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Anksiyete bozukluğuna eşlik eden herhangi bir ölüm anksiyetesinin olup olmadığı ölçülmüş ve elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

İkinci grup ise 18 yaş üstünde olan ve kontrol grubuna dâhil olma kriterlerini karşılayan kişilerden oluşmaktadır. Bu grubun örneklem seçilimi rassal olarak gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna ilk önce KSE envanteri uygulanmış ve psikopatoloji semptomları olmayan bireylerin verileri araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmaya hasta grubundan 60 kişi, kontrol grubundan ise 105 sağlıklı gönüllü katılmıştır.

Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yaşamda Amaçlar Testi ve STAI-I ve II uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS Programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta grubuna dâhil olma ve dışlanma kriterleri şu şekildedir;

- Dâhil olma kriterleri; DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu tanısı almış olması, 18 yaş ve üzeri olmak, gönüllü olmak, okur- yazar olmak
- Dışlanma kriterleri; Psikiyatrik eş tanı, aktif ölümcül bir tıbbi hastalık, ölçeği dolduracak bilişsel kapasiteye olmamak, anket ve formları eksik doldurmak

Kontrol grubuna dâhil olma ve dışlanma kriterleri şu şekildedir;

- Dâhil olma kriterleri; 18 yaş üstü olmak, mental retarda olmamak, okur-yazar olmak, nöropsikiyatrik hastası olmamak, aktif ölümcül bir hastalığın olmaması, gönüllü olması
- Dışlanma kriterleri; Kısa semptom envanteri verilmiş, eğer bu envantere göre psikopatoloji kuşkusu varsa dışlanmıştır.

### 3.2. Araştırma Soruları

Belirtilen genel amaç çerçevesinde, bu çalışma ile şu sorulara cevap alınmak istenmektedir.

- Bu araştırmada ilk olarak “ölüm anksiyetesi olgularında ölüm anksiyetesi sıklığında önemli ölçüde bir farklılık var mıdır, yok mudur?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada ikinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin aldığı tanılara göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada üçüncü olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve olmayan bireylerin yaşlarına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada dördüncü olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve olmayan bireylerin cinsiyetlerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada beşinci olarak “bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

- Bu araştırmada altıncı olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin medeni durumlarına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada yedinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin eğitim düzeylerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada sekizinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin kiminle yaşadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada dokuzuncu olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin kaç kardeş olduğuna göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada onuncu olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada on birinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin gelir düzeylerine göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.



- Bu araştırmada on ikinci olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin madde kullanıp kullanmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.
- Bu araştırmada on üçüncü olarak “anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ailesinde psikiyatrik tanı olup olmadığına göre grupların yaşam amaçları, durumluluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm anksiyetesi ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından bir fark var mıdır?” sorusuna cevap alınmak istenmektedir.

### **3.3. Hipotezler**

H1: Anksiyete bozukluğu olgularında ölüm anksiyetesi sıklığı, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde yüksek görünüyor.

H2: Ölüm anksiyetesi sıklığı, anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarda ve rassal olarak seçilen kontrol grubunda önemli ölçüde farklılık göstermiyor.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Türkçe lm Kaygısı leği, Yaşamda Amaçlar Testi ve STAI-I ve II uygulanmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bu veri formu, hasta ve kontrol grubuna dâhil olan katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Bu formda, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, bireyin kimlerle yaşadığı, kardeş sayısı, yaşadığı bölge, çalışma durumu, mesleği, aylık geliri, ek hastalık-madde kullanım öyküsü, ailesinde psikiyatrik geçmiş olup olmadığı sorulmuştur. (EK-I)

#### **3.4.2. Kısa Semptom Envanteri**

Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilen bu envanter, yalnızca kontrol grubuna dahil olan bireylere uygulanmıştır ve bir psikopatoloji saptandığı takdirde, bu katılımcının verileri araştırmadan dışlanmıştır. 5 alt boyut ve toplam 53 maddeden

oluşmakta olan bu envanter, genel psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan bilindik bir envanterdir.

Bireyler, her maddede bulunmakta olan 0 (Hiç yok), 1 (Biraz var), 2 (Orta derecede var), 3 (Epey var) ve 4 (Çok fazla var) seçeneklerinden kendileri için uygun olanı işaretlerler. Ölçekteki 5 alt boyuttan anksiyete boyutu 13 madde ile depresyon boyutu 12 madde ile, olumsuzluk benlik boyutu 12 madde ile, somatizasyon boyutu 9 madde ile, bir şeyleri kırma ya da dökme isteği ile ilgili olan hostilite boyutu ise 7 maddeden oluşmaktadır.

### **3.4.3. Yaşamda Amaç Testi**

Crumbaugh J. ve Maholick L. tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Bu test, bireyin yaşam amacını ne derece tecrübe edebildiğini gösterdiğine inanılan bir tutum ölçөгüdür. Bütün öğelerin yapısı 7'li puanlama ölçөгü şeklindedir. (Ben genellikle... 1 2 3 4 5 6 7 - Tamamen sıkılmış veya Nötr veya Coşkuluyumdur)

Ölçek alışılmışın dışında, kişinin teorik olarak gerçek tutumunu doğru bir şekilde tanımlayamadığı ve bu yüzden de dolaylı olarak öğrenilmesi gerektiği ilkesine göre tasarlanmıştır. Pratikte kişi biliçli düşünerek gerçek duygularını oldukça güvenilir bir tahminle/yakınlıkla verebilir ve verecektir. (EK-2)

### **3.4.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçөгü**

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Amaç durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini farklı farklı saptamaktır.

#### **3.4.4.1. Durumluk Kaygı (A – State)**

Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler görülür. Bu belirtiler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Kaygının yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, kaygı ortadan kalkınca da azalma olur.

#### **3.4.4.2. Sürekli Kaygı (A- Trait)**

Bireyin kaygı dolu yaşantıya olan yatkınlığını gösterir. Bu bireyler, durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve daha yoğun bir şekilde yaşarlar.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. (EK-3)

#### **3.4.5. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği**

Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 5'li Likert formda hazırlanmıştır. Her bir maddeye verilen 'hiçbir zaman' cevabı için 0 puan, 'nadiren' cevabı için 1 puan, 'ara sıra' cevabı için 2 puan, 'sık sık' cevabı için 3 puan ve 'her zaman' cevabı için 4 puan verilmektedir. Ölçek 0-80 arasında puanlanırken yüksek puanlar yüksek ölüm kaygısına işaret etmektedir. Ölçekte tersine puanlanan madde bulunmamaktadır. (EK-4)

#### **3.5. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonucunda ölçeklerin dağılımının normal olmadığı saptanmıştır. [Sırasıyla;  $z=0,086$ ,  $p=0,005$ ;  $r=0,142$ ,  $p=0,001$ ;  $z=0,083$ ,  $p=0,007$ ;  $z=0,149$ ,  $p=0,001$ ;  $z=0,166$ ,  $p=0,001$ ;  $z=0,137$ ,  $p=0,001$  ve  $z=0,117$ ,  $p=0,001$  ]. İki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grup gruplar arası karşılaştırmaları da Kruskal Wallis H testi yapılmış ve Kruskal Wallis H testi sonucunda anlamlı çıkanlar arasında farklılık yaratan grupları belirlemek için Mann Whitney Testi yapılmıştır. Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon Analizi ile bakılmıştır.

### **3.5.1. Araştırmada Etik Kurallara Uygunluk**

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara gizlilik haklarının korunacağına dair bilgi verilmiştir. Hiçbir kişisel bilginin kimseyle paylaşılmayacağı, yalnızca istatistiksel analizlerde kullanılacağı anlatılmış ve elde edilen tüm verilerin bilimsel kurallara uygun olarak kullanılması dışında hiçbir amaç için kullanılmayacağı söylenmiştir.

## 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

### 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma grubunun sosyo- demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler Tablo1’de verilmektedir.

**Tablo 1:Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımları**

Bireysel Özellikler	Anksiyete bozukluğu tanısı GRUPLAR				Feraks ve yüzdellik değerler		Test	
	Deney		Kontrol		f	%	x <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%				
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	40	66,7	70	66,7	110	66,7	x <sup>2</sup> =0,001 p=1,000	
Erkek	20	33,3	35	33,3	55	33,3		
<b>Yaş</b>								
19-29 yaş arası	19	31,7	29	27,6	48	29,1	x <sup>2</sup> =0,352 p=0,839	
30-39 yaş arası	18	30,0	35	33,4	53	32,1		
40 yaş ve üzeri	23	38,3	41	39,0	64	38,8		
<b>Yaş ortalaması</b>	36,63±11,45		36,20±10,45		36,36±10,79			
<b>Medeni durum</b>								
Bekar	29	8,3	48	45,7	77	46,7	x <sup>2</sup> =0,105 p=0,746	
Evli	31	51,7	57	54,3	88	53,3		
<b>Eğitim düzeyi</b>								
Lise mezunu ve altı	21	35,0	32	30,5	53	32,1	x <sup>2</sup> =0,358 p=0,549	
Üniversite mezunu ve üzeri	39	65,0	73	69,5	112	67,9		
<b>Kimle yaşadığı</b>								
Ebeveynleri ile	21	35,0	27	25,7	48	29,1	x <sup>2</sup> =6,350 p=0,096	
Yakınları ile	7	11,7	11	10,5	18	10,9		
Eş ve çocukları ile	32	53,5	58	55,2	90	54,5		
Yalnız	-	-	9	8,6	9	5,5		
<b>Kardeş durumu</b>								
Kardeşi yok	7	11,7	-	-	7	4,2	x <sup>2</sup> =39,513 p=0,001**	
Bir kardeşi var	18	30,0	7	6,7	25	15,2		
İki kardeşi var	15	25,0	17	16,2	32	19,4		
Üç kardeşi var	9	15,0	39	37,1	48	29,1		
Dört kardeşi ve üzeri	11	18,3	42	40,0	53	32,1		
<b>Yaşadığı bölge</b>								
İl	53	88,3	95	90,5	148	89,7	x <sup>2</sup> =0,190 p=0,663	
İlçe	7	11,7	10	9,5	17	10,3		
<b>Herhangi bir işte çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	29	48,3	59	56,2	88	53,3	x <sup>2</sup> =0,947 p=0,330	
Çalışmıyor	31	51,7	46	43,8	77	46,7		
<b>Gelir düzeyi</b>								
1000 TL – 3000 TL arası	10	16,7	10	9,5	20	12,1	x <sup>2</sup> =7,910 p=0,019*	
3001 TL – 6000 TL arası	33	55,0	42	40,0	75	45,5		
6001 TL ve üzeri	17	28,3	53	50,5	70	42,4		
<b>Madde kullanımı</b>								
Madde kullanmıyor	27	45,0	66	62,9	93	56,4	x <sup>2</sup> =17,721 p=0,001**	
Alkol tüketimi	13	21,7	5	4,8	18	10,9		
Madde kullanımı	3	5,0	-	-	3	1,8		
Sigara kullanımı	15	25,0	31	29,4	46	27,9		
Diğer	2	3,3	3	2,9	5	3,0		
<b>Ailede psikiyatrik hastalık durumu</b>								
Var	41	68,3	9	8,6	50	30,3	x <sup>2</sup> =64,566 p=0,001**	
Yok	19	31,7	96	91,4	115	69,7		
<b>Tanı</b>								
Panik bozukluk	14	23,3	-	-	-	-		
Yaygın anksiyete bozukluk	24	40,1	-	-	-	-		
Sağlık anksiyetesi	11	18,3	-	-	-	-		
Ayrıntılı anksiyetesi	11	18,3	-	-	-	-		

\*\*p<0.01; \*p<0.05

χ<sup>2</sup>= Ki -Kare Testi

Tablo1’de bireylerin bireysel özellikleri verilmiştir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %66,7’si (n=40) kadınlardan ve %33,3’ü (n=20) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaş ortalaması 36,63±11,45 olduğu, %51,7’si (n=31) evli olduğu, %65,0’i (n=39) üniversite mezunu ve üzeri olduğu, %53,5’i (n=32) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta olduğu, %88,3’ü (n=53) il de yaşamakta olduğu, %51,7’si (n=31) herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %66,7’si (n=70) kadınlardan ve %33,3’ü (n=35) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaş ortalaması 36,20±10,45 olduğu, %54,3’ü (n=57) evli olduğu, %69,5’i (n=73) üniversite mezunu ve üzeri olduğu, %55,2’si (n=58) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta olduğu, %90,5’i (n=95) il de yaşamakta olduğu, %56,2’si (n=59) herhangi bir işte çalıştığı görülmüştür [Sırasıyla:  $\chi^2=0,001$ ;  $\chi^2=$  ;  $\chi^2 =0,352$ ;  $\chi^2 =0,105$ ;  $\chi^2 =0,358$ ;  $\chi^2 =6,350$ ;  $\chi^2 =0,190$  ve  $\chi^2 =0,947$  ;  $p>0.05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %30,0’unun (n=18) bir kardeşi olduğu, %25,0’inin (n=15) iki kardeşi olduğu, %18,3’ünün (n=11) dört kardeş ve üzeri olduğu, %15,0’inin (n=9) üç kardeşi olduğu ve %11,7’sinin (n=7) kardeşi olmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %40,0’inin (n=42) dört kardeş ve üzeri olduğu, %37,1’inin (n=39) üç kardeş olduğu, %16,2’sinin (n=17) iki kardeş olduğu ve %6,7’sinin (n=7) bir kardeşi olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin kaç kardeş oldukları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespit edilmesi için Ki-Kare testi uygulanmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $\chi^2 = 39,513$ ;  $p<0.01$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %55,0’inin (n=33) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olduğu, %28,3’ünün (n=17) aylık gelir düzeyi 6001 TL ve üzeri olduğu ve %16,7’sinin (n=10) aylık gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %50,5’inin (n=53) aylık gelir düzeyi 6001TL ve üzeri olduğu, %40,0’inin (n=42) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arası olduğu ve %16,7’sinin (n=10) aylık geliri 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin aylık gelir düzeyleri arasındaki farkın

anlamli olup olmadiginin tespit edilmesi için Ki-Kare testi uygulanmiştir ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $x^2 = 7,910$ ;  $p < 0.05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %45,0'i (n=27) herhangi bir madde kullanmadığı, %25,0'i (n=15) sigara kullandığı, %21,7'si (n=13) alkol tükettiği, %5,0'i (n=3) madde kullandığı ve %3,3'ü (n=2) diğer farklı madde kullandığı görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %62,9'u (n=66) madde kullanmadığı, %29,4'ü (n=31) sigara kullandığı, %4,8'i (n=5) alkol kullandığı ve %2,9'u (n=3) diğer farklı madde kullandığı görölmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin madde kullanıp kullanmadığı arasındaki farkın anlamlı olup olmadiginin tespit edilmesi için Ki-Kare testi uygulanmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $x^2 = 17,721$ ;  $p < 0.01$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %68,3'ünün (n=41) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olduğu ve %31,7'sinin (n=19) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olmadığı görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %91,4'ünün (n=96) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olmadığı ve %8,6'sının (n=9) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olduğu görölmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin ailesinde psikiyatrik bir hastalığı olan bir yakının olup olmadığı arasındaki farkın anlamlı olup olmadiginin tespit edilmesi için Ki-Kare testi uygulanmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $x^2 = 64,566$ ;  $p < 0.01$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %40,1'inde (n=24) yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, %23,3'ünde (n=14) panik bozukluk olduğu, %18,3'ünde (n=11) sağlık anksiyetesi olduğu ve %18,3'ünde (n=11) ayrılık anksiyetesi olduğu görölmüştür.

#### **4.2. Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçekleri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının sırası ile anksiyete bozukluğu tanısı alınıp alınmadığı, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir.

**Tablo 2: Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alıp Almadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Kontrol	105	94,04	9874,50	1990,50	-3,929	0,001**
	Deney	60	63,68	3820,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Kontrol	105	66,56	6988,50	1423,50	-5,853	0,001**
	Deney	60	111,78	6706,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Kontrol	105	59,20	6215,50	650,50	-8,471	0,001**
	Deney	60	124,66	7479,50			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kontrol	105	74,36	7808,00	2243,00	-3,077	0,002**
	Deney	60	98,12	5887,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Kontrol	105	70,94	7449,00	1884,00	-4,324	0,001**
	Deney	60	104,10	6246,00			
Acı çekme alt ölçeği	Kontrol	105	69,97	7346,50	1781,50	-4,669	0,001**
	Deney	60	105,81	6348,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kontrol	105	71,26	7482,50	1917,50	-4,177	0,001**
	Deney	60	103,54	6212,50			

\*\*p<0.01

U= Mann Whitney U Testi

Tablo 2'ye baktığımızda; bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığına göre bireylerin yaşam amaçları ölçeğinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin lehine anlamlı fark bulunmuştur [U=1990,50; p<0,01]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığına göre bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=1423,50 ve U=650,50; p<0,01]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığına göre bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=2243,00; U=1884,00; U=1781,50 ve



U=1917,50; p<0,01]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Kadın	40	28,36	1134,50	314,50	-1,341	0,180
	Erkek	20	34,78	695,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Kadın	40	33,85	1354,00	266,00	-2,103	0,035
	Erkek	20	23,80	476,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Kadın	40	34,01	1360,50	259,50	-2,206	0,027*
	Erkek	20	23,48	469,50			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kadın	40	30,45	1218,00	398,00	-0,031	0,975
	Erkek	20	30,60	612,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Kadın	40	34,41	1376,50	243,50	-2,460	0,014*
	Erkek	20	22,68	453,50			
Acı çekme alt ölçeği	Kadın	40	30,86	1234,50	385,50	-0,229	0,819
	Erkek	20	29,78	595,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kadın	40	32,05	1282,00	338,00	-0,973	0,331
	Erkek	20	27,40	548,00			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Kadın	70	53,29	3730,00	1205,00	-0,136	0,892
	Erkek	35	52,43	1835,00			
Durumluk kaygı ölçeği	Kadın	70	55,66	3896,00	1039,00	-1,267	0,205
	Erkek	35	47,69	1669,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Kadın	70	56,87	3981,00	954,00	-1,844	0,065
	Erkek	35	45,26	1584,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kadın	70	60,64	4245,00	690,00	-3,646	0,001**
	Erkek	35	37,71	1320,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Kadın	70	56,21	3934,50	1000,50	-1,549	0,121
	Erkek	35	46,59	1630,50			
Acı çekme alt ölçeği	Kadın	70	56,59	3961,00	974,00	-1,729	0,084
	Erkek	35	45,83	1604,00			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kadın	70	59,25	4147,50	787,50	-2,977	0,003**
	Erkek	35	40,50	1417,50			

\*\*p<0.01; \*p<0.05

U= Mann Whitney U Testi

Tablo 3'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin cinsiyetlerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, ölümün belirsizliği, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır [Sırasıyla; U=314,50; U=266,00; U=398,00; U=385,50 ve U=338,00; P>0,05].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin cinsiyetlerine göre bireylerin sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak kadınların aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=259,50 ve U=243,50; p<0,05]. Kadınların sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanların erkeklerin sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin cinsiyetlerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=1205,00; U=1039,00; U=954,00; U=1000,50 ve U=974,00; P>0,05].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin cinsiyetlerine göre bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak kadınların aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=690,00 ve U=787,50; p<0,01]. Kadınların ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların erkeklerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşları İle Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiyi Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler		
Ölçekler		Yaş
Yaşam amaçları ölçeğinin puanı	r	0,160
	p	0,223
Durumluk kaygı ölçeğinin puanı	r	-0,019
	p	0,886
Sürekli kaygı ölçeğinin puanı	r	-0,255
	p	0,049*
Ölümün belirsizliği alt ölçeğinin puanı	r	-0,247
	p	0,057
Maruz kalma ölçeğinin puanı	r	-0,058
	p	0,659
Acı çekme alt ölçeğinin puanı	r	-0,003
	p	0,983
Ölüm kaygısı (toplam skor) ölçeğinin puanı	r	-0,149
	p	0,255
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler		
Ölçekler		Yaş
Yaşam amaçları ölçeğinin puanı	r	-0,038
	p	0,697
Durumluk kaygı ölçeğinin puanı	r	-0,098
	p	0,319
Sürekli kaygı ölçeğinin puanı	r	-0,001
	p	0,991
Ölümün belirsizliği alt ölçeğinin puanı	r	-0,038
	p	0,698
Maruz kalma ölçeğinin puanı	r	-0,029
	p	0,766
Acı çekme alt ölçeğinin puanı	r	0,071
	p	0,474
Ölüm kaygısı (toplam skor) ölçeğinin puanı	r	-0,017
	p	0,866
*p<0.05		
R = Korelasyon Analizi		

Tablo 4'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları ile bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür [Sırasıyla  $r=0,160$ ;  $r=-0,019$ ;  $r=-0,247$ ;  $r=-0,058$ ;  $r=-0,003$  ve  $r=-0,149$ ;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları ile bireylerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [ $r=-$

0,255;  $p < 0,05$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları arttıkça bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşları ile bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür [Sırasıyla  $r = -0,038$ ;  $r = -0,098$ ;  $r = -0,001$ ;  $r = -0,038$ ;  $r = -0,029$ ;  $r = 0,071$  ve  $r = -0,017$ ;  $p > 0,05$ ].

**Tablo 5: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Bekar	29	30,22	876,50	441,50	-0,118	0,906
	Evli	31	30,76	953,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Bekar	29	30,33	879,50	444,50	0,074	0,941
	Evli	31	30,66	950,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Bekar	29	33,90	983,00	351,00	-1,459	0,145
	Evli	31	27,32	847,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Bekar	29	33,17	962,00	372,00	-1,148	0,251
	Evli	31	28,00	868,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Bekar	29	30,29	878,50	443,50	-0,089	0,929
	Evli	31	30,69	951,50			
Acı çekme alt ölçeği	Bekar	29	29,60	858,50	423,50	-0,387	0,699
	Evli	31	31,34	971,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Bekar	29	31,90	925,00	409,00	-0,599	0,549
	Evli	31	29,19	905,00			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Bekar	48	53,60	2573,00	1339,00	-0,187	0,852
	Evli	57	52,49	2992,00			
Durumluk kaygı ölçeği	Bekar	48	54,48	2615,00	1297,00	-0,457	0,647
	Evli	57	51,75	2950,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Bekar	48	53,32	2559,50	1352,50	-0,100	0,920
	Evli	57	52,73	3005,50			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Bekar	48	54,59	2620,50	1291,50	-0,493	0,622
	Evli	57	51,66	2944,50			
Maruz kalma alt ölçeği	Bekar	48	55,24	2651,50	1260,50	-0,702	0,483
	Evli	57	51,11	2913,50			
Acı çekme alt ölçeği	Bekar	48	54,22	2602,50	1309,50	-0,381	0,703
	Evli	57	51,97	2962,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Bekar	48	55,26	2652,50	1259,50	-0,699	0,485
	Evli	57	51,10	2912,50			

U= Mann Whitney U Testi

Tablo 5'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin medeni durumlarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=441,50; U=444,50; U=351,00; U=372,00; U=443,50; U=423,50 ve U=409,00; p>0,05].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin medeni durumlarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=1339,00; U=1297,00; U=1352,50; U=1291,50; U=1260,50; U=1309,50 ve U=1259,50; p>0,05].

**Tablo 6: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Lise ve altı	21	29,98	629,50	398,50	-0,171	0,865
	Üniversite ve üzeri	39	30,78	1200,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Lise ve altı	21	33,93	712,50	337,50	-1,117	0,264
	Üniversite ve üzeri	39	28,65	1117,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Lise ve altı	21	32,33	679,00	371,00	-0,598	0,550
	Üniversite ve üzeri	39	29,51	1151,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Lise ve altı	21	34,02	714,50	335,50	-1,148	0,251
	Üniversite ve üzeri	39	28,60	1115,50			
Maruz kalma alt ölçeği	Lise ve altı	21	36,45	765,50	284,50	-1,942	0,052
	Üniversite ve üzeri	39	27,29	1064,50			
Acı çekme alt ölçeği	Lise ve altı	21	33,02	693,50	356,50	-0,827	0,408
	Üniversite ve üzeri	39	29,14	1136,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Lise ve altı	21	35,12	737,50	312,50	-1,504	0,133
	Üniversite ve üzeri	39	28,01	1092,50			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Lise ve altı	32	51,41	1645,00	1117,00	-0,355	0,722
	Üniversite ve üzeri	73	53,70	3920,00			
Durumluk kaygı ölçeği	Lise ve altı	32	50,97	1631,00	1103,00	-0,453	0,650
	Üniversite ve üzeri	73	53,89	3934,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Lise ve altı	32	49,94	1598,00	1070,00	-0,683	0,495
	Üniversite ve üzeri	73	54,34	3967,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Lise ve altı	32	58,59	1875,00	989,00	-1,249	0,212
	Üniversite ve üzeri	73	50,55	3690,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Lise ve altı	32	58,41	1869,00	995,00	-1,223	0,221
	Üniversite ve üzeri	73	50,63	3696,00			
Acı çekme alt ölçeği	Lise ve altı	32	60,97	1951,00	913,00	-1,799	0,072
	Üniversite ve üzeri	73	49,51	3614,00			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Lise ve altı	32	59,69	1910,00	954,00	-1,491	0,136
	Üniversite ve üzeri	73	50,07	3655,00			

U= Mann Whitney U Testi

Tablo 6'ya baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin eğitim düzeylerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=398,50; U=337,50; U=371,00; U=335,50; U=284,50; U=356,50 ve U=312,50;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin eğitim düzeylerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=1117,00; U=1103,00; U=1070,00; U=989,00; U=995,00; U=913,00 ve U=954,00;  $p>0,05$ ].

**Tablo 7: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Kiminle Yaşadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
Yaşam amaçları ölçeği	Ebeveynleri ile	21	28,05	2	0,717	0,699
	Yakınları ile	7	33,50			
	Eş ve çocukları ile	32	31,45			
Durumluk kaygı ölçeği	Ebeveynleri ile	21	29,62	2	0,082	0,960
	Yakınları ile	7	30,93			
	Eş ve çocukları ile	32	30,98			
Sürekli kaygı ölçeği	Ebeveynleri ile	21	35,12	2	2,831	0,243
	Yakınları ile	7	32,50			
	Eş ve çocukları ile	32	27,03			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Ebeveynleri ile	21	31,29	2	2,191	0,334
	Yakınları ile	7	38,79			
	Eş ve çocukları ile	32	28,17			
Maruz kalma alt ölçeği	Ebeveynleri ile	21	31,21	2	0,451	0,798
	Yakınları ile	7	26,36			
	Eş ve çocukları ile	32	30,94			
Acı çekme alt ölçeği	Ebeveynleri ile	21	29,43	2	0,161	0,923
	Yakınları ile	7	29,93			
	Eş ve çocukları ile	32	31,33			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Ebeveynleri ile	21	30,93	2	0,409	0,815
	Yakınları ile	7	34,00			
	Eş ve çocukları ile	32	29,45			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
Yaşam amaçları ölçeği	Ebeveynleri ile	27	56,76	3	1,790	0,617
	Yakınları ile	11	57,14			
	Eş ve çocukları ile	58	52,14			
	Yalnız	9	42,22			
Durumluk kaygı ölçeği	Ebeveynleri ile	27	52,94	3	1,259	0,739
	Yakınları ile	11	62,00			
	Eş ve çocukları ile	58	52,09			
	Yalnız	9	48,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Ebeveynleri ile	27	55,56	3	1,642	0,650
	Yakınları ile	11	60,18			
	Eş ve çocukları ile	58	51,81			
	Yalnız	9	44,22			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Ebeveynleri ile	27	59,09	3	1,597	0,660
	Yakınları ile	11	47,91			
	Eş ve çocukları ile	58	51,53			
	Yalnız	9	50,39			
Maruz kalma alt ölçeği	Ebeveynleri ile	27	58,02	3	2,741	0,433
	Yakınları ile	11	44,82			
	Eş ve çocukları ile	58	50,78			
	Yalnız	9	62,22			
Acı çekme alt ölçeği	Ebeveynleri ile	27	56,54	3	3,372	0,338
	Yakınları ile	11	41,14			
	Eş ve çocukları ile	58	51,90			
	Yalnız	9	64,00			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Ebeveynleri ile	27	59,07	3	1,894	0,595
	Yakınları ile	11	47,00			
	Eş ve çocukları ile	58	50,83			
	Yalnız	9	56,11			

$\chi^2$ = Kruskal Wallis H Testi

Tablo 7'ye baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin kiminle yaşadığına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $\chi^2=0,717$ ;  $\chi^2=0,082$ ;  $\chi^2=2,831$ ;  $\chi^2=2,191$ ;  $\chi^2=0,451$ ;  $\chi^2=0,161$  ve  $\chi^2=0,409$ ;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin kiminle yaşadığına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $\chi^2=1,790$ ;  $\chi^2=1,259$ ;  $\chi^2=1,642$ ;  $\chi^2=1,597$ ;  $\chi^2=2,741$ ;  $\chi^2=3,372$  ve  $\chi^2=1,894$ ;  $p>0,05$ ].



**Tablo 8: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Kaç Kardeş Olduğuna Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	P
Yaşam amaçları ölçeği	Kardeşi yok	7	24,57	4	4,565	0,335
	Bir kardeşi var	18	37,22			
	İki kardeşi var	15	29,87			
	Üç kardeşi var	9	29,22			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	25,18			
Durumluk kaygı ölçeği	Kardeşi yok	7	29,29	4	4,127	0,389
	Bir kardeşi var	18	23,97			
	İki kardeşi var	15	33,17			
	Üç kardeşi var	9	35,17			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	34,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Kardeşi yok	7	27,79	4	5,721	0,221
	Bir kardeşi var	18	23,50			
	İki kardeşi var	15	33,77			
	Üç kardeşi var	9	38,67			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	32,55			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kardeşi yok	7	30,14	4	1,854	0,763
	Bir kardeşi var	18	26,92			
	İki kardeşi var	15	31,63			
	Üç kardeşi var	9	36,39			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	30,23			
Maruz kalma alt ölçeği	Kardeşi yok	7	26,21	4	5,222	0,265
	Bir kardeşi var	18	24,14			
	İki kardeşi var	15	34,73			
	Üç kardeşi var	9	31,72			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	36,86			
Acı çekme alt ölçeği	Kardeşi yok	7	23,29	4	3,014	0,556
	Bir kardeşi var	18	28,11			
	İki kardeşi var	15	30,50			
	Üç kardeşi var	9	34,72			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	35,55			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kardeşi yok	7	27,86	4	2,586	0,629
	Bir kardeşi var	18	25,72			
	İki kardeşi var	15	32,73			
	Üç kardeşi var	9	34,33			
	Dört ve üzeri kardeşi var	11	33,82			

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler (Devamı alt tablodadır.)

$\chi^2$ = Kruskal Wallis H Testi

**Tablo 8'in Devamı: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almayan Sağlıklı Bireyler**

Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
<b>Yaşam amaçları ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	51,50	3	3,259	0,353
	İki kardeşi var	17	51,94			
	Üç kardeşi var	39	47,06			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	59,19			
<b>Durumluk kaygı ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	66,57	3	1,514	0,679
	İki kardeşi var	17	51,97			
	Üç kardeşi var	39	51,55			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	52,50			
<b>Sürekli kaygı ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	68,14	3	5,578	0,134
	İki kardeşi var	17	39,00			
	Üç kardeşi var	39	54,27			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	54,96			
<b>Ölümün belirsizliği alt ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	63,71	3	0,978	0,807
	İki kardeşi var	17	51,18			
	Üç kardeşi var	39	51,96			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	52,92			
<b>Maruz kalma alt ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	49,29	3	0,924	0,820
	İki kardeşi var	17	55,59			
	Üç kardeşi var	39	55,64			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	50,12			
<b>Acı çekme alt ölçeği</b>	Bir kardeşi var	7	56,79	3	0,192	0,979
	İki kardeşi var	17	51,32			
	Üç kardeşi var	39	52,45			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	53,56			
<b>Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)</b>	Bir kardeşi var	7	59,00	3	0,349	0,951
	İki kardeşi var	17	50,97			
	Üç kardeşi var	39	52,99			
	Dört ve üzeri kardeşi var	42	52,83			

Tablo 8'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin kaç kardeş olduklarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $\chi^2=4,565$ ;  $\chi^2=4,127$ ;  $\chi^2=5,721$ ;  $\chi^2=1,854$ ;  $\chi^2=5,222$ ;  $\chi^2=3,014$  ve  $\chi^2=2,586$ ;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin kaç kardeş olduklarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $\chi^2=3,259$ ;  $\chi^2=1,514$ ;  $\chi^2=5,578$ ;  $\chi^2=0,978$ ;  $\chi^2=0,924$ ;  $\chi^2=0,192$  ve  $\chi^2=0,349$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 9: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Herhangi Bir İşte Çalışıp Çalışmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Çalışıyor	29	31,12	902,50	431,50	-0,266	-0,790
	Çalışmıyor	31	29,92	927,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Çalışıyor	29	29,88	866,50	431,50	-0,267	0,790
	Çalışmıyor	31	31,08	963,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Çalışıyor	29	29,97	869,00	434,00	-0,230	0,818
	Çalışmıyor	31	31,00	961,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Çalışıyor	29	29,59	858,00	423,00	-0,392	0,695
	Çalışmıyor	31	31,35	972,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Çalışıyor	29	27,33	792,50	357,50	-1,364	0,172
	Çalışmıyor	31	33,47	1037,50			
Acı çekme alt ölçeği	Çalışıyor	29	27,88	808,50	373,50	-1,131	0,258
	Çalışmıyor	31	32,95	1021,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Çalışıyor	29	27,62	801,00	366,00	-1,236	0,217
	Çalışmıyor	31	33,19	1029,00			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Çalışıyor	59	55,03	3246,50	1237,50	-0,772	0,440
	Çalışmıyor	46	50,40	2318,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Çalışıyor	59	54,14	3194,00	1290,00	-0,433	0,665
	Çalışmıyor	46	51,54	2371,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Çalışıyor	59	49,93	2946,00	1176,00	-1,170	0,242
	Çalışmıyor	46	56,93	2619,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Çalışıyor	59	47,42	2798,00	1028,00	-2,130	0,033*
	Çalışmıyor	46	60,15	2767,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Çalışıyor	59	48,71	2874,00	1104,00	-1,659	0,097
	Çalışmıyor	46	58,50	2691,00			
Acı çekme alt ölçeği	Çalışıyor	59	49,92	2945,50	1175,50	-1,188	0,235
	Çalışmıyor	46	56,95	2619,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Çalışıyor	59	47,69	2813,50	1043,50	-2,027	0,043*
	Çalışmıyor	46	59,82	2751,50			

\*p<0,05

U= Mann Whitney U Testi

Tablo 9'a baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=431,50; U=431,50; U=434,00; U=423,00; U=357,50; U=373,50 ve U=366,00; p>0,05]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, maruz kalma ve acı çekme ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=1237,50; U=1290,00; U=1176,00; U=1104,00 ve U=1175,50; p>0,05].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına göre bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak herhangi bir işte çalışmayan bireylerin aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=1028,00 ve U=1043,50; p<0,05]. Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların herhangi bir işte çalışan bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.



**Tablo 10: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
Yaşam amaçları ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	29,50	2	0,088	0,957
	3001 TL – 6000 TL	33	31,09			
	6001 TL ve üzeri	17	29,94			
Durumluk kaygı ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	35,40	2	1,011	0,603
	3001 TL – 6000 TL	33	29,97			
	6001 TL ve üzeri	17	28,65			
Sürekli kaygı ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	37,80	2	2,111	0,348
	3001 TL – 6000 TL	33	28,88			
	6001 TL ve üzeri	17	29,35			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	42,25	2	6,917	0,031*
	3001 TL – 6000 TL	33	26,00			
	6001 TL ve üzeri	17	32,32			
Maruz kalma alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	40,75	2	4,293	0,117
	3001 TL – 6000 TL	33	29,11			
	6001 TL ve üzeri	17	27,18			
Acı çekme alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	37,60	2	3,465	0,177
	3001 TL – 6000 TL	33	26,95			
	6001 TL ve üzeri	17	33,21			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	1001 TL – 3000 TL	10	42,10	2	5,616	0,060
	3001 TL – 6000 TL	33	27,18			
	6001 TL ve üzeri	17	30,12			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
Yaşam amaçları ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	47,95	2	2,391	0,302
	3001 TL – 6000 TL	42	48,46			
	6001 TL ve üzeri	53	57,55			
Durumluk kaygı ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	44,55	2	4,400	0,111
	3001 TL – 6000 TL	42	60,49			
	6001 TL ve üzeri	53	48,66			
Sürekli kaygı ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	67,45	2	5,585	0,061
	3001 TL – 6000 TL	42	57,64			
	6001 TL ve üzeri	53	46,59			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	51,45	2	2,240	0,326
	3001 TL – 6000 TL	42	58,37			
	6001 TL ve üzeri	53	49,04			
Maruz kalma alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	58,25	2	2,733	0,255
	3001 TL – 6000 TL	42	57,80			
	6001 TL ve üzeri	53	48,21			
Acı çekme alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	63,20	2	1,480	0,477
	3001 TL – 6000 TL	42	53,50			
	6001 TL ve üzeri	53	50,68			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	1001 TL – 3000 TL	10	54,70	2	2,127	0,345
	3001 TL – 6000 TL	42	57,89			
	6001 TL ve üzeri	53	48,80			

\*p<0,05

$\chi^2$ = Kruskal Wallis H Testi

Tablo10'a baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin gelir düzeylerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $x^2=0,088$ ;  $x^2=1,011$ ;  $x^2=2,111$ ;  $x^2=4,293$ ;  $x^2=3,465$  ve  $x^2=5,616$ ;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin gelir düzeylerine göre bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [ $x^2=6,917$ ;  $P<0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin gelir düzeylerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $x^2=0,088$ ;  $x^2=1,011$ ;  $x^2=2,111$ ;  $x^2=4,293$ ;  $x^2=3,465$  ve  $x^2=5,616$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 11: Ölümün Belirsizliği Düzeylerinin Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Değişimini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	30,00	300,00	85,00	-2,303	0,021*
	3001 TL – 6000 TL	33	19,58	646,00			
	Toplam	43					
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	1001 TL – 3000 TL	10	17,75	177,50	47,50	-1,887	0,059
	6001 TL ve üzeri	17	11,79	200,50			
	Toplam	27					
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	3001 TL – 6000 TL	33	23,42	773,00	212,00	-1,405	0,160
	6001 TL ve üzeri	17	29,53	502,00			
	Toplam	50					

\* $p<0,05$

U= Mann Whitney U

N

Tablo11’de görüldüğü üzere; gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arası olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerinin gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür [ $U=85,00$ ;  $p<0,05$ ].

**Tablo 12: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Madde Kullanıp Kullanmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Kullanıyor	33	27,29	900,50	339,50	-1,576	0,115
	Kullanmıyor	27	34,43	929,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Kullanıyor	33	30,80	1016,50	435,50	-0,149	0,882
	Kullanmıyor	27	30,13	813,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Kullanıyor	33	31,56	1041,50	410,50	-0,521	0,602
	Kullanmıyor	27	29,20	788,50			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kullanıyor	33	32,21	1063,00	389,00	-0,840	0,401
	Kullanmıyor	27	28,41	767,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Kullanıyor	33	30,38	1002,50	441,50	-0,060	0,952
	Kullanmıyor	27	30,65	827,50			
Acı çekme alt ölçeği	Kullanıyor	33	32,92	1086,50	365,50	-1,196	0,232
	Kullanmıyor	27	27,54	743,50			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kullanıyor	33	31,48	1039,00	413,00	-0,483	0,629
	Kullanmıyor	27	29,30	791,00			
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Kullanıyor	39	44,86	1749,50	969,50	-2,107	0,035*
	Kullanmıyor	66	57,81	3815,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Kullanıyor	39	49,01	1911,50	1131,50	-1,033	0,302
	Kullanmıyor	66	55,36	3653,50			
Sürekli kaygı ölçeği	Kullanıyor	39	46,87	1828,00	1048,00	-1,587	0,113
	Kullanmıyor	66	56,62	3737,00			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Kullanıyor	39	51,91	2024,50	1244,50	-0,283	0,777
	Kullanmıyor	66	53,64	3540,50			
Maruz kalma alt ölçeği	Kullanıyor	39	53,32	2079,50	1274,50	-0,084	0,933
	Kullanmıyor	66	52,81	3485,50			
Acı çekme alt ölçeği	Kullanıyor	39	53,31	2079,00	1275,00	-0,081	0,936
	Kullanmıyor	66	52,82	3486,00			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Kullanıyor	39	52,04	2029,50	1249,50	-0,249	0,803
	Kullanmıyor	66	53,57	3535,50			

\*p<0.05

U= Mann Whitney U Testi

Tablo12'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin madde kullanıp kullanmadığına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=339,50; U=435,50; U=410,50; U=389,00; U=441,50; U=365,50 ve U=413,00; P>0,05].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin madde kullanıp kullanmadığına göre bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla; U=1131,50; U=1048,00; U=1244,50; U=1274,50; U=1275,00 ve U=1249,50;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin madde kullanıp kullanmadığına göre bireylerin yaşam amaçları ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak madde kullanmayan bireylerin lehine anlamlı fark bulunmuştur [U=969,50;  $p<0,05$ ]. Madde kullanmayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların madde kullanan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 13: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Olup Olmadığına Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	p
Yaşam amaçları ölçeği	Var	41	26,87	1101,50	240,50	-2,369	0,018*
	Yok	19	38,34	728,50			
Durumluk kaygı ölçeği	Var	41	33,39	1369,00	271,00	-1,885	0,059
	Yok	19	24,26	461,00			
Sürekli kaygı ölçeği	Var	41	34,94	1432,50	207,50	-2,896	0,004**
	Yok	19	20,92	397,50			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Var	41	35,80	1468,00	172,00	-3,460	0,001**
	Yok	19	19,05	362,00			
Maruz kalma alt ölçeği	Var	41	35,46	1454,00	186,00	-3,242	0,001**
	Yok	19	19,79	376,00			
Acı çekme alt ölçeği	Var	41	36,61	1501,00	139,00	-4,006	0,001**
	Yok	19	17,32	329,00			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Var	41	36,41	1493,00	147,00	-3,855	0,001**
	Yok	19	17,74	337,00			

\*\* $p<0,01$

U= Mann Whitney U Testi

Tablo13'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığına göre bireylerin durumluk kaygı, ölçeğinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [U=271,00;  $p>0,05$ ].

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığına göre bireylerin yaşam amaçları ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerin lehine anlamlı fark bulunmuştur [U=240,50;  $p<0,01$ ]. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.



Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığına göre bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin aleyhine anlamlı fark bulunmuştur [Sırasıyla; U=207,50; U=172,00; U=186,00; U=139,00 ve U=147,00; p<0,01]. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 14: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Aldığı Tanılara Göre Grupların Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin Puanları Açısından Kruskal Wallis H Testi İle Karşılaştırılması**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler						
Ölçek	Grup	N	S.O	sd	$\chi^2$	p
Yaşam amaçları ölçeği	Panik bozukluk	14	26,39	3	3,190	0,363
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	33,29			
	Sağlık anksiyetesi	11	35,05			
	Ayrılık anksiyetesi	11	25,09			
Durumluk kaygı ölçeği	Panik bozukluk	14	33,86	3	0,807	0,848
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	29,00			
	Sağlık anksiyetesi	11	28,86			
	Ayrılık anksiyetesi	11	31,14			
Sürekli kaygı ölçeği	Panik bozukluk	14	36,68	3	2,737	0,434
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	28,67			
	Sağlık anksiyetesi	11	26,09			
	Ayrılık anksiyetesi	11	31,05			
Ölümün belirsizliği alt ölçeği	Panik bozukluk	14	32,86	3	4,946	0,176
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	24,63			
	Sağlık anksiyetesi	11	33,64			
	Ayrılık anksiyetesi	11	37,18			
Maruz kalma alt ölçeği	Panik bozukluk	14	30,79	3	1,505	0,681
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	27,92			
	Sağlık anksiyetesi	11	30,59			
	Ayrılık anksiyetesi	11	35,68			
Acı çekme alt ölçeği	Panik bozukluk	14	34,96	3	1,297	0,730
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	28,50			
	Sağlık anksiyetesi	11	30,36			
	Ayrılık anksiyetesi	11	29,32			
Ölüm kaygısı ölçeği (toplam skor)	Panik bozukluk	14	32,11	3	2,966	0,397
	Yaygın anksiyete bozukluğu	24	25,92			
	Sağlık anksiyetesi	11	33,64			
	Ayrılık anksiyetesi	11	35,32			

Tablo14'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin tanılarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [Sırasıyla;  $\chi^2=3,190$ ;  $\chi^2=0,807$ ;  $\chi^2=2,737$ ;  $\chi^2=4,946$ ;  $\chi^2=1,505$ ;  $\chi^2=1,297$  ve  $\chi^2=2,966$ ;  $p>0,05$ ].

#### **4.3. Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında bir ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon Analizi ile araştırılmıştır ve sonuçları Tablo12'de verilmiştir.

**Tablo 15: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin Yaşam Amaçları, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiyi Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi**

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler							
Ölçekler		Yaşam amaçları	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Ölümün belirsizliği	Maruz kalma	Acı çekme
Yaşam amaçları	r p	-					
Durumluk kaygı	r p	-0,540 0,001**	-				
Sürekli kaygı	r p	-0,596 0,001**	0,678 0,001**	-			
Ölümün belirsizliği	r p	-0,459 0,001**	0,486 0,001**	0,671 0,001**	-		
Maruz kalma	r p	-0,590 0,001**	0,582 0,001**	0,649 0,001**	0,722 0,001**	-	
Acı çekme	r p	-0,495 0,001**	0,544 0,001**	0,630 0,001**	0,683 0,001**	0,642 0,001**	-
Ölüm kaygısı	r p	-0,540 0,001**	0,589 0,001**	724,00 0,001**	0,934 0,001**	0,892 0,001**	0,791 0,001**
Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireyler							
Ölçekler		Yaşam amaçları	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Ölümün belirsizliği	Maruz kalma	Acı çekme
Yaşam amaçları	r p	-					
Durumluk kaygı	r p	-0,425 0,001**	-				
Sürekli kaygı	r p	-0,489 0,001**	0,576 0,001**	-			
Ölümün belirsizliği	r p	-0,411 0,001**	0,287 0,003**	0,394 0,001**	-		
Maruz kalma	r p	-0,399 0,001**	0,360 0,001**	0,353 0,001**	0,742 0,001**	-	
Acı çekme	r p	-0,397 0,001**	0,254 0,001**	0,389 0,001**	0,769 0,001**	0,761 0,001**	-
Ölüm kaygısı	r p	-0,435 0,001**	0,331 0,001**	0,416 0,001**	0,958 0,001**	0,874 0,001**	0,869 0,001**
**p<0.01; *p<0.05							
R = Korelasyon analizi							

Tablo 15'e baktığımızda; anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla; r=-0,540; r=-0,596; r=-0,459; r=-0,590; r=-0,495 ve r=-0,540; p<0,01]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,678$ ;  $r=0,486$ ;  $r=0,582$ ;  $r=0,544$  ve  $r=0,589$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,671$ ;  $r=0,649$ ;  $r=0,630$  ve  $r=0,724$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,722$ ;  $r=0,683$  ve  $r=0,934$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,642$  ve  $r=0,892$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [ $r=0,791$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=-0,425$ ;  $r=-0,489$ ;  $r=-0,411$ ;  $r=-0,399$ ;  $r=-0,397$  ve  $r=-0,435$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,576$ ;  $r=0,287$ ;  $r=0,360$ ;  $r=0,254$  ve  $r=0,331$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,394$ ;  $r=0,353$ ;  $r=0,389$  ve  $r=0,416$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,742$ ;  $r=0,769$  ve  $r=0,958$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [Sırasıyla;  $r=0,761$  ve

$r=0,874$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [ $r=0,869$ ;  $p<0,01$ ]. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.



## 5. TARTIŞMA ve YORUM

Araştırmada “Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesinin Sıklığı” çalışılmıştır. İlgili kaynaklar tarandığında bu konunun pek az çalışıldığını anlaşılmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yaşamda Amaçlar Testi ve STAI-I ve II uygulanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının sırası ile anksiyete bozukluğu tanısı alınıp alınmadığı, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %40,1’inde (n=24) yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, %23,3’ünde (n=14) panik bozukluk olduğu, %18,3’ünde (n=11) sağlık anksiyetesi olduğu ve %18,3’ünde (n=11) ayrılık anksiyetesi vardır.

İnsanın, yaşamını normal olarak devam ettirmesi ve tehditlerden, risklerden korunması için optimum seviyede anksiyeteye ihtiyacı vardı. Ancak herhangi bir tehdit, risk, tehlike olmadan anksiyete; kişiye özgü, geçmiş yaşantılarla bağlantılı, farklı anlamlandırma ve değerlendirmeye birlikte orantısızlık, yersizlik gösterir. Kişinin yaşamdaki işlevselliğini bozduğu takdirde ise bu anksiyete tedavi gerektiren patolojik bir durum olarak addedilir (Tükel, R., & Alkın, T., 2000).

Ölüm ise sübjektif olarak algılanan ve yorumlanan bir gerçektir. Ölümün yorumlanmasında kültür, yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu vs gibi pek çok faktör önemlilik arz etmektedir.

Bilişsel yaklaşıma göre, anksiyete ile korku arasında fark vardır. Bu düşünce şu şekilde açıklanabilir; korku bilişsel olarak ortaya çıkarken, anksiyete duygusal olarak ortaya çıkmaktadır. Korku akılcı yöntemleri kullanmakta, anksiyete ise bu akılcı yöntemin ardından hissedilen duyguları değerlendirmektir (Beck, A. ve ark., 2006). Yani bilişsel yaklaşıma göre kişi, ilerisini öngöremediği ve sıralı vakaları manalandıramadığı zamanlarda kaygı yaşar. Akıl yürütmede yaşanan sıkıntılar ve kişinin kendini algılamasındaki problemler endişeye, kaygıya ve huzursuzluğa mahal vermektedir (Burger, J. M., 2006).

Anksiyete bozukluğu tedavisinde çoğunlukla ilaç ve psikoterapi yöntemleri uygulanır.

Çalışma anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler ile sağlıklı kontrol grubuna dâhil olan bireyler arasında, ölüm anksiyetesi açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakmak üzere başlatılmıştır. Çıkan bulgular sonucunda ise anksiyete bozukluğu tanısı alan hasta grubun, sağlıklı kontrol grubuna oranla, daha yüksek oranda ölüm anksiyetesi yaşadığı saptanmıştır. Çalışma göstermiştir ki, durumluk ve süreklilik kaygı ölçeğinde yüksek puan alan bireyler, ölümü yorumlarken de daha kaygılı duygular ve düşünceler geliştirebilmektedirler.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %66,7'si (n=40) kadınlardan ve %33,3'ü (n=20) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı alan erkeklerin sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınlar, anksiyete bozukluğu tanısı alan erkeklere nazaran, daha yüksek ölüm kaygısı puanı çıkarmışlardır.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ise %66,7'si (n=70) kadınlardan ve %33,3'ü (n=35) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan kadınların ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan erkeklerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani anksiyete bozukluğu tanısı almayan kadınlar, anksiyete bozukluğu tanısı almayan erkeklere nazaran, daha yüksek ölüm kaygısı puanı çıkarmışlardır.

Çıkan sonuçlara göre, her iki grupta da ölüm anksiyetesi kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmüştür. Cinsiyet farklılığı yaşamı algılarken çeşitlilik yaratmaktadır. Haliyle ölümün yorumlanması açısından da farklılık beklenmiştir. Anksiyete bozukluklarının ve depresyonun kadınlarda daha yüksek çıkmasının nedenleri arasında yanlış yaşantılara maruz kalma, fiziksel veya cinsel istismar olasılığı gibi nedenler sayılmaktadır. Düşük gelir de bu nedenlerden biridir. Hayatın olumsuz ve stresli yönleri kadınların anksiyete bozukluğu geliştirmesine sebep olmaktadır (Morris, C. G., et al., 2002).

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları ile bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı



ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları ile bireylerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları arttıkça bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.

Yaş ilerledikçe insanların ölüme olan yakınlığı da artmaktadır. Bu gerçek, kişinin ölümlerle başa çıkma yolunda daha istikrarlı ve daha tutarlı tutumlar geliştirmesine yardımcı olmaktadır diyebiliriz. Yapılan bazı araştırmalarda da bu tezi doğrular nitelikte sonuç elde edilmiştir. Genç katılımcıların, yaşlılara oranla daha yüksek ölüm kaygısı yaşadığı tespit edilmiştir. (Tang, C. ve ark., 2002; Cicirelli, V. G., 1998).

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %30,0'unun (n=18) bir kardeşi olduğu, %25,0'inin (n=15) iki kardeşi olduğu, %18,3'ünün (n=11) dört kardeş ve üzeri olduğu, %15,0'inin (n=9) üç kardeşi olduğu ve %11,7'sinin (n=7) kardeşi olmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %40,0'ının (n=42) dört kardeş ve üzeri olduğu, %37,1'inin (n=39) üç kardeş olduğu, %16,2'sinin (n=17) iki kardeş olduğu ve %6,7'sinin (n=7) bir kardeşi olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin kaç kardeş oldukları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu açıdan değerlendirildiğinde, bireyin yaşamındaki destek mekanizmalarının anksiyete bozukluğunun gelişmesi açısından fark oluşturup oluşturmadığı araştırılmalıdır.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %55,0'inin (n=33) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olduğu, %28,3'ünün (n=17) aylık gelir düzeyi 6001 TL ve üzeri olduğu ve %16,7'sinin (n=10) aylık gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %50,5'inin (n=53) aylık gelir düzeyi 6001TL ve üzeri olduğu, %40,0'ının (n=42) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arası olduğu ve %16,7'sinin (n=10) aylık geliri 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin aylık gelir düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin gelir düzeylerine göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı

ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ve bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinin puanlarının arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin gelir düzeylerine göre ise bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arası olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerinin gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin eğitim düzeylerine göre ise bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine benzer şekilde, anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin eğitim düzeylerine göre de bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılan, toplamda 165 bireyin sonuçlarına göre, eğitim düzeyinin anksiyete bozukluğu açısından önemli bir etkisi çıkmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek veya düşük olsun fark etmez, bireyin yaşamı stresli algılaması ve anksiyete geliştirmesi mümkündür. Eğitim seviyesi arttıkça hayat bilgisinin artması ve ölüm anksiyetesinin azalması beklenirdi. Bilgi sahibi olmak anksiyeteyi azaltır diye düşünülür, fakat ölümle ilgili duyulan anksiyete demek ki daha temel bir kaygı. Bu konuyla ilgili yapılan bazı araştırmalarda da eğitim düzeyi ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Şenol, C., 1989; Yıldız, M., 1998).

Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların herhangi bir işte çalışan bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. İşsizlik toplumumuzda ciddi bir sorundur. İş hayatında dengeyi tutturamayan bireylerin yaşamın diğer alanlarında da olumsuz duygu ve düşünce geliştirmeye meyilli olduğu görülür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %45,0'i (n=27) herhangi bir madde kullanmadığı, %25,0'i (n=15) sigara kullandığı, %21,7'si (n=13) alkol tükettiği, %5,0'i (n=3) madde kullandığı ve %3,3'ü (n=2) diğer farklı madde kullandığı görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %62,9'u (n=66) madde kullanmadığı, %29,4'ü (n=31) sigara kullandığı, %4,8'i (n=5) alkol kullandığı ve %2,9'u (n=3) diğer farklı madde kullandığı görölmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin madde kullanıp kullanmadığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Madde kullanmayan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların madde kullanan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde kullanmayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların madde kullanan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenle madde kullanmaya yönelmek yaşam amaçlarının oluşturulmasında bir zorlukla ilişkilidir denilebilir. Madde ayrıca anksiyeteyi yatıştırıcı bir rol görüyor olabilir. Yüksek kaygı düzeyi madde kullanım riskini arttırmaktadır (Turhan, E. ve ark./2011).

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları

puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.

Bu da göstermektedir ki, anksiyete olgusu ölüm anksiyetesi gelişimini tetiklemektedir. Zira anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşın, sonuçlardan görüldüğü kadarıyla anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin tanılarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anksiyete bozukluğu tedavilerinde yeterli yanıt alınmaması, çeşitli tedavi yöntemlerine rağmen tekrar nüksedebildiğinin görülmesi ve anksiyete bozukluklarının kronikleşmeye eğilim göstermesi, ölüm anksiyetesinin, anksiyete bozukluklarında göz ardı edilen önemli bir faktör olabileceğini akıllara getirmektedir. Bu çalışma göstermiştir ki, anksiyete bozukluğu olgularında ölüm anksiyetesinin sıklığında artış vardır. Bu nedenle, bilhassa terapilerin ve doktorların bu gerçeği göz önünde bulundurarak tedavi yöntemi belirmesi gerekmektedir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, “*Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi*” konu alındığı araştırmanın sonuçları anlatılmış, literatür ve daha önce yapılan araştırmalar kapsamında değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.

### 6.1. Sonuçlar

- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %30,0’unun (n=18) bir kardeşi olduğu, %25,0’inin (n=15) iki kardeşi olduğu, %18,3’ünün (n=11) dört kardeş ve üzeri olduğu, %15,0’inin (n=9) üç kardeşi olduğu ve %11,7’sinin (n=7) kardeşi olmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %40,0’ının (n=42) dört kardeş ve üzeri olduğu, %37,1’inin (n=39) üç kardeş olduğu, %16,2’sinin (n=17) iki kardeş olduğu ve %6,7’sinin (n=7) bir kardeşi olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin kaç kardeş oldukları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %55,0’inin (n=33) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olduğu, %28,3’ünün (n=17) aylık gelir düzeyi 6001 TL ve üzeri olduğu ve %16,7’sinin (n=10) aylık gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %50,5’inin (n=53) aylık gelir düzeyi 6001TL ve üzeri olduğu, %40,0’ının (n=42) aylık gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arası olduğu ve %16,7’sinin (n=10) aylık geliri 1001 TL – 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin aylık gelir düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %45,0’i (n=27) herhangi bir madde kullanmadığı, %25,0’i (n=15) sigara kullandığı, %21,7’si (n=13) alkol tükettiği, %5,0’i (n=3) madde kullandığı ve %3,3’ü (n=2) diğer farklı madde kullandığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %62,9’u (n=66) madde kullanmadığı, %29,4’ü (n=31) sigara kullandığı, %4,8’i (n=5) alkol kullandığı ve %2,9’u (n=3) diğer farklı madde kullandığı görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı

ile bireylerin madde kullanıp kullanmadığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %68,3'ünün (n=41) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olduğu ve %31,7'sinin (n=19) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olmadığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin %91,4'ünün (n=96) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olmadığı ve %8,6'sının (n=9) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakını olduğu görülmüştür. Bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alıp almadığı ile bireylerin ailesinde psikiyatrik bir hastalığı olan bir yakının olup olmadığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı alan erkeklerin sürekli kaygı ve maruz kalma ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan kadınların ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların anksiyete bozukluğu tanısı almayan

erkeklerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşları arttıkça bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
- Herhangi bir işte çalışmayan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların herhangi bir işte çalışan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin ölümün belirsizliği ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Gelir düzeyi 1001 TL – 3000 TL arası olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerinin gelir düzeyi 3001 TL – 6000 TL arasında olan anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölüm belirsizliği düzeylerine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Madde kullanmayan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların madde kullanan ve anksiyete bozukluğu tanısı almayan sağlıklı bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün



belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görölmüştür.

- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin yaşam amaçları ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görölmüştür.

- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin ölümün belirsizliği ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin maruz kalma ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı almayan bireylerin acı çekme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarda artmakta olduğu görülmüştür.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin tanılarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin tanılarına göre bireylerin yaşam amaçları, durumluk kaygı, sürekli kaygı, ölümün belirsizliği, maruz kalma, acı çekme ve ölüm kaygısı ölçeklerinin puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Sonuçlar göstermektedir ki, anksiyete olgusu ölüm anksiyetesi gelişimini tetiklemektedir.

## 6.2. Öneriler

- Araştırma için hasta grubunun katılımcısı arttırılabilir. Sayı ne kadar yüksek olursa sonuç o kadar gerçekliğe dayanacaktır.
- Araştırma için hasta grubuyla paralel olarak sağlıklı-kontrol grubunun da sayısı arttırılabilir.
- Farklı veya ek ölçek kullanımına başvurulabilir.
- Ölüm anksiyetesinin sorgulanmasında kalitatif veri elde etmek için bireylerle yüzyüze ve ayrıntılı sorgulama yapılması daha faydalı olacaktır.
- Ölüm anksiyetesini araştıran çalışmaların sayısı arttırılmalıdır.
- Ölüm anksiyetesinin başka hangi rahatsızlarda ortaya çıktığı veya çıkabileceği saptanmalıdır.
- Anksiyete bozukluğu olgularında iyi bir tedavi için ölüm anksiyetesine yönelik araştırmaların sayısı çoğalmalıdır.
- Anksiyete bozukluklarının psikoterapisinde sadece hastanın getirdiği semptomlar değil ölüme dair inanışları da çalışılmalıdır. Hangi anksiyete bozukluğu olursa olsun ölüm anksiyetesi tedavi hedefleri arasında yer almalıdır.

## KAYNAKÇA

- Acehan, G., & Eker, F. (2013). Levels of death anxiety, death related depression of health personnel providing emergency medical services, and their coping methods/Acil tip hizmeti veren saglik personelinin olum kaygisi, olume iliskin depresyon duzeyleri ve kullandiklari basa cikma yollari. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1), 27-36.
- Alkın, T., Kavramı, O. E. A., & Bakış, A. B. G. (2007). Köroğlu E, Güleç C,(editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği*, 296-303.
- Aydoğdu, H. (2016). Kierkegaard ve Heidegger’de Ölümün Eksistensiyal-Ontolojik Çözümlemesi. *Kaygı. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*, (27), 127-150.
- Bahadır, A. (2002). Modernitenin Yıkıcı Etkileri Karşısında Savunmasız İnsan. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 13(13).
- Beck, A. T., Emery, G., Özakkaş, T., & Öztürk, V. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı*. Litera yayıncılık.
- Binbay, Z., & Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği/Social Anxiety Disorder and Mood Disorders Comorbidity. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 4(1), 1.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. Kaknüs Yayınları.
- Cable, D. G. (1983). *Death and dying: the universal experiences*. Specialized Studies.
- Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death studies*, 22(8), 713-733.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of personality and social psychology*, 43(4), 775
- Ersevım, İ. (1997). *Freud ve psikanalizin temel ilkeleri*. Nobel Tıp Kitabevleri.

- Ertufan, H. (2008). Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Young, M. C. (1984). Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations. *Clinical Psychology Review*, 4(4), 431-457.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167.
- Gashi, F. (2011). Türk Ve Kosovalı Öğrencilerin Ölüm Kaygısı Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma.
- Gazâli, E. H. M. (1975). İhyâu 'Ulûmi'd-Din, çev. Ahmed Serdaroğlu (İstanbul: Bedir Yay., 1975).
- Geçtan, E. (2002). Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Gençoğlu, C., & Kalkan, M. (2015). Psychological Birth Order and Optimism in High School. *International Online Journal of Educational Sciences*, 7(3).
- Gelenberg, A. J. (2000). Psychiatric and somatic markers of anxiety: Identification and pharmacologic treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 2(2), 49.
- Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Chatel, D. (1992). Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview?. *Journal of personality and social psychology*, 63(2), 212.
- Gürsoy, M. (2012). *Anksiyete bozukluğunun terapisinde "analitik hipnoterapi" nin teoriği ve uygulamaları hakkında bir alan araştırması* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Hiebert, C., Furer, P., Mcphail, C., & Walker, J. R. (2005). Death anxiety: A central feature of hypochondriasis. *Depression and Anxiety*, 22(4), 215-216.
- Horney, K. (1980). Çağımızın Tedirgin İnsanı, Çev. Ayda Yörükkan, İstanbul: Tur Yayınları.

- Howze, A. R. (2002). Death anxiety and psychotherapy: An examination of counselor trainees' reactions to death-related issues.
- Hökelekli, H. (2008). *Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din*. Dem Yayınları.
- Işık, E., & Taner, Y. I. (2006). *Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları*.
- Jung, C. G., & Şişman, C. (1965). *Psikoloji ve Din*. İnsan Yayınları.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review, 34*(7), 580-593.
- Karaca, F., & Psikolojisi, Ö. Beyan Yayınları. *İstanbul-2000*.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21*(1).
- Kastenbaum, R. (2007). Death anxiety.
- Keller, J. W., Sherry, D., & Piotrowski, C. (1984). Perspectives on death: a developmental study. *The Journal of psychology, 116*(1), 137-142.
- Koyuncu, A., & Özyıldırım, İ. (1999). Duygudurum Bozukluğu Eştanısının Sosyal Anksiyete Bozukluğu Üzerine Klinik Etkisi. *Psychol Med, 29*, 555-567.
- Kübler-Ross E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* Çev. Banu Büyükkal, Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry, 145*(11), 1358.
- Morris, C. G., Ayvaşık, H. B., & Sayıl, M. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. Türk Psikologlar Derneği.
- Neufeldt, D. E., & Holmes, C. B. (1979). Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological reports, 45*(3), 907-910.
- NOYES Jr, R. U. S. S. E. L. L., Stuart, S., Longley, S. L., Langbehn, D. R., & Happel, R. L. (2002). Hypochondriasis and fear of death. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(8), 503-509.

- Özdemir, K. (2014). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı* (Doctoral dissertation).
- Özen, D. Ş., & Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1).
- Özen, E. M., Serhadlı, A. N. Z., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1).
- Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 37-43.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: an extension of terror management theory. *Psychological review*, 106(4), 835.
- Russell, J. A., & Mehrabian, A. (1974). Distinguishing anger and anxiety in terms of emotional response factors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(1), 79.
- Salt, A., & Çobanlı, C. (2001). *Dharma Ansiklopedi. İstanbul: Dharma Yayınları.*
- Şenol, C. (1989). Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. *Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Tang, C. S. K., Wu, A. M., & W. Yan, E. C. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26(6), 491-499.
- Tanhan, F. (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi (Doktora tez, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara).
- Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2).
- Turhan, E., İnandı, T., Özer, C., & Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turkish Journal of Public Health*, 9(1), 33-44.

Tükel, R., & Alkın, T. (2000). Anksiyete bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1*, 551-552.

Yalom, I. D., & Babayiğit, Z. İ. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*. Kabalcı Yayınevi.

Yanbastı, G. (1990). Kişilik Kuramları, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. *Vladimir PUTIN'in Valdai Konuşmasının Politik Söylem-Psikoloji Bağlamında İrdelenmesi*.

Yıldız, M. (1998). Dini hayat ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Doktora Tezi. DE Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü*.







T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/550

25/04/2018

**Dr.Öğr.Üyesi Barış Önen ÜNSALVER**  
(Esra Afra YILDIRIM)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2018 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “**Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığı İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## Ek. 2: Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış
4. Eğitim durumunuz: <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkul mezunu <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri
5. Kimlerle yaşıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Ebeveynler ile <input type="checkbox"/> Yakınlar ile <input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar ile <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Sosyal kurum <input type="checkbox"/> Evsiz
6. Kardeş sayınız kaçtır? <input type="checkbox"/> Kardeş yok <input type="checkbox"/> Bir kardeş <input type="checkbox"/> İki kardeş <input type="checkbox"/> Üç kardeş <input type="checkbox"/> Dört kardeş ve üzeri
7. Yaşadığınız Bölge: <input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe

Köy

Çalışma durumunuz:  Çalışıyor  Çalışmıyor

Mesleğiniz:

- Memur  
 İşçi  
 Esnaf  
 Emekli  
 Diğer

Yaşadığınız hanenin aylık gelir miktarı?

- 0-1000 TL  
 1000-3000 TL  
 3000-6000 TL  
 6000-10000 TL  
 10000-... TL

Ek hastalık/Madde kullanım öyküsü:

- Alkol kullanımı  
 Madde kullanımı  
 Sigara kullanımı  
 Gebelik  
 Hepatit  
 Hiv  
 Diğer

12. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü?  Var  Yok

### Ek. 3: Yaşamda Amaç Testi (Purpose in Life Test)



#### YAŞAMDA AMAÇ TESTİ (PURPOSE IN LIFE TEST / PIL)

Adı Soyadı : ..... Tarih: .../.../20...

Protokol No : ..... Cinsiyeti: ..... Yaşı: .....

Yönerge: Her cümlemin karşısında yer alan (1 den 7' e kadar) rakamlardan, tam şu anda size **en doğru** geleni seçin.

1. Ben genellikle;	1	2	3	4	5	6	7
	sıkılırım						coşkulu/istekliyimdir
2. Hayat bana göre;	1	2	3	4	5	6	7
	tamamen sıradan						hep heyecan verici
3. Hayatımda	1	2	3	4	5	6	7
	hiç hedef veya amaçım yoktur						açık hedeflerim ve amaçlarım vardır
4. Benim kişisel varoluşum;	1	2	3	4	5	6	7
	tamamen anlamsız, amaçsız						amaçlı ve anlamlıdır
5. Her gün;	1	2	3	4	5	6	7
	tamamen aynıdır						sürekli yeni ve değişiktir
6. Eğer seçebilseydim;	1	2	3	4	5	6	7
	hiç doğmamış olmayı tercih ederdim						tam da bunun gibi hayat daha yaşamak isterdim
7. Emekli olduktan sonra;	1	2	3	4	5	6	7
	hayatımın geri kalanını tamamen hiçbir şey yapmadan geçireceğim						hep istek duyduğum bazı şeyleri yapacağım
8. Hayat hedeflerine ulaşmada;	1	2	3	4	5	6	7
	hiçbir ilerleme kaydedemedim						tam yerine gelecek şekilde ilerledim
9. Benim hayatım;	1	2	3	4	5	6	7
	boş, sadece umutsuzlukla dolu						heyecan verici şeylerle dolup taşıyor
10. Eğer bugün ölseydim, hayatımın şöyle geçtiğini hissederdim;	1	2	3	4	5	6	7
	tamamen değersiz						çok değerli
11. Hayatım hakkında düşündüğümde;	1	2	3	4	5	6	7
	genellikle niye var olduğuma şaşırım						burada olmak için hep nedenler görürüm.
12. Hayatımla ilişkili olarak dünyayı düşündüğümde, dünya;	1	2	3	4	5	6	7
	beni tamamen karmakarışık eder						yaşamımla anlamlı bir şekilde uyur
13. Ben;	1	2	3	4	5	6	7
	çok sorumsuz biriyim						çok sorumlu biriyim
14. Seçme özgürlüğü konusunda insanlarla ilgili ... düşünürüm;	1	2	3	4	5	6	7
	tamamen kalıtım ve çevrenin kısıtlamalarıyla bağlı olduğunu						tüm hayat seçimlerini yapmada tamamen özgür olduklarımı
15. Ölüm ile ilgili olarak ben;	1	2	3	4	5	6	7
	hazırlıksızım ve çok korkuyorum						hazırım ve korkmuyorum
16. İntihar ile ilgili olarak ben;	1	2	3	4	5	6	7
	bir çıkış yolu olarak ciddi bir şekilde düşündüm						hiç aklıma bile gelmedi
17. Hayatta bir amaç veya görev bulma kabiliyetim	1	2	3	4	5	6	7
	hiç yok diye düşünürüm						çok iyi diye düşünürüm
18. Hayatım;	1	2	3	4	5	6	7
	benim ellerimde değil, dış faktörlerin kontrolünde						benim elimde ve kontrol bende
19. Gündelik işlerimle karşılaşmak	1	2	3	4	5	6	7
	acı verici ve sıkıcı bir deneyimdir						bir zevk ve doyum kaynağıdır
20. Hayatta;	1	2	3	4	5	6	7
	bir görev veya hayat amacı keşfettim						doyum verici bir amaç keşfedemedim

Referans: Crumbaugh, J., & Maholick, L. (1964). An experimental study of existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 200-207.

NP.FR.805

Revizyon No:1 (30.04.2015)

**Uygulayan Psikolog**

#### Ek. 4: Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ)

**Açıklama:** Bu ölçekte gerilim ya da endişeye neden olabilecek bazı deneyim ve durumlarla ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir maddeyi okuyarak, maddede belirtilen durumun genelde sizi ne kadar rahatsız ettiğini "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Ara sıra", "Sık sık" veya "Her zaman" seçeneklerinden birini (X) şeklinde işaretleyerek belirtiniz. Lütfen ifadeler üzerinde fazla düşünmeyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeyi okuduktan sonra fazla zaman sarfetmeden uygun seçeneği işaretleyiniz.

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1	Ölümün nasıl bir şey olacağını bilememek beni kaygılandırır					
2	Ölümün belirsizliği beni kaygılandırır					
3	Ölürken yanımda kimsenin olmaması düşüncesi beni kaygılandırır					
4	Öldükten sonra bana ne olacağı konusunda kaygılanıyorum					
5	Ölümden sonra ne olacağını bilememek beni endişelendirir					
6	Ölümün yalnızlığı beni kaygılandırır					
7	Nasıl öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
8	Ölmenin nasıl bir his olduğunu bilmemek beni endişelendirir					
9	Ne zaman öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
10	Ölüme karşı elimden bir şey gelmemesi beni kaygılandırır					
11	Bir tabut görmek beni kaygılandırır					
12	Ölüm hakkında konuşmak beni kaygılandırır					
13	Ölümlle ilgili bir televizyon programı izlemek beni kaygılandırır					
14	Yolda ilerleyen bir cenaze alayını görmek beni kaygılandırır					
15	Taziye ziyaretlerine gitmek beni kaygılandırır					
16	Ölümlle ilgili bir yazı okumak beni kaygılandırır					
17	Ölmüş birinin arkasından ağlayanları görmek beni kaygılandırır					
18	Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım					
19	Ölürken canımın yanacağı fikri beni kaygılandırır					
20	Yavaş yavaş ölmekten endişelenirim					

## Ek. 5: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

### STA Form TX - 1

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

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

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

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

## STAI Form TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

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

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

Adı soyadı : Esra Afra YILDIRIM  
Doğum Tarihi : 10.05.1994  
E-mail : esrayldmr94@hotmail.com  
Adres : Üsküdar-İstanbul

## Eğitim Durumu

2016-2018. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı (MA-Yüksek Lisans).

2013-2016. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Lisans)

## Yabancı Dil

İngilizce

## İş Geçmişi

Npistanbul Nöropsikiyatri Hastanesi 01. 2016- 02. 2016(1 ay) ( Prof. Dr. Nevzat TARHAN ile birlikte hasta vizitlerine katılım)

T.C. Anadolu Adalet Sarayı 02. 2016- 03. 2016 (1 ay)

Validebağ Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 03. 2016- 04. 2016 (1 ay) (ergenler ile çalışma)

Validebağ Mustafa Necatibey Öğretmenler Huzurevi 04. 2016- 05. 2016 (1 ay) (huzurevi sakinleri ile ilgilenme)

NP İstanbul 2017-2018 (Stajyer Psikolog)

Özel FSM Tıp Merkezi 2017-2018 (Psikolog)