

**T. C.**

**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KLİNİK PSİKOLOJİ**

**DEPRESİF YAKINMALARI OLAN HASTALARIN  
DEPRESYON İLE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SUNA ÖZİŞİK EYÜBOĞLU**

**071106121**

**Danışman Öğretim Üyesi**

**Yrd. Doç. Dr. NİLGÜN ÖNGİDER**

**İstanbul, Kasım 2009**



## ÖNSÖZ

Çalışmam boyunca bana her konuda yardımcı olan danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖNGİDER'e, özellikle istatistik konusundaki desteğinden ötürü Sn. Psi. Dan. Dr. Mustafa OTRAR'a, çalışmam boyunca her türlü konuda bana yardımcı olan sevgili dostum Uzm. Psikolog Ahu ÖZMEL ÇIKAR'a teşekkür ederim.

Bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan, her zaman desteklerini ve güvenlerini hissettiren; sevgili babam Behnan ÖZİŞİK'a, annem Hatice ÖZİŞİK'a, canım kardeşlerim Bayram ve Ali Can ÖZİŞİK'a, her daim varlıklarını ve güvenlerini hissettiğim dedem Bayram ÖZİŞİK ve babaannem Suna ÖZİŞİK'a, çalışmamda büyük özveri ile bana yardımcı olan halam Cemile İSTİF'e çok teşekkür ederim.

Ve sevgili eşim, yol arkadaşım, Mehmet H. EYÜBOĞLU'na hayatımın her anında olduğu gibi bu süreçte de yanımda olduğu, bana daima güvendiği ve en önemlisi de sabrı için çok teşekkür ederim...

Suna ÖZİŞİK EYÜBOĞLU

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, depresif belirtiler gösteren kişilerin ölüm kaygısı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Ülkemizde depresyon ve ölüm kaygısının incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu açıdan çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma örneklemini İstanbul ilinde bulunan bir devlet hastanesi'nin Psikiyatri polikliniğine Depresif belirtilerle başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşları 18 ile 60 arasında değişen 135 hasta (100 kadın ve 35 erkek) oluşturmaktadır. Hastalara Beck Depresyon Envanteri ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların yaş grupları ergenlik, genç yetişkinlik, orta yetişkinlik ve ileri yetişkinlik olmak üzere dört gelişim dönemine ayrılmıştır. Ergenlik dönemi 18-20 yaş arasını kapsamaktadır. Genç yetişkinlik dönemi 21-40 yaşları arasındadır. Orta yetişkinlik dönemi 41-60 yaşları arasındadır. İleri yetişkinlik 61-70+ yaşları arasındadır (Aydın, 2005). Bu çalışmada tanımlanan üç grup ergenlik, genç yetişkinlik ve orta yetişkinlik dönemleri ele alınmıştır.

Örnekleme oluşturan hastalara Beck depresyon ölçeği, templer ölüm kaygısı ölçeği uygulanmıştır. Hastalar hakkında bilgi araştırmacı tarafından oluşturulan bireysel bilgi toplama formu ile toplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel işlemlerinde değişkenlere göre t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann-Whitney-U testi, Kruskal-Wallis testi ve Pearson Korelasyon teknikleri kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, Beck Depresyon ölçeği puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, kadınların depresyon puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ölüm Kaygısı ölçeği puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde ise, kadınların ölüm kaygısı puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. B.D.E. puanları yaş değişkenine göre incelendiğinde, 18-20 yaş aralığındaki bireylerin depresyon puanları 21-40 ve 41-60 yaş grubundaki bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. B.D.E. puanları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, bekar bireylerin depresyon puanları evlilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

B.D.E. puanları eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde, lise mezunu gruptaki bireylerin depresyon puanları üniversite mezunu grubu bireylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. B.D.E. puanları algılanan gelir düzeyi değişkenine göre incelendiğinde, kendilerini orta gelir düzeyinde algılayan bireylerin depresyon puanları kendilerini iyi algılayan bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ölüm Kaygısı Ölçeğinde 5 ve üstü puan alan bireylerin ve 2,01-4-99 arasında puan alan gruptan daha yüksek; 2,01-4-99 arasında puan alan grup da 0-2 arasında puan alan gruptan önemli şekilde yüksek depresyon puanına sahiptir.

Beck depresyon puanları ile ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan analiz sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p < .01$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r = 0,366$ ;  $p < .01$ ). Buna göre depresyon yakınması olan

hastaların depresyon düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeyleri artmakta, depresyon düzeyleri azaldıkça ölüm kaygısı düzeyleri de azalmaktadır, sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra yapılan incelemede, hafif düzey depresyon grubunda olanlarla orta düzey depresyon grubunda olan grup arasında orta düzey depresyon grubu lehine  $p < ,05$  düzeyinde; hafif düzey depresyon grubunda olanlarla ağır düzey depresyon grubunda olan grup arasında ağır düzey depresyon grubu lehine  $p < ,001$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani orta ve ağır düzey depresyon tanısı konmuş bireyler hafif depresyon düzeyi tanısı konulan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek ölüm kaygısı yaşamaktadır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).

Anahtar Kelimeler; Depresif yakınma, Depresyon, Ölüm Kaygısı, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri

## ABSTRACT

The aim of the study is to research the relationship between the death anxiety and the depression level of those who have symptoms.

Depression and death anxiety was examined in our country does not have a study. From this point of the study is thought to contribute to the literature.

The research sample consist of 135 patients at the ages of 18 and 60 (100 women and 35 men),who have applied to the psychiatry policlinics of a state hospital in İstanbul because of depression symptoms.

The patients were given Beck Depression Inventory and Templer's Death Anxiety Scale. The age groups of the patients were divided into four growing-up periods such as adolescence, young adulthood, middle adulthood and further adulthood. Adolescence period includes the age of 20. The young adulthood includes the age of 21 and 40. The middle adulthood includes the age of 41 and 60 and the further adulthood includes 61 and 70 (Aydın, 2005). In this study there are three groups; adolescence, young adulthood and middle adulthood.

The patients consist of the sample were given back depression and Templer death anxiety scale. The infomation about the patients was collected by means of the individual information collecting forms by the researcher.

In the analysis of data base SBSS 16 packet programme was used. In the statistic process, according to the variable, T test, single directed variance analysis, Mann Whitney- u test and Pearson correlation techniques were used.

According to the findings of the research when back depression scale points were studied as to sexual variables the depression points of the women were found extremely higher rather than men's. When death anxiety scale points were studied as to sexual variables, the anxiety points of the women were also found higher than men's. When B.D.E points were studied according to the age variables the depression points of the people at the age of 18-20were higher than the points of the people at the age of 21-40and 41 -60. When the points of B.D.E were studied according to the marrital state, the depression points of single people were found higher than the points of married people .Also when the same thing was studied as to educational level, the points of the people graduated from high schools were higher than the people graduated from universities. When the points of B.D.E were studied as to the financial status, the depression points of the people who perceive themselves as middle level in financial status were higher than people who think themselves as the rich.

In the death anxiety scale the points of individuals who got 5 and more than 5 were higher than the points of those who got 2.01 and 4.99.Also the points of the individuals who got 2.01 and 4.99 were pretty higher than the depression points of those who got 0-2.

In the result of analysis which was made to determine the relationship between back depression points and death anxiety points, it was found that there was a significant relationship, which was statistically on the positive side at the level of  $p < 0.01$ . ( $r = 0,366$ . $p < 0.01$ )

As a result it was found that the death anxiety level of the patients who had depression symptoms was getting higher as their depression level was getting higher; that the death anxiety level was getting lower as their depression level was getting lower. Also in the research it was found that there was a significant variant at the level of  $p < 0.05$  in the favour of middle level depression group between the low level depression group and the middle level depression group and that, between the low level depression group and the high depression group, there was a significant variant at the level of  $p < 0.001$  in the favour of the high level depression group.

Namely, people who were diagnosed as middle and high depression diagnosis have pretty higher death anxiety rather than those who have less depression. The difference of the arithmetic average amongst the other groups wasn't found statistically significant.

**Key Words;** Depression Symptoms, Depression, Death Anxiety, Templer Death Anxiety, Beck Depression Inventroy

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xvi
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Depresyon	3
1.2. Ölüm	10
1.2.1. Psikolojide Ölüm Kavramı	12
1.2.2. Ölüm Kaygısı	16
1.2.3. Ölüm Kaygısı ve Depresyon	22
1.3. Problem	25
2. Hipotez.	25
3. Önem	26
4. Kapsam ve Sınırlılıklar	27
5. Varsayımlar	27
BÖLÜM II	
YÖNTEM	
2.1. Araştırma Modeli	28
2.2. Evren ve Örneklem	28
2.3. Veri Toplama Araçları	28
2.3.1. Beck Depresyon Envanteri	29
2.3.2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	30



2.3.3. Bireysel Bilgi Toplama Formu	32
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	32
<b>BÖLÜM III</b>	
Bulgular ve Yorum	
3.1. Sosyodemografik Bulgular	33
3.2. Beck Depresyon Ölçeği İçin Yapılan Karşılaştırma Analizleri	39
3.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği İçin Yapılan Karşılaştırma Analizleri	52
<b>BÖLÜM IV</b>	
Tartışma	63
Sonuç ve Öneriler	68
<b>KAYNAKLAR</b>	70
<b>EKLER</b>	
Ek. 1. Beck Depresyon Envanteri	76
Ek. 2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	79
Ek. 3. Bireysel Bilgi Toplama Formu	81
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	83

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Cinsiyet Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	33
<b>Tablo 2.</b> Yaş Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	33
<b>Tablo 3.</b> Medeni Durum Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	34
<b>Tablo 4.</b> Çocuk Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	34
<b>Tablo 5.</b> Çocuk Sayısı Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	34
<b>Tablo 6.</b> Nerede Yaşadığı Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	35
<b>Tablo 7.</b> Eğitim Düzeyi Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	35
<b>Tablo 8.</b> Algılanan Ekonomik Durum Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	35
<b>Tablo 9.</b> Ölüm Tehlikesi Atlamış Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	36
<b>Tablo 10.</b> Bir İnsanın Ölümüne Tanık Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	36
<b>Tablo 11.</b> Bir Yakınınızı Kaybetmiş Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde D Değerleri	36
<b>Tablo 12.</b> Ciddi Sağlık Sorununuz Olup Olmaması Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	37
<b>Tablo 13.</b> Bir Ameliyat Olup Olmaması Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	37
<b>Tablo 14.</b> Ağır Hastalık Geçirip Geçirmeme Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	37

<b>Tablo 15.</b> İlaç Kullanıp Kullanmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	38
<b>Tablo 16.</b> Ailede Ruhsal Hastalık Geçirmiş Kişiler Olup Olmaması Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	38
<b>Tablo 17.</b> Beck Grup Puan Türü (3'lü) Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	38
<b>Tablo 18.</b> Ölüm Kaygısı Puanı (grup) Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri	39
<b>Tablo 19.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	39
<b>Tablo 20.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	40
<b>Tablo 21.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları	41
<b>Tablo 22.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	42
<b>Tablo 23.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	43
<b>Tablo 24.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	43
<b>Tablo 25.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	44
<b>Tablo 26.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	44

<b>Tablo 27.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları	45
<b>Tablo 28.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	46
<b>Tablo 29.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları	46
<b>Tablo 30.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüm Tehlikesi Atlatma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	47
<b>Tablo 31.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüm Tanıklık Etme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	48
<b>Tablo 32.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Bir Yakınını Kaybetme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	48
<b>Tablo 33.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ciddi Sağlık Sorunu Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	48
<b>Tablo 34.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ağır Hastalık Geçirme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	49
<b>Tablo 35.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	49

- Tablo 36.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Geçiren Biri Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 50
- Tablo 37.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Ölüm Kaygısı Ölçeği Grupları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 50
- Tablo 38.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ölüm Kaygısı Puanları Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları 51
- Tablo 39.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 52
- Tablo 40.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 53
- Tablo 41.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 54
- Tablo 42.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 54
- Tablo 43.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 54
- Tablo 44.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları 55
- Tablo 45.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 55

<b>Tablo 46.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	56
<b>Tablo 47.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüm Tehlikesi Atlatma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	56
<b>Tablo 48.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüme Tanıklık Etme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	57
<b>Tablo 49.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Bir Yakınını Kaybetme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	57
<b>Tablo 50.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Ciddi Sağlık Sorunu Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	58
<b>Tablo 51.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ağır Hastalık Geçirme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları	58
<b>Tablo 52.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	59
<b>Tablo 53.</b> Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Geçiren Biri Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	59
<b>Tablo 54.</b> Beck Depresyon Puanları İle Ölüm Kaygısı Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları	60

**Tablo 55.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Beck Grupları (3'lü) Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 60

**Tablo 56.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Beck Grupları (3'lü) Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Scheffe Testi Sonuçları 61

## ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 40
- Şekil 2.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 41
- Şekil 3.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 42
- Şekil 4.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 45
- Şekil 5.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 47
- Şekil 6.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Ölüm Kaygısı Ölçeği Grupları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 52
- Şekil 7.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 53
- Şekil 8.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Beck Grupları (3'lü) Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 62



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Depresyon yaygınlığı, kişisel ve toplumsal maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda toplumda en önemli ve en yaygın görülen psikiyatrik hastalıktır. Türkçesi çökkünlük anlamına gelen depresyon derin üzüntü, bunaltı, çaresizlik, kendine güvenmeme, yalnızlık, iştah azalması veya artması, değersizlik, isteksizlik, uykusuzluk veya aşırı uyku, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, genelde yaşama karşı ilgisizlik, cinsel istek ve etkinlikte azalma, intihar düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Hasta için depresif duygudurumun olağan kabul edilebilecek üzüntü duygusundan çok ayrı bir niteliği vardır. Hastalar çoğu kez depresif duygudurumunu ıstırap veren duygusal bir ağrıymiş gibi tanımlarlar. Depresyon yoğun psikolojik rahatsızlık hissettirdiğinden dolayı kişilerin hayatlarını yeterince kaliteli yaşayamamalarına neden olur. Depresyondaki hastalar aile birliklerini sürdürmede problem yaşar, çocuklarıyla yeterince ilgilenemezler, işlerinde üretkenlikleri azalır, sosyal ilişkilerinde problemler yaşar. Depresyonun şiddetine paralel olarak belirtiler azalabilir veya artabilir (Öztürk, 2001; Kırılı, 2008; Arslanoğlu, 2002; Ziyalar 2006; Budak, 2000).

Yapılan araştırmalar sonucunda; depresyonun oluşumunda tek bir risk etkeni olmadığı, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması üzerinde durulmuştur. Depresif bozuklukları olan hastaların genellikle premorbid(hastalık öncesi) bir kişilik bozukluğu yoktur. Depresyona çok yatkın olan hiç bir kişilik örüntüsü yoktur. Ne tür kişilik örüntüsü olursa olsun belirli birtakım koşullar altında kaldığında depresyona girebilirler. Ancak benlik saygısı düşük, güçlü süperegosu olan, kişiler arası ilişkilerinde bağımlı olan, olgun ve sürekli nesne ilişkileri kuramayan kişilerin depresyona daha yatkın olduklarından söz edilmektedir (Köroğlu, 1993). Diğer bir görüşe göre de; Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunun tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik

bozukluklar depresyon için temel risk etmenleri gibi görülmektedir (akt. Ünal ve Özcan, 2000).

Yapılan epidemiyolojik araştırmalar, majör depresyon ve distimik bozukluğun görülme sıklığının kadınlarda %2,2 ile 5,4 arasında; erkeklerde %1,2 ile 2,6 arasında değiştiğini göstermektedir (Durak- Batıgün, 2001).

Depresyon birçok belirti ya da hastalıkla birlikte de görülebilir. Bu nedenle birçok araştırmada farklı hastalıklarla ilişkisine de bakılmıştır. Bu araştırmalarda depresyonda en sık görülen belirtinin anksiyete olduğu saptanmıştır. Anksiyetenin farklı alt dalları ile depresyonun ilişkileri de araştırılmıştır. Yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda da ölüm kaygısı literatüründe depresyon üzerinde durulan bir değişkendir.

Ölüm çağlar boyu insanların üzerinde düşündüğu ve birçok açıdan araştırdığı bir konudur. Geçmişten günümüze kadar ölüm üzerine birçok tanımlama yapılmıştır. Ölüm insanoğlu için kontrol edemediği ve kendisine ait olan hayatın kendi kontrolünün dışında elinden alınması olarak algılandığı için kaygı düzeyini artırmaktadır. Yalom'a (1999) göre ölüm ilk anksiyete kaynağı ve bu sıfatla ilk psikopatoloji kaynağıdır. İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda varolmama tehdidi de temsil etmektedir.

Tomer ve Eliason'a (1996) göre ölüm kaygısı, kendiliğin var olmama durumunu sezinleme sonucu uyanan olumsuz duygusal tepkidir.

Ülkemizde depresyon ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Işık, Taner, Işık, 2008; Karaca 1997). Depresyonun birçok patoloji ile ve değişkenle ilişkisine bakılmıştır. Fakat ölüm kaygısı ile ilişkisinin incelendiği bir araştırma yapılmamıştır. Yurtdışında ise depresyon ile ölüm kaygısının incelendiği çalışmalar yapılmıştır ( şenol, 1989; Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004; Oei, Bullbeck ve Campbell, 2006).

Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde bazı çalışmalarda depresyon ile ölüm kaygısı arasında anlamlı yönde ilişki olduğu, bazı çalışmalarda ise depresyon ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu açıdan literatürde tutarsızlık olduğu saptanmıştır (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004; Abdel-Khalek, 1997). Ülkemizde depresyon ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.1. DEPRESYON**

M.Ö. 1400–1500 yıllarından beri Hindistan'da yaygın olan bir inanca göre; ruhsal bozuklukların, depresyonların nedeni şeytandır. Birbirinden farklı yedi tip şeytanın insanın ruhunu elde etmesi sonucu çeşitli depresyonların ortaya çıktığına inanılmıştır.(Köknel, 2000).

Uygarlığımızın gelişmesine paralel olarak depresyon kavramında da büyük değişme olmuştur. Depresyondan, normallikten sapma bir hastalık veya çevresel koşullara karşı psikolojik reaksiyonlar olarak, zamanın sosyokültürel doktrinlerinde şairlerin, filozofların ve hekimlerin akıcı gözlemlerinde ve öğretilerinde çok sık söz edilmiştir (Çifter, 1993).

Tarih öncesi dönemlerdeki ilk depresyon olgusu; 14 çocuğu Apollo ve Artemis tarafından öldürülen Niobe'nin ileri düzeyde üzüntüsü sonucu ortaya çıkmıştır. Niobe ağlayan bir taşla ölümsüz bir biçimde sembolleştirilmiştir. Bu taş yüz (stone face) veya stuporlu depresyon olarak tarihe geçmiştir(Çifter, 1993).

Geçmişten günümüze kadar depresyon hakkında bilinenlerin çoğunu eski Yunan ve Romalı hekim ve filozoflar tanımlamışlardır. İlk defa mani ve melankoli terimlerini Hipokrat kullanmıştır. Günümüzde ağır depresyon olarak bilinen bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiştir. Bu melankoli terimini de “kara safraya” bağlamıştır. İlk çağda Hipokrat (M.Ö. 460–377) İnsanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuştur. Bunun ardından birbirinden farklı mizaç(duygudurum) türleri

tanımlamıştır. Bunlar; hafif kanlı mizaç, ağırkanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaçtır.

Orta çağa doğru gelindikçe depresyonu en iyi tanımlayanlardan biride İbni Sina'dır. M.S. 908- 1037 tarihleri arasında "Kanun"(Canon) isimli bir kitabında ruh bozukluklarını ve hastalıklarını on beş gruba ayırmıştır.

Yeniçağda Timothy Bright, 1856 yılında İngiltere'de "Melankoli" adlı kitabı yayınlamış, bu kitapta melankoliyi doğal ve doğal olmayan biçiminde iki alt gruba ayırmıştır. Doğal melankoliye kara safranın yol açtığını, doğal olmayan melankolinin oluşmasında ve kara safra, kan ve lenf bozukluklarının rol oynadığını belirtmiştir. Yazar ayrıca melankolinin belirti ve bulgularını saptamış; dalgınlık, durgunluk, elem, keder, karamsarlık, sıkıntı ve tedirginlik gibi duyulanım bozukluklarının ön planda olduğuna dikkat çekmiştir (Köknel, 2000).

Her ne kadar 19.yüzyılda mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini Fransız ve Alman ruh hekimleri yazmışlarsa da Kraepelin (1896) psikoz manik depresif (PMD) adı altında hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışını tanımlamıştır. Bunların yanı sıra dünyaca ünlü yazar Tolstoy yaşadığı anhedonik durumu şöyle anlatıyor:"Yaşamım birdenbire durdu... İçimde gerçek bir yaşam yoktu... Bir peri gelse ve her istediğimi yapacağını söylese, ne isteyeceğimi bilmiyordum. Gerçekten hiçbir isteğim yoktu... Yaşamın benim için bir anlamı yoktu... Gerçeği öğrenmeyi bile arzulamıyordum, çünkü onun neden ibaret olduğunu bildiğimi sanıyordum. Gerçek şuydu: 'yaşam anlamsız bir şeydir'..."(akt. Mumcu ve Yazgan, 2002).

William Styron ise içinde bulunduğu durumu şöyle tanımlıyor; " Hastalık beni altmışımında vurdu ilk, hem de dibe indiren 'tek-uçlu' özelliğiyle" (akt. Mumcu, 2002).

Çağdaş görüşlere baktığımızda; Sigmund Freud (M.S. 1865 -1939): Depresyonda ortaya çıkan belirtiler, bir kaybın ardından yaşanan yas sürecine özellikleri açısından benzetmiştir. İlişkilerde yaşanan gerçek ya da imgesel kaybın kişide öfkeye yol

açacağı, katı süperego nedeniyle açığa çıkarılmayan bu öfkeyi, kişinin kendisine yönelteceği ve bu durumun da depresyona yol açacağı savunulur (Özmen, 1996).

Freud 1917 yılında "Yas ve Melankoli" adlı yapıtında depresyonların psikodinamiği üzerinde durmuş ve depresyonlarda "sevilen objenin kaybının" önemini belirtmiştir. Freud, bir yandan depresyonlarda ruhsal yaşantının önemini belirtirken, öte yandan depresyonların oluşmasında kimyasal-fizyolojik bir nedenin de rol oynayabileceğini vurgulamıştır (Köknel, 2000).

Freud'a göre depresyonun oluşumundaki dinamikler şöyle sıralanmaktadır

- a-) Kaybolmuş bir sevgi nesnesi mevcuttur.
- b-) Kaybedilmiş nesneye karşı ambivalans duygular vardır.
- c-) Kaybedilmiş nesne, içselleştirilmiştir (internalizasyon).
- d-) İçselleştirilmiş sevgi nesnesi ile özdeşleşilmiştir.
- e-) Temelde, kayıp nesneye karşı hissedilmiş ambivalans ve onun içerdiği agresyon, şimdi şahsın kendi egosuna yönelmiştir.

Beck'in bilişsel kuramına göre depresyonda tetikleyici bir durumdan önce gelen ve depresojen şemalar içeren bir bilişsel bir yatkınlık bulunmaktadır. Tetikleyici olay ile kişinin duygudurumu arasında bulunan ve şemaların birer ürünü olan otomatik düşüncelerin olumsuz veya disfonksiyonel oluşu da, depresif duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Oei, Bullbeck ve Campbell, 2006). Beck depresyonu şematize ederken üç kavram tanımlanmıştır:

1. Bilişsel üçlü: Kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilintili inançları kapsar.
  - A) Hasta kendini yetersiz, değersiz bulur. Yaşamı ona göre hayal kırıcıdır.
  - B) Çevresi ona yardım etmemektedir, yaşantısı yetersizdir.
  - C) Geleceğinden umutsuzdur, uzun dönemli amaçları yoktur. Böylece olumlu bir davranış başlatamaz.

2. Sessiz kabullenişler (şemalar): Depresif kişi kendisinin de açıklayamadığı bazı inanç ve kurallara sahiptir. Hasta coşkularını, bilgilerini ve davranışlarını bu kurallara dayandırır. Örneğin eşi iltifat etmezse "artık beni beğenmiyor, beni kimse sevmiyor, değersizim" düşüncesi oluşur.

3. Bilişsel hatalar: Gerçek olayla, hastanın bu olayla ilgili olumsuz otomatik düşünceleri kıyaslanarak mantık hataları kurulur. Örneğin, keyfi anlam çıkarma, seçimli dikkat, genelleştirme, büyütme, küçültme ve özelleştirme gibi (Dilbaz ve Seber, 1993).

Davranışçı ekolde ise depresyon öğrenilmiş çaresizlik kavramı bağlamında ele alınmaktadır. Bu görüşe göre depresyon çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Öztürk, 2001).

Günümüzde depresyon zaman zaman kaygının eşlik ettiği üzüntülü bir duygu durumu ile birlikte değersizlik, isteksizlik ve karamsarlık gibi duygularla karakterize bir sendromdur (Öztürk, 2002).

Klinik anlamda depresyon denince, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde bozukluk gibi belirtileri içeren bir sendrom anlaşılmalıdır.

Depresyon birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Depresif atakların genetik faktörler, ailesel, psikolojik, sosyal etkenler ve bunların çeşitli oranda yaptıkları katkılarla ortaya çıkabilecek biyolojik sonuçları olduğu söylenebilir. Bu farklı nedenler birbiri ile ilişkilerli, diğer durumlar, hastalığın süresi ve ciddiyeti olarak kendi içinde sınıflanabilir. Bu sınıflamalarda depresyonun alt bölümlerini oluşturmaktadır. Bu nedenle depresyonun belirtilerini en iyi şekilde belirleyebilmek için ruh sağlığı uzmanları depresyonu çeşitli alt gruplara ayırmaktadır.

Bu alt sınıflamalar temelde aynı faktörlere dayansa da farklı bazı görüşler de bulunmaktadır. Aşkın ve arkadaşlarına' a (1995) göre; gerçekte depresyonun klinik görüntüleri kültürel farklılıklar da gösterdiği için bu anlamda evrensel alt tipler genel bir çerçeve çizmekte; yerel ya da bölgesel alt tiplere tam olarak ışık

tutmamaktadır. Bu anlamda Türkiye'de 1994 yılında iki şehirde, üç ayrı klinikte yapılan araştırmada majör depresyon nöbetinin klinik yönden, başlıca psikotik, retarde, ajite ve maskeli diye ayrışmakta olduğunu bulunmuştur(Aşkın ve ark.1995). Bu durum ülkemizde depresyon kliniğinin evrensel ölçütlerle değerlendirilmesinin mümkün olduğunu düşündürmektedir (Aşkın.2000).

Ziyalar'a (2006) göre; çok sayıda depresyon türü olduğu gibi şiddet ve ağırlık açısından da hafif, orta ve ağır olmak üzere tanımlanan şekilleri vardır.

Hafif derecede depresyon; hasta suskun olup hareketleri azalmıştır. Kederli hiç memnun olmayan bir görünümü vardır. Sürekli kötümser düşünceler üretir ve hemen her şeyden şikâyetçidir. Bitik yorgun çaresiz ve ümitsizdir. Dış ilişkileri ve çevresi ile ilgisi çok azalmış olup motivasyonları ve biyolojik dürtüleri de yok denecek bir dereceye gerilemiştir (Ziyalar, 2006).

Orta derecede depresyon; hasta yukarıda sayılan belirtilerinde nahoş bir gerginlik ve huzursuzluk hisseder. Kafasının içinde rahatsız edici ve çoğu kere hezeyan türünden fikirler vardır. Her yeni duyum ve davranış hastada bir acı ve azaba “ mental pain” sebep olur. Konuşma önemli ölçüde azalmıştır. Bu hale “musluğun yarı kapalı olması durumu denir”. Hasta kendisini sevilmeyen, yalnız ve terkedilmiş hisseder. Bunu ifade etmek için hastalar sürekli kimsenin anlayamayacağı kadar alçak bir sesle mırıldanırlar. Bu hale “rumination” denir ve hasta kişi böylece kimsenin duymasına bile cesaret edemediği hezeyanlarını ifade etme şansını bulur (Ziyalar, 2006).

Ağır depresyon tanımı ise; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)' e göre; depresif bozukluklar temelde üç türe ayrılmıştır; majör depresif bozukluk, distimik(kronik) bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk. Bunların yanı sıra genel tıbbi duruma bağlı ve madde kullanımına bağlı depresif durumlarda DSM-IV sınıflamalarında yer almaktadır. Majör depresif bozukluğu DSM-IV, kronik, katatonik özellikler gösteren, melankolik özellikler gösteren mevsimsel yapı gösteren ve postpartum başlangıçlı alt tiplere ayırmaktadır. Premenstrüel disforik bozukluk, minör depresif bozukluk, tekrarlayıcı kısa depresif

bozukluk, postpsikotik depresif bozukluk gibi durumlar da DSM-IV' te başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar içinde yer almaktadır.

Her zaman depresyonun farklı tipleri arasında ayırım bu kadar belirgin olmayabilir. Ayrıca aynı zamanda birden fazla duygudurum bozukluk türüne yakalanma olasılığı da vardır.

DSM-IV' e göre majör depresif epizot için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi(örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumu. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5 den fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyonun ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularını olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

6. Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)



8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil) özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımını (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (Köroğlu, 2007).

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, depresyonun yaşam boyu, 6 aylık ve 12 aylık prevalansları ülkeler arasında belirgin farklılık gösterir(Kırlı, 2008). Majör depresyon ve distimik bozukluğun görülme sıklığını kadınlarda %2,2 ile 5,4 arasında; erkeklerde %1,2 ile 2,6 aralığında olduğunu saptamışlardır. Depresyonun nokta yaygınlığı %13–20, Türkiye de klinik düzeyde depresyon yaygınlığı ise %10 olarak belirlenmiştir (Bozkurt, 2005).

Türkiye'de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç (1993)'in tespit ettikleri sonuçlara göre: a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır; b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duygular› gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir; c) Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir

(%4–8,8); d) hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir(Küey ve Güleç, 1993).

Bir majör depresyon epizodu geçiren hastaların ikinci bir epizoda girme olasılıkları %50-60'tır. İkinci bir epizod geçirenlerde üçüncü epizod riski %70, üç epizod geçirenlerde dördüncü bir epizod riski %90'dır.

Dünyada depresyon ve cinsiyetle ilgili yapılan bütün araştırmalar ortak bir sonuçta buluşmuştur. Depresyon kadınlarda erkeğe göre iki kat daha fazla görülmektedir. Yaşam boyunca erkeklerde %10 oranında görülürken kadınların yaklaşık % 20'sinde majör depresyon veya distimi görülmektedir. Her yaş grubunda cinsiyetler arası fark görülebilmektedir. Çocuklar ve yaşlılara nazaran orta yaş grubunda cinsiyetler arası fark daha belirgin düzeydedir.

Depresyon kadınlarda erkeklere göre daha erken yaşlarda görülmektedir. Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1,7; 75 yaş üzerinde %3,2; 79 yaş üzerinde %0,5; primer depresyon için %1,8; sekonder depresyon için %1,9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55–70 yaşları arasında pik yapmaktadır(Savrun, 1999).

## **1.2. ÖLÜM**

Ölüm olgusunun biyolojik yönünün yanında, insani bir yönü bulunmaktadır (Feifel, 1990). Ölüm olgusu yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olduğu için her zaman insanların ilgi duyduğu bir konu olmuştur. Çağlar boyu insanlar ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. Heidegger (Viney ve King, 1998) ve Yalom'a

göre (2002) ölümlülük tüm yaşam dönemleri boyunca insan varoluşunun merkezi bir boyutudur. İnsanoğlunun ölümle ilgilenmesi bilinen en eski uygarlığa kadar gitmektedir ve ölümle ilgilenme, bütün toplumlarda var olan evrensel bir olgudur (Yıldız, 1994). Ölüme ilişkin araştırmaların, yaşamın anlamlandırılmasında önemi büyüktür. Ölümün düşünülmesi ve araştırılması manevi değerlerin oluşturulmasında oldukça etkili olabilmektedir (akt. Tanhan ve Arı, 2006).

Yazılı tarihin başlangıcından bu yana, insanın kendi ölümlülüğünün farkında oluşu, güçlü bir endişe kaynağıdır (Feifel, 1990). Bu endişenin yanı sıra “ölüm düşüncesi” insanlar için farklı anlamlar taşımaktadır. Kimi insan için ölüm bir stres kaynağı, kimi insan için stresten kurtulma yolu, kimi insana için bir yok oluş, kimi insan içinse ölümsüz bir hayatın başlangıcıdır. Bakış açılarına göre de kimi insan, ölüm karşısında çok kaygılanırken; kimi insan sevinç duyabilir.

Ölüm kavramının farklı kültürlerde ve toplumlarda çeşitli tanımlamaları yapılmıştır. Hançerlioğlu' a (1978) göre; ölüm, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelememek üzere sona ermesi. Ölüm hayatın sonu, yaşamın bitişi, ömrün sona ermesi veya bir insan, hayvan ya da bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesidir şeklinde tanımlanmıştır( akt. Tanhan ve Arı, 2006 ). Ölüm, ölme süreci ve bu sürecin sonunda da tanımlandığı için bu alanda pek çok tıbbi-teknik tanım yapılabilmektedir. Tüm bu tanımlarda ortak olan nokta ise canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi veya hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirmesiyle hayatın sona ermesidir (Çobanlı ve Salt, 2001).

Thomas'a göre biyolojik ölüm veya canlı bireyin yok olması ve enerji tansiyonunun sıfıra inmesi, özellikle beyin-kalp-akciğer düzeyinde olmak üzere, hayati işlevlerdeki tam ve kesin, yani geri döndürülemez durmaya dayanır; işlevsel uyumun kaybını dokusal ve hücresele birimlerin yavaş yavaş ortadan kalkması izler (Yıldız, 1994).

Varoluşçu psikolojiye göre ise ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilemdir, insan isterse ölümü seçebilir, fakat istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm

varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir (akt. Erdoğan ve Özkan, 2007).

Yalom'a göre (1999) ölüm ilk anksiyete kaynağı ve bu sıfatla ilk psikopatoloji kaynağıdır. İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda varolmama tehdidi de temsil etmektedir.

Yazılı tarihin başlangıcından bu yana, insanın kendi ölümlülüğünün farkında oluşu, güçlü bir endişe kaynağıdır (Feifel, 1990). Bu farkındalığın yanı sıra, yaşam ve ölümün anlamına dair varoluşsal endişeler, çeşitli değişkenlere bağlı olarak kişi üzerinde olumsuz duygusal tepkilere yol açabilmektedir. Bu olumsuz duygusal tepkiler arasında depresyon bulunmaktadır. Ölüm kaygısı, varoluşçu ekole göre bütün psikopatolojik durumların altında yatan dinamiktir. Dolayısıyla ölüm kaygısının ne ölçüde olduğu, bireyin yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilmektedir.

### **1.2.1 Psikolojide Ölüm Kavramı**

Tüm canlılarda olduğu gibi insanların da doğal sonu ölümdür. Tüm insanlar bu gerçeği bilse de ölüm düşüncesi insanda korku, çaresizlik, yas, elem gibi olumsuz duygular uyandırır. Çünkü insan ölümü yok oluş olarak görür ve tek bir canını da ölümlü elden kaybetmektedir. Ruh kavramının ve dinlerin ortaya çıkması büyük ölçüde insanın ölüm korkusundan kaynaklanır. İnsan öldükten sonra ruhunun yaşayacağına, sevdiğilerine yakınlarına bir şekilde yeniden kavuşacağına inanarak ölüm karşısındaki çaresizliğini ruhsal olarak yenmeye çalışır. Buna rağmen kaçınılmaz son karşısında korku ve yaklaşan ölümün verdiği derin depresyon, dinsel inanışları güçlü insanların bile pek çoğunda önlenemez (Arslanoğlu, 2002).

Cicirelli'ye göre (2001) ölüm, tüm bedensel ve zihinsel işlevlerin geri dönüşü olmaksızın sona ermesidir ve tüm insanlık için evrenseldir.

Geçmiş tarihe baktığımızda ise Antik Çağ'da ölüm, sıradan bir olay olarak kabul edilmiş, Ortaçağ'da ölüme kutsallık atfedilmiş, Modern Çağ'ın başlangıcında ölüm olayı dramatize edilmiş, günümüzde ise bir tabu haline gelmiştir (Yıldız, 1994).

Ölüm ve ölüm korkusu üzerine yaklaşımlar Antik Yunan düşünürleri tarafından ifade edilmiştir. Socrates'a göre ölüm ya hiçliğin içinde erimektir, ya da bir değişimdir. Eğer ölüm hiçliğin içinde erimek ise, ondan korkmaya gerek yoktur çünkü bu, derin ve rüyasız bir uykudan farklı olmayacaktır (Karaca, 1997).

Antik Yunan filozoflarından Epikür “ Benim olduğum yerde ölüm yok, ölümün olduğu yerde de ben yokum. Onun için ölüm bana bir şey ifade etmiyor.” Diyerek ölümü yaşamdan dışlamıştır (Tarhan ve Arı, 2006). Epikür ölümü hayatın tadını kaçıran bir durum olarak ele almış ve psikolojinin amacının insanı ölüm korkusundan kurtarmak olduğunu söylemiştir. Epiküryen düşüncede ölüm bizi korkutamaz, çünkü biz yaşadığımız sürece ölüm yoktur, ölüm geldiğinde de artık biz yokuz. Dolayısıyla bilge kişi ölümü düşünmez ve ölüm korkusu duymaz (Yıldız, 1994).

Stoacılar, Epikürcülerin tam tersine ölümü hayatın en önemli olaylarından biri olarak görmüşler ve “İyi yaşamayı öğrenmek, aynı zamanda iyi ölmeyi öğrenmek veya iyi ölmeyi öğrenmek iyi yaşamayı öğrenmektir” (Geçtan, 1989) diyerek ölümü yaşamın merkezine koymuşlardır. Çağdaş varoluşçulardan Karl Jasper “Felsefe yapmak ölmeyi öğrenmektir” (Hançerlioğlu, 1978) diyerek Stoacıların ölüme ilişkin bakış açılarını bir adım öteye taşımıştır.

Freud'a göre ölümden, kazalardan ve hastalıktan kaçınarak yaşam yoksullaştırılmaktadır. Yaşam oyununda ortaya konan en yüksek para olan yaşamın kendisi riske atılmadığında, yaşam sığ ve boş bir hal almaktadır. Ölümü hesapların dışında tutma eğilimi birçok şeyden vazgeçmeyi gerektirmektedir. Freud, savaş zamanında olduğu gibi, ölüm gerçeğinin daha fazla reddedilemediği durumlarda yaşamın tekrar bütünlüğe kavuşarak ilgi çekici hale geldiğini ifade etmiştir (Moraglia, 2004).

Moraglia'ya göre (2004); ölüm kavramı Avrupa felsefesinde sıkça incelenmiş olsa da birkaç araştırma dışında Amerika'da 20. yüzyılın ortalarına kadar psikolojide ölüm üzerine çalışma yapılmamıştır. Psikolojinin ölüm üzerine çalışmakta çok geç kaldığı ve kırk yıl öncesine kadar bu konuyu görmezden geldiği söylenmektedir. Psikolojide ölüm olgusunun incelenmemesinin çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenleri iki başlıkta toplarsak biri, 17. yüzyıl Batı insanının entelektüel merakını ve libidosunu teolojiden bilime aktarmış olmasıdır. Ruhani değerlerin ve inançların terk edilmesiyle ölüm ve yastaki insanlar birer tabu haline gelmiştir. İkinci neden ise; psikolojide 1960'larda mantıksal pozitivistin hakim oluşu ve ölüm, irade, sevgi gibi operasyonel olarak tanımlanamayan kavramların psikolojinin dışında tutulmuş olmasıdır. Ölüme dair tutumlar 1950'lerin sonunda Feifel'in geriatrik ve ruhsal sorunları olan popülasyonlarla yaptığı araştırmalar sonucu ilgi çekmeye başlamıştır (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

İnsanın "ölmek zorunda olan bir varlık" olduğunun bilincinde olması onu derinden etkilemektedir ( akt. Tarhan ve Arı, 2006 ). Fromm ölüme karşı tutumları iki başlık altında ele almıştır: (1) ölümü seven, nekrofilik kişilik yönelimi ve (2) hayatı seven, biyofilik kişilik yönelimi. Fromm nekrofilik yönelimin bir sapkınlık olduğunu, bu kişilerin yaşarken ölmeyi ve yıkımı tercih ettiğini ileri sürmüştür. Nekrofilik bireyler geçmişe odaklı, soğuk, uzak, kontrollü, obsesif, kanun ve düzene kendini adanmış kimselerdir. Fromm'a göre ölümün tamamen reddini içermeyen her tutum nekrofilie işaret etmektedir. Bu yönelimin zıttı olan biyofilik kişilik yönelimi ise hayata karşı coşkulu, tutkulu ve sorgulamadan duyulan sevgide ifade bulmaktadır (Moraglia, 2004).

Moraglia, (2004); Fromm'un görüşlerini eleştiren May, yaratıcı güçleri ölümle yüzleşme isteğinin yükselttiğini, yaratıcılık eyleminin kendisinin, yeni bir şeyin doğması için ölme kapasitesi olduğunu söylemiştir. Yaşama adanmak, ölümle yüzleşmeyi gerektirir.

Fromm'un görüşlerine katılmayan Kubler-Ross, ölümü reddetmenin boş, amaçsız ve konformist bir yaşam tarzına teslimiyetle sonuçlandığını dile getirmiştir. Ancak

varoluşumuzun sonluluğunu kabullenebildiğimizde, hayatımızdaki tüm günleri gelişebildiğimiz kadar gelişmeye adayabiliriz. İnsan sonsuza dek yaşayacağı yanılığına kapıldığında, yaşamın taleplerini ertelemek daha kolay hale gelmektedir. Geçmişin anıları ve gelecek planları şimdiki zamanı ve sunduğu otantik yaşam fırsatlarını mahvetmektedir (Moraglia, 2004).

Moraglia'ya göre (2004); Levinson bireyin ölümle anlaşabilmesinin çok zor olduğunu ifade ederek, bu zorluğun bireyin yaşadığı hayatı önemsiz görmesinden, yaşamını zıyan ettiğini ve kendini gerçekleştiremediğini düşünmesinden ve yeni bir başlangıç için yeterli zamanın kalmamış olmasından kaynaklandığını söylemiştir. Söz konusu duygular ise orta yaş kriziyle birlikte ortaya çıkmaktadır.

Erikson insan gelişimini sekiz evreye ayırarak her evrede çözülmesi gereken bir çatışma olduğunu söylemiştir. 60'lı yaşları ve ilerisini kapsayan yaşlılık döneminde bütünlük ve ümitsizlik arasında bir çatışma bulunmaktadır (Aydın, 2005). Bu çatışmanın başarılı bir biçimde çözülmesi, bilgeliğin gelişmesini sağlamaktadır. Erikson bilgeliği, ölüm karşısında hayata farkındalık içeren ve ayrılmaya hazır bir ilgi duymak şeklinde tanımlamıştır (Moraglia, 2004). Bütünlükten yoksun oluşun belirtisi geçmişe ilişkin pişmanlık, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur (Öztürk, 1998). Bütünlüğe ve bilgiğe ulaşp, ölüm korkusunu ve ümitsizliği yaşamamak, yaşam boyu geçiş dönemlerinde başarılı ve dengeli sonuçlar elde edilmesine bağlıdır (Moraglia, 2004).

Psikolojide ölüm üzerine yayın patlaması 1970'lerin ortalarına doğru, ölüm korkusu/tehdidi/kaygısının doğrudan değerlendirilmesine dayanan ölçme araçlarının ortaya çıkmasıyla gerçekleşmiştir. 1970'lerin sonlarında yazılan derleme makaleleriyle söz konusu literatür iyice büyümüştür. 1980'lerden günümüze uzanan süreçte ise konuya olan ilgi devam etmektedir (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

### 1.2.2. Ölüm Kaygısı

Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir (Karaca, 2000; Köknel, 1985). Bu nedenle insanın kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Bunun yanı sıra zihinde tamamen bastırılmayan, ara sıra belirli ölçülerde hatırlanan ölüm, insan hayatına katkıda bulunmaktadır). Ölüm fikriyle bütünleşmek, insanı korkulu ve kötümser bir ruh haline sevk etmekten çok, değer yargılarıyla dolu bir yaşama yöneltebilir (Yalom, 1999).

Varoluşçu felsefenin öncülerinden Heidegger, “Dasein” (being there; orada olmak) adını verdiği insan varoluşunun ölüm yönelimli olduğundan ve geçiciliğinden bahseder (Yegdich, 2000). Heidegger’e göre ölüm Dasein’in mutlak olarak varlık durumundan çıkmış olmasıdır (Karakaya, 2003). Ölüm ayrıca Dasein’in varoluşsal bir halidir. Varoluş ise doğum ve ölüm etrafında bir bütündür. Heidegger ayrıca Dasein’in, kendi istenci dışında var olduğunu, içinde yaşadığımız dünyaya ve varoluşun içine fırlatılmış olduğunu söyleyerek, Dasein’in bir özelliğinin “atılmışlık” (thrownness) olduğunu belirtir. Bu atılmışlık, Dasein’in zaten ölüme teslim olduğu anlamına gelmektedir: Ölüm her Dasein’a varoluşun bir olasılığı olarak girer (Yegdich, 2000). Ölüm korku uyandırır, çünkü o kısmen buradaki varlığın yıkımından başka bir şey değildir (Karakaya, 2003).

Ölümü düşündüğünde Dasein’in yaşadığı duygunun adı kaygıdır; bu kaygı herhangi bir varoluşun imkânsızlığı olasılığını açığa çıkarır (Yegdich, 2000).

May ölüm kaygısını varoluşun yıkılabileceğinin, kendisini ve duyularını yitirebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkına varan bireyin özel bir durumu şeklinde tanımlamıştır (Onur, 2000).



Dickstein'a göre ölüm kaygısı, ölümle ilgili realitenin bilinçli bir şekilde derinden düşünülmesi ve bu realitenin olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi sonucu oluşur (Karaca, 1997).

Hoelter'e göre ölüm korkusu, ölümle ilgili bazı görüntülerin önceden sezinlenmesi ve bunların düşünülmesi üzerine temellendirilen, kaygı ve hoşnutsuzluk duygularını içeren bir tepkidir (Karaca, 1997).

Tomer ve Eliason'a göre (1996) ölüm kaygısı, kendiliğin var olmama durumunu sezinleme sonucu uyanan olumsuz duygusal tepkidir.

Neimeyer, Moser ve Wittkowski ölüm kaygısını korku, tehdit, huzursuzluk, rahatsızlık ve benzeri olumsuz duygusal tepkilerle karakterize olan ölüm tutumları kümesi olarak tanımlamaktadır (Abdel-Khalek, 2005b).

Jung'a göre ölüm kaygısının temelinde "yaşama korkusu" vardır. Ölümden en çok korkan insanlar yaşamaktan en fazla korkanlardır. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, hayatı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Bu nedenle ölümü anlamdan yoksun, basit bir duruş olarak görmektense yaşamın anlamını tamamlayıcı olarak görmek insanın genel ruh yapısına daha uygundur (Jung, 1997).

İnsanların bu dünyadaki "var" olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanmıştır (Cevizci, 1997; Hançerlioğlu, 1978). Kübler-Ross'a (1997) göre pek çok kaygının temelinde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Ölüm gerçeği insanda egosantrik bir yaklaşımla bir takım savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak bu korkuyu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir. İnsanın ölüme karşı yapabilecek hiçbir şeyi yoktur. Kişi bu kaçınılmaz sondan yakınabilir; nefretini ve öfkesini dışarı vurabilir veya çeşitli ayin ve törenlerle bu korkusunu hafifletmeye çalışabilir (Hökenecli, 1993).

Tolstoy ölüm ile ilgili düşüncelerini şöyle tanımlar; “... yatağa uzanır uzanmaz, bir korku düştü içime, bir dehşet duygusuna kapıldım... bir çeşit bulantıyla karışık sıkıntıydı bu... insanın içini yakan ve kanını donduran bir korku...” Bu korkunç sıkıntı yok olma tehlikesini ve yoğun bir paniği içermektedir ve onun değişikle “ insanın kanını donduran bir korku” dur. Daha sonraları ölümden değil ama ölüm korkusundan korktuğunu dile getirir (akt. Mumcu, 2002).

Bir Çin atasözü de der ki; “*Elem kuşlarının tepende uçmasını engelleyemezsin, ama kafanda yuva kurmalarını engelleyebilirsin*”.

Ölüm kaygısının yaş ve cinsiyet gibi demografik değişkenlerle ilişkisini inceleyen birtakım yurtiçi ve yurtdışı araştırmalar bulunmaktadır.

Türkiye’de ölüm olgusunu psikolojik açıdan ele alan ilk çalışma 1938 yılında Ünver tarafından yapılmıştır. Ünver, “İstanbul Halkının Ölüm Karşısındaki Duyguları” isimli makalesinde daha çok ölümlle ilgili tutumlar üzerinde durmuştur. Araştırmada özelde İstanbul halkının, genelde ise Türk milletinin ölümden üzerine duyguları ele alınarak Türk kültüründe ölümden fazla korkulmadığı ve Türk insanının ölümü tevekkül ile karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır (Karaca, 2001).

Şenol (1989) huzurevlerinde yaşayan 60–92 yaş aralığındaki 120 kişiye Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği’ni (ÖKÖ) uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda 60–64 yaş grubunun en yüksek düzeyde ölüm kaygısı gösterdiği, 70 yaş ve yukarısının ise daha düşük bir ölüm kaygısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların erkeklerden daha fazla ölüm kaygısı hissettikleri tespit edilmiştir.

Karaca (1997) yürüttüğü bir çalışmada 16–22 yaş grubunun diğer yaş gruplarından daha fazla ölüm kaygısı hissettiğini, erkeklerin bayanlardan, daha yaşlı oldukları için evlilerin de bekârlardan daha az ölüm kaygısı hissettiklerini tespit etmiştir.

Eke (2003) ölüm riski yüksek (polislik, pilotluk, itfaiyecilik) ve düşük (psikolog, muhasebeci, sınıf öğretmeni) olmak üzere 290 kişilik iki grup meslek çalışanına

ÖKÖ'ni uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda düşük ölüm riski olan mesleklerde çalışanlarla, yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanların ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık düşük ölüm riski olan mesleklerde çalışanların daha yüksek ölüm kaygısı puanlarına sahip olduklarını göstermektedir. Ölüm tehlikesi atlattmış olmanın ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birinin ölümüne tanıklık etmenin ÖKÖ puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ciddi bir ameliyat geçirmenin ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ciddi bir hastalık geçirmenin ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Son bir yılda bir yakını kaybetmenin ÖKÖ puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Yaş değişkeninin ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit etmiştir. Ruhsal hastalık geçirmenin ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olduğunu saptamıştır. Ruhsal bir hastalık geçirenlerin, ruhsal bir hastalık geçirmeyenlere göre daha yüksek ÖKÖ puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Ailede ruhsal hastalık geçiren yakınların olmasının ÖKÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ölümünden sonra hayatın devam edeceğine inanmanın ÖKÖ puanları üzerinde anlamlı bir etki yarattığı tespit edilmiştir. Ölümünden sonraki yaşama inananların, ölümünden sonraki yaşama inananlara göre daha yüksek ÖKÖ puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Kadın ve erkeklerin ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek ölüm kaygısı puanlarına sahiptir.

Yıldız dini hayat ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada 555 üniversite öğrencisine ÖKÖ'ni uygulamıştır. Sonuç olarak dindarlıkla ölüm kaygısı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Kadınların ölüm kaygısı erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir (Karaca, 2001).

Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin öğrenim alanı türü ile ölüm kaygıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tanhan ve Arı, 2006). Tanhan ve Arı (2006) çalışmalarında; Thorson ve Powell tarafından geliştirilen ve Yıldız ve Karaca (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Ölüm Kaygısı Ölçeği'ni kullanarak Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi ile Rehberlik ve Psikolojik Danışma

programlarında öğrenim gören 57 son sınıf öğrencisinin ölüm kaygılarını incelemişlerdir. Sonuç olarak katılımcıların ölüm kaygısı düzeylerinin, ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından farklılaşmadığı bulunmuştur.

Yurtdışında yapılan araştırmalarda ise; genç ve yaşlı bireyleri aynı çalışmaya dahil eden ilk araştırmacılardan olan Corey kullandığı projektif tekniğe dayanarak, bu iki yaş grubunun ölüm korkuları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadığını belirtmiştir (Kastenbaum, 2000).

Stricherz ve Cunnington çalışmalarında 258 katılımcıyı lise öğrencileri, çalışan yetişkinler ve emekliler şeklinde gruplara ayırarak, ölümlle ilgili hangi endişelere sahip olduklarını araştırmışlardır. Sonuç olarak lise öğrencilerinin sevilen kişileri kaybetme olasılığı, bir ceza olarak ölüm ve ölümün son oluşu hakkında endişeler taşıdıkları bulunmuştur. Çalışan yetişkinler ölme anında acı çekmekten ve erken ölümden korkmaktadır. Bu gruptaki katılımcılar, diğerlerine göre ölümlerinin diğer insanlar üzerindeki etkisi hakkında en az kaygı taşıyanlardır. Emeklilerin endişeleri ölümün sonuçlarından ziyade, ölme sürecinde başkalarının yardımına muhtaç olmaya dairdir. Bu çalışmada farklı yaş gruplarından bireylerin benzer düzeyde ölüm kaygısı puanları olsa da, her grupta farklı türde endişeler bulunduğu ortaya konmuştur (Kastenbaum, 2000).

Howell'ın ölüm tutumları ile ilgili olarak yaptığı araştırmada yaşlıların, genç yetişkinlerden daha pozitif ölüm tutumlarına sahip oldukları, ölümlle ilgili bu pozitif tutumların kısalan gelecek zaman perspektifiyle ilgili olduğu ve yaşlıların, genç yetişkinlerden daha olumlu gelecek tutumlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Eke, 2003).

Thorson ve Powell (1988) 16–60 yaş arasındaki 599 kişiyi dahil ettikleri çalışmada, ölüm kaygısının yaşa ve cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemiştir. Yapılan istatistiksel işlemler sonucunda, gençlerin ölüm kaygılarının yaşlılardan çok

daha yüksek olduğu ve kadınların erkeklere göre daha yüksek ölüm kaygısı sergiledikleri ortaya konmuştur.

Kubler-Ross (1997), ölümün psikolojik yönünü anlamaya çalışmak için ölmekte olan farklı yaşlardaki 200'den fazla insanla görüşmüş ve ölümlerini bekleyen bu kişilerin beş ardışık dönemden geçtikleri sonucuna varmıştır. Bunlar; reddetme, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etmedir. Kübler-Ross'a göre, Amerikalılar, diğer kültürlerdeki insanlara göre ölümden daha fazla korktukları ve ölümü reddettikleri için ölümlerle baş etmede daha fazla problem yaşamaktadırlar. Kübler-Ross bu çalışmasında, bazı kültürlerin ölümün kabullenici yanının, yeni nesillerin ölümden daha az kaygı duyan bireyler haline gelmelerindeki rolüne değinir (akt. Akça ve Köse, 2008).

Drolet (1990) ergenlikte ve orta yaş döneminde, genç yetişkinlik döneminden daha fazla ölüm endişesi yaşanabileceğini öne sürmüştür. Drolet'in çalışmasında 136 kişiden oluşan iki gruba Sembolik Ölümsüzlük Hissi Ölçeği, ÖKÖ ve Crumbaugh ve Maholick'in Yaşam Amacı Testi uygulanmıştır. Birinci gruptaki katılımcılar 19–25 yaş aralığında, ikinci grup ise 33–39 yaş aralığındadır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ikinci gruptaki yetişkinlerin, daha genç olanlara göre daha güçlü bir sembolik ölümsüzlük hissine ve yaşam amacına sahip oldukları görülmüştür. İki grubun ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ölüm kaygısı ve yaşam amacı arasında negatif, yaşam amacı ve sembolik ölümsüzlük hissi arasında pozitif ve yüksek korelasyon bulunmuştur. Yazar bu bulgulara dayanarak, sembolik ölümsüzlük hissinin ölüm korkusuyla baş etmeye yardımcı olduğunu öne sürmüştür.

Gesser ve ark., yaş ve ölüm endişeleri arasında eğrisel bir eğilim bulmuşlardır; yaşlılar orta yaşlılardan daha az, gençlerden daha çok korku sergilemektedirler (akt. Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004). Ölüm kaygısının ergenlikten itibaren lineer biçimde azaldığı söylenirken, bir yandan da orta yaşta tavan yapan bir çan eğrisi biçiminde olduğu da öne sürülmüştür. Her iki durumda da, ölüm kaygısı gençlikten yaşlılığa doğru sistematik biçimde yükselmemektedir (Tomer ve Eliason, 1996).

Ayrıca ölüm kaygısı çok boyutludur, çeşitli yaşlarda ölümün farklı yönleri korku uyandırmaktadır. Örneğin Thorson ve Powell (1988) daha genç bireylerin çürüme, acı, çaresizlik ve izolasyondan korktuklarını; yaşlıların ise kontrol kaybı ve ölümden sonraki yaşamın varlığı hakkında endişeleri olduğunu bulmuştur.

3600 ergen ve yetişkinden oluşan geniş bir örneklem grubuyla çalışan Templer ve Ruff, kadınların erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (Yıldız, 1994).

Dattel ve Neimeyer biri duygusal, biri bilişsel yönelimli olan iki ayrı ölüm korkusu ölçeğini genç ve orta yaşlı bireylere uygulayarak cinsiyet farklılıklarını incelemiştir. Yapılan analizler sonucunda kadınların duygusal yönelimli ölçekten daha yüksek puan aldıkları, bilişsel yönelimli ölçekten alınan puanlarda ise cinsiyetler arası fark bulunmadığı belirtilmiştir (Cicirelli, 2001).

Fortner ve Neimeyer kadınlarda görülen yüksek ölüm kaygısı puanlarının ölüme dair meselelerden çok, negatif duyguları bildirmeye erkeklerden daha fazla eğilimli olmalarından kaynaklanabileceğini ifade etmiştir (Tang, Wu ve Yan, 2002).

Abdel-Khalek (2005a) ölüm kaygısı puanlarında kadınların lehine olan cinsiyetler arası farkın, kadınların duygularını erkeklerden daha fazla ifade etmesine izin veren geleneksel cinsiyet rolleriyle açıklanabileceğini öne sürmüştür.

Templer, Lester ve Ruff söz konusu cinsiyetler arası farkın, kadınların erkeklere oranla genel kaygı düzeylerinin yüksek olmasının, ölüm kaygılarının da daha yüksek olmasına yol açması ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir (Şenol, 1989).

### **1.2.3. Ölüm Kaygısı ve Depresyon**

Psikanalitik teori, psikopatolojinin temelinde cinsel içerikli çatışmaların yattığını öne sürer. Ancak Yalom'a göre (1999) psikopatolojilerin temelinde ölüme dair endişeler vardır ve cinsel meseleler ikinci planda kalmaktadır. Feifel da psikanalitik teorinin

aksine ölüm kaygısının psikopatolojilerdeki merkezi sorun olabileceğini ve sekonder semptomatolojinin buradan türediğini söylemiştir (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

Ölüm kaygısı literatüründe üzerinde durulan bir değişken depresyondur. Ülkemizde ölüm kaygısı ve depresyon üzerine araştırma yapılmamıştır. Yurtdışında yapılan bazı araştırmalar ise; Lonetto ve Templer psikiyatrik ve yaşlı popülasyonlarda MMPI, Zung Depresyon Ölçeği ve diğer depresyon ölçekleriyle Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) arasında pozitif korelasyon bulmuştur. Hintze ve arkadaşlarının çalışmasında HIV + erkeklerin ve kontrol grubunun ÖKÖ'nden ve Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puanlar arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda özellikle yaşlı örneklerde bu ilişkiyi doğrulanmıştır ( Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

Feifel açık (çoğunlukla depresyon, kaygı, kişilik ve davranış bozuklukları olan) ve kapalı (çoğunlukla şizofren) psikiyatri servislerinde yatan hastalarla yaptığı mülakatlar sonucu, hastaların ölüm tasvirlerinin beklenmedik şekilde şiddet içerdiğini görmüştür ancak rahatsızlığın derecesi ile hastaların ölüm tutumları arasında bir ilişki bulamamıştır (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

Gilliland ve Templer yaptıkları çalışmada depresyon ve genel kaygı ile ölüm kaygısı arasında yüksek ilişki bulmuşlardır. Yazarlar yüksek ölüm kaygısı ile durumluk kaygı arasında ilişki bulunmadığına işaret ederek, ölüm kaygısının durumluk olmaktan çok, süreğen olduğuna değinmişlerdir (Şenol, 1989).

Abdel-Khalek (1997) 208 Mısırlı üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekte ölüm kaygısı ile depresyon ve genel kaygı arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar bulmuştur.

Becker şizofreni ve psikotik depresyon gibi bozuklukların kökeninde ölüm terörünün yattığını belirtmiştir. Mesela katatonik şizofreninin yok olma kaygısını kontrol etmek üzere zaman ve hareketin durdurulmasına yönelik olduğu ileri sürülmektedir

(Kastenbaum, 2000). Searles şizofreninin garip görünümlü savunmalarının ve diğer psikiyatrik hastalıkların savunma mekanizmalarının, farkındalığı hayatın faniliğine dair basit gerçeğin dışında tutmak üzere meydana geldiğini öne sürmüştür (Yalom, 1999).

Literatür geliştikçe araştırmacılar ölüm tutumlarıyla genel nevroz ölçümlerini incelemektense, özgül semptom ölçümlerinin analizine yönelmişlerdir. Çoğunlukla ölüm kaygısı ve genel kaygı üzerinde çalışılmıştır. Yüksek ölüm kaygısı sergileyen bireylerin genel kaygı ölçeklerinden, özellikle sürekli kaygı açısından daha yüksek puan aldıkları ortaya konmuştur (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

Yurtdışı literatürü incelendiğinde de depresyon ve ölüm kaygısı üzerine yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bunun yanı sıra yapılan araştırmalarda tutarsızlıklar gözlemlenmektedir. Örneğin; Lonetto ve Templar psikiyatrik ve yaşlı popülasyonlarda MMPI, Zung Depresyon Ölçeği ve diğer depresyon ölçekleriyle Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) arasında pozitif korelasyon bulmuştur. Bunun yanı sıra Feifel ise, açık (çoğunlukla depresyon, kaygı, kişilik ve davranış bozuklukları olan) ve kapalı (çoğunlukla şizofren) psikiyatri servislerinde yatan hastalarla yaptığı mülakatlar sonucu, hastaların ölüm tasvirlerinin beklenmedik şekilde şiddet içerdiğini görmüştür ancak rahatsızlığın derecesi ile hastaların ölüm tutumları arasında bir ilişki bulamamıştır (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004).

Ülkemizde ise depresyon ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; depresif belirtiler gösteren kişilerin ölüm kaygısı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ülkemizde ölüm kaygısı ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı ve aynı zamanda yurtdışı çalışmalarda yer alan tutarsızlığı aydınlatacağı düşünülmektedir.



### 1.3. Problem

Bu araştırmanın problemi, depresif belirtiler gösteren kişilerin depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmektir.

## 2. HİPOTEZ

2.1. Bu araştırmanın hipotezi, Depresif yakınmaları olan hastalardan depresyon düzeyleri yüksek olanların ölüm kaygıları depresyon düzeyi düşük olanlara göre daha yüksektir.

Araştırmada buna ek olarak cevap aranacak sorular:

- 2.1.1 Depresyon yakınması olan hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.2 Depresif yakınmaları olan kadınların depresyon düzeyleri, depresif yakınmaları olan erkeklerden daha yüksek midir?
- 2.1.3 Depresif yakınmaları olan kadınların ölüm kaygısı düzeyleri, depresif yakınmaları olan erkeklerden daha yüksek midir?
- 2.1.4 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yaş değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.5 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile eğitim değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.6 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile medeni durum değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.7 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı değişkenleri arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.8 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yaşadığı kişi değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.9 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile algılanan gelir değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?

- 2.1.10 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ciddi ölüm tehlikesi değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.11 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile bir kişinin ölümüne tanıklık etme değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.12 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yakınını kaybetme değişkeni ile arasında bir ilişkisi var mıdır?
- 2.1.13 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ciddi sağlık problemi olması değişkeni ile arasında bir ilişkisi var mıdır?
- 2.1.14 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ameliyat olma değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.15 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ağır hastalık geçirme değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.16 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ilaç kullanım değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.17 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile ailede ruhsal hastalık olma değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.18 Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon puanları ve ölüm kaygısı puanları arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.1.19 Depresif yakınmaları olan hastaların Beck Depresyon grupları (3'lü) değişkeni ve ölüm kaygısı puanları arasında bir ilişki var mıdır?

### **3. ÖNEMİ**

Ülkemizde depresyon ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Işık, Taner, Işık, 2008; Karaca 1997). Yurtdışında ise depresyon ile ölüm kaygısının incelendiği çalışmalar yapılmıştır (Şenol, 1989; Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004; Oei, Bullbeck ve Campbell, 2006). Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde bulgularda tutarsızlık olduğu gözlenmektedir (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004; Abdel-Khalek , 1997 ). Ülkemizde depresyon ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin

incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı dşnlmektedir.

#### **4.KAPSAM VE SINIRLILIKLAR**

Bu çalışmaya, bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğine depresif belirtilerle başvuran yaşları 18 ile 60 arasında değişen 100 kadın ve 35 erkek denek katılmıştır. Toplamda araştırmaya katılan denek sayısı 200 kişidir fakat 65 kişi eř tanı almaları sebebiyle örneklem dışında bırakılmıştır.

#### **5. VARSAYIMLAR**

Katılımcıların sorulan sorulara iten cevaplar verdiği varsayılmaktadır. Katılımcıların depresyon düzeyi arttıa ölüm kaygısı düzeyinin de arttığı varsayılmaktadır.

## **BÖLÜM II**

### **YÖNTEM**

#### **2.1. Araştırma Modeli**

Araştırmada depresyon ve ölüm kaygısı değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflendiğinden tarama yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli araştırma modeli olarak belirlenmiştir. İlişkisel Tarama Modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. İlişkisel tarama modeli iki türlü yapılır: Korelasyon ve karşılaştırma. Bu araştırmada her iki türde de kullanılmıştır.

#### **2.2. Evren ve Örneklem**

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde bulunan bir devlet hastanesi'nin Psikiyatri polikliniğine depresif belirtilerle başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşları 18 ile 60 arasında değişen 135 hasta (100 kadın ve 35 erkek) oluşturmaktadır. Hastalara Beck Depresyon Envanteri ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların yaş grupları ergenlik, genç yetişkinlik, orta yetişkinlik ve ileri yetişkinlik olmak üzere dört gelişim dönemine ayrılmıştır. Ergenlik dönemi 18–20 yaş arasını kapsamaktadır. Genç yetişkinlik dönemi 21–40 yaşları arasındadır. Orta yetişkinlik dönemi 41–60 yaşları arasındadır. İleri yetişkinlik 61–70+ yaşları arasındadır (Aydın, 2005). Bu araştırmada tanımlanan üç grup; ergenlik, genç yetişkinlik ve orta yetişkinlik dönemleri ele alınmıştır.

#### **2.3. Veri Toplama Tekniği**

Araştırmada Beck Depresyon Envanteri (B.D.E.) ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ile birlikte araştırmacı tarafında hazırlanan bireysel bilgi toplama formu kullanılmıştır.

### 2.3.1. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE) kişilerin depresyon riskini saptamak ve depresif belirtilerin düzey ve şiddetini ölçmek amacıyla 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir (Ertufan, 2000). 1978’ de revizyonu yapılmıştır.

Envanter psikiyatrik hastalığı olmayan ve psikiyatrik hastalığı olan gruplara uygulanabilmektedir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0–3 arasında giderek artan puan alır ve toplamda alınabilecek en yüksek puan 63 tür. Özgün formda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında Miller ve Seligman üç aylık ara ile güvenilirlik kat sayısını .74 olarak bulmuştur. Beck’in çalışmasında güvenilirlik kat sayısı .86 olarak bulunmuştur. Ayrıca batıda yapılan çeşitli araştırmalarda çeşitli türden güvenilirlik kat sayılarının .60 ve .87 arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik açısından “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği” kriter kullanıldığında, korelasyon katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Batıda üniversite öğrencileri ile geçerliği üzerine yapılan çalışmalarda (kriter geçerliği, yordayıcı geçerlik vb.) geçerlik katsayılarının .65-68 arasında değiştiği görülmüştür(Güvercin, 2006).

Ölçeğin Türkçe formu için çalışmalar 1980 yılında Teğin tarafından gerçekleştirilmiş, 1989 yılında Hisli tarafından gözden geçirilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Ertufan, 2000). Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alpha katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde  $r = .74$  olarak belirlenmiştir. Geçerlik çalışmalarında ise, birlikte geçerlik yönteminde BDE ile MMPI’ın Depresyon alt ölçeği katılımcılara uygulanmış, iki ölçek arasındaki korelasyon  $r = .50$  bulunmuştur. Yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duyguları yer almaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

### 2.3.2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Templer (1970), ölüm kaygısı ile çalışmaya başladıkları 1960'ların ortalarında ölüm konusunun, hem davranış bilimciler hem de sağlıkla ilgili uzmanlar tarafından tabu olarak nitelendirildiğine değinmiştir ve bu konudaki açığın onu "Ölüm Kaygısı Ölçeği" (ÖKÖ) geliştirmesine neden olduğundan bahsetmiştir (Akça ve Köse, 2008).

Dünyada en yaygın olarak kullanılan ölüm tutumu ölçeğidir (Templer, Awadalla, Al-Fayez, Frazee, Bassman, Connelly, Arikawa ve Abdel-Khalek, 2006). Templer ölüm kaygısının araştırılmasında mülakatlar, projektif teknikler ve anketler olmak üzere üç değerlendirme metodu kullanmıştır. Templer (1970) tarafından geliştirilen ÖKÖ, kadın ve erkek gruplarında, farklı yaştaki gruplarda, hasta ve normal gruplarda ve farklı meslek gruplarında uygulanmıştır. Rasyonel temele dayanarak 40 madde oluşturulmuştur. Bunlardan 23 tanesi "doğru", 17 tanesi "yanlış" olacak şekilde cevap anahtarı oluşturulmuştur. Yedi kişi bu maddeleri ölüm kaygısıyla ilgili oluş derecelerine göre değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonrasında 9 madde testten çıkarılmıştır (Templer, 1970).

Testin iç tutarlığını belirlemek üzere, üniversite öğrencilerinin oluşturduğu üç bağımsız grubun madde-toplam puanı nokta çift-serili korelasyon katsayıları değerlendirilmiştir. Üç analizden ikisinde nokta çift-serili katsayıları .10 düzeyinde anlamlı olan 15 madde muhafaza edilmiştir. Maddelerin görel bağımsızlığını belirlemek üzere phi katsayıları hesaplanmıştır. Muhafaza edilen maddelerin korelasyon katsayılarının hiçbirisi .65'i geçmemektedir, dolayısıyla maddeler arasında fazla gereksiz binişiklik bulunmamaktadır (Templer, 1970).

Testin güvenilirlik çalışmaları kapsamında 31 üniversite öğrencisi ÖKÖ'ni üç hafta arayla iki defa doldurmuştur. Puan takımları arasındaki product-moment korelasyon katsayısı .83'tür. Bu, test-tekrar test güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu anlamına gelmektedir (Templer, 1970).

ÖKÖ'nin yapı geçerliğini sınamak üzere iki çalışma yürütülmüştür. Bunlardan birinde yüksek ölüm kaygısı dile getiren 21 psikiyatrik hasta ile diğer psikiyatrik hastalardan oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. İki grubun ÖKÖ'nden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark .01 düzeyinde anlamlıdır. İkinci çalışmada 77 üniversite öğrencisine ÖKÖ, Boyar'ın Ölüm Korkusu Ölçeği, kelime çağrışımı testi ve üç anksiyete ölçümü sağladığı için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulanmıştır. ÖKÖ ve Boyar'ın Ölüm Korkusu Ölçeği, kelime çağrışım testinde duygusal ifadeleri kullanma ve MMPI'nin anksiyete ölçümleri arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. ÖKÖ MMPI'nin sadece üç klinik alt ölçeğiyle anlamlı korelasyon göstermiştir. MMPI değişkenleriyle olan bu düşük korelasyonlar ölüm kaygısının belirli psikopatoloji sendromlarıyla ilişkili olduğu yönündeki görüşleri desteklememektedir. Ancak bu çalışmada kullanılan normal bir popülasyon olduğundan, bulguların klinik literatürle çeliştiği söylenemez. Düşük korelasyonların öğrenci örnekleminde şiddetli psikopatolojinin yokluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını sınamak üzere MMPI ve ÖKÖ 32 psikiyatrik hastaya uygulanmıştır. Sonuçta ÖKÖ'nin MMPI'da psikopatolojiye işaret eden birkaç alt ölçekle ilişkili olduğu bulunmuştur. En yüksek korelasyonlar Şizofreni, Psikastenî ve Depresyon ile dir. Bu sonuçlar literatürle tutarlıdır (Templer, 1970).

Templer ÖKÖ'nin ölçtüğü dört boyutun ölme eylemi, ölümün son oluşu, cesetler ve gömülme olduğunu söylemiştir (Lonetto, Fleming ve Mercer, 1979).

Collett ve Lester (1969) ölüme ilişkin kaygı ve korkuları ölçen araçların (a) kişisel ölüme, (b) kişisel ölüm anına, (c) başkalarının ölümüne ve (d) başkalarının ölüm anına ilişkin kaygı ve korkuları ölçtüğünü belirtmiştir. Her ölçme aracı bu dört boyuttan birine veya birkaçına ağırlık vermektedir. Şenol'a göre (1989) ÖKÖ, kişisel ölüm ve kişisel ölüm anı korkusunu ölçmektedir.

Templer'ın ÖKÖ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını Ertufan (2000) gerçekleştirmiştir. Çalışmada kullanılan örneklemin ÖKÖ puan dağılımı 1.40-6.80 arasında olup ortalaması 4.11, standart sapması 1.00'dır.

Orijinali doğru-yanlış cevaplama esasına dayanan ölçek, McMordie ve literatürdeki bazı diğer çalışmalar örnek alınarak daha sağlıklı ölçüm yapacağı inancıyla yedili Likert tipi ölçeğe çevrilmiştir. Anlaşılamayan ve karar verilemeyen sorular için “kararsızım” şıkkı konmuştur. Yedili Likert tipi puan yapısında ölçeğin puan dağılımı 7 ile 105 arasında değişmektedir (Ertufan, 2000).

Güvenirlik çalışmalarında test-tekrar test  $r = .81$  ( $p < 0.01$ ) ve Cronbach alpha = .74 bulunmuştur. Geçerlik çalışmalarında ise ölçeğin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği ile olan korelasyonlarına bakılmıştır. ÖKÖ'nin genel kaygı ve depresyonla anlamlı pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak ÖKÖ geçerli ve güvenilir bir araç olarak kabul edilmiştir (Ertufan, 2000).

### **2.3.3. Bireysel Bilgi Toplama Formu**

Bireysel bilgi toplama formu araştırmaya katılan hastalar hakkında araştırma değişkenlerine yönelik bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Formda soruşturulan değişkenler cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadıkları ve eğer varsa kaç çocuklarının olduğu, meslek, yaşanılan yer, çoğunlukla yaşanılan yer, eğitim düzeyi, annenin ve babanın eğitim düzeyi, annenin ve babanın mesleği, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olunduğu, ailenin ekonomik durumu, kişinin gelir düzeyi, ölüm tehlikesi atlatılması, ölüme tanık olunması, bir yakını kaybetmiş olmak, kayıp yaşantısının üzerinden ne kadar zaman geçtiği, ciddi sağlık sorunu olması, ameliyat geçirmiş olması, ağır hastalık geçirmiş olması, ilaç kullanıyor olması, ailede ruhsal hastalık olmasıdır.

### **2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri**

Bu çalışmanın amacı, depresyon ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaçla, depresyon ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda ana hipotez ve diğer alt soruları incelemek için araştırmada Pearson korelasyon analizi yapılarak, t testi, Kruskal Wallis-H testi, Mann Whitney U testi ve Tek yönlü varyans analizi( ANOVA) kullanılmıştır.



## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılan 135 kişinin 74'ü kadın (%74.1), 35'i (%25.9) erkektir. Katılımcıların en büyüğü 60, en küçüğü 18 yaşındadır. Katılımcılara verilen bireysel bilgi toplama formundan elde edilen bilgiler betimleyici olarak analiz edilmiştir. Bu bilgiler aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

**Tablo 1. Cinsiyet Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Kadın	100	74,1	74,1	74,1
Erkek	35	25,9	25,9	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 100'ü (%74,1) kadın, 35'i (%25,9) erkektir.

**Tablo 2. Yaş Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
18-20 yaş	18	13,3	13,3	13,3
21-40 yaş	92	68,1	68,1	81,5
41-60 yaş	25	18,5	18,5	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Yaş değişkeni için frekans ve yüzde değerleri incelendiğinde örneklem grubunu oluşturan bireylerin 18'i (%13,3) 18-20 yaş arasında, 92'si (%68,1) 21-40 yaş arasında, 25'i (%18,5) 41-60 yaş arasındadır.

**Tablo 3. Medeni Durum Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evli	87	64,4	64,4	64,4
Bekâr	48	35,6	35,6	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tablo 3'te görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan bireylerin 87'si (%64,4) evli, 48'i (%35,6) ise bekârdır.

**Tablo 4. Çocuk Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Var	76	56,3	56,3	56,3
Yok	59	43,7	43,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin 76'sı (%56,3) çocuklarının olduğunu, 59'u ise (%43,7) çocuklarının olmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 5. Çocuk Sayısı Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Yok	59	43,7	43,7	43,7
Tek Çocuk	23	17,0	17,0	60,7
2 ve üstü	53	39,3	39,3	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Çocuk Sayısı değişkeni için, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 59'u (%43,7) çocuklarının olmadığını, 23'ü (%17,0) tek çocuk sahibi olduklarını, 53'ü ise (%39,3) 2 veya daha fazla çocukları olduğunu ifade etmişlerdir.

**Tablo 6. Nerede Yaşadığı Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Ailede	122	90,4	90,4	90,4
Yurt	1	,7	,7	91,1
Evde Tek	3	2,2	2,2	93,3
Evde Arkadaşlarla	2	1,5	1,5	94,8
Akraba Yanında	7	5,2	5,2	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 122'si (%90,4) ailesinin yanında yaşadığını, 1'i (%0,7) yurttta kaldığını, 3'ü (%2,2) evde tek başına yaşadıklarını, 2'si (%2,5) evde arkadaşlarıyla yaşadıklarını, 7'si (%5,2) akraba yanında kaldığını ifade etmiştir.

**Tablo 7. Eğitim Düzeyi Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
İlköğretim ve altı	62	45,9	45,9	45,9
Lise	52	38,5	38,5	84,4
Üniversite ve üstü	21	15,6	15,6	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Eğitim Düzeyi değişkeni için, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 62'si (%45,9) ilköğretim ve altı, 52'si (%38,5) lise ve 21'i de (%15,6) üniversite ve üstü eğitim düzeyindedir.

**Tablo 8. Algılanan Ekonomik Durum Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Alt	21	15,6	15,6	15,6
Orta	91	67,4	67,4	83,0
İyi	23	17,0	17,0	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 21'i (%15,6) kendilerini alt, 91'i (%67,4) orta, 23'ü de kendilerini (%17,0) iyi gelir düzeyinde algıladıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 9. Ölüm Tehlikesi Atlamış Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	45	33,3	33,3	33,3
Hayır	90	66,7	66,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tablo 9’da görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 45’i (%33,3) daha önce bir ölüm tehlikesi atlatmış olduğunu, 90’ı ise (%66,7) böyle bir tehlike atlatmadığını belirtmiştir.

**Tablo 10. Bir İnsanın Ölümüne Tanık Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	49	36,3	36,3	36,3
Hayır	86	63,7	63,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin 49’u (%36,3) daha önce bir insanın ölümüne tanık olduğunu, 86’sı ise (%63,7) böyle bir şey yaşamadığını belirtmiştir.

**Tablo 11. Bir Yakınınızı Kaybetmiş Olup Olmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	105	77,8	77,8	77,8
Hayır	30	22,2	22,2	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 105’i (%77,8) bir yakınını kaybettiğini, 30’u ise (%22,2) böyle bir kayıp yaşamadığını ifade etmiştir.

**Tablo 12. Ciddi Sağlık Sorununuz Geçirip Geçirmediği Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	35	25,9	25,9	25,9
Hayır	100	74,1	74,1	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 35'i (%25,9) ciddi bir sağlık sorunu olduğunu, 100'ü ise (%74,1) böyle bir sorununun olmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 13. Bir Ameliyat Geçirip Geçirmediği Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	66	48,9	48,9	48,9
Hayır	69	51,1	51,1	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda 13'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 66'sı (%48,9) daha önce ameliyat geçirdiğini, 69'u ise (%51,1) daha önce ameliyat geçirmediğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 14. Ağır Hastalık Geçirip Geçirmeme Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

<b>Gruplar</b>	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	22	16,3	16,3	16,3
Hayır	113	83,7	83,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin 22'si (%16,3) daha önce ağır bir hastalık geçirdiğini, 113'ü ise (%83,7) daha önce ağır bir hastalık geçirmediğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 15. İlaç Kullanıp Kullanmama Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	76	56,3	56,3	56,3
Hayır	59	43,7	43,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 76'sı (%56,3) ilaç kullanmakta olduğunu, 59'u ise (%43,7) ilaç kullanmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 16. Ailede Ruhsal Hastalık Geçirmiş Kişiler Olup Olmaması Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Evet	45	33,3	33,3	33,3
Hayır	90	66,7	66,7	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Tabloda 16'da görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 45'i (%33,3) ailede ruhsal hastalık geçirmiş kişiler olduğunu, 90'ı da (%66,7) ailede ruhsal hastalık geçiren kişi olmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 17. Beck Grup Puan Türü (3'lü) Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
Hafif (14-19)	42	31,1	31,1	31,1
Orta (20-28)	47	34,8	34,8	65,9
Ağır (29-63)	46	34,1	34,1	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Beck Grup Puan Türü(3'lü) değişkeni için, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 42'si (%31,1) hafif düzeyde, 47'si (%34,8) orta düzeyde, 46'sı ise (%34,1) ağır düzeyde depresyon grubuna girmektedir.

**Tablo 18. Ölüm Kaygısı Puanı (grup) Değişkeni için Frekans ve Yüzde Değerleri**

Gruplar	<i>f</i>	%	% <sub>gec</sub>	% <sub>yig</sub>
0-2 Arası	3	2,2	2,2	2,2
2,01-4,99 Arası	64	47,4	47,4	49,6
5 ve Üstü	68	50,4	50,4	100,0
Toplam	135	100,0	100,0	

Ölüm Kaygısı Puanı(grup) değişkeni için, örneklem grubunu oluşturan bireylerin 3'ü (%2,2) Ölüm Kaygısı Ölçeği 0-2 puan arasında, 64'ü (%47,4) 2,01-4,99 puan arasında, 68'i de (%50,4) 5 puan ve üstünde puana sahiptirler.

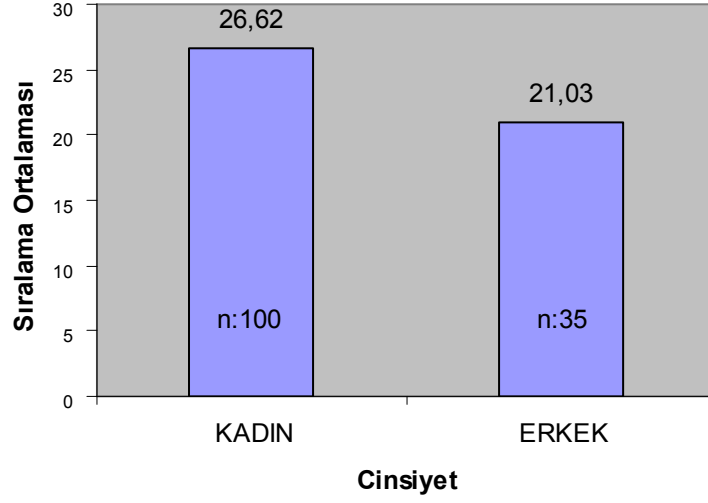
### 3.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ İÇİN YAPILAN KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ

**Tablo 19. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	$Sh_{\bar{x}}$	<i>t</i> Testi		
						<i>t</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>
Beck Puanı	Kadın	100	26,62	7,908	,791	3,627	133	,000***
	Erkek	35	21,03	7,679	1,298			

\*\*\* $p < ,001$

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=3,627$ ;  $p < ,001$ ). Söz konusu farklılık kadınların lehine gerçekleşmiştir. Yani kadınların depresyon puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.



Şekil 1. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşım Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Tablo 20. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşım Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	sd	P
Beck Puan	18-20 yaş	18	88,81	6,604	2	,037*
	21-40 yaş	92	66,39			
	41-60 yaş	25	58,94			
	Total	135				

\* $p < ,05$

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=6,604$ ;  $p < ,05$ ). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

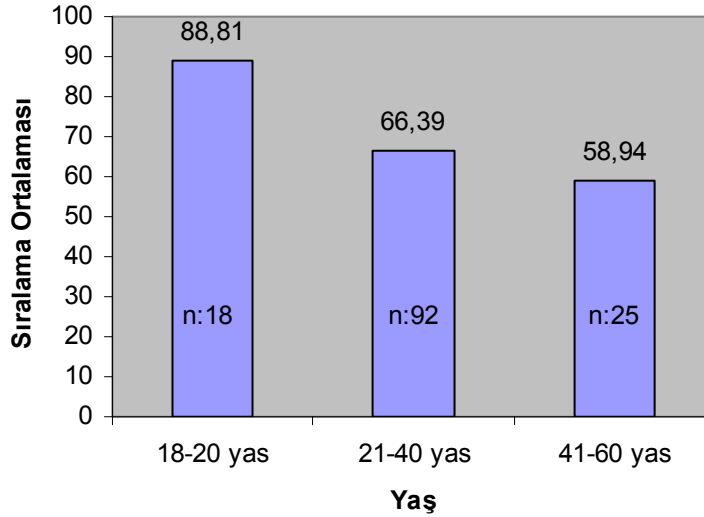


**Tablo 21. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları**

Gruplar	18-20 yaş	21-40 yaş	41-60 yaş
18-20 yaş	SO=88,81	<b>p&lt;.05*</b>	<b>p&lt;.05*</b>
21-40 yaş		SO=66,39	p>.05
41-60 yaş			SO=58,94

\*  $p < ,05$

Tablo 21’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi sonucunda söz konusu farklılığın 18-20 yaş grubu ile 21-40 yaş grubu arasında 18-20 yaş grubu lehine  $p < ,05$  düzeyinde; 18-20 yaş grubu ile 41-60 yaş grubu arasında 18-20 yaş grubu lehine  $p < ,05$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani 18-20 yaş grubundaki bireylerin depresyon puanları 21-40 ve 41-60 grubundaki bireylerden önemli şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).



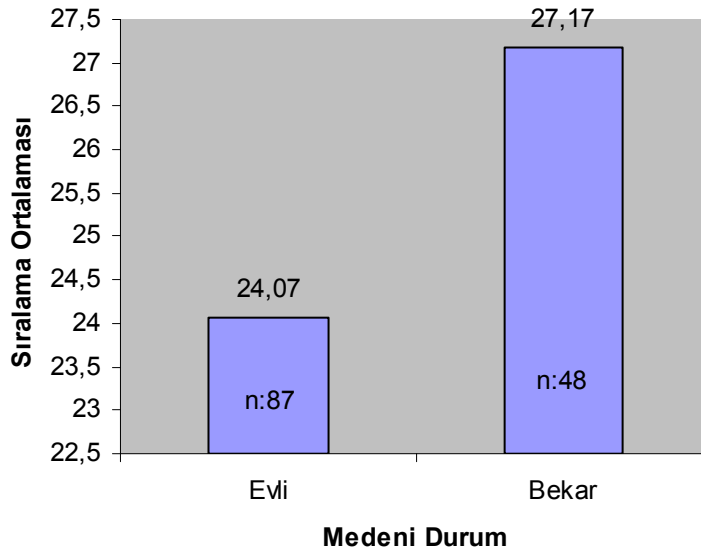
**Şekil 2. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

**Tablo 22. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evli	87	24,07	7,383	,792	-2,129	133	,035*
	Bekar	48	27,17	9,251	1,335			

\*  $p < 05$

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının medeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=-2,129$ ;  $p<,05$ ). Söz konusu farklılık bekârların lehine gerçekleşmiştir. Yani bekâr birey depresyon puanları evlilere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.



**Şekil 3. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

**Tablo 23. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Var	76	24,14	7,262	,833	-1,660	133	,099
	Yok	59	26,49	9,162	1,193			

Tablo 23’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının çocuk sahibi olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-1,660$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 24. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	sd	p
Beck Puan	Yok	59	72,56	4,293	2	,117
	Tek Çocuk	23	75,98			
	2 ve üstü	53	59,46			
	Toplam	135				

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $x^2=4,293$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 25. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Puan	Aile ile	122	69,54	8483,50	605,500	-1,400	,161
	Diğer	13	53,58	696,50			
	Toplam	135					

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $z=-1,400$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 26. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Puan	İlköğretim ve altı	62	66,16	6,226	2	,044*
	Lise	52	76,66			
	Üniversite ve üstü	21	51,98			
	Toplam	135				

\* $p<,05$

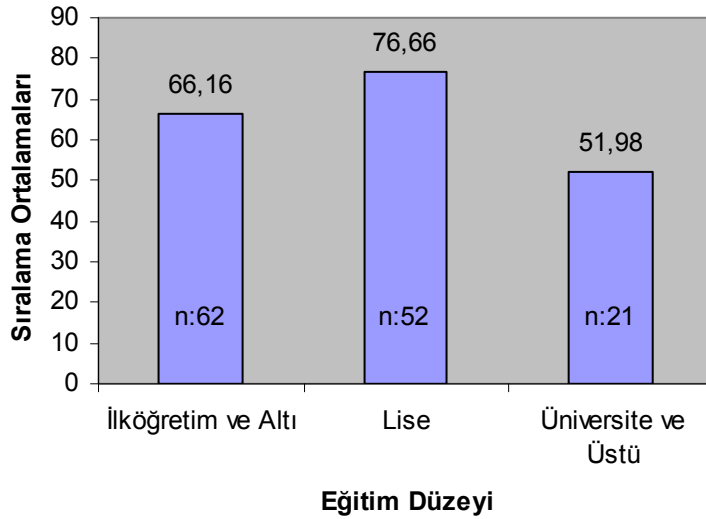
Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=6,226$ ;  $p<,05$ ). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 27. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları**

Gruplar	İ.Ö. ve altı	Lise	Ünv. Ve Üstü
İlköğretim ve altı	SO=66,16	p>.05	p>.05
Lise		SO=76,66	<b>p&lt;.05*</b>
Üniversite ve üstü			SO=51,98

\*  $p < ,05$

Tablo 27’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi sonucunda söz konusu farklılığın lise mezunu olan grup ile üniversite ve üstü mezunu olan grup arasında lise mezunu grup lehine  $p < ,05$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani lise mezunu gruptaki bireylerin depresyon puanları üniversite mezunu bireylerden önemli şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).



**Şekil 4. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

**Tablo 28. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Puan	Alt	21	65,14	6,749	2	,034*
	Orta	91	73,26			
	İyi	23	49,80			
	Toplam	135				

\*  $p < ,05$

Tablo 28’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının algılanan gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=6,749$ ;  $p < ,05$ ). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

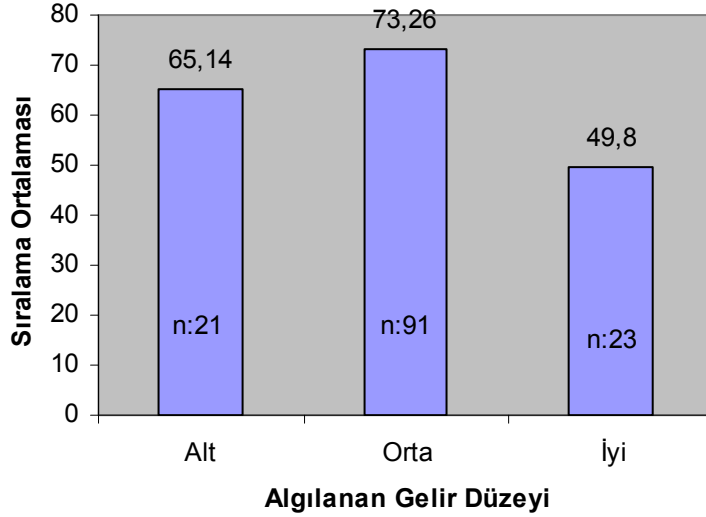
**Tablo 29. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları**

Gruplar	Alt	Orta	İyi
Alt	SO=65,14	$p > .05$	$p > .05$
Orta		SO=73,26	$p < .05^*$
İyi			SO=49,80

\*  $p < ,05$

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının algılanan gelir düzeyi değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi sonucunda söz konusu farklılığın orta gelir grubunda olan grup ile iyi gelir grubunda olan bireyler arasında orta gelir grubu lehine  $p < ,05$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani kendilerini orta gelir düzeyinde algılayan bireylerin depresyon puanları kendilerini

iyi algılayan bireylerden önemli şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>,05$ ).



**Şekil 5.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

**Tablo 30.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüm Tehlikesi Atlatma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evet	45	26,18	8,296	1,237	1,010	133	,315
	Hayır	90	24,67	8,149	,859			

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha önce ölüm tehlikesi atlatıp atlatmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=1,010$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 31. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüme Tanıklık Etme Değişkenine Göre Farklaşıp Farklaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evet	49	24,90	8,107	1,158	-,290	133	,772
	Hayır	86	25,33	8,294	,894			

Tablo 31’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha önce bir ölüme tanıklık edip etmeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-0,290$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 32. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Bir Yakınına Kaybetme Değişkenine Göre Farklaşıp Farklaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evet	105	25,23	7,979	,779	,154	133	,878
	Hayır	30	24,97	9,069	1,656			

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha önce bir yanını kaybetmiş olup olmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,154$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 33. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ciddi Sağlık Sorunu Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklaşıp Farklaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Var	35	25,74	7,563	1,278	,479	133	,633
	Yok	100	24,97	8,437	,844			



Tablo 33’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ciddi bir sağlık sorununun olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,479$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 34. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ağır Hastalık Geçirme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Beck Puan	Evet	22	62,45	1374,00	1121,000	-,728	,467
	Hayır	113	69,08	7806,00			
	Toplam	135					

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha önce ağır bir hastalık geçirip geçirmeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $z=-0,728$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 35. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evet	76	25,17	7,632	,875	,001	133	,999
	Hayır	59	25,17	8,943	1,164			

Tablo 35’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ilaç kullanıp kullanmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,001$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 36. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Geçiren Biri Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Beck Puanı	Evet	45	25,36	7,355	1,096	,185	133	,854
	Hayır	90	25,08	8,627	,909			

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ailede ruhsal hastalık geçiren biri olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,185$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 37. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Ölüm Kaygısı Ölçeği Grupları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	sd	p
Beck Puanı	0-2 Arası	3	13,50	23,091	2	,000***
	2,01-4,99 Arası	64	54,73			
	5 ve Üstü	68	82,89			
	Toplam	135				

\*\*\*  $p<,001$

Örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının Ölüm Kaygısı Ölçeği grupları değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=23,091$ ;  $p<,001$ ). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

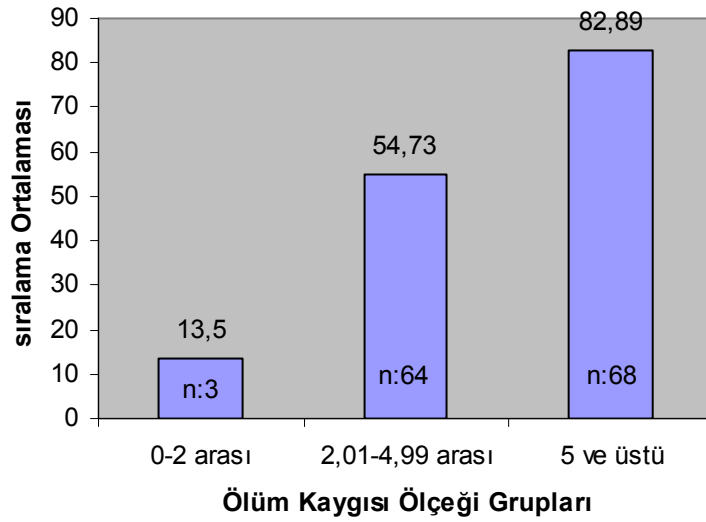
**Tablo 38. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ölüm Kaygısı Puanları Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları**

<b>Gruplar</b>	<b>0-2 Arası</b>	<b>2,01-4,99 Arası</b>	<b>5 ve Üstü</b>
0-2 Arası	SO=13,50	<b>p&lt;.05*</b>	<b>P&lt;.001***</b>
2,01-4,99 Arası		SO=54,73	<b>P&lt;.001***</b>
5 ve Üstü			SO=82,89

\*  $p < ,05$

\*\*\*  $p < ,001$

Tablo 38’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının Ölüm Kaygısı Ölçeği grupları değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi sonucunda söz konusu farklılığın Ölüm Kaygısı Ölçeğinden 0-2 puan arasında puan alan grupla 2,01-4-99 puan alan grup arasında 2,01-4-99 puan alan grup lehine  $p < ,05$  düzeyinde; 0-2 puan arasında puan alan grupla 5 ve üstü puan alan grup arasında 5 ve üstü puan alan grup lehine  $p < ,001$  düzeyinde; 2,01-4-99 puan arasında puan alan grupla 5 ve üstü puan alan grup arasında 5 ve üstü puan alan grup lehine  $p < ,001$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani Ölüm Kaygısı Ölçeğinde 5 ve üstü puan alan bireylerin ve 2,01-4-99 arasında puan alan gruptan daha yüksek; 2,01-4-99 arasında puan alan grup da 0-2 arasında puan alan gruptan önemli şekilde yüksek depresyon puanına sahiptir. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).



**Şekil 6.** Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Algılanan Ölüm Kaygısı Ölçeği Grupları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

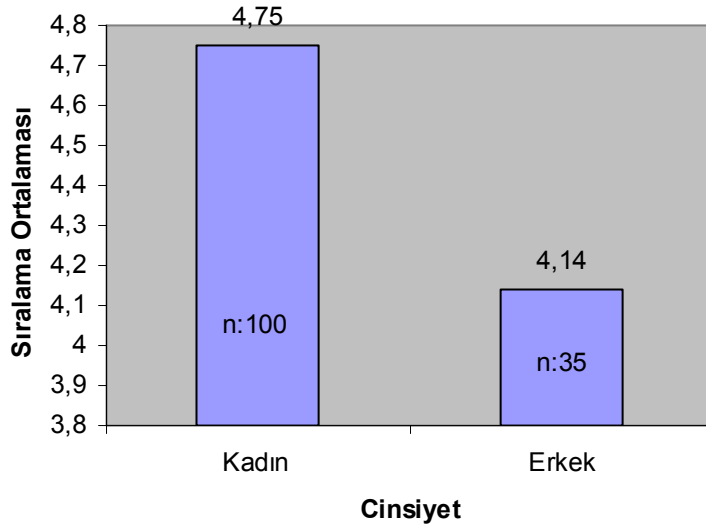
### 3.3. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ İÇİN YAPILAN KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ

**Tablo 39.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Kadın	100	4,75	1,155	,115	2,664	133	,009**
	Erkek	35	4,14	1,198	,202			

\*\* $p < ,01$

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2,664$ ;  $p < ,01$ ). Söz konusu farklılık kadınların lehine gerçekleşmiştir. Yani kadınların ölüm kaygısı puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.



**Şekil 7.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

**Tablo 40.** Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	$N$	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	$sd$	$p$
Ölüm Kaygısı Puanı	18-20 yaş	18	72,19	1,477	2	,478
	21-40 yaş	92	69,45			
	41-60 yaş	25	59,64			
	Total	135				

Tablo 40’da görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $x^2=1,477$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 41. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evli	87	4,57	1,227	,132	-,267	133	,790
	Bekâr	48	4,63	1,139	,164			

Örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının medeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-0,267$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 42. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Var	76	4,53	1,206	,138	-,651	133	,516
	Yok	59	4,67	1,180	,154			

Tablo 42’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının çocuk sahibi olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-0,651$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 43. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Yok	59	70,55	,451	2	,798
	Tek Çocuk	23	66,50			
	2 ve üstü	53	65,81			
	Toplam	135				

Tablo 43’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=0,451; p>,05$ ).

**Tablo 44. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Aile ile	122	67,37	8219,50	716,500	-,571	,568
	Diğer	13	73,88	960,50			
	Toplam	135					

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $z=-0,571; p>,05$ ).

**Tablo 45. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\chi^2$	sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	İlköğretim ve altı	62	62,85	3,090	2	,213
	Lise	52	75,42			
	Üniversite ve üstü	21	64,83			
	Toplam	135				

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi

sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $x^2=3,090$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 46. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$x^2$	<i>sd</i>	<i>p</i>
Ölüm Kaygısı Puanı	Alt	21	75,62	1,854	2	,396
	Orta	91	68,35			
	İyi	23	59,65			
	Toplam	135				

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının algılanan gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $x^2=1,854$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 47. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüm Tehlikesi Atlatma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	$Sh_{\bar{x}}$	<i>t</i> Testi		
						<i>t</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	45	4,73	1,220	,182	,932	133	,353
	Hayır	90	4,53	1,179	,124			

Örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının daha önce ölüm tehlikesi atlatıp atlatmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,932$ ;  $p>,05$ ).



**Tablo 48. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ölüme Tanıklık Etme Değişkenine Göre Farklaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	49	4,52	1,225	,175	-,564	133	,573
	Hayır	86	4,64	1,178	,127			

Tablo 48’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının daha önce bir ölüme tanıklık edip etmeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-0,564$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 49. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Bir Yakını Kaybetme Değişkenine Göre Farklaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	105	4,56	1,187	,116	-,666	133	,506
	Hayır	30	4,72	1,221	,223			

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının daha önce bir yakını kaybetmiş olup olmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-0,666$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 50. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Ciddi Sağlık Sorunu Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Var	35	4,74	1,263	,213	,825	133	,411
	Yok	100	4,54	1,169	,117			

Örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının ciddi bir sağlık sorununun olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,825$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 51. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Daha Önce Ağır Hastalık Geçirme Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney-U Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	22	67,86	1493,00	1240,000	-,018	,986
	Hayır	113	68,03	7687,00			
	Toplam	135					

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının daha önce ağır bir hastalık geçirip geçirmeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $z=-0,018$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 52. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	76	4,65	1,203	,138	,660	133	,510
	Hayır	59	4,52	1,184	,154			

Tablo 52’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının ilaç kullanıp kullanmama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,660$ ;  $p>,05$ )

**Tablo 53. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Ailede Ruhsal Hastalık Geçiren Biri Olup Olmaması Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları**

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Ölüm Kaygısı Puanı	Evet	45	4,68	1,043	,155	,608	133	,544
	Hayır	90	4,55	1,263	,133			

Örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının ailede ruhsal hastalık geçiren biri olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=0,608$ ;  $p>,05$ ).

**Tablo 54. Beck Depresyon Puanları İle Ölüm Kaygısı Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	N	r	P
Beck Puanı	135		
Ölüm Kaygısı Puanı	135	0,366	0,000***

\*\*\*  $p < ,001$

Tablo 54' te görüldüğü gibi, beck depresyon puanları ile ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p < .001$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,366$ ;  $p < .001$ ). Buna göre depresyon yakınması olan hastaların depresyon düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeyleri artmakta, depresyon düzeyleri azaldıkça ölüm kaygısı düzeyleri de azalmaktadır.

**Tablo 55. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Beck Grupları (3'lü) Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

Puan	Grup	$f, \bar{x}$ ve $ss$ Değerleri			ANOVA Sonuçları					
		N	$\bar{x}$	$ss$	Var. K.	KT	Sd	KO	F	P
Ölüm Kaygısı Puanı	Hafif (14-19)	42	3,97	1,231	G.Arası	26,704	2	13,352		
	Orta (20-28)	47	4,69	1,056	G.İçi	163,724	132	1,240	10,765	,000***
	Ağır (29-63)	46	5,06	1,057	Toplam	190,428	134			
	Toplam	135	4,59	1,192						

\*\*\*  $p < ,001$

Tablo 55’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının Beck grupları (3’lü) değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=10,765; p<,001$ ).

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene’s testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır ( $L_F=,554; p>,05$ ). Bunun üzerine varyansların homojen olması durumunda yaygınlıkla kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir. Scheffe testinin tercih edilmesinin bir nedeni de testin alpha tipi hataya karşı duyarlı olmasıdır. Gerçekleştirilen Scheffe çoklu karşılaştırma analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 56. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Beck Grupları (3’lü) Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Scheffe Testi Sonuçları**

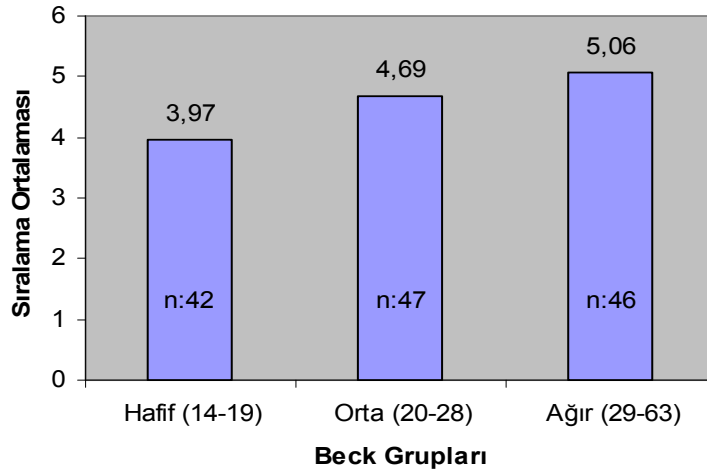
Grup (i)	Grup (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	$p$
Hafif (14-19)	Orta (20-28)	-,715	,236	<b>,012*</b>
	Ağır (29-63)	-1,089	,238	<b>,000***</b>
Orta (20-28)	Hafif (14-19)	,715	,236	<b>,012*</b>
	Ağır (29-63)	-,375	,231	,272
Ağır (29-68)	Hafif (14-19)	1,089	,238	<b>,000***</b>
	Orta (20-28)	,375	,231	,272

\*  $p<,05$

\*\*\*  $p<,001$

Örnekleme oluşturan bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının Beck grupları (3’lü) değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın hafif düzey depresyon grubunda olanlarla orta düzey depresyon grubunda olan grup arasında orta düzey depresyon grubu lehine  $p<,05$  düzeyinde; hafif düzey depresyon grubunda olanlarla

ağır d¼zey depresyon grubunda olan grup arasında ağır d¼zey depresyon grubu lehine  $p < ,001$  d¼zeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani orta ve ağır d¼zey depresyon tanısı konmuş bireyler hafif depresyon d¼zeyi tanısı konulan bireylerden anlamlı d¼zeyde yüksek ¼l¼m kaygısı yaşamaktadır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).



**Şekil 8.** ¼l¼m Kaygısı ¼lçeđi Puanlarının Beck Grupları (3'l¼) Değişkenine G¼re Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Y¼nl¼ Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

Bu çalışmada; depresif belirtiler gösteren kişilerin depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada depresif belirtiler gösteren hastalar ölçek puanlarına göre değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra ölçekler kendi içinde üç gruba ayrılmış ve bu grupların birbirleri ile ilişkileri incelenmiştir. Her iki ölçekte önce kendi içinde cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk, çocuk sayısı, nerede yaşadığı, eğitim düzeyi, ekonomik durum, ölüm tehlikesi atlatma, bir insanın ölümüne tanık olma, bir yakını kaybetme, ciddi sağlık sorunu, ameliyat olma, ağır hastalık geçirme, ilaç kullanımı ve ailede ruhsal hastalık öyküsü ile ilgili değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Daha sonra birbirleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Dünyada depresyon ve cinsiyetle ilgili yapılan bütün araştırmalar ortak bir sonuçta buluşmuştur. Bütün araştırmalarda depresyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden iki, üç kat daha fazladır(Karlıdere, 2004; Sheldon H, Preskorn, 1999; Noble RE, 2005; DeRosa N, 2006). Bu araştırmada da Beck Depresyon Envanteri (B.D.E.) puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, kadınların depresyon puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur Bu bağlamda araştırma sonuçları; “Depresif yakınmaları olan kadınların depresyon düzeyleri, depresif yakınmaları olan erkeklerden daha yüksek midir?” sorusunu doğrulamakta buda Tablo 19’ da görülmektedir. Ayrıca bu sonuçlar literatür sonuçlarıyla birbirini desteklemektedir.

Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ö.K.Ö.) puanları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde ise, kadınların ölüm kaygısı puanları erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar; “Depresif yakınmaları olan kadınların ölüm kaygısı düzeyleri, depresif yakınmaları olan erkeklerden daha yüksek midir ?” sorusunu karşılamakta ve Tablo 39’ da görülmektedir. Cinsiyet literatürde en çok çalışılan ve ölüm kaygısıyla en ilişkisi bulunan değişkendir. Bu bulgular Eke (2003), Cicirelli (2001), Karaca (1997),

Şenol (1989), Yıldız (1994), Yıldız (1994), Thomas-Sabado ve Gomez-Benito (2002), Schumaker ve arkadaşlarının (1991) tarafından elde edilen sonuçlarla tutarlıdır. Literatüre genel olarak bakıldığında, çoğu çalışmada kadınların ölüm kaygıları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Abdel-Khalek (2005a) cinsiyetler arasındaki bu farklılığın, kadınların duygularını erkeklerden daha fazla ifade etmesine izin veren geleneksel cinsiyet rolleriyle açıklanabileceğini öne sürmüştür. Templer, Lester ve Ruff ise söz konusu cinsiyetler arası farkın, kadınların erkeklere oranla genel kaygı düzeylerinin yüksek olmasının, ölüm kaygılarının da daha yüksek olmasına yol açması ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir (Şenol, 1989).

B.D.E. puanları yaş değişkenine göre incelendiğinde, 18-20 yaş aralığındaki bireylerin depresyon puanları 21-40 ve 41-60 yaş grubundaki bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 21-40 ve 41-60 yaş gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yaş değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve Tablo 21’de sonuçlar görülmektedir. Yapılan birçok araştırmada depresyonun orta yetişkinlik döneminde daha sık görüldüğü öne sürülmüştür. Fakat son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55–70 yaşları arasında pik yapmaktadır(Savrun, 1999). Araştırmanın yaş değişkeni açısından literatürle tutarsızlık gösterdiği saptanmıştır. Bu tutarsızlık nedeni ile araştırmanın daha fazla katılımcı sayısı ile yeniden araştırılması önerilmektedir.

Ö.K.Ö. puanları yaş değişkenine göre incelendiğinde ise, yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yaş değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve Tablo 40’ da da bu bulgular görülmektedir. Literatüre bakıldığında ise; Thorson ve Powell (1988) 16–60 yaş arasındaki 599 kişiyi dahil ettikleri çalışmada, ölüm kaygısının yaşa ve cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemiştir. Yapılan istatistiksel işlemler sonucunda, gençlerin ölüm kaygılarının yaşlılardan çok daha yüksek olduğu ve kadınların erkeklere göre



daha yüksek ölüm kaygısı sergiledikleri ortaya konmuştur. Doğu kültüründe ölüm kaygısının, yas ve cinsiyet ilişkisini yordamak için yapılan bir araştırmada orta yaşta (yaş ortalaması erkeklerde 41,5 kadınlarda 40,9) 236 gönüllü Kuveytli örneklem olarak seçilmiştir. Arapça Ölüm Kaygısı Ölçeği (Arabic Scale of Death Anxiety) uygulanmıştır. Literatürü destekleyen bulgular elde edilmiştir. Orta yaş grubunun ölüm kaygısı daha genç olan üniversite öğrencilerinden (yaş ortalaması 22) elde edilmiş sonuçlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Abdel-Khalek ve Al-Kandari, 2007). Denek sayısı arttırılarak ölüm kaygısı ve yaş değişkeninin yeniden araştırılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

B.D.E. puanları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, bekâr bireylerin depresyon puanları evlilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ö.K.Ö. puanları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde ise, aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile medeni durum değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve sonuçlar Tablo 22 ve Tablo 41’de görülmektedir.

B.D.E. puanları ve Ö.K.E. puanları çocuk sahibi olma değişkenine göre incelendiğinde ikisi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aynı şekilde iki ölçekten alınan puanlar çocuk sayısına göre incelendiğinde de anlamlı bir sonuca varılamamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı değişkenleri arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve çocuk değişkeni sonuçları Tablo 23’de ve Tablo 42’de çocuk sayısı değişkeni sonuçları; Tablo 24 ve Tablo 43’de görülmektedir.

B.D.E. puanları ve Ö.K.E. puanları yaşanılan yer değişkenine göre incelendiğinde ise ikisi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile yaşanılan yer değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve Tablo 25 ve Tablo 44’ de sonuçlar görülmektedir.

B.D.E puanları eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde, lise mezunu gruptaki bireylerin depresyon puanları üniversite mezunu grubu bireylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile eğitim değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta, sonuçlar Tablo 26 ve 27’ de görülmektedir.

Ö.K.E puanları eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile eğitim değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta, sonuçlar Tablo 45 ve 46’ da görülmektedir. Literatüre bakıldığında; Lonetto ve Templer yüksek eğitim düzeyinin ve yüksek gelir düzeyinin ÖKÖ’nden görece olarak düşük puan alınmasıyla ilişkili bulunduğu çalışmalar bildirmektedirler. Farley ise yüksek sosyoekonomik düzeydeki erkek üniversite öğrencilerinin daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduklarını belirtmiştir (Kastenbaum, 2000).

B.D.E puanları algılanan gelir düzeyi değişkenine göre incelendiğinde, kendilerini orta gelir düzeyinde algılayan bireylerin depresyon puanları kendilerini iyi algılayan bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon düzeyleri ve ölüm kaygısı düzeyleri ile algılanan gelir değişkeni arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve sonuçlar Tablo 28 ve 29’ da görülmektedir.

B.D.E puanları daha önce ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadığı, daha önce ölüme tanıklık etme, daha önce bir yakını kaybetme, ciddi sağlık sorunun olup olmaması, ağır hastalık geçirme, ilaç kullanımı, ailede ruhsal hastalık geçiren olup olmaması değişkenleri incelendiğinde aralarında ilişki olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar Tablo 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36’da görülmektedir.

Ö.K.Ö puanları algılanan gelir düzeyi, daha önce ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadığı, daha önce ölüme tanıklık etme, daha önce bir yakını kaybetme, ciddi sağlık sorunun olup olmaması, ağır hastalık geçirme, ilaç kullanımı, ailede ruhsal hastalık geçiren olup olmaması değişkenleri incelendiğinde aralarında ilişki olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar Tablo 47, 48, 49, 50, 52, 52, 53’de görülmektedir.

B.D.E. puanlarının Ö.K.Ö grupları değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan analiz sonucunda Ö.K.Ö’den 0-2 puan arasında puan alan grupla 2,01-4-99 puan alan grup arasında 2,01-4-99 puan alan grup lehine  $p<,05$  düzeyinde; 0-2 puan arasında puan alan grupla 5 ve üstü puan alan grup arasında 5 ve üstü puan alan grup lehine  $p<,001$  düzeyinde; 2,01-4-99 puan arasında puan alan grupla 5 ve üstü puan alan grup arasında 5 ve üstü puan alan grup lehine  $p<,001$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani Ölüm Kaygısı Ölçeğinde 5 ve üstü puan alan bireylerin ve 2,01-4-99 arasında puan alan gruplardan daha yüksek; 2,01-4-99 arasında puan alan grup da 0-2 arasında puan alan gruptan önemli şekilde yüksek depresyon puanına sahiptir. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>,05$ ). “Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon puanları ve ölüm kaygısı puanları arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta ve Tablo 38’de sonuçlar görülmektedir. Araştırma Ölüm Kaygısı Ölçeğinden 5 ve üstü puan alan deneklerin ölüm kaygılarının olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra 0–2 arasında puan alan deneklerinde patolojik inkarlarının olduğunu söyleyebiliriz (Ertufan, 2000).

Yapılan çalışmada; Beck depresyon puanları ile ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan analiz sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan  $p<.01$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,366$ ;  $p<.01$ ). Buna göre depresyon yakınması olan hastaların depresyon düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeyleri artmakta, depresyon düzeyleri azaldıkça ölüm kaygısı düzeyleri de azalmaktadır, sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar Tablo 54’de görülmektedir.

Bunun yanı sıra yapılan incelemede, hafif düzey depresyon grubunda olanlarla orta düzey depresyon grubunda olan grup arasında orta düzey depresyon grubu lehine  $p<,05$  düzeyinde; hafif düzey depresyon grubunda olanlarla ağır düzey depresyon grubunda olan grup arasında ağır düzey depresyon grubu lehine  $p<,001$  düzeyinde anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Yani orta ve ağır düzey depresyon tanısı konmuş bireyler hafif depresyon düzeyi tanısı konulan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek ölüm kaygısı yaşamaktadır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>,05$ ). “Depresif yakınmaları olan hastaların Beck Depresyon grupları (3’lü) değişkeni ve ölüm kaygısı puanları arasında bir ilişki var mıdır?” sorusunu cevaplamakta sonuçlar; Tablo 55 ve 56’da görülmektedir. Araştırmaya başlanırken ortaya atılan varsayım doğrulanmıştır. Bu bulgular, Lonetto ve Templer’in MMPI, Zung Depresyon Ölçeği ve diğer depresyon ölçekleriyle ÖKÖ arasında pozitif korelasyon bulduğu çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir (Neimeyer, Wittkowski ve Moser, 2004). Gilliland ve Templer yaptıkları çalışmada depresyon ile ölüm kaygısı arasında yüksek ilişki bulmuşlardır (Şenol, 1989). Abdel-Khalek (1997) 208 Mısırlı üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme, ölüm kaygısı ile depresyon arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar bulmuştur. Ölümün farkına varış ve ölümü kabullenmeye giden süreç, kişide depresyona yol açabilmektedir. Ölümün kişide depresyon ve üzüntü yaratması ile ilgili olarak Abdel-Khalek (2005b) ölüm depresyonu kavramını ortaya atmıştır. Görüldüğü üzere, ölüm kaygısı ve depresyon birbirleriyle ilişkili değişkenlerdir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmanın bazı bulguları literatürle tutarlılık gösterirken, bazı bulguları ise literatürle tutarsızlık göstermektedir. Bunun yanı sıra literatürde daha önce araştırılmamış sonuçlar da saptanmıştır. Bu nedenle bazı değişkenlerin yeniden araştırılmaya değer olduğu düşünülmektedir. Örneğin bekar kadınların depresyon düzeylerinin evli kadınlara oranla göreceli olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde evli ve bekar kadınların depresyon düzeyleriyle ilgili bir araştırmaya rastlanmadığından bu alanda çalışma yapmaya değer olduğu düşünülmektedir. Bir

diğeri ise literatürün tam tersi olarak orta yaş grubunun depresyon oranının daha yüksek olması sonucundan farklıdır; bulgularda 18–20 yaş arası geç ergen bireylerin diğer yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Bu iki durum kendi içlerinde farklı değişkenlerle incelenirse literatüre önemli katkısı olabilir.

Bunun yanı sıra ülkemizde ölüm kaygısının incelendiği çok az literatür bulunmaktadır. Ölüm kaygısı ile ilgili yapılacak her araştırmanın literatüre katkı sağlayacaktır.

Ülkemizde benzeri bir araştırma olmadığından bu çalışma sonuçlarının literatüre olumlu katkısı olacağı düşünölmektedir fakat denek sayısı az olması sebebiyle genelleme yapılamayacağı düşünölmektedir. Denek sayıları kadın erkek sayısına göre incelendiğinde araştırmaya salt depresyon tanısıyla başvuran erkek sayısı az olduğundan bu araştırmanın daha fazla kadın ve erkek denekle yeniden yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A. M. (1997). "Death, Anxiety, and Depression", *Omega*, 35 (2), 219-229.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005a). "Death Anxiety in Clinical and Non-Clinical Groups", *Death Studies*, 29, 251-259.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005b). "Happiness and Death Distress: Two separate factors", *Death Studies*, 29, 949-958.
- Akkayacı, C. (2006). "Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 139-146.
- Akça, F., Köse, İ.A., (2008). "Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışması", *Klinik Psikiyatri*, 11, 7-16.
- Alper, Y., Pırıldar, Ş. (2002). Depresyon ve İntihar, Sayıl, I., (Ed.), *İntihar*, (47-60), İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları.
- Alper, Y. (2006). "Depresyon Psikodinamiği ve Cemal Süreyya", *Türkiye'de Psikiyatri*, 7(4), 58-66.
- Arslanoğlu, K. (2002). *Psikiyatri El Kitabı*, 4. Baskı, İstanbul: Adam Yayınları.
- Aşkın, R., Çayköylü, A., Karaca, S. (1995). Klinik Depresyonu Alttıplere Ayırma Çalışması, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1-3 Haziran, Konya, 192-198.
- Aşkın, R. (2000). "Depresyonun Klinik Altıpları", *Duygudurum Dizisi*, 2, 53-63.
- Aydın, B. (2005). *Çocuk ve ergen psikolojisi*, 2. baskı, İstanbul: Atlas Yayın Dağıtım
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (Ed.). (2007). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 3. baskı, (121-125), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bozkurt, A. (Ed.), (2004). *Mayo Clinic Depresyon*, Ankara: Güneş Kitabevi
- Bozkurt, S. (2005). "Depresyonun Aydınlanmasında Bir Işık: Bilgi İşleme Yaklaşımı", *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(özel ek sayı), 93-111.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları
- Cevizci, A.(1997). *Felsefe Sözlüğü*, 2. Baskı, Ankara: Ekin Yayınları

- Cicirelli, V. G. (2001). "Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death", *Death Studies*, 25, 663–683.
- Collett, L.-J., Lester, D. (1969). "The fear of death and the fear of dying", *The Journal of Psychology*, 72 (2), 179–181.
- Cüceloğlu, D. (1999). *İnsan ve Davranışı*, 9.Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çifter, İ. (1993). "Depresyon Kavramının Gelişimi", *Depresyon Monografaları Serisi*, (1), 5-18.
- Çobanlı, C., Salt, A. (2001). *Dharma Ansiklopedisi*, İstanbul: Dharma Yayınları.
- Dilbaz, N., Seber, G. (1993). "Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi", *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.
- Drolet, J. L. (1990). "Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life", *Journal of Clinical Psychology*, 46 (2), 148–160.
- Durak- Batıgün, A. (2001). "Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapiler", *Türk Psikoloji Bülteni*, 7(20), 16-31.
- Eke, S. (2003). *Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi.
- Erdoğan, M., Özkan, M. (2007). "Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 171-179.
- Ersevim, İ. (1997). *Freud ve psikanalizin temel ilkeleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Ertufan, H. (2000). *Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenilirlik çalışması*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Ertufan, H. (2008). *Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Feifel, H. (1990). "Psychology and death", *American Psychologist*, 45(4), 537–543.
- Firestone, R. W. (1993). "Individual defenses against death anxiety", *Death Studies*, 17, 497-515.
- Geçtan, E. (1989). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*, 7. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Geçtan, E. (1999). *Varoluş ve psikiyatri*, 6. baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Güleç, H., Sayar, K., Özkorumak, E. (2005). “ Depresyonda Bedensel Belirtiler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Güvercin, A. (2006). *Depremzede Anneler ve Çocuklarının Depresyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Hançerlioğlu, O. (1978). *Felsefe Ansiklopedisi*, Cilt:5, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Hökenecli, H. (1993). *Din Psikolojisi*, Ankara: TDV Yayınları.
- Işık,E., Taner, E., Işık, U. (2008). *Güncel Klinik Psikiyatri*, Ankara: Psimetrik
- Jung, C.G. (1997). Ruh ve Ölüm, Çev: Ender Gürol, *Analitik Psikoloji*, içinde (213-224), İstanbul: Payel Yayınevi.
- Karaca, F. (1997). *Psikolojik açıdan ölüm ve dini inanç ilişkisi*, Yayınlanmamış doktora tezi. Atatürk Üniversitesi.
- Karaca, F. (2001). “Ölüm psikolojisi ile ilgili Türkçe literatür üzerine”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 1 (2), 1–12.
- Karasay. N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 10.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karakaya, T. (2003). “Martin Heidegger felsefesinde ölüm problemi”, *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (5), 23–35.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death*, 3rd edition, London: Free Association Books.
- Kırlı, S. (2008). Depresyon, Işık,E., Taner, E., Işık, U. (Ed.), *Güncel Klinik Psikiyatri*, içinde (131-172), Ankara: Psimetrik
- Köknel, Ö. (1985). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, 8. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köknel, Ö. (2000). “Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi”, *Duygudurum Dizisi*, 1, 5-11.
- Köroğlu, E. (1993). “Depresif Durumların Kliniği”, *Depresyon Monografaları Serisi*, 1, 19-48.
- Köroğlu, E. (2007). “*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, I. Cilt*”, 4.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.



Kübler Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, Çev.: Banu Büyükal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları.

Küçüközel, N. (2007). *Aile Hekimliği Asistanlarındaki Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Dahili Bilimler Asistanlığı İle Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.

Küey, L., Güleç, C. (1993). “Depresyonun Epidemiyolojisi”, *Depresyon Monografileri Serisi*, 2, 53-68.

Lonetto, R., Fleming, S., Mercer, G. W. (1979). “The structure of death anxiety: A factor analytic study”, *Journal of Personality Assessment*, 43 (4), 388–392.

Moraglia, G. (2004). “On facing death: Views of some prominent psychologists”, *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (3), 337–357.

Mumcu, C., Yazgan, Ç. (2002). *Yaşlılık ve Depresyon*, 1. Baskı, İstanbul: Okuyan Us Yayınları.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., Moser, R. P. (2004). “Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation”, *Death Studies*, 28, 309–340.

Onur, B. (2000). *Gelişim psikolojisi*, 5. baskı, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Oei, T. P. S., Bullbeck, K., Campbell, J. M. (2006). “Cognitive Change Process During Group Cognitive Behaviour Therapy For Depression”, *Journal of Affective Disorders*, 92, 231–241.

Ögel, K., Sağduyu, A., Boratav, C., Özmen, E. (2001). *Depresyonda Tanım ve Tedavi*, İstanbul: E- Medya Reklam Tanıtım.

Özmen, E. (1996). “Depresyon: Genel Bir Gözden Geçirme”. *Depresyon Dergisi*, 1(1), 3-14.

Öztürk, M. O. (1998). *Psikanaliz ve psikoterapi*, 3. baskı, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

Öztürk, M. O. (2001). Duygulanım Bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 4. baskı, içinde (291-342). Ankara: Nobel Kitapevleri.

Savrun, B.M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu , 2-3 Aralık, İstanbul, 11-17

Soykan, A. (2001). Depresyon ve Tedavisi, *Psikiyatriye Giriş El Kitabı*, içinde (49-76). Ankara: Girişim Yayıncılık.

- Şenol, C. (1989). *Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi
- Tanhan, F., Arı, F. (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3 (2), 34–43.
- Tang, C. S.-K., Wu, A. M. S., Yan, E. C. W. (2002). “Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students”, *Death Studies*, 26, 491–499.
- Templer, D. I. (1970). “The construction and validation of a death anxiety scale”, *The Journal of General Psychology*, 82, 165–177.
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., Arikawa, H., Abdel-Khalek, A. M. (2006). “Construction of a death anxiety scale-extended”, *Omega*, 53 (3), 209–226.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). “Elements of death anxiety and meanings of death”, *Journal of Clinical Psychology*, 44 (5), 691–701.
- Tomer, A., Eliason, G. (1996). “Toward a comprehensive model of death anxiety”, *Death Studies*, 20, 343–365.
- Ünal, S., Özcan, E. (2000). “Depresyonda Hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Viney, W., King, D. B. (1998). *A history of psychology*, 2<sup>nd</sup> edition, Boston: Allyn and Bacon.
- Yalom, I. D. (1999). *Varoluşçu psikoterapi*, Kabalcı Yayınevi: İstanbul.
- Yalom, I. D. (2002). *Bağışlanan terapi*, 2. baskı, Çeviren: Zeliha İyidoğan Babayigit. İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yalom, I. (1995). *Depresyon Terapisi*, Çeviren: Yasemin Engin, İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yegdich, T. (2000). “Clinical supervision, death, Heidegger and Freud come “out of the sights””, *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 953–961.
- Yıldız, M. (1994). *İnsanların ölüm karşısındaki tutumları hakkında yapılan araştırmaların değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Ziyalar, A. (2006). Affekt Bozuklukları, *Erişkin Psikopatolojisi*, içinde (38-49).  
İstnsbul: Yüce/ Reklam/ Yayım Dağıtım.

## EKLER

### EK-1: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

**YÖNERGE:** Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. SON BİR HAFTA İÇİNDEKİ (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.  Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
 Kendimi üzgün hissediyorum.  
 Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
 Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.  Gelecekte umutsuz değilim.  
 Gelecek konusunda umutsuzum.  
 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
 Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3.  Kendimi başarısız görmüyorum.  
 Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
 Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
 Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4.  Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
 Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
 Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
 Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5.  Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
 Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
 Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.  Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.

- Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
- Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
- Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.  Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
- Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
- Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- Kendimden nefret ediyorum.
8.  Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
- Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
- Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.  Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
- Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
- Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10.  Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
- Şimdilerde her an ağlıyorum.
- Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11.  Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
- Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
- Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12.  Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13.  Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteleyebiliyorum.
- Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- Artık hiç karar veremiyorum.
14.  Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.

- Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.  Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- Hiç çalışmıyorum.
16.  Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.  Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18.  İştahım eskisinden pek farklı değil.
- İştahım eskisi kadar iyi değil.
- Şimdilerde iştahım epey kötü.
- Artık hiç iştahım yok.
19.  Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
- Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20.  Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. ( ) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
( ) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
( ) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
( ) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK:2 TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Formda bulunan ifadelerin her birini okuyunuz ve o ifadeyle ilgili ne hissettiğinize karar veriniz. Daha sonra hislerinizi yansıttığınızı düşündüğünüz “X” işaretini yuvarlak içine alınız. İşaretinizi yatay çizgilere koymamaya dikkat ediniz. Her bir ifade için yalnızca tek bir “X” işaretini yuvarlak içine alınız.

Aşağıda bir örnek gösterilmiştir:

Roman okumaktan hoşlanırım.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

Şayet, okuduğunuz cümle size net bir anlam ifade etmiyorsa, anlaşılmaz geliyorsa o zaman en sağdaki kararsız “X” işaretini yuvarlak içine alınız. Kararsızım ve tarafsızım seçeneklerini mümkün olduğunca az kullanmaya gayret ediniz. Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

1. Ölmekten çok korkuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

3. İnsanların ölüm hakkında konuşması beni rahatsız etmez

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

4. Ameliyat olma zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

5. Ölmekten hiç korkmuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

6. Kanser olmaktan özellikle korkmuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

8. Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

10. Ölümünden sonra bir hayat olduğu fikri beni çok huzursuz ediyor

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

12. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

13. İnsanların III. Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

14. Ölü bir beden görüntüsünü beni dehşete düşürür

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_

15. Geleceğin benim için korkulacak hiçbir şeyi olmadığını hissediyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X  
Hiç \_\_\_\_\_ Tarafsızım \_\_\_\_\_ Tamamen \_\_\_\_\_ Kararsızım \_\_\_\_\_  
Katılmıyorum \_\_\_\_\_ katılıyorum \_\_\_\_\_



### EK:3 BİREYSEL BİLGİ TOPLAMA FORMU

Cinsiyetiniz: K ( ) E ( )

Yaşınız: \_\_\_\_\_

Doğum tarihiniz: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medeni durumunuz: \_\_\_\_\_

Çocuğunuz var mı: Evet ( ) Hayır ( )

Çocuğunuz varsa kaç tane: \_\_\_\_\_

Nerede yaşıyorsunuz: (a) Ailemle (b) Yurtta (c) Evde tek (d) Evde arkadaşlarla (e)

Akraba yanında

(f) Diğer (lütfen açıklayınız).....

Eğitim düzeyiniz (*en son bitirdiğiniz okulu işaretleyin*): (a) Okuryazar (b) İlköğretim (c) Lise

(d) Üniversite (e) Yüksek lisans-doktora

Aylık gelir durumunuz: (a) Alt (b) Orta (c) İyi (d) Çok iyi

Hiç ciddi ölüm tehlikesi atlattınız mı? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....

Hiçbir insanın ölümüne tanık oldunuz mu? (Lütfen olay anındaki yaşınızı da yazarak açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Kaybettiyseniz, bu olayın üzerinden ne kadar zaman geçti? (yıl/ay olarak)

.....  
.....  
.....  
.....

Ciddi bir sağlık sorununuz var mı? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Hiç ameliyat oldunuz mu? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Ağır hastalık geçirdiniz mi? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Şu anda kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....  
.....  
.....

Ailede ruhsal hastalık geçirmiş kişi(ler) var mı? (Lütfen açıklayın)

.....  
.....

## ÖZGEÇMİŞ

Suna Özışık Eyüboğlu, lisans eğitimini 2000-2004 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamlamıştır. Lisans bitirme tezini, Görsel-Motor Algı Testi (VMI) standardizasyon ve norm çalışması üzerine yapmıştır.

2007 yılında Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına kabul edilmiştir.

2004 yılında başladığı Yrd.Doç.Dr. Nevin Eracar'dan 4 yıl boyunca devam eden Sanat Terapisi ve Yaratıcılık eğitimi almış ve bu eğitimi "Bir Depresyon Hastasının Tedavisinde Sanat Terapisinin Etkililiği" isimli tez çalışması ile tamamlamıştır. Ayrıca Türk Psikologlar Derneği'nden onaylı WISC-R Çocuklar İçin Zeka Testi sertifikası bulunmaktadır. Bunun yanı sıra Doç. Dr. Tevfika İkiz- Tunaboşlu'dan Rorschach Test eğitimi almıştır. Prof. Dr. M.Zihni Sungur'dan Bilişsel-Davranışçı Terapi eğitimi devam etmektedir.

Klinik uygulamalarında çeşitli psikolojik testlerin kullanımında uzmanlaşmıştır. Eyüboğlu'nun uluslar arası ve ulusal kongrelerde bilimsel yayınları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları;

Özışık, S.& Kolca, N."Görsel Motor Birleştirme Testi(VMI) Norm ve Standardizasyon Çalışması", 9.Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Bursa, Temmuz 2004.

Surmeli, T., & Ozisik, S. "QEEG Guided Neurofeedback Treatment At Personality Disorders: 12 Case Studies", 10th Biofeedback Foundation of Europe Meeting, Viyana, Subat 2006.

Gedik, Z., Eyüboğlu, S., Atam, A., Çıkar, A. ve Kuruoğlu, D. Evli kadınlarda kök aile yapısı ve psikiyatrik belirti düzeyinin cinsel doyum ile ilişkisi. Poster

bildiri. Cinsellik ve Cinsel Tedaviler VII. Ulusal Kongresi. 21-23 Kasım 2008, İstanbul.

Aktif olarak bilimsel araştırmalarına devam etmektedir.

Mesleki tecrübeler bağlamında, anaokulu (sorumlu müdür olarak), özel eğitim merkezi ve psikiyatri polikliniğinde görev yapmıştır. Nöropsikoloji, danışmanlık ve psikoterapi alanlarında deneyim sahibidir, özellikle depresyon, kaygı bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar, fobik bozukluklar, stresle başa çıkma ve sorun odaklı danışmanlık yöntemleriyle ilgili olarak çalışmaktadır. Hali hazırda görev yapmakta olduğu Paşabahçe Devlet Hastane bünyesinde bireysel ve grup danışmanlık hizmetlerine devam etmektedir.