



**T.C. Sğlık Bilimleri Üniversitesi
Konya Sğlık Uygulama ve Araştırma Merkezi**

**Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği**

**Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Yaşlı
Hastalarda Ölüm Anksiyetesi ve İlişkili Faktörler**

Dr. Mustafa Mert

Tıpta Uzmanlık Tezi

Konya-2024



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

BEYHEKİM EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİğİ

PSİKİYATRİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN YAşLI
HASTALARDA ÖLÜM ANKSİYETESİ VE İLİşKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Mustafa Mert

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine Gıynaş Ayhan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam Doç. Dr. İkbâl İnanlı'ya,

Tez sürecinde her zaman yol gösteren, destek olan, beraber çalışmaktan keyif aldığım değerli hocam Doç. Dr. Medine Gıynaş Ayhan'a, desteğini ve ilgisini hiç esirgemeyen, her zaman sevgi dolu kıymetli hocalarım Doç. Dr. İsmet Esra Çiçek ve Doç. Dr. Erdiñ Çiçek'e, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Dr. Öğretim Üyesi Bilge Çetin İlhan'a,

Eğitimime olan kıymetli katkılarından dolayı Prof. Dr. Ömer Faruk Akça ve Doç. Dr. Faruk Ömer Odabaş'a,

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği uzmanlarına,

Sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim Dr. Leyla Yıldız, Dr. Naim Yıldız, Dr. Meliha Özgü'ye, yıllardır yanımda olan ve bana inanan canım aileme ve kıymetli dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa MERT

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ölüm Kavramı	3
2.2. Ölümü Tanımlayan Kuramsal Yaklaşımlar.....	4
2.3. Gelişim Basamaklarına Göre Ölümün Anlamı.....	5
2.4. Ölüme Karşı Tutumlar	6
2.4.1. Ölümsüzlük Arzusu.....	7
2.4.2. Ölümü Reddetme	7
2.4.3. Ölüme Meydan Okuma	7
2.4.4. Ölümü İsteme	8
2.4.5. Ölümü Kabullenme	8
2.4.6. Yas Tutma	8
2.5. Ölüm Kaygısı	9
2.6. Korku ve Kaygı Kavramları	10
2.7. Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu.....	11
2.8. Ölüm Kaygısının Bileşenleri.....	12
2.8.1. Duygusal Bileşen	12
2.8.2. Bilişsel Bileşen.....	13
2.8.3. Motivasyonel Bileşen.....	13

2.9. Ölüm Kaygısını Açıklayan Kuramlar	13
2.9.1. Psikanalitik Kuram	13
2.9.2. Varoluşçu Kuram	14
2.9.3. Dehşet Yönetimi Kuramı	16
2.9.4. Bilişsel Kuram	16
2.10. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Düzenekleri	17
2.10.1. Özel Olma Duygusu	18
2.10.2. Büyük Bir Kurtarıcı Olduğu İnancı	18
2.10.3. Ölümün Önlenebilir Tıbbi Bir Durum Olarak Görülmesi	19
2.10.4. Kültürel Değerler ile Medeniyetlerin Sonsuzluğu İnancı	19
2.11. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler	20
2.11.1. Yaş ve Ölüm Kaygısı	20
2.11.2. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı	21
2.11.3. Kişilerarası İlişkiler ve Ölüm Kaygısı	21
2.11.4. Sağlık ve Ölüm Kaygısı	22
2.11.5. Meslek ve Ölüm Kaygısı	23
2.11.6. Karakter, Yaşam Deneyimleri ve Ölüm Kaygısı	23
2.11.7. Kültürel Değerler, Dini İnançlar ve Ölüm Kaygısı	24
2.12. Ölüm Kaygısı Düzeyinin Belirlenmesi	25
2.12.1. Tek Boyutlu Ölçekler	25
2.12.1.1. Templer Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği	26
2.12.1.2. Abdel Halek Arap Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği ...	26
2.12.1.3. Tek Soru ile Ölüm Kaygısını Değerlendirme Ölçeği	26
2.12.2. Çok Boyutlu Ölçekler	26
2.12.2.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği	26
2.12.2.2. Collet ve Lester Ölüm Korkusu Değerlendirme Ölçeği	27
2.12.2.3. Çok Boyutlu Ölüm Korkusu Skalası	27

2.13.	Yaşlanma ve Yaşlılık	27
2.14.	Yaşlılıkta Yaşanan Değişimler	28
2.14.1.	Yaşlılık ve Bedensel Değişiklikler	28
2.14.2.	Yaşlılık ve Bilişsel İşlevler	29
2.14.3.	Yaşlılık ve Kişilik	30
2.15.	Yaşlılık ve Psikopatoloji.....	31
2.16.	Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı	35
3.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
3.1.	Örneklem Seçimi.....	37
3.2.	Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	38
3.2.1.	Bilgilendirme ve Onam	38
3.2.2.	DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)	38
3.2.3.	Sosyodemografik Veri Formu	39
3.2.4.	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA):	39
3.2.5.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ):.....	39
3.2.6.	İntihar Davranış Ölçeği:	40
3.2.7.	Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği:	40
3.2.8.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:	40
3.2.9.	Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği (OPQOL-Brief):	41
3.2.10.	Yaşam Doyumu Ölçeği:	41
3.3.	İstatiksel Değerlendirme.....	41
4.	BULGULAR	44
4.1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	44
4.2.	Hastaların Klinik Özellikleri	47
4.3.	Hastalara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Bulgular	50

4.3.1. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.3.2. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre HADÖ-A (Anksiyete) Puanlarının Karşılaştırılması	65
4.3.3. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre HADÖ-D (Depresyon) Puanlarının Karşılaştırılması	68
4.3.4. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre İntihar Davranışı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	70
4.3.5. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
4.3.6. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	74
4.3.7. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	76
4.3.8. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin ve Değişkenlerin Birbirleri ile İlişki Düzeylerinin İncelenmesi.....	78
4.3.9. Anksiyete, Depresyon, İntihar Davranışı, Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Hastaların Ölüm Kaygıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi	85
5. TARTIŞMA.....	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
7. KAYNAKÇA.....	114

KISALTMALAR

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu

HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu

TÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

SPSS: Statistical Package For The Social Sciences

n: Örneklem Sayısı

p: Anlamlılık Değeri

r: Korelasyon Katsayısı

Ort.: Ortalama

S.S.: Standart Sapma

Min.: Minimum

Max.: Maximum

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Psikiyatri Polikliniğine Başvuran 60 Yaş Üzerindeki Yaşlı Hastalara Uygulanan Değişkenler, Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3: Hastaların Klinik Özellikleri

Tablo 4: Hastalara Uygulanan Ölçekler ve Puanları

Tablo 5: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Bilişsel ve Duygusal Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Fiziksel Değişimler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Zamanın Geçmesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Hastalık ve Ağrı Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre HADÖ-A Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre HADÖ-D Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre İntihar Davranışı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 16: Hastalara Uygulanan Ölçeklerin ve Değişkenlerin Birbirleri ile İlişki Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 17: Anksiyete, Depresyon, İntihar Davranışı, Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Hastaların Ölüm Kaygıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran 60 yaş üzerindeki yaşlı hastalarda ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi, ölüm kaygısı ile var olan ruhsal yakınmalar arasındaki ilişkinin ortaya konulması, ölüm kaygısı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete belirtileri, intihar düşüncesi, algılanan sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi ile yaşlı bireylerin ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Psikiyatri polikliniklerine takip ve tedavi amacıyla başvuran ve çalışmanın belirlenen dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun 200 hasta dahil edildi. Dahil edilen hastalar öncelikle Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) uygulanarak değerlendirildi ve çalışmaya dahil edilmeye uygun bilişsel bir düzeye sahip hastalarla devam edildi. Hastalar ile DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonuna (SCID-5-CV) uygun klinik görüşme yapılarak tanısal değerlendirme yapıldı. Sosyodemografik verilerin elde edilmesi amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, anksiyete ve depresyon belirtilerinin tespit edilmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, ayrıca İntihar Davranış Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği (OPQOL-Brief) ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanının kadınlarda erkeklere göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Sosyodemografik özellikler açısından Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Bilişsel ve Duygusal alt boyut puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Fiziksel Değişimler alt boyutundan birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı olanların olmayanlara göre ve kadınların erkeklere göre daha yüksek puanlar aldığı, Zamanın geçmesi alt boyutundan geçmişte ciddi kaza, doğal afet yaşamış olanların olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı, Hastalık ve Ağrı alt boyutundan kadınların erkeklere göre, 71 yaş ve üzerinde olanların 70 yaş ve altında olanlara göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanların depresyon tanısı olanlara göre, yoğun

bakımda kalmayanların kalanlara göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı saptandı. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin; HADÖ-A ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; HADÖ-D ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Değişkenlerin ölüm kaygısı üzerine etkilerini incelemek için yaptığımız regresyon analizinde HADÖ-A ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin Ölüm Kaygısı Ölçeğinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edildi.

Sonuç: Yaşlı hastalar ile yapılan görüşmelerde ruhsal yakınmalar dikkatli incelenmeli, ölüm kaygısının farklı ruhsal yakınmalarla ifade edilebileceği unutulmamalıdır. Özellikle ruhsal yakınmalarını somatik belirtilerle tarif eden, anksiyete bozukluğu belirtileri bulunan yaşlı hastalarda ölüm kaygısı sorgulamasının yapılması hastalığın seyri ve tedavi süreci açısından büyük bir önem taşımaktadır. Ölüm kaygısına yönelik olarak hastaların yaşam kalitesini artıracak kapsamlı müdahalelerin yapılması, anksiyete belirtilerinin tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca, ölüm kaygısının azaltılmasına yönelik kişinin yaşam doyumunu artırabilecek durumların değerlendirilmesi ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm Kaygısı, Psikiyatrik Tanı, Sosyal Destek, Yaşam Doyumu, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the levels of death anxiety in elderly patients aged 60 and above who present to the psychiatry outpatient clinic, explore the relationship between death anxiety and existing psychological complaints, and investigate sociodemographic factors that may be associated with death anxiety. Additionally, the study seeks to identify the relationship between death anxiety and depression and anxiety symptoms, suicidal thoughts, perceived social support, life satisfaction, and quality of life in elderly individuals.

Method: A total of 200 patients who presented to the psychiatry outpatient clinics for follow-up and treatment and met the inclusion and exclusion criteria for the study were included. The included patients were first evaluated using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), and only those with a cognitive level deemed suitable for inclusion in the study continued. A diagnostic evaluation was conducted through a structured clinical interview with patients, using the Clinician Version of the DSM-5 Disorders Structured Clinical Interview (SCID-5-CV). To collect sociodemographic data, the Sociodemographic Data Form was administered, and to assess anxiety and depression symptoms, the Hospital Anxiety and Depression Scale was used. Additionally, the Suicide Behavior Scale, Templer Death Anxiety Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Older People's Quality of Life Scale (OPQOL-Brief), and Life Satisfaction Scale were also administered.

Results: It was found that the total score on the Templer Death Anxiety Scale was higher in women compared to men, and in individuals with a first-degree relative suffering from a terminal illness compared to those without such a relative. In terms of sociodemographic characteristics, no significant difference was observed in the Cognitive and Emotional subscale scores of the Templer Death Anxiety Scale. However, in the Physical Changes subscale, individuals with a first-degree relative who had a terminal illness scored higher than those without such a relative, and women scored higher than men. In the Time Passage subscale, those who had experienced a serious accident or natural disaster in the past scored higher than those who had not. In the Illness and Pain subscale, women scored higher than men, those aged 71 and

above scored higher than those under 70, individuals diagnosed with generalized anxiety disorder scored higher than those diagnosed with depression, those who had not been in the intensive care unit scored lower than those who had, and individuals with a first-degree relative who had a terminal illness scored higher than those without such a relative. A positive, moderate correlation was found between the Templer Death Anxiety Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HAD-A), and a positive, low correlation with the Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression subscale (HAD-D) and the Suicide Behavior Scale. A negative, low correlation was found with the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Life Satisfaction Scale, while a negative, moderate correlation was found with the Older People's Quality of Life Scale. Regression analysis to examine the effects of variables on death anxiety showed that the HAD-A and Life Quality scales were significant predictors of the Death Anxiety Scale.

Conclusion: In interviews with elderly patients, psychological complaints should be carefully examined, and it should be kept in mind that death anxiety may manifest through different psychological symptoms. Specifically, it is crucial to assess death anxiety in elderly patients who describe their psychological complaints through somatic symptoms and display signs of anxiety disorders, as this is of great importance for the course of the illness and the treatment process. Comprehensive interventions aimed at increasing patients' quality of life and treating anxiety symptoms are essential. Furthermore, evaluating factors that can enhance life satisfaction and strengthening social support networks should be considered in efforts to reduce death anxiety.

Keywords: Death Anxiety, Psychiatric Diagnosis, Social Support, Life Satisfaction, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bütün canlıların ortak bir deneyimi olan ölüm tarih boyunca her zaman merak uyandırmış ve derinlemesine incelenmiştir (1). İnsanlar, diğer canlılardan soyut düşünme becerisi ve bilince sahip olmalarıyla ayrılırlar ve bu nedenle ölümün varlığının farkında olarak yaşamlarını sürdürürler (2). Bu farkındalık insanın içinde bulunduğu topluma, çağa ve diğer pek çok etkene göre farklılıklar gösterse de ölüm insanlar için her zaman derin bir öneme sahip olmuştur (1).

Ölümlü olmanın farkında olarak yaşamak bireyde zorlayıcı bir duyguyu tetikleyebilir (3). Ölüm kaygısı, kişinin ölüm tehdidi altındayken bilinçdışı veya bilinçli olarak yaşadıkları psikolojik bir tepki olarak açıklanabilir (2). İnsanlar ölüm kaygısıyla baş edebilmek için uyum stratejileri geliştirse de stres oluşturan zorlu yaşam olayları, sağlığı tehdit eden durumlar nedeniyle verimsiz ve patolojik başa çıkma stratejileri geliştirebilir (4). Bu nedenle ölüm kaygısının, pek çok psikolojik durumun ortaya çıkmasında, devam etmesinde ve seyrinde temel bir rol oynadığı düşünülmektedir (5).

Ölüm kaygısı yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, fiziksel veya ruhsal hastalıklar gibi birçok etkene bağlı çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmelidir (6). Yaşlı bireyler ölüme daha yakın görünseler de ölüm karşısında farklı tutumlar sergileyebilir. Ölümü sakın bir şekilde kabullenebilir ya da panik ve inkar tepkisi gösterebilir (7). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısını etkileyebilecek değişkenlerle ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır ve çoğunlukla normal bireyler veya fiziksel hastalığı olanlarla yapılmıştır. Psikiyatrik tanısı olan yaşlı hastalarda tekrarlayan semptomları iyileştirmek, eş tanıların gelişimini önlemek, ölüm kaygısının var olan psikopatoloji ile ilişkisini anlayabilmek ve ruh sağlığında kalıcı iyileşmeler sağlayabilmek için ölüm kaygısına yönelik doğru müdahalelerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran 60 yaş üzerindeki yaşlı hastalarda ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi, ölüm kaygısı ile var olan ruhsal yakınmalar arasındaki ilişkinin ortaya konulması, ölüm kaygısı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca depresyon ve

anksiyete belirtileri, intihar düşüncesi, algılanan sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi ile yaşlı bireylerin ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ölüm Kavramı

Ölüm kavramı tarih boyunca her zaman merak uyandıran, anlamlandırılmaya çalışılan ve üzerine düşünülen bir konu olmuştur (1). Ölüm, yaşamsal tüm işlevlerin tamamen durması veya canlının hayatının sona ermesidir (8). Direkt olarak deneyimlenemeyen ve gerçekleştiğinde var olmayacağımız için bir başkasına tam olarak aktaramadığımız, belirsizliklerle dolu, tüm canlıların kaçınılmaz ortak bir deneyimi olarak da tanımlanabilir (9). Yaşam ve ölüm, birbirinden farklı olmalarına rağmen bir bütünün parçalarıdır; ölüm, yaşamın amacını yansıtarak onu tamamlar. (10).

Ölüm, her insanın yaşayacağı bir gerçeklik olarak karşımıza çıkar. Bireyler, çevrelerindeki ölüm olaylarına dayalı kişisel deneyimleri, bulundukları yaşam evresinin gelişimsel özellikleri ile inandıkları dini ve kültürel değerlere göre ölümü algırlar. Bu nedenle, ölüm algısı her birey için benzersiz şekilde gelişir ve başkalarının algılarından bağımsız olarak şekillenir (11-13). Yaş ilerledikçe, bireylerin olgunlaşması ölümü daha soyut bir şekilde algılamalarına ve onu kabullenmeye başlamalarına neden olabilir. Ölüm genellikle yaşlılara özgü bir kavram olarak görülürken, gençlerin ölümden uzak oldukları düşünülür. Bu durum insanın ölüm karşısındaki tutumunu da değiştirir. Bu yüzden gençler genellikle ölüm üzerinde daha az düşünür ve onu kabullenmekte zorlanabilirler (14). Cinsiyete göre de ölüm algısı farklılık göstermektedir. Genel olarak kadınlar ölümü daha detaylı bir şekilde açıklarken, erkekler ölümü herkesin yaşayacağı yaygın bir olay olarak görüp yüzeysel değerlendirirler. Ayrıca kadınlar ölümü bir devamlılık içinde düşünürken erkeklere göre ölüme daha olumsuz duygular yüklerler (15).

Yaşam, ölüm ve ölümden sonraki hayat din açısından da önemli bir yer tutar ve farklı niteliklerle anılır: Yahudilikte ciddi bir ceza ve ürkütücü bir gerçek olarak görülürken, Hristiyanlıkta bedenin fani yaşamının son bulması ve ruhun daha yüce bir düzeyde yaşamına devam etmesi olarak görülür. İslam'a göre, insan ruhunun bedenden ayrılarak ruhun ahiret yaşamına geçtiğine inanılır (16). Budizm'de insanların geçmişte farklı bir hayat sürdüğü, ölümden sonra yeniden doğacakları inancı vardır. Hinduizm'e

göre ise insan ruhu sürekli olarak yeniden doğar ve bu süreç, ruhun ilahi ruhla birleşmesine kadar devam eder. Her bir yaşamda insan, önceki yaşamında yaptığı eylemlere bağlı olarak cezalandırılır veya ödüllendirilir (17).

2.2.Ölümü Tanımlayan Kuramsal Yaklaşımlar

Her bireyin ölüm algısının kendine özgü olması, ölümü açıklamak için tek bir tanımın yapılmasını zorlaştırır. Bu nedenle, ölüm farklı disiplinler tarafından çeşitli şekillerde tanımlanabilir (18). Psikanalitik kurama göre insan yaşam ve ölüm içgüdüleriyle doğar. Yaşam içgüdü, insanın yaşama arzusunu ve coşkusunu yansıtır, cinsel dürtüleri de içerir. Ölüm içgüdüyse insanın içindeki yok edici ve yıkıcı eğilimleri temsil eder (19). Bir araya getirmeye, üretmeye çalışan yaşam içgüdü ile bunları parçalamak ve yıkmak isteyen ölüm içgüdü birbirleriyle ilişki ve çatışma halinde insan ruhunun dinamik yapısını oluşturur (20).

Freud'a göre insan bilinçaltında kendi ölümsüzlüğüne inandığı için ölümlülük fikrine karşı yoğun duygusal tepkiler gösterir. İnsanın ölümü asla deneyimleyememesi nedeniyle bilinçaltının ölümün hiçbir tasvirine sahip olmadığını savunur (21). Freud, ölümle ilgili duygu ve düşüncelerinin kökeninin, insanın bilinç düzeyinde ele alamadığı veya anlayamadığı ruhsal yaşantılardan geldiğine inanır. Ölüm hakkındaki düşünceler ve inançlar, derinlemesine ele alınmamış kaygıların ve çözilememiş ruhsal gerginliklerin bir yansıması olarak görülmelidir (22).

Jung ölümün, yaşamın doğal seyrinde bir amaç taşıdığını düşünür ve ölümü manevi bir perspektiften değerlendirir. Ölümlülük bilincinin iyileştirici bir değere sahip olduğunu, ölümle birlikte bireysel bilincin son bulduğunu ancak ruhsal sürecin devamı konusunda belirsizlikler olduğunu ileri sürer ve ölümü parapsikolojik bir kavram olarak ele alır (23).

Lacan'a göre insanlar yaşamları boyunca kendi zihinlerinde idealize ettikleri arzu nesnesine ulaşmaya çabalarlar. Bu süreçte acı çektikçe, arzu nesnesine daha da yaklaştıklarını hissederler ancak asla ulaşamazlar çünkü arzu nesnesi gerçeklikten uzaktır. Ona ulaşmanın yolu ya onu yok etmek ya da arzu nesnesinin kendileri

olmasıdır. Her iki durum da ölüm dürtüsüne yol açar. Bu yüzden arzu nesnemizden farkında olmasak da kaçarız ve onu gerçekleştirmek istemeyiz. Gerçekleştirmek istediğimiz zaman da ölüm içgüdümüzle onu kovalarız (24).

Varoluş kuramcıları; ölümü yaşamın anlamına ve amacına ışık tutan, ona yön veren, yaşarken akılda tutulması gereken bir olgu olarak görmektedir (25). Ölüm bilincine sahip olmanın yaşam üzerinde olumlu etkileri vardır. Ölüm farkındalığı insanda yaşamın anlamı üzerine kaygı yaratır, insanı tekrar değerlendirmeye, yorumlamaya, yaşamı daha anlamlı kılmak için çabalamaya ve arayışa iter (26). Logoterapi kuramının kurucusu Frankl ölümü dinamik perspektiften incelemiştir. Ölümle birlikte yaşamın bütünlüğe eriştiği ve tamamlandığı, bu bütünün geçmişte varlığını sürdürdüğü vurgulanır. Dolayısıyla ölüm bireyin varoluşunun tamamlanması olarak kabul edilir, yok oluş anlamına gelmez (19).

2.3.Gelişim Basamaklarına Göre Ölümün Anlamı

Ölümü kavramak, bilişsel gelişimin olgunluk düzeyi ile ilişkilidir (19). Gelişimsel açıdan ölümü algılamada önemli beş kavram vardır: Kaçınılmazlık, evrensellik, kesinlik ve geri dönülemezlik, sonlanma ve işlevsel olmama, nedensellik. Kaçınılmazlık tüm canlıların mutlaka öleceğini kabul etmektir. Evrensellik her canlının bir gün öleceğini anlamaktır. Geri dönülemezlik bireyin öldükten sonra geri dönemeyeceğini bilmesidir. Sonlanma ve işlevsel olmama vücudun işlevlerinin tamamen durması ve yaşamın sona ermesi olarak ölümü kabul etmektir. Nedensellik vücudun hayati fonksiyonlarını tamamen yitirmesi sebebiyle ölümün yaşandığını sebep-sonuç düzeyinde algılamak olarak açıklanabilir. Bu kavramlar 5-10 yaşları arasında sıralı bir şekilde gelişir (27).

Genel algının aksine çocukların beklenenden daha erken yaşlarda ölümü anlamaya başladıkları gözlemlenmiştir (4). Bowlby'e göre, ölüm kavramının oluşumu, nesne sürekliliğinin gelişimiyle eş zamanlı olarak ilerlemektedir (28). Bebekler genellikle 17 ay civarında kaybolan nesneleri algılayabilir ve hatırlayabilirler. Bu tür durumlar sonrasında üzüntü ve protesto tepkileri gösterebilirler. Ölümün kalıcı ve kesin olduğunu algılayamazlar fakat ölümü ayrılıkla ilişkilendirebilirler (29). Ölüm

kavramının kabulü çocuklar için ilk kez okul öncesi dönemde başlar ve tam anlamıyla anlaşılması yaşla birlikte artar. Piaget'e göre, 2-7 yaş arasındaki çocuklar işlem öncesi dönemde ölümün varlığını fark ederler ancak ölümün geri dönüşü olmayan bir durum olduğunu kavrayamazlar. 7-11 yaş arası somut işlemsel dönemde, ölümün evrenselliği ve kesinliği anlaşılır hale gelir. 11 yaşından sonra ise soyut işlemsel dönemde çocuklar, ölümü yetişkinler gibi algılamaya başlarlar (30).

Okul öncesi dönemde çocuklar yaşamın ve ölümün biyolojik kökenleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları için, ölümün sadece hastalar ve yaşlılar gibi belirli kişilerin başına gelebileceğini düşünürler. Sağlıklı bir yaşam sürmekle, trafik kazası veya kanser gibi ölümcül durumları önleyerek ölümü engelleyebileceklerine inanırlar (27). Bu yaşlarda çocuklar, neden-sonuç ilişkilerine dayalı mantık yürütme becerisini geliştiremezler çünkü bilişsel süreklilik kavramı henüz yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle ölümün geri dönülemez olduğunu anlamakta zorlanırlar ve onun yerine ölümü yaşamı sonlandıran bir olay olarak değil, geçici bir durum olarak algırlarlar (31).

Okul çağındaki çocuklar, insan vücudunun nasıl çalıştığını anlamaya başlarlar, düşünceleri somutlaşır ve ölümü bedensel bir son olarak algırlar. Bu yaş grubundaki çocuklar ölümün geri dönüşü olmayan, tamamen sonlanma anlamına gelmesi ve evrensel olması gibi özelliklerini kavrayabilirler (31). Ergenlik döneminde, soyut düşüncenin gelişimiyle gençler ölümü hayal etmeye ve öleceğini düşünerek kaygılanmaya başlarlar. Çünkü bu, daha karmaşık zihinsel süreçleri gerektirir ve ölüm kavramını farklı bir perspektifle ele almalarını sağlar (32). Ergenler ölüm kavramının belirsizliğini fark ederek, bu konuyu dini ve felsefi bakış açılarıyla değerlendirmeye başlarlar (33).

2.4.Ölüme Karşı Tutumlar

İnsanlar, hayatları boyunca ölümle ya da ölüm düşüncesiyle sık sık karşılaşabilecekleri için, ölümü düşünerek farklı tutumlar geliştirirler (34). Ölüm düşüncesi, bir kişinin yaşamında belirgin bir etkiye sahiptir ve bu etki önemsenmelidir. Çünkü aşırı ve sınırsız bir ölüm düşüncesi, kişinin ruh sağlığını olumsuz yönde

etkileyebilir (35). Ölümle ilgili tutumlar dengesini kaybettiğinde, insan uyum sorunları yaşar ve kaygı düzeyi artar (9).

Ölüme yönelik tavır ölümü reddetmekten kabul etmeye doğru değişen bir yelpazede yer alır. Reddetmenin aşırı uçlarında ölüm gerçeği tamamen yok sayılırken, orta noktada ölümün varlığını kabul eden ve kaygılanan bireyler yer alır. Kabul ucunda ise, ölümle yüzleşmekle ilgili çabalayan, ölüm kaygısını yaşayan ancak kabul eden veya ölüm kaygısını aşmış bireyler bulunur (36).

2.4.1. Ölümsüzlük Arzusu

Yaşama isteği insanın en kuvvetli ve en temel arzusudur (37). Tarih boyunca insanlar, ölümlülük gerçeği karşısında sonsuz ve sınırsız bir hayat arzusuyla ölümsüzlüğü hayal etmişlerdir (38). İnsanın ölümlü doğasına rağmen, sonsuza kadar var olma ve hiç yok olmama arzusu, çocukluktan itibaren içselleştirilen psikolojik bir gerçekliktir (37). Freud'a göre, insan ruhsal bunalımlarla başa çıkmak için ölüm sonrasıyla ilgili inançlar oluşturur. Ölümsüzlük inançları ölümün neden olduğu derin korku ve endişeden kaynaklanan psikolojik gerilimi hafifletmeye yöneliktir (39).

2.4.2. Ölümü Reddetme

Ölümü hatırlatacak şeylerden kaçınma ve uzak durma, ölümün konuşulmasını ve kabulünü zorlaştırır (38). Ölümün inkarında kullanılan yöntemlerden biri maskeleyedir. Ölümü düşünmemek için insan kendini günlük işlere kaptırıp, zihnini meşgul etmeye çalışır. Bastırma ise gelecek planı yaparken ölümü hiç düşünmeden hareket etmek, ölüm kavramını bilinç dışına itip görmezden gelmek olarak tanımlanan başka bir yöntemdir (40).

2.4.3. Ölüme Meydan Okuma

Aksiyon filmlerinde, destanlarda, hikayelerde, ekstrem spor yapanlarda, fedakar ya da cesur olmak amacıyla ölüme meydan okuma tutumunu sıkça görürüz (38). Bu kişiler, ölümle karşı karşıya kalıp başarılı oldukları izlenimini edinirler. Bu

da gelecekte daha cesur ve riskli kararlar almalarına ve davranışlar sergilemelerine yol açabilir (41).

2.4.4. Ölümü İsteme

Freud'un "ölüm içgüdüsü" dediği şey, yaşam kadar ölüme, yani hayatın özünü oluşturan cansız maddeye dönme eğilimini ve arzusunu içerir. Jung, ölüm içgüdüsünün biyolojik değil, manevi bir temele sahip olduğunu öne sürer. Ona göre, insanın ölüm isteği, anne karnındaki huzurlu ve sorunsuz yaşama dönme arzusundan kaynaklanır. Jung, bu psikolojik eğilimi, bireyin yaşamındaki ilerlemeyi kısıtlayan bir tür geri adım olarak değerlendirir. (37). Zorlu yaşam olayları karşısında hissedilen ruhsal bunalım sebebiyle, aşılamayan suçluluk ve yetersizlik düşüncelerinde, engeli veya yaşlılığı nedeniyle faydasız ve yük olarak hissedilen durumlarda kişi ölümü isteyebilir (38).

2.4.5. Ölümü Kabullenme

Varoluş felsefesinde ölüm yaşamı sürdürmenin temel sebebi olarak görülür (41). Heidegger, ölüme dair endişelerimizle yüzleşmediğimiz ve bu duyguyu kabul etmediğimiz sürece gerçek özgürlüğü yaşayamayacağımızı ifade eder. Birçok insan, hayatını ölümden kaçınma üzerine kurduğu için gerçek yaşam sevinci ve doyumundan mahrum kalır (42). Kişi, ölümlülük ve hiçlik gerçeğiyle korkmadan yüzleştğinde, daha sağlıklı bir psikolojik denge kurabilir. Ölümsüzlük yanılsamasına kapılmak, kişinin kendi ölümlülüğünü bilmesinden dolayı psikolojik sorunlara neden olabilir (37).

2.4.6. Yas Tutma

Yas yaşanan kayıp karşısında kişide ortaya çıkan öznel bir tepkidir. Her birey için özgün bir deneyim olup, tepkiler kişisel farklılıklar gösterir (43). Ölüm algısı, dini inançların varlığı veya yokluğu, ölen kişinin yaşı, ölümün beklenen veya ani bir olay olup olmaması ve kültürel değerler yasin ifade biçimlerini etkileyebilir (44).

Elisabeth Kübler-Ross (2014), yas sürecine dair beklenen davranışları yönlendirebilmesi amacıyla beş aşamalı bir yas süreci modeli geliştirmiştir. Yas

tutmanın ilk aşaması olan inkâr evresinde inanmama, yaşanılanı reddetme, kaçınma davranışları görülür, günlerce veya aylarca sürebilir. Öfke evresinde başkalarını suçlama, duygularını kontrol edememe ve saldırgan davranışlar karşımıza çıkar. Pazarlık etme evresinde yaşadığı bunalımı hafifletmek amacıyla kişi kendince anlaşmalar yapar, gerçeği değiştirme çabası gösterir. Depresyon evresi kaybın ardından hissedilen ruhsal bunalımları, acıyı, baş etmekte zorlanılabilen sıkıntı hissini içerir. Ölüme ve yaşanılan kayba karşı hislerin çözümlendiği, olanın kabul edildiği kabullenme evresinde kişi uyum sağlamaya çalışarak yeni bir hayata yönelir (45).

2.5. Ölüm Kaygısı

Ölüm tüm canlılar için ortak bir deneyim olmasına rağmen ölümlü olduğunun farkında olan tek varlık insandır (46). Soyut düşünebilme yetisi ve bilince sahip olması nedeniyle insan ölümlü olduğunun farkında olarak hayatını sürdürür (2). Ölümün varlığı, varoluşlarının ciddi bir tehdit altında olduğunu düşündürür (46). Orantısız ve yoğun bir şekilde ölümü düşünmek insan psikolojisini olumsuz şekilde etkiler (47, 48).

Ölüm kaygısı, bireylerin ölüm tehlikesiyle karşılaştıklarında, bilinçli ya da bilinç dışı bir şekilde tecrübe ettikleri psikolojik bir durum olarak tanımlanabilir (2). Ölüm kaygısı, her insanda varlığı hissedilen, yaşadığımız bütün korkuların kökeni olarak kabul edilen, insanın varlığının son bulacağı, kendisini ve dünyayı yitirebileceği, hatta bir hiç olma ihtimaliyle yüzleşmesi sonucu ortaya çıkan bir duygudur. (49). Ölüm kaygısı, kişinin ulaşmak istediği hedeflerin belirli bir zaman dilimi içinde gerçekleştirilebileceğinin farkında olmasından, hayatı tatmin edici ve başarılı bir şekilde değerlendirememiş olma endişesinden kaynaklanır (46, 50). Ölüm zamanına ve ölüm sonrası ne olacağına dair bilinmezlik bu kaygının önemli bir sebebidir. Bu belirsizlikle mücadele etmek için bireyler daha anlamlı bir hayat sürmek amacıyla farklı yollar arayabilirler (50).

Çok yönlü bir yapı olarak tanımlanan ölüm kaygısı birçok değişkenden etkilenen tanımlaması karmaşık bir kavramdır (51, 52). Bu çok boyutlu yapıda ölüm sonrası belirsizliğe dair korku, yalnız kalma endişesi, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, sevdiklerini kaybetme korkusu, hayatta kalanlar için kaygılanma, bireysel

kimliğini yitirme korkusu, bedenini kaybetme korkusu, yok olma korkusu, denetimi yitirme endişesi, acı duyma korkusu yer alır (47). Benzer şekilde Abdel-Khalek ölüm kaygısının acı çekmekten ve cezalandırılmaktan korkma, dünya üzerindeki bağlarını yitirme korkusu, işlenilen günahlardan ve hatalardan çekinme, sevdiklerinden ayrılma korkusu gibi dört ana sebepten kaynaklanabileceğini belirtmiştir (53). Yalom'a göre ölüm kaygısı bilinçli veya istem dışı olarak iki şekilde deneyimlenebilir. Bazı kişiler açıkça ve doğrudan ölüm kaygısını hissederken, bilinçdışı olarak deneyimlenen ölüm kaygısı genel bir bunaltı hali şeklinde ortaya çıkar veya başka ruhsal bozukluklar altında kendini gösterebilir (54).

Langs, ölüm kaygısının üç farklı biçimini tanımlar. Varoluşsal ölüm kaygısı, ölümün kaçınılmaz bir gerçek olarak kabul edilmesinden kaynaklanır. Kaçınmacı ölüm kaygısı, felaketler ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilişkilidir ve ölüm kaygısının en eski formudur. Koruyucu ölüm kaygısı, başka insanlara duygusal veya fiziksel zarar verilmesi durumunda ortaya çıkar ve bu kaygı türü, güçlü bir ahlaki gelişim sürecini teşvik eder (55). Jacques Choron ise ölümden sonra yaşanacakların, ölümlülük halinin ve var oluşun son bulmasının ölüm kaygısının özünü oluşturduğunu savunur. Ölüm olayı ve sonrasında yaşanacaklar ölüme dair korkuları kapsarken, varoluşun son bulması gerçek ölüm kaygısının kaynağı olarak değerlendirilir (42).

2.6. Korku ve Kaygı Kavramları

Korku ve kaygı kavramları eş anlamlı olarak birbirinin yerine sık sık kullanılmalarına rağmen anlamsal açıdan belirgin farklılıkları bulunur (56). Kaygı, gerçekte mevcut olmayan ama rahatsız edici bir tetikleyici nedeniyle duyulan endişeyi ve huzursuzluğu ifade eder (57, 58). Korku, algılanan bir tehdide karşı hızlı bir şekilde verilen yoğun belirgin tepkidir. Kişinin tehdidi değerlendirmesine bağlı olarak tepkinin şekli ve şiddeti değişiklik gösterir. Bu iki kavramı birbirinden ayıran üç temel farklılık bulunur. Korkuya neden olan kaynak bellidir, kaygının nesnesi ise net bir şekilde ifade edilemez, belirsizdir. Birbiriyle kıyaslandığında korku daha şiddetli bir duygu olarak karşımıza çıkar ve etkisi daha uzun süreli hissedilir (58).

Korku tehlike anında oluşan, rasyonel bir şekilde açıklanabilen duygusal bir dışavurumdur, kaygı belirsizliğin neden olduğu genel bir telaş halidir (57). Korku belli bir tehdit karşısında meydana çıkan sonuçtur, nesnesinin belli olması sebebiyle kontrol edilebilir, tehlikeyle baş etmek mümkündür. Oysa kaygı belirsiz yapısı itibariyle kontrol dışıdır ve varlığını sürekli olarak sürdürebilir (59). Kaygı ve korku arasında bilişsel açıdan da ayırım bulunur. Korku tehlike olarak algılanan etkenin değerlendirilmesiyle ilgili bilişsel bir süreçle bağlantılıdır, kaygı ise bu tehdidin tetiklediği duygusal süreci temsil eder (50). Bu nedenle, korku gerçekçi veya gerçekdışı olarak değerlendirilebilirken, kaygı öznel bir deneyim olduğundan bu tür bir ayırım yapılamaz (60).

Kaygı ve korku birbirine yakın fakat ayrı anatomik yapılar tarafından kontrol edilir. Kaygı septo-hipokampal sistemin uyarılması ve bu sistemin yüksek kortikal bölgelerle bağlantısı tarafından düzenlenirken, korku amigdala kompleksinin çabuk ve otomatik yanıtlarla etkinleşmesiyle doğrudan bağlantılıdır (61, 62). Korku ve kaygı sistemleri arasında anatomik farklılıklar bulunsada, varoluşsal tehditlerle başa çıkarken birbirini tamamlayarak aynı anda devreye girebilirler (63).

2.7. Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu

Kaygı ve korku kavramlarında olduğu gibi, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu da genellikle eş anlamlı olarak değerlendirildiği ve birbirinin yerine kullanıldığı için kavram karmaşası ortaya çıkabilir (57). Ölüm korkusunun çok boyutlu ve belirsizlik içeren yapısı, hem korkunun hem de kaygının kaçınma davranışları sonucunda ortaya çıkıp benzer duygusal ve davranışsal sonuçlar doğurması bu karışıklığa neden olur (57, 59). Kierkegaard, bu iki kavram arasındaki farkı vurgulamış ve belirli bir şeyden korkmanın, yokluk kavramından korkmaktan farklı olduğunu öne sürmüştür (64).

Ölüm kaygısı, kişinin tümünden yok olma fikrine yönelik duyduğu endişeyi ifade ederken; ölüm korkusu, ölümün kendisinin korkutucu bir durum olduğuna dair somut bir inançtan kaynaklanır (65). Benzer şekilde Cicirelli ölüm kaygısının varoluşun son bulmasına yönelik daha kapsamlı bilişsel veya ruhsal bilinçle bağlantılı olduğunu, buna karşılık ölüm korkusunun varoluşun fiziksel kaybına yönelik bilinçle bağlantılı

olduğunu ifade etmiştir (66). Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı, etki süresi ve şiddeti açısından farklılık gösterir. Ölüm korkusu, ölüm kaygısına göre daha kısa süreli ve daha yoğun bir duygudur, oysa ölüm kaygısı daha hafif bir hisse sahiptir ve sürekli olmasa da ölüm korkusuna kıyasla daha uzun süre devam eden bir nitelik taşır (67).

İki kavram arasındaki temel ayrım ölüm kaygısında belirsizlik ve bilinmezliğin ön planda olması, ölüm korkusunda ise gerçek bir tehlikenin mevcut olmasıdır (68). Benzer şekilde Horney de karşılaşılan tehlikenin belirsiz ve kişisel olduğu durumu kaygı, net ve somut olduğu durumu korku olarak nitelendirmiştir (69). Ölüm korkusu ile ölüm kaygısı arasındaki başka bir ayrım çaresizlik duygusuyla ilgilidir. Bir nesneden duyulan korkunun üstesinden gelmek mümkünken, yokluktan kaynaklanan korkunun bir çözümü bulunmamaktadır (70).

2.8. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm kaygısı, ölümün gerçekliğinin bilincinde olmakla bağlantılı korku ve endişeleri içeren çok boyutlu bir yapıdır. Bu yapı, duygusal, bilişsel ve motive edici bileşenleri içerir ve gelişimsel aşamalar ile sosyokültürel yaşam olaylarına göre farklılık gösterir.

2.8.1. Duygusal Bileşen

Ölüm kaygısı kişinin varlığının sona ermesiyle ilişkili temel bir korku olarak değerlendirilir ve bu korku zor hayat koşullarında evrimsel olarak hayatta kalmaya yardımcı olan eski limbik yapılar tarafından kontrol edilir. İki emosyonel bellek sistemi ölüm tehdidi gibi aynı uyarıcı tarafından eş zamanlı olarak tetiklenir ve korkunun işlenmesinde birlikte çalışırlar (71). Beklenmeyen ve farkında olunmayan korku deneyimlerinin işlenmesinde görevli olan amigdala, farkında olunan korku anılarının işlenmesini sağlayan bellek ve öğrenme merkezi hipokampus ve bağlantılı kortikal bölgeler ölüm kaygısının oluşumunda etkili nörobiyolojik yapılardır (72).

2.8.2. Bilişsel Bileşen

Ölüm yaşamla uyumsuz olarak kabul edilir, bireyin yaşam tecrübeleriyle geliştirdiği temel bilişsel yapılarla çatışır ve tehdit oluşturur. Ölüm bu temel bilişsel yapılarla bütünleşir ve onun bir parçası haline gelirse tehdit olarak algılanması azalır (73). Ölümün bilişsel bileşeni; ölümle ilgili tutumları, inançları, ölümün önemini kavramayı, gelecekteki ölüm olaylarını tahmin etme yeteneğini, belirsizliğe toleransı ve belirsizliği yönetme becerilerini, ölü olma ve yok olma düşüncelerini, erken ölüm ve ölüm sonrası olasılıklar hakkında inançları kapsar (74).

2.8.3. Motivasyonel Bileşen

Geçici ve sınırlı bir varlık olduğunun bilincinde olan insan, sonsuz ve ölümsüz olma arzusunu gerçekleştirebilmek için ölüm kaygısına karşı psikolojik savunmalar geliştirir ve bu şekilde kendisine bir motivasyon kaynağı sağlar (65, 75).

2.9.Ölüm Kaygısını Açıklayan Kuramlar

2.9.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuram, yaşam (eros) ve ölüm (thanatos) olarak iki ana içgüdüyle ele alır. Freud insanın bu iki temel içgüdüyle dünyaya geldiğini savunur. Eros, yaşamı, açlık ve cinsel doyum gibi temel dürtüleri temsil ederken, thanatos ölümü ve yok etme arzusunu ifade eder (76). Bu iki içgüdü, birbirine karşıt olarak konumlandırılır; Eros, id ile ilişkilendirirken, Thanatos ise ahlaki değerler ve vicdanın gelişiminde önemli rol oynayan süperegö ile bağlantılıdır (77). Freud insan davranışlarının temelini geçmiş yaşantıların oluşturduğunu, henüz ölümü yaşamamış olan kişinin davranışları üzerinde ölümün etkisi olamayacağına ifade etmiş, başlarda çalışmalarında ölüm olgusuna yer vermemiş olsa da sonrasında ölüm hakkında önemli görüşlerden bahsetmiştir (78).

Freud ölüm hakkında yaşamın en önemli amacı olduğunu düşünür ve yaşam ile ölüm içgüdülerinin birbirlerini tamamlamaları gerektiğini ifade eder (78). Ölüm kaygısının, ödipal çatışmalar ve ayrılık anksiyetesi nedeniyle ortaya çıkan suçluluk duygusundan kaynaklandığını, üstbenliğin deneyimlediği son önemli kaygı olduğunu belirtir (79). Freud'un bir görüşüne göre ölüm kaygısı benlikle ilişkilidir. Ego varlığın

sona ermesi sebebiyle cinsel arzularını tatmin edemediğinde ölüm kaygısının ortaya çıktığını ileri sürer. Bir başka açıklamasında ölüm kaygısının benlik ve üstbenlik arasındaki çatışmadan kaynaklandığını belirtir. Benliğin üstbenlik tarafından yok sayıldığı, kişinin değersiz ve önemsiz veya istenmeyen biri olarak hissettiği durumlarda bireyin savunmaya geçtiğini ve bu savunmanın ölüm kaygısına sebep olduğunu öne sürer (80).

Psikanalitik teorinin öncülerinden Carl Jung, kendi kuramında zıtlık ilkesini vurgular ve her şeyin zıddıyla birlikte var olduğunu savunur. Bu durumu anima ve animus, içedönüklük ve dışadönüklük kavramları üzerinden açıklar (81). Zıtlık ilkesine göre, ölüm korkusunun aslında yaşama korkusunun bir yansıması olduğunu belirtmiş ve ölüm korkusu olan kişinin aslında yaşama korkusu olduğunu ifade etmiştir (9). Otto Rank insanın kendi sorumluluğunu üstlenip bağımsız bir varlık olarak yaşamını sürdürme çabasının yaşamın temelini oluşturduğunu belirtir. Bağımsızlığa yönelik çabalar insanın korkusunu artırır ve Rank, bu korkulara yaşam korkusu adını verir. Bağımsızlık çabasının diğer insanları reddetmeye çalışması suçluluk duygusunu beraberinde getirir. Bireyselliğini kaybetmek istemeyen kişinin yaşadığı umutsuzluk hissi ve suçluluk duygularından oluşan durumu ölüm korkusu olarak açıklamıştır (80). Horney ise insanın ölüm karşısında yaşadığı çaresizliğin ölüm kaygısına neden olabileceğini düşünür. Ayrıca, yaşamın zorlu dönemlerinde bireyin ölüme karşı güçlü bir arzu geliştirebileceğini, bu arzunun ve ölüm kaygısının bir araya gelerek belirsiz bir kaygıya dönüşebileceğini ifade etmiştir (69).

2.9.2. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu düşünceye göre kaygı insanın varoluşsal gerçeklerle karşılaşmasıyla ortaya çıkar. Kuramın öncülerinden biri olan Yalom; sorumluluk, yalnızlık, anlamsızlık ve ölüm kaygısı olmak üzere dört ana kaygıdan söz eder. Hayatın sona ereceği gerçeği ile yaşama isteğinin yarattığı çatışmanın bir sonucu olarak en korkutucu ve en yoğun hissedileni ölüm kaygısıdır. Bireyin kendi hayatı ve davranışları üzerindeki sorumluluğu korku yaratır ve özgürlük arayışıyla birleştiğinde bu durum kaygıya neden olur. Yaşamın amacını aramak ve ona anlam katmaya çalışmak, yaşamın anlamsızlığıyla yüzleşmeye yol açabilir ve bu da anlamsızlık

kaygısını tetikleyebilir. Ayrıca insanın yalnız doğup yalnız öldüğü gerçeği yalıtım kaygısının temelini oluşturur (54).

Varoluşçu kuram ölüm kaygısını insanın bilinçaltında yatan ve kontrol edilemeyen derin bir kaygı olarak değerlendirir (42). İnsanın varoluşunun tehlikede olduğu her durumda ölüm kaygısının ortaya çıkabileceği ve ruhsal gerilimlerin temelinde bu kaygının bulunduğu savunulmaktadır. Bu kaygı, yaşam boyunca zaman zaman artabilir ya da azalabilir, açıkça ya da bilinçsiz bir şekilde deneyimlenebilir (54, 82). Varoluşçu kuram için önemli olan kavramlardan biri otantik olmaktır. Kişinin kendi gücünü ve sınırlarını keşfetmesi ve hayatını bu yönde şekillendirmesi olarak tanımlanır. Hissettiği veya inandığı potansiyelin altında bir yaşam sürmek kişide varoluşsal suçluluk duygusuna yol açar. Otantik olmanın ve bu yönde bir hayat sürmenin kişinin ölüm kaygısıyla mücadele etmesinde yarar sağladığı, otantik bir hayat sürmekten uzaklaşmanın ölüm kaygısının daha yoğun hissedilmesine neden olduğu düşünülür (83).

Ölümlü olduğunun bilincinde olmak insana farklı bakış açıları kazandırır, hayatı daha anlamlı yaşamak için motivasyon sağlar (84). Ölüm insanı sınırlayan bir gerçek olsa da ölümle cesur bir şekilde yüzleşip onu kabul etmek kişiye yaratıcılık ve üretkenlik katar (85). Kastenbaum ölüme ait farkındalığın kişiyi yaşama anlam katan davranış ve kararlara yönlendirdiğini ve daha özgür bir birey olarak yaşamını sürdürdüğünü ifade etmiştir (86). Kuramın önemli temsilcilerinden Victor Frankl insanın bir hiç olarak dünyaya geldiğini yaşamın anlamını bulmaya çalışarak var olduğunu ifade eder. Ona göre geçmiş kalıcıdır ve ölümle birlikte tamamlanmış olan yaşam geçmişin bir parçası olarak varlığını sürdürür (87).

Heidegger ise ölümü inkar etmenin, onu görmezden gelerek yaşamının insanın ruhsal durumunu olumsuz etkilediğini, sağlıklı bir birey olarak varlığını sürdürebilmenin en önemli şartı olarak ölümün varlığını kişi tarafından açıkça kabul edilmesi olarak görmüştür (88).

2.9.3. Dehşet Yönetimi Kuramı

Dehşet Yönetimi Kuramı insanların bir gün öleceği bilgisiyle nasıl başa çıktıklarını açıklamak için 1986 yılında Greenberg ve arkadaşları tarafından öne sürülmüştür (89). Teori ölümün bilincinde olmanın getirdiği dehşet ve korkunun insan yaşamı, fikirleri ve eylemleri üzerine etkileri olduğunu ileri sürer. Birey ölüm gerçeğiyle baş edebilmek, ölümün kaçınılmazlığının yarattığı kaygıyı azaltmak için çeşitli savunma mekanizmaları geliştirir (90). Bu savunma mekanizmaları insanın hayat görüşlerini, inançlarını ve değer yargılarını korumalarına yardım eder (91).

İnsan ölüm kaygısıyla baş etmek için bilinçdışında ve bilinç düzeyinde olmak üzere iki farklı savunma stratejisi kullanır. Ölümle ilgili düşünceler bilinçli farkındalığa geldiğinde, bu düşüncelerden uzaklaşmak için ölüm hakkında düşünmeme ve ölüme karşı savunmasızlığı inkar eden yakınsak savunmalar tetiklenir. Bu sayede kişi ölümü bilinçten uzaklaştırır. Yakınsak savunma stratejilerinin yetersiz kalması sonucu ölümün varlığına dair rahatsızlık uyandıran düşünceler fark edildiğinde bilinçdışı düzeyde ıraksak savunma stratejileri devreye girer (92). Bilinçdışında etki gösteren bu savunma düzeneği kültürel hayat görüşü ve benlik saygısı kavramlarını kullanarak işleyiş gösterir (93).

Bireyin yaşam tecrübeleri ve ilişkileri aracılığıyla edinmiş olduğu hayat görüşü ile içinde yetiştiği kültürün değerleri bir bütün oluşturur ve hissedilen ölüm kaygısını azaltmaya yardımcı olur (94). İnsanlar, ait oldukları kültürel değerlere ve kişisel inançlarına uygun bir yaşam sürdürerek, kimliklerini pekiştirirler. Bu durum, onlara güçlü bir benlik saygısı kazandırır ve ölümün yarattığı korkuya karşı koruyucu bir etki sağlar. Öte yandan, düşük benlik saygısına sahip bireyler, ölüm kaygısını daha yoğun bir şekilde hissedebilirler (94, 95). Bu iki savunma mekanizması hiçlik bilincini reddetmek için kişiye yardımcı olur ve kişinin ölümü inkar eden inancının sürdürülmesini sağlar (96).

2.9.4. Bilişsel Kuram

Aaron Beck tarafından öne sürülen bu kuram psikolojik bozuklukların insanın işlevsel olmayan düşüncelerinden ileri geldiğini savunur (9). Aynı şekilde kaygı da

sebeup olan stresli olaylardan ziyade olay hakkında yapılan yanlış yorumlar ve zihinsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkar ve bu düşüncenin yol açtığı işlevi olmayan davranış paternleriyle devam ettirilir (97).

Bilişsel kurama göre ölüm korkusu bireyin ölüm hakkındaki zihinsel analizlerinin ve inançlarının bir sonucudur. Birey ölümün anlamı, zamanı, yaşanma biçimi ve ne anlama geldiği üzerine düşündüğünde kaygı ortaya çıkar (98). Ölümün insanın başına gelebilecek felaket bir durum olarak değerlendirilmesi, ölüm kavramına ve zihinde çağrıştırdıklarına abartılı bir şekilde yaklaşmak, olumsuz fikirlere odaklanmak, gerçekçi tutumdan uzaklaşmak hissedilen ölüm kaygısının artmasına neden olabilir (99).

Bilişsel kuram aynı zamanda bireylerin ölümle baş etmek için başvurduğu ölümü reddetme, ölümle ilgili olumsuz düşüncelerden kaçma veya bu düşünceleri bastırma gibi savunma stratejilerine de odaklanır (100). Birey ölüm kaygısıyla mücadelesinde aynı zamanda hayatın anlamına odaklanma, yaşamın amacını kendine hatırlatma gibi olumlama yöntemlerini de kullanabilir. Bilişsel odaklı terapiler kişinin inanç sistemlerini, düşünme süreçlerini değiştirmeyi hedefler. Çarpıtılmış düşüncelerle yüzleşerek, yanlış inanışları sorgulayarak, yerine alternatif yorumlar getirip, olumlu inanışlar edinerek kişinin ölüm kaygısıyla mücadele etmesine yardımcı olur (101).

2.10. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Düzenekleri

Ölümün gerçekliği ve kaçınılmazlığına dair farkındalık kazanan bireyler, hissettikleri huzursuzluk, gerginlik ve şaşkınlıkla başa çıkmak için savunma düzenekleri geliştirir (102). Ölüm kaygısının tetiklediği savunma mekanizmalarını tanımlamak zor olabilir çünkü bu savunmalar, hastanın kaygıyı bilinç düzeyinde fark etmesinden önce gelişir. Kaygı bastırıldıkça kişi, ölümün farkında olmadığı ve kaygı yaşamadığı noktaya geri döner. Kaygıyı bastırma ve geriye dönme eğilimi yaşam boyunca sürebilir (103).

Zorlu yaşam olayları, hastalık, ölümcül kazalar kişiye ölümü hatırlatır ve kaygı oluşturur. Stres karşısında kişi savunma stratejilerini kullanarak yaşanan gerginlik hissiyle baş etmeye çalışır. Savunma düzeneklerini birbirinden tamamen ayırmak mümkün olmasa da belli başlıklar altında incelenebilir (104).

2.10.1. Özel Olma Duygusu

Ölümün başkaları tarafından yaşanan bir durum olduğunu düşünmek, kendi başına gelmeyeceğine inanmak, kişinin ölüme karşı yenilmez ve güçlü hissetmesini sağlar. Böylece birey ölümün evrensel gerçeği karşısında kendini korunmuş hisseder (104). Yalom kanserli hastalar üzerine yaptığı araştırmada; hastaların, evrensel olarak ölümün kaçınılmaz oluşunun kendileri için geçerli olmadığına inandıklarını ortaya koymuştur. Bu inancın kişiye güvenlik hissi verdiğini, kendini güçlü hissettirdiğini ve ölümle başa edebileceğine olan inancını pekiştiren narsist bir savunma mekanizması olduğunu öne sürmüştür (105).

Kohut, çocukluk döneminde her şeye gücü yeten ve yenilmez olduğunu düşünen benmerkezci tutumların gelişim sürecinde daha gerçekçi bir düzeye geldiğini ancak bu düşüncenin kalıntılarının yetişkinlikte devam edebileceğini öne sürmüştür. Devam eden bu özelliklerin ölüme karşı bir savunma mekanizması olarak işlev görebileceğini belirtmiştir (106). Ölüm kaygısı karşısında koruyucu olarak işlev görse de bireyin kendisini özel hissetmesine yönelik geliştirdiği inanç, saldırganlık, kontrol arayışı, abartılı özgüven ve tehlikeli girişimler gibi patolojik tutumların gelişmesine neden olabilir (54).

2.10.2. Büyük Bir Kurtarıcı Olduğu İnancı

Nihai bir kurtarıcıya dair inanç, genellikle ebeveynlerin bebeklerin ihtiyaçlarıyla sürekli ilgilenebileceğine yönelik erken yaşam dönemindeki inançlara dayanır (54). Yalom bu savunma düzeneğini; yaşanan olaylar karşısında yüce bir dış güç tarafından korunduğuna inanmak, dışsal bir kontrolün varlığına olan inanç olarak tanımlamıştır. Bu dış gücün Tanrı, siyasi bir lider, güçlü bir makama karşılık gelebileceğini belirtmiştir (105).

Bir kurtarıcıya duyulan inanç, özel olma duygusuna kıyasla ölüm kaygısına karşı daha sınırlı bir savunma sağlar ve daha az etkili olabilir (54). Yapılan çalışmalar yaşlanma ya da deprem gibi doğal bir felaketle karşılaşmanın dindar olma eğilimini artırdığı, insanların bu durumlar karşısında bu başa çıkma yoluna daha fazla yöneldiğini ortaya koymuştur (74, 107). Nihai kurtarıcıya olan inanç koruyucu sınırları aştığında pasif tutumlar sergileme, hayata karşı korku, yetişkin hayatı geri planda sürdürme ve başkalarına bağımlı olma gibi klinik sorunlara yol açabilir (54).

2.10.3. Ölümün Önlenebilir Tıbbi Bir Durum Olarak Görülmesi

Ölüm kaygısıyla başa çıkmak için ölümü ihmal etmek, önemini azaltmak, ölümü inkar etmekten daha yaygın kullanılan bir savunma düzeneğidir. Ölümün rahatsızlık veren bir konu olması, konuşmaktan kaçınılması insanın ölümü ihmal eden tutumlarını destekler (72, 108). Tıbbi olanakların gelişmesi, insan ömrünün uzaması insanın ölümü kontrol edilebilir tıbbi bir sorun olarak değerlendirmesine, yaşamın sonuna dair gerçekçi olmayan yaklaşımlar geliştirmesine neden olabilir (109, 110). Bu savunma mekanizması, kişinin tıbbi yardımlardan kaçınmasına ve hayatını tehdit eden sağlık sorunlarıyla yüzleşmek yerine bunları görmezden gelerek önemsizleştirmesine yol açabilir (111).

2.10.4. Kültürel Değerler ile Medeniyetlerin Sonsuzluğu İnancı

Siyasi tutumlar, milli değerler, dini ve kültürel inançlar gibi sembolik unsurlar medeniyeti oluşturur. Bu simgeler ölümsüz olarak kabul edilebilir ve bireylerin bu sembolleri içselleştirip kendileriyle özdeşleştirmesi, ölse bile yaşamaya devam edebileceğine dair bir inanç geliştirmelerine neden olabilir (112, 113). Ölüm, her toplumda ait olunan kültürün gelenek ve inançlarına göre farklı biçimlerde temsil edilmektedir. Cenaze törenleri, mezar uygulamaları, ölüm ve ruhsal inançlar, yaşayan kişilerin güvenlik duygusunu desteklemek ve ölümü daha az korkutucu hale getirmek için başvurulan yöntemlerdir (114).

Ölümün ihmali ve ölümsüzlük inancı kültürel değerler aracılığıyla farklı şekillerde desteklenebilir. İnsan dini inançlar aracılığıyla farklı bir boyutta var olmaya devam edeceğine inanabilir. Bunun yanı sıra, biyolojik varlık olarak soylarının devam edeceğine ve hayattayken yarattıkları, emek verdikleri ve ortaya koyduklarıyla kalıcı bir iz bırakacaklarına dair bir inanç taşıyabilirler (115).

2.11. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

2.11.1. Yaş ve Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısının çok boyutlu bir yapı olması nedeniyle yaş ile ilişkisini doğrudan belirlemek zor olabilir ancak mevcut çalışmalar yaşa bağlı olarak ölüm kaygısı düzeyinin değişebileceğini göstermektedir. Bazı araştırmalar ölüme daha hazırlıklı olmaları, yakınlarının ölümü aracılığıyla ölümü tecrübe edebilmeleri nedeniyle yaşlı insanların ölüm kaygısının daha düşük olduğunu göstermektedir (116). Yaş ile ilgili literatürdeki bulgulara ters olarak ölüm kaygısının yaşlılarda gençlerden daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (117, 118). Farklı olarak Russac, Gattliff, Rence ve Spottswood'un yaptıkları bir araştırmada, yaş ile ölüm kaygısı arasında eğrisel bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Araştırmaları, gençlerin en yüksek ölüm kaygısını yaşadığını, bu kaygının orta yaşın sonlarına doğru tekrar arttığını ve yetişkinliğin sonlarına doğru azaldığını ortaya koymuştur (119).

Henüz tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, Rasmussen ve Brems yaşlılarda ölüm kaygısının gençlere kıyasla daha düşük olmasını, yaşlıların daha yüksek psikolojik olgunluk sergilemeleri ve zamanla ölüm karşısında daha gelişmiş savunma mekanizmalarına sahip olmalarıyla açıklamışlardır (120). Bir başka neden olarak, yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle yaşlıların hayata karşı daha isteksiz ve hevesiz olabileceği öne sürülmüştür (119).

Yaşla bağlı olarak ölüm kaygısını tetikleyen nedenler de farklılık gösterebilir. Gençlerde bu kaygıyı artıran faktörler arasında hayallerine ulaşamama, başarısızlık korkusu ve tamamlanmamış işler, sağlığını yitirme korkusu bulunurken, yaşlılarda

pişmanlık, yeterince tatmin edici bir yaşam sürmediği düşüncesi ve geride kalan insanlar için hissedeceği sorumluluk bilinci gibi etkenler ön plana çıkmaktadır (9, 57).

2.11.2. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı

Yapılan çalışmalar, cinsiyetin ölüm kaygısı üzerindeki etkileri konusunda farklı sonuçlar vermektedir. Bazı araştırmalar, cinsiyetin ölüm kaygısı düzeyini etkilemediğini belirtirken, diğerleri genel olarak kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek ölüm kaygısı yaşadığını öne sürmektedir (121). Kadınların daha yüksek ölüm kaygısı bildirmeleri ise yapılan anketlerde kadınların düşüncelerini daha açık ve özgür bir şekilde ifade etmeleriyle açıklanmıştır (122). Genel bulguların aksine, bazı sınırlı sayıda çalışma erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı bildirdiğini göstermektedir (123).

Ölüm kaygısına neden olan etkenler cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Erkekler genellikle ölüm kaygısını, soylarının devam etmemesi ve yaşamın sona ermesi açısından yaşarken; kadınlar, ölüm sürecinden ve geride kalanlar için yeterince hazırlık yapamamış olma kaygısından dolayı daha fazla endişe duyabilirler (4).

2.11.3. Kişilerarası İlişkiler ve Ölüm Kaygısı

Medeni durum ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların birbiriyle tutarsız sonuçları bulunur. Literatürdeki bazı çalışmalar ölüm kaygısı ve medeni durum arasında bir ilişki bulunmadığını öne sürmektedir (118, 123). Aynı zamanda aileye duyulan sorumluluk bilinci nedeniyle evli bireylerin daha yüksek ölüm kaygısı bildirebilecekleri de gösterilmiştir (124). İnsanın sosyal bir varlık olması itibarıyla zorluklarla mücadele etme konusunda olumlu etkisi olabileceği düşüncesiyle bekar bireylerin evli bireylere göre daha yüksek kaygı düzeyi bildirdiği, ayrıca dul olmanın ölüm kaygısını yordayabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (4, 125).

Sosyal hayatta ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemler, stres seviyelerini artırarak fiziksel veya ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da ölüm kaygısının daha yoğun bir şekilde hissedilmesine yol açabilir (5, 122). Ayrıca yalnızlık

ve toplumdan izole bir hayat sürmek düşük yaşam memnuniyeti üzerinden ölüm kaygısının daha fazla hissedilmesine neden olabilir (126).

2.11.4. Sağlık ve Ölüm Kaygısı

Literatürde kötü sağlık durumunun yüksek ölüm kaygısı ile ilişkili olduğuna dair fikir birliği bulunur. Hastalık sebebiyle işlevselliğin düşük olması, hastalığın bedensel kusurlara ve yorgunluk haline neden olması da ölüm kaygısı düzeyinin artmasına neden olabilir (5).

Kronik hastalığa sahip bireylerde, hastalığın düzenli takibi ve tedavi süreçlerinin zorlukları, mutsuzluk, içe kapanma ve karamsar bir ruh haline yol açabilir. Bu durum, kişisel ilişkilerde sorunlara ve ölüm korkusuna neden olabilir (127). Guy ve Stern, yaptıkları bir çalışmada, yatan hastaların yüksek ölüm kaygısına sahip olmalarına rağmen, ölümcül hastalığın son dönemini yaşayan bireylerin ölümcül hastalığı olmayanlara kıyasla daha düşük kaygı düzeyi bildirdiklerini tespit etmişlerdir. Bu bulguları, ölümcül hastalığı olan kişilerin hayata karşı heveslerinin ve isteklerinin azalmış olabileceği, dolayısıyla ölümü kabullenip razı olabilecekleri görüşüyle açıklamışlardır (128).

Ölümün korkunç yönlerine odaklanmak, ölümle aşırı zihinsel meşguliyet ölüm kaygısını patolojik düzeyde yaşamaya neden olur (129). Yapılan birçok çalışmanın sonucunda ölüm kaygısının depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete, panik bozukluk ve yeme bozukluğu gibi birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (5).

Ölüm kaygısı birçok farklı ruhsal patolojinin gelişiminde etkili olabilen tanılar üstü bir yapı olarak değerlendirilir (5). Tanılar üstü yapı farklı ruhsal bozukluklarda ortak bir semptom olarak etkili olan, bozukluğun gelişmesinde veya sürmesinde risk faktörü olarak işlev görebilen ve bozukluğun sağaltımında değişimi hedeflenen yapılar olarak tanımlanır (130). Ölüm kaygısı da birçok psikolojik rahatsızlığın meydana çıkmasında ve sürmesinde etkili olan temel korkulardan biri olarak görülmektedir (131).

2.11.5. Meslek ve Ölüm Kaygısı

Bireyin hastalık, ciddi kazalar ve ölümü hatırlatan olaylarla karşılaşma sıklığı, yaşadığı ölüm kaygısı düzeyini etkileyebilir. Bu nedenle, kişinin mesleği, ölüm kaygısı düzeyi açısından önemli bir rol oynayabilir. Yapılan bir çalışmada diğer mesleklere kıyasla ölümle daha sık karşılaşan doktor, hemşire, polis ve asker gibi meslek gruplarında ölüme maruz kalma, mesleki tehlikelerin bilincinde olma gibi sebepler nedeniyle daha düşük ölüm kaygısı bildirildiği gösterilmiştir (47). Benzer şekilde hemşireler ile yapılan bir çalışmada ölümle daha sık karşılaşılan bir klinikte çalışanlar, sıradan bir klinikte çalışanlara kıyasla daha düşük ölüm kaygısı bildirmişlerdir (132).

2.11.6. Karakter, Yaşam Deneyimleri ve Ölüm Kaygısı

Araştırmalar bireylerin karakter ve mizaç özellikleri ile yaşam kaygısının ilişkili olduğunu göstermiştir (133, 134). Gelişimsel açıdan bakıldığında erken çocukluk döneminin kişilik gelişiminde önemli bir rolü olduğu görülür. Güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin, yakınlık kurma ve bireysellik açısından daha sağlıklı ilişkiler kurdukları ve bu durumun ölüm kaygısını daha düşük seviyelerde yaşamalarına yardımcı olduğu gösterilmiştir (135). Öte yandan güvensiz bağlanma paterni gösteren bireyler yakınlık kurmaktan kaçınır, toplumdan izole olmayı tercih ederler ve bu durum yalnızlığa, daha düşük benlik saygısına ve dolayısıyla daha yüksek ölüm kaygısı deneyimlemelerine neden olur (5).

Jastrzebski ve Slaki'nin araştırmasına göre, nevrotik kişilik yapısına sahip bireylerin kaygı, korku, yalnızlık ve suçluluk duygularını yoğun şekilde yaşadığı ve bu yüzden ölüm kaygısıyla mücadele etmekte güçlük çektiği ortaya konmuştur. Benzer şekilde, azimli bir kişilik özelliği taşıyan, başarı için düzen ve motivasyona odaklanan bireylerin elde ettikleri başarılar sayesinde yaşam tatmininin arttığı ve bu durumun ölüm kaygısını azaltabileceği belirtilmiştir (136).

Ölüm kaygısını etkileyebilen bir diğer kişilik özelliği kontrol hakimiyetidir (134). Hayatlarındaki önemli kararların, süreçlerin toplum ve çevresindeki insanlar tarafından kontrol edildiğine inanan bireylerin, hayatlarının kontrolünün kendi elinde olduğuna inanan iç kontrol odaklı bireylere göre daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı

ifade ettikleri gösterilmiştir. Kontrolün dış güçler tarafından sağlandığını kabul eden kişiler aynı şekilde ölüm ve ilişkili olabilecek tüm nedenler üzerinde de kendi kontrolünün yetersiz olduğunu düşünürler; bu da ölümün korkutucu yönlerinin kaçınılmaz olduğuna inanmalarına yol açarak daha fazla kaygı yaşamalarına neden olur (136, 137). Yine benzer şekilde kontrolün kendi elinde olduğuna inanan bireyler daha yüksek benlik saygısı ve yeterlilik inancına sahip olmaları nedeniyle ölüm kaygısını görece daha az deneyimlerler (138).

İş hayatı, evlilik, boşanma, taşınma ve yeni bir düzen kurma stresi ve kaygı düzeyini artırarak ölüm kaygısını artırabilir (4). Yaşam şartlarının zorluğu, başarısız girişimler, yaşamın olumsuz yönlerinin sürekliliği ve bunlarla başa çıkmada yetersizlik ölüm kaygısının tetikleyicileri olarak yorumlanmıştır (96). Sevilen bir yakının ölümü veya kaybı da ölüm kaygısını tetikleyen nedenlerden biridir. Kişinin ölümle yüzleşmesine, ölüm üzerine daha çok düşünmesine neden olur (105). Özellikle çocukluk döneminde yaşanan aile bireyinin kaybı yetişkin dönemde kayıplara karşı kırılgan bir yapıya ve yüksek kaygı düzeylerine neden olabilir (139).

Hayatın farklı dönemlerinde ölümle ilgili bir olay yaşamak, ölümle ilgili travmatik deneyimler, kayıplar ve sevdiklerini kaybetmek, ölüme karşı inkar temelli savunma mekanizmalarının gelişmesine yol açabilir (140). Ölümden dönen, ölüme yakın deneyimler yaşayan kişilerin ölüm kaygısının zamanla azaldığı gösterilmiştir (116). İntihar, ölümcül kaza gibi ölüme yakın travmatik olaylar yaşayan kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada, kişilerin ölüm korkusunu bu deneyimlerden önce yaşadıkları fakat bu tür olayların tekrarlanması sonucunda kaygı düzeylerinin belirgin şekilde azaldığı gözlemlenmiştir (141).

2.11.7. Kültürel Değerler, Dini İnançlar ve Ölüm Kaygısı

Her kültürün kişiyi ölüm kaygısından koruyan ölüme karşı farklı inançları, gelenekleri bulunur. Ölüme atfedilen anlam açısından bu farklılıklar yaşanan ölüm kaygısı düzeyi üzerinde etkilidir. Mezarlıklar, kabir ziyaretleri ve defin törenleri kültürel inançlara göre değişiklik gösteren ölüm kaygısını değiştirebilen geleneklerdir (142, 143). İnsan ölümlü olduğunun bilincindedir, dini inanışlar aracılığıyla bu

farkındalığı azaltmaya, ölümün yarattığı dehşet duygusunu dini inançlar sayesinde bastırmaya çalışır (144). Dinin temel işlevlerinden biri, bireylerin yaşamlarına anlam ve amaç kazandırmak, varoluşsal endişelerle başa çıkmalarına yardımcı olmaktır (145).

Dini inanışların da kültüre benzer şekilde ölüm algısı üzerine farklı etkileri bulunur. Kişiyi yok olma bilinci, ölüme dair korku temelli inanışlar karşısında korur (146). Ölüm kaygısı ile din arasında ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Yapılan bir çalışmada ölüm kaygısının ölümden sonra cezalandırılma inancıyla ilişkisi saptanmışken, Tanrı inancı ile anlamlı bir ilişkisi bulunmadığı ifade edilmiştir (147). Benzer şekilde dindar bireylerin, dinin gerekliliklerini yerine getirerek ölümden sonra ödüllendirileceğine dair inançları, ölüm kaygısını hafifletebilir (148).

Din, ölümden sonra yaşamın farklı bir boyutta devam edeceği ve ölümün bir son değil, başka bir varoluş biçimi olduğu inancını sunarak insanlara ölümsüzlük vaadinde bulunur (149). Dehşet yönetimi kuramına göre, dini inançlar bireylere ölümsüzlük duygusu kazandırarak ölümün korkutucu yönleriyle başa çıkmalarına destek olur (150).

2.12. Ölüm Kaygısı Düzeyinin Belirlenmesi

Psikopatolojilerin temelinde yatan öğelerden biri olduğu düşünülen ölüm kaygısının düzeyini belirlemek için çok sayıda ölçek geliştirmiştir. Geliştirilen ölçekler; tek veya çok boyutlu olarak iki grup şeklinde sınıflandırılabilir (151).

2.12.1. Tek Boyutlu Ölçekler

Bir veya daha fazla maddeden oluşan, ölümle ilgili gözlemleri, düşünceleri ve deneyimleri inceleyen ve bu değerlendirmeleri tek bir sonuç puanı ile özetleyen ölçeklerdir (152). Çoğu çalışmada tek boyutlu ölçekler kullanılmış olsa da, ölüm kaygısının çok yönlü bir kavram olduğuna inanan bazı araştırmacılar, bu ölçeklerin ölüm kaygısını kapsamlı bir şekilde değerlendiremeyeceğini savunarak çok boyutlu ölçeklerin tercih edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (151).

2.12.1.1. Templer Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği

Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Kişinin kendi ölümü hakkındaki düşünceleri, kaygıları, korkuları ve ölüm risklerini değerlendirir. Doğru ve yanlış seçenekleriyle yanıtlanan 15 maddeden oluşur. Toplamda 0 ile 15 arasında puan ile değerlendirilir. Alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde ölüm kaygısını bildirir. Geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Şenol tarafından 1989 yılında gerçekleştirilmiştir (153, 154).

2.12.1.2. Abdel Halek Arap Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği

Abdel Halek tarafından 1987 yılında hazırlanmıştır (155). Ölüm kaygısı 20 madde ile değerlendirilir. Maddeler beşli seçenekler halinde cevaplanır. Alınan yüksek puanlar artmış ölüm kaygısı lehine değerlendirilir. Toplamda 20 ile 100 arasında puan ile sonuçlanır (151).

2.12.1.3. Tek Soru ile Ölüm Kaygısını Değerlendirme Ölçeği

Basit ve pratik kullanımı nedeniyle tercih edilebilen bu ölçek yedili likert tipi yanıt seçenekleri sunan tek bir sorudan oluşur (155).

2.12.2. Çok Boyutlu Ölçekler

Bu ölçekler birden çok boyutu ve alt ölçekleri değerlendirir. Toplumlara ve farklı kültürlerle göre seçenekleri değiştirilmiş, çeşitlendirilmiştir (156).

2.12.2.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Derecelendirme Ölçeği

1991 yılından beri kullanılan 25 maddelik bu ölçekte sorular doğru veya yanlış şeklinde yanıtlanır. Toplamda 0 ile 100 arasında puan ile sonuçlanır. Alınan yüksek puan yüksek ölüm kaygısı lehine değerlendirilir. Karaca ve Yıldız tarafından 2001 yılında Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (157).

2.12.2.2. Collet ve Lester Ölüm Korkusu Değerlendirme Ölçeği

Collet ve Lester, yaptıkları araştırmada ölüm anında yaşanan korku ile genel ölüm korkusunun farklı kavramlar olduğunu belirterek, ölümle ilgili analizlerin hem bireyler hem de diğer insanlar açısından ayrı ayrı gerçekleştirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Ölçekteki her soru dört alt bölüm içerir. Bu alt bölümler, bireyin kendi ölümü hakkındaki düşüncelerini, kendi ölüm anına dair değerlendirmelerini, başkalarının ölümü ve başkalarının ölüm anı hakkındaki görüşlerini inceler. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Zeyrek tarafından yapılmıştır (158).

2.12.2.3. Çok Boyutlu Ölüm Korkusu Skalası

Multidimensional Fear of Death Scale, Hoelter tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Toplamda sekiz boyutu değerlendirir ve 42 maddeden oluşur. Boyar'ın ölüm korkusu ölçeği, Templer'ın ölüm kaygısı ölçeği ve Hoelter'in kendi yazdığı maddelerin kombinasyonundan oluşur (159). Özellikle hiponkondriasis ve agorafobi tanılı hastalar üzerine kullanımı yaygındır (160).

2.13. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma insanın doğumundan ölümüne kadar devam eden evrensel ve yaşamın bir parçası olan değişim olarak tanımlanabilir (161). Yaşlılık bireyin fizyolojik, biyolojik ve ruhsal işlevlerinde kayıpların ve bozulmaların yaşandığı, kişinin sosyal hayatına yansıyan, işlevselliğinin ve veriminin azaldığı bir dönemdir (162). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşlılık kavramını çevresel koşullara adaptasyon becerisinin azalması olarak tanımlar (163). Yaşam olayları, genetik yapı, sosyokültürel değerler, kişilik özellikleri ve yaşam koşulları yaşlılık sürecini etkiler (154).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1963 yılında yapılan seminerinde yaşlılık 3 döneme ayrılmıştır. 45-59 yaş arası orta yaşlılık, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri derece yaşlılık, 90 yaş ve üzeri ise ihtiyarlık olarak tanımlanmıştır. Yaşlılık genel olarak çalışma verimi ve performansı üzerinden değerlendirilir ve emeklilik yaşı genel olarak 60 veya 65 yaş olarak kabul edilir (164, 165).

Yaşlılık biyolojik olarak işlev kaybının yaşandığı bir dönem olsa da sosyal alanda da kayıpların yaşandığı bir dönemdir. Bilişsel ve fiziksel anlamda işlev kaybı bireyin bağımsızlığının, yakın ilişkilerinin, sosyal hayattaki statüsünün, saygınlığının, ekonomik gelirinin ve sosyal desteğinin de azalmasına veya değişmesine neden olur (166).

Gelişimsel açıdan hayatın son dönemi olan yaşlılık aynı zamanda işlevsellik alanında kayıplar nedeniyle tıbbi yardıma ve bakıma ihtiyacın en yüksek olduğu dönemdir (167). Fakat yaşlılık da tıpkı ölüm gibi her bireyin farklı algıladığı veya tanımladığı bir durumdur. Yaşam deneyimleri, sağlık durumu, sosyal yaşam ve ilişkiler yaşlılık algısını etkiler. Yaşlanma bireysel bir süreç olmasına rağmen, toplumsal değerlerin ve yaşlılığa verilen önemin etkileri nedeniyle yaşlılık hem biyolojik hem de sosyokültürel bir olgu olarak değerlendirilir (168).

2.14. Yaşlılıkta Yaşanan Değişimler

2.14.1. Yaşlılık ve Bedensel Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bazı bedensel değişiklikler meydana gelir. Duyu organlarının işlevlerinde yaşanan azalmalar, kişinin günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkiler. İşitme yetisindeki değişiklikler sosyal ilişkileri, becerileri ve insanlarla olan iletişimi zayıflatır. Benzer şekilde, koku ve tat duyularındaki değişiklikler beslenme düzenini bozar, görme yetisindeki sorunlar ise günlük işlerin yapılmasını zorlaştırır (169).

Hareketlerde yavaşlama ve aksaklıkla sonuçlanan motor becerilerde azalma fiziksel aktiviteleri kısıtlar ve kişinin yaşam alanı daralır. Benzer şekilde sinir sisteminde yaşanan değişiklikler bireyin tepkilerinde ve reflekslerinde yavaşlamaya neden olur. Tehlikelere karşı kendini korumakta yetersizliğe, sosyal becerilerde kayıplara ve yetersizlik hissine yol açabilir (169).

2.14.2. Yaşlılık ve Bilişsel İşlevler

Yaşlanmayla birlikte bazı bilişsel işlevler gerilerken, bazıları gelişim gösterebilir. Dikkat, motor beceriler, görsel hafıza, karşılaştırma ve ayırt etme gibi bilişsel özellikler gerilerken, okuma-yazma becerileri, dilin kullanımı, hayatta kalmayı kolaylaştıran uyum becerileri gelişir (170). Yaşa bağlı bilişsel fonksiyonlardaki değişim çok boyutlu olarak değerlendirilmelidir. Kişinin yaşam koşullarına, eğitim düzeyine, ruhsal ve genel tıbbi durumuna bağlı olarak farklılıklar gösterir. Bu değişkenlere bağlı olarak yaşla birlikte bilişsel işlevlerde azalma yaşanabileceği gibi, sağlıklı ve başarılı bir yaşlanma süreciyle bireyler bilişsel yetilerini koruyabilir (171). Yine de algılamadaki değişiklikler ve azalan işleme hızı yaşla birlikte genel olarak bilişsel beceri düzeylerinde değişikliğe sebep olur (172).

Araştırmacılar tarafından yaşla birlikte zeka düzeyindeki değişiklikleri ortaya koymak için akıcı ve kristalize zeka olarak iki tür tanımlanmıştır. Soyut düşünme, sorun çözme, akıl yürütme, çıkarımda bulunma gibi işlemler için doğuştan gelen ve kişiye özgü öğrenmeyle ilgili olan akıcı zeka kullanılır. Mantıklı düşünme, yargılama, iletişim kurma işlemleri için bilgi ve deneyime bağlı olan kristalize zeka devreye girer. Yaşla birlikte yetişkin yaşlarda kristalize zekanın sürekli ve düzenli bir şekilde arttığı; hız ve kısa süreli bellekle ilişkili olan akıcı zekanın ise orta yaşlardan sonra azaldığı ve zamanla azalmanın hızlandığı gösterilmiştir (173, 174). Akıcı zeka kültürden, bilgi birikiminden bağımsızdır ve fizyolojik olarak doğuştan gelir, kristalize zeka ise yaşam tecrübeleri, toplumsal değerler ve uyum becerileri ile gelişir. Bu sebeple kristalize zeka düzeyi eğitim düzeyiyle yakından ilişkilidir. Yaşlanmayla birlikte zeka üzerinde meydana gelen değişikliklerde bireysel faktörlerden biri olan eğitim bu sebeple önemli yer tutar (175).

Bilişsel becerilerden biri olan dikkat; seçici ve bölünmüş dikkat olmak üzere ikiye ayrılır. Bölünmüş dikkat, birden fazla işe aynı anda odaklanmayı sağlar; seçici dikkat ise ilgisiz durumları göz ardı ederek belirli bir duruma yoğunlaşmayı ifade eder. Karmaşık dikkat performansı yaşla birlikte azalsa da, basit dikkat performansı normal düzeyde seyredebilir (172). Gençlere kıyasla yaşlı bireylerin dikkati sağlama ve sürdürme konusundaki deneyimleri sayesinde dikkat performansındaki azalmanın

etkileri azaltılabilir (176). Normal yaşlanma ile bellekte bazı değişiklikler meydana gelse de bu değişiklikler belleğin tüm alanlarında görülmez. Bazı alanlar değişiklik karşısında daha dirençliyken, bazıları kolayca zayıflık gösterebilir (173, 177). Örneğin çevresel bilginin alıp işlenmesini sağlayan, bilgi kullanılacaksa derin işleme gönderen duyuşsal bellek üzerine yaşlanmanın etkisinin çok zayıf olduğu düşünülür (178).

Yaşlanmayla bellek değışimi iki kavram üzerinden değlendirilmelidir. Temel stratejileri içeren bellek kapasitesi yaşla birlikte azalabilirken, depolanan verileri ifade eden bellek içeriği yaşla beraber artış gösterir (178). Bellek kapasitesi kısa süreli ve uzun süreli bellek olarak ikiye ayrılır. Elde edilen bilginin akılda tutulması için kısa süreli bellek kodlamaya ihtiyaç duyar. Yaşla birlikte azalan hız ve esneklik nedeniyle kodlama performansında düşüş görülür (179). Bu sebeple yaş ilerledikçe öğrenilen yeni bilginin geri çağırılması becerilerinde azalma görülebilir (180).

Edinilen bilgiler, hayat tecrübeleri uzun süreli bellekte depolanır. Kısa süreli bellek kapasitesi, bilgi uzun süreli belleğe aktarılarak artırılabilir. Gerekli olduğunda bilgi uzun süreli bellekten kısa süreli belleğe geri getirilerek işlenir (181). Bilginin uzun süreli bellekte saklanması yaşlılığın bir etkisi olmasa da bilgiyi kaydetme ve geri çağırma işlevleri yaşla birlikte zayıflık gösterir (179). Yapılan çalışmalar sonucunda yaşlanmayla bellekteki değışimler dikkat kapasitesindeki azalma, zihinsel yavaşlama, bilişsel kontroldeki azalma ile açıklanmaktadır (179).

2.14.3. Yaşlılık ve Kişilik

Yaşlanmayla birlikte bireyin bilişsel ve ruhsal yapısındaki değışiklikler, uyum becerilerinde yetersizlikler kişilik özelliklerinin değışmesine neden olabilir. Yaşlı bireyler yeni bir fikir ve durum karşısında kendisini yenilemekte, alışkanlıklarını değıştirmekte zorlanırlar. Yenilikten korkma, her gün yapılan benzer aktivitelerin dışına çıkmaktan kaçınma, geçmişe özlem davranışları görülür. Yaşlandıkça bireylerin genel olarak şahsi eşyalarına daha bağımlı, para yönetimi konusunda daha tutumlu davranışlar sergilediği görülür (182, 183).

Neugarten yaşlılarla ilgili yaşam doyumu ve yapılan aktiviteler üzerinden kişilik modeli geliştirmiştir. Bu modelde bütünleşmiş, savunmacı, edilgen ve bütünleşmemiş olmak üzere dört kişilik tipi bulunur. Bütünleşmiş kişiliğe sahip bireyler bilişsel açıdan yeterli olan, yaşam doyumu yüksek, yaşlanma sürecini başarılı geçirmiş kişilerdir. Zırhlı-savunmacı kişilik tipinde kişi iyi bir hayat sürmek için çabalamış, yaşlılığın olumsuz getirilerinden korunmak için mücadele eden, topluma ve içinde bulunduğu ilişkilere karşı kendini sınırlayan bireylerdir. Bağımlı kişiler yaşlanmaya birlikte hissedilen yetersizlikler nedeniyle hayatını sürdürmek için başkalarına ihtiyaç duyan, yaşam doyumu yetersiz olan kişilerdir. Bütünleşmemiş kişilik yapısında ise ruhsal ve duygusal anlamda sorunlar bulunur ve yaşlanmayla birlikte yaşam ve amaç algıları değişir (178).

Kişilik gelişiminin ergenlik döneminin sonunda tamamlandığını savunun ilk kişilik gelişimi kuramcılarının aksine Erikson, kişilik gelişimin insanın yaşamı boyunca devam ettiğini ifade etmiştir (184). Psikososyal gelişim kuramında Eric Erikson sekiz farklı gelişim evresi tanımlamış ve her evrede çözülmesi gereken iki zıt durum belirlemiştir (185).

Yaşlılık dönemi psikososyal gelişim kuramına göre umutsuzluğun karşıtı olarak ego bütünlüğü şeklinde tanımlanmıştır (178). Yaşlılık bireyin yaşamı boyunca kazandığı kişilik özelliklerinin bütünleştiği bir dönem olarak ifade edilmiştir. Birey hayatının olumlu veya olumsuz tüm yönlerini kabul ederse pişmanlık yaşamaz, huzura erişir. Bu şekilde benlik bütünlüğünün oluştuğu düşünülür. Bu dönemde benlik bütünlüğe erişemezse birey hayatı yeterince iyi yaşayamadığını düşünür ve pişmanlık duyar. Bu durum umutsuzluğa ve ölüm korkusuna sebep olur (186). Sonuç olarak ego bütünlüğüne sahip bireyler yaşam doyumu yüksek, yaşam amaçları olan ve bu amaçlara ulaşmaya çalışan, ölümden korkmayan kişiler olarak tanımlanmıştır (178).

2.15. Yaşlılık ve Psikopatoloji

Yaşlılarda, yaşlanma süreciyle birlikte bilişsel becerilerde, ruhsal durumda ve davranışlarda ortaya çıkan değişimler psikolojik değişimlere yol açar (187). Değişen düzene uyum sağlamakta güçlük çekme, ahlaki değişikliklere karşı eleştirel yaklaşım,

geçmişe özlem duyma ve eski alışkanlıkları sürdürme isteği; yaşlıların içine kapanmasına, kendi halinde bir yaşam sürmesine ve benmerkezci davranışlar sergilemesine neden olabilir, bu da psikolojik sorunları tetikleyebilir (188). Yaşanan psikolojik sorunlar bireyin günlük işlerini, iş ve sosyal hayatını, ailesiyle ilişkilerini etkiler (189).

Yaşlı bireylerde psikiyatrik rahatsızlıklar yaygın olmasına rağmen, erişkin yaşlara kıyasla daha düşük oranlar gözlemlenmektedir. Yaşlıların ruhsal belirtileri göz ardı etmeleri, doktor ziyaretlerinin az olması, mevcut sağlık durumları veya kullanılan ilaçların belirtileri gizlemesi, belirtilerin klinik yansımalarının erişkinlerden farklı olması, yaşlanmayla birlikte işlevselliğin ve yaşam kalitesinin azalması nedeniyle tanı kriterlerini tam olarak karşılamaması ve belirtilerin yaşlanma sürecinde normal olarak görülmesi, yaşlılarda ruhsal bozuklukların erişkinlik dönemine kıyasla daha az gözlemlenmesinin nedenleri arasında yer alabilir (190).

Depresyon, yaşlılık döneminde sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Emeklilikle birlikte yaşanan ekonomik gerileme ve statü kaybı, eş kaybı veya çocukların bağımsız yaşamları nedeniyle oluşan yalnızlık hissi, fiziksel yetersizlikler nedeniyle bakıma muhtaç olma ve bağımlılık gibi faktörler, yaşlılık dönemindeki depresyonun nedenleri arasında değerlendirilebilir (191). Erişkin dönemde görülen depresyonun temel belirtileri ilgi ve istek kaybı, hayattan keyif alamama iken yaşlılık dönemi depresyonunda somatik belirtiler ön plandadır (192).

Yaşlı bireylerde depresyon, diğer yaş gruplarına kıyasla genellikle daha fazla sağlık sorunuyla ve bilişsel problemlerle bağlantılıdır (193). Yapılan çalışmalarda uzun süre tedavi edilmemiş depresyonu bulunan yaşlı bireylerin, depresyonu olmayanlara kıyasla kanser teşhisi alma olasılığının iki kat daha fazla olduğu ve depresyonu olan yaşlıların kardiyovasküler nedenlerle ölüm riskinin 1.5 ila 2.5 kat arasında arttığı belirlenmiştir (194, 195). İştahın azalması, psikomotor retardasyon gibi depresif belirtiler tıbbi durumun kötüleşmesine neden olmaktadır. Depresyonu olan hastaların depresyonu olmayan hastalara göre fiziksel tıbbi hastalıkları nedeniyle hastane yatış sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür (196). Bulgular ve klinik değerlendirme

olarak demans gibi görünen, aslında başka bir sağlık sorunu veya ruhsal bir bozukluk tarafından tetiklenen bilişsel bozukluklar psödo demans olarak tanımlanır. Depresyonun tedavi edilmesiyle bilişsel işlevlerdeki bozukluk düzelir. Yaşlı hastaların psikiyatrik değerlendirmesi yapılırken dikkatli olunmalı, depresyon gözden kaçırılmamalıdır (197). Yaşlılık dönemindeki depresyonlarda özkıyım önemli bir problem olabilir. İntiharın ölümle sonuçlanma riski tüm yaş grupları arasında ileri yaşta en yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (186, 198). Yalnızlık, içe kapanma, eş kaybı, yas yaşlılık dönemi intiharı için risk faktörleri olarak sayılabilir (199).

Yaşlı bireyler kaygıyı daha çok bedensel belirtilerle ifade ederler. Bu sebeple yaşlılarda kaygı bozukluğu diğer bedensel hastalıklarla karışır, tanı gözden kaçabilir ya da tanı koymak zor olabilir (200). Anksiyete bozuklukları yaşlıların hayat kalitesini bozar ve işlevselliğin azalmasına neden olur. Tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan eşik altı belirtilerle seyreden anksiyete bozuklukları da sık görülür. Depresyonun da eşlik ettiği karışık anksiyete-depresyon bozukluklarının ise tedavi edilmezse seyrinin kötü olduğu bilinmektedir (201). Yaşlılarda yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu spektrumuna ait tanıların görülme sıklığında farklılıklar gözlenmiştir. En sık yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobiler görülürken, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğun en az oranda görüldüğü saptanmıştır (202). Yaşlılarda görülen yaygın anksiyete bozukluğunun daha çok sağlık kaygısı ve tıbbi duruma bağlı endişe nedeniyle olduğu gözlenmiştir (190). İlerleyen yaşlarda anksiyete bozuklukları oranının azaldığı gözlenmiştir (203). Yaşlı hastalarda görülen kaygı bozukluklarının temelinin çocukluk ve erişkin yaşlarda başlayan ve hayat boyu süren bozuklukların oluşturduğu düşünülür. Bu yüzden geçmiş döneme ait depresyon belirtileri, genel tıbbi durum ve kullanılan ilaçlar dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır (190, 204). Kaygı bozukluğu ilk kez yaşlılık döneminde ortaya çıkmışsa eşlik eden diğer ruhsal ve bedensel hastalıklar da gözden geçirilmelidir (205).

Altta yatan tıbbi durumlara bağlı olarak bellek ve dikkat gibi bilişsel işlevlerde ani bozulmalarla karakterize edilen deliryum, yaşlılarda sıkça karşılaşılan bir sendrom olarak tanımlanır. Bu durum, tıbbi sorunların daha yaygın olması ve uzun süreli hastane yatışları nedeniyle yaşlı bireylerde daha fazla görülür. Ayrıca, yaşlıların

yetersiz beslenmesi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, uyku düzensizlikleri ve çok sayıda ilaç kullanımı deliryum riskini artırabilir (206, 207).

Yaşlılık döneminde en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan biri demanstır. Hafıza, öğrenme, hatırlama, düşünme ve dil becerileri üzerine etkileri bulunan ilerleyici bir bozukluktur (208). En sık sebebi Alzheimer hastalığı olup, yaşla birlikte hastalığın prevalansı artış göstermektedir. Yani yaş Alzheimer için önemli bir risk faktörüdür (209). Bilişsel işlevlerdeki bozukluklara saldırgan davranışlar, kaygı, şüphe, istifleme davranışları, anlamsız ve amaçsız dolanmalar, uyku sorunları gibi psikiyatrik belirtileri eşlik edebilir (210).

Yaşlılarda sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biri psikotik bozukluklardır. Bu dönemde görülen psikotik bozukluklar, önceki dönemlerde mevcut olan hastalıkların alevlenmesi olabilir veya ilk kez yaşlılık döneminde ortaya çıkabilir. Yaşlılıkta ilk kez görülen psikotik bozukluklar için organik nedenler araştırılmalı ve ayırıcı tanıda inme, demans, Parkinson ve diğer beyin-sinir hastalıkları dikkatle değerlendirilmelidir (211). Başlangıç yaşına göre yapılan şizofreni sınıflandırmasında üç alt grup bulunur. Belirtilerin başlangıç yaşına göre yapılan ayırmda 40 yaş öncesi için erken başlangıçlı, 40 yaşından sonrasında geç başlangıçlı, 60 yaşından sonra başlayan şizofreni hastalığına çok geç başlangıçlı şizofreni ismi verilmiştir. Psikotik belirtiler, negatif semptomlar, soy geçmiş bulguları, bilişsel etkileri açısından erken başlangıçlı formlar geç başlangıçlı şizofreniye benzer, genel olarak geç başlangıçlı formların erken başlangıçlı forma göre seyrinin daha hafif olduğu görülmüştür (212).

Yaşlanmaya birlikte akut mani atağının erişkin yaştaki topluma kıyasla sıklığında bir azalma olduğu tespit edilmiştir (213). Mani ataklarının geç başlangıçlı olması düşük olasılıkla primer bir neden olarak değerlendirilir, yaşlılık döneminde görülen mani atağında sekonder bir neden aranmalı, organik patolojiler dışlanmalıdır. Duygudurum elevasyonu ve öforik belirtiler daha nadir görülürken, bilinçte değişiklikler, zarar görme düşünceleri, disforik tutum, dikkat bozuklukları daha sık karşımıza çıkar (213, 214).

Yaşlılık döneminde karşımıza çıkan bir diğer sorun uyku bozukluklarıdır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan uykudaki fizyolojik değişiklikleri, ruhsal bozukluklarla ilişkili anormal uyku değişikliklerinden ayırt etmek büyük önem taşır (192). Melatonin salgılanmasındaki azalma, erken uyuyup erken uyanma, gece uykusunun sık bölünmesi yaşlanmayla birlikte görülen uykudaki fizyolojik değişikliklerdir (215). Yaşlanmayla birlikte uykuda meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar nedeniyle uyku kalitesinin ve düzeninin etkilenmesi, ağrı, gece sık idrara çıkma, ilaç kullanımı uyku bozukluklarına ve ilişkili ruhsal rahatsızlıklara neden olabilir (216).

2.16. Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı

Ölüm bireyin varoluşuna yönelik bir tehdit olarak algılanır ve yaşamın tüm yönlerini etkileyen bir kaygıya neden olur (166). Yaşlılık, ölüme en yakın dönem olarak kabul edilir ve bu nedenle ölüm düşünceleri bu yaş grubunda daha sık ve derin bir şekilde ortaya çıktığı düşünülür (152). Yaşlanmayla birlikte yalnızlık, hastalık, yas, sosyal sorunlar ölüm karşısında bireyi daha umutsuz bir konuma sürükler, ölüm düşüncesiyle baş etmesini zorlaştırır ve daha savunmasız bir hale getirebilir (217). Yaşlanma ile ölüm ve ölüme ilişkin deneyimler daha yoğun bir şekilde hissedilir ve bu durum bireyin ölüm karşısında şiddetli bir korku yaşamasına neden olabilir. Ancak bazı yaşlılar, ölümü hayatın doğal bir parçası olarak görüp bu durumu daha rahat bir şekilde kabullenebilirler (218).

Yaşlı ruh sağlığı açısından ölüm kaygısı önemlidir. Ölüm kaygısı düzeyinin düşük veya yüksek olarak uç noktalarda bulunması kişinin yaşamı ve kararları üzerine etkileri dolayısıyla istenmeyen bir durumdur (219, 220). Ölüm kaygısı ve baş etme becerileri arasındaki dengesizlik, ölüm kaygısının şiddetli düzeyde olması depresyon ve kaygı gibi ruhsal bozukluklara neden olur, bireyi bakıma ve yardıma daha muhtaç bir hale getirir. Bu da bireyin ruhsal sıkıntısını artırır (221).

Hissedilen ölüm kaygısı düzeyi yaşanan hayatın özelliklerine bağlı olarak da değişiklik gösterir. Saygınlığını kaybetmeden ölmek, hastalık veya kaza nedeniyle ölmek, verimli ve uzun bir yaşamın sonunda sevdiklerinin yanında yaşamın son

bulması iyi bir ölümü çağrıştırırken, mutsuz ve verimsiz geçirilen bir yaşam, yalnız ölmek, pişmanlık hissi, ruhsal bir bozukluğa sahip olmak kötü yaşanmış bir hayatı temsil ederek ölüm kaygısının daha çok yaşanmasına sebep olabilir (222).

Ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olup tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılık döneminde de dini inanç, eğitim düzeyi, ait olunan kültür, medeni durum, meslek, yaşanan kayıp ve yas gibi değişkenlere göre farklılık gösterir (49).

Yalnızlık, ölüm kaygısını etkileyen önemli faktörlerden biridir ve özellikle yaşlılık döneminde sıkça karşılaşılan bir sorun olarak ortaya çıkar. Yalnızlık hissi bireyin kimsesiz ve değersiz hissetmesine, hayatın amaçsız ve anlamsız olduğunu düşünmesine, terk edilmişlik duygusuna kapılmasına neden olarak yaşam kalitesini bozabilir, bedensel ve psikolojik belirtilere yol açabilir (223, 224). Yapılan çalışmalarda yalnızlık ve ölüm kaygısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (99).

Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bir başka faktör sosyal destektir (218). Geleneksel toplumlarda yaşlıların aile içindeki varlıkları ve statüleri genellikle değişmeden devam ederken, batı toplumlarında bireysel yaşamın ve bağımsızlığın vurgulanması, yaşlıların aile içindeki rollerini ve toplumsal konumlarını değiştirebilmektedir (9, 72). Zorlu yaşam olayları karşısında bireyin eşi, arkadaşları ve ailesi tarafından manevi bir yardım olarak hissedilen sosyal destek, yaşlı nüfusun artması, aile kavramının değişmesi, farklı dünya düzeni nedeniyle yaşlılar tarafından yetersiz olarak değerlendirilmektedir (225). Yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin düşük düzeyde olmasının ölüm kaygısını artırdığı, başka bir çalışmada huzurevinde sosyal ortamın sağlanmasıyla ölüm kaygısının şiddetinin azaldığı gösterilmiştir (222).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır ve çalışmaya Etik Kurul onayı alındıktan sonra başlanmıştır. 1 Ocak 2024 – 1 Haziran 2024 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine takip ve tedavi amacıyla başvuran 5097 yaşlı hastadan, 109'unun şizofreni, 23'ünün persistan delüzyonel bozukluk, 5'inin akut ve geçici psikotik bozukluk, 18'inin şizoafektif bozukluk, 243'ünün organik olmayan psikoz, 383'ünün bipolar bozukluk, 442'sinin depresyon, 12'sinin duygudurum bozukluğu, 2917'sinin anksiyete bozukluğu, 25'inin obsesif kompulsif bozukluk, 711'inin genel psikiyatrik muayene, kalan 209'unun ise diğer psikiyatrik veya tıbbi tanılar aldığı saptanmıştır. %5 anlam seviyesinde, %95 güven aralığında ve %95 güçle yapılan GPower analizine göre çalışmaya dahil edilmesi gereken örneklem büyüklüğü 200 hasta olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun ardışık 100 kadın ve 100 erkek, toplamda 200 hasta çalışmaya alınmış olup, hedeflenen sayıya ulaşıldığında hasta alımı durdurulmuştur.

Çalışma gönüllülük prensibine uygun olarak yürütülmüştür. Hastaya çalışma hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formu imzalatılarak çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar öncelikle Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) uygulanarak değerlendirilmiş, çalışmaya dahil edilmeye uygun bilişsel bir düzeye sahip hastalarla devam edilmiştir. Hastalar ile DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) kullanılarak klinik görüşme gerçekleştirilmiş ve tanısal değerlendirme yapılmıştır. Sosyodemografik verilerin elde edilmesi amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, anksiyete ve depresyon belirtilerinin tespit edilmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, ayrıca İntihar Davranış Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği (OPQOL-Brief) ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanmıştır. Veriler toplanırken hastalarla yüz yüze görüşülerek her bir ölçek öncesinde açıklama yapıldıktan sonra yönergelerle uygun olacak şekilde formlar doldurulmuştur.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1-60 yaş ve üzerinde olmak
- 2-Ruhsal bir yakınmanın veya aktif psikopatolojinin bulunması ve son 6 aylık dönemde düzenli tedavi almamış olmak
- 3- Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar olmak
- 4- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra yazılı onam vermiş olmak

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- 1-Demans, deliryum gibi bilinç bozukluğuna yol açabilecek hastalıkların bulunması
- 2-Kanser, böbrek veya karaciğer yetmezliği gibi ölümcül olabilecek hastalığın ileri evre veya son dönem olması ve bu hastalıklara yönelik halen tedavi görüyor olması
- 3-Yargılama yetisini bozabilecek düzeyde şiddetli psikopatolojinin varlığı (manik epizod, psikotik alevlenme vb.)

Çalışma protokolü, KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından 26.01.2024 tarihli 2024/003 sayılı karar ile onaylanmıştır.

3.2. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.2.1. Bilgilendirme ve Onam

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve kullanılacak ölçekler anlatıldı. Etik kurul tarafından uygun bulunan bilgilendirilmiş onam formu doldurularak imzaları alınmıştır.

3.2.2. DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında DSM-5 tanıları için geliştirilmiş olan bu ölçek, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır ve DSM-5'te yer alan bozuklukları, tanı ölçütlerine göre değerlendirmektedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Elbir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır (226, 227). Bu ölçek, çalışmaya dahil edilen katılımcılarda psikiyatrik tanılarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik verilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim durumu, ekonomik durumu, bilinen ek hastalıkları, kullandığı ilaç sayısı, hastane servis ve yoğun bakım yatışları, ameliyat geçmişi, alışkanlıkları, fiziksel veya ruhsal travma geçmişi, yaşanan kayıplar ve yas, soy geçmişe ait bilgiler ve alışkanlıkları yapılan klinik görüşmede sosyodemografik veri formu ile değerlendirilmiştir.

3.2.4. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA):

Nasreddine ve ark. (2005) tarafından hafif bilişsel bozukluk ve bilişsel bozukluk için tarama testi olarak geliştirilen ve yürütücü işlevler, dikkat ve konsantrasyon, bellek, lisan, yapılandırma becerileri, soyut düşünce, yönelim, hesaplama gibi bilişsel işlevlerin değerlendirildiği, yaklaşık 10 dakika süren bir testtir. Alınabilecek en yüksek puan 30 olup kesme puanı 21 kabul edilmektedir (228). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2014 yılında Özdilek ve Kenangil tarafından yapılmıştır (229).

3.2.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ):

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin amacı, hastaların klinik olarak anksiyete ve depresyon semptomları olup olmadığını taramaktır. HADÖ-A anksiyete alt ölçeğidir ve 7 sorudan oluşmaktadır, HADÖ-D ise depresyon alt ölçeğidir ve 7 sorudan oluşmaktadır. Her iki test için 0-21 arası puanlama yapılır. Kronik hastalığı bulunan hastaların yanı sıra genel sağlıklı popülasyonda da anksiyete ve depresyonu tarama amacıyla kullanılabilir. Türk toplumu için de testin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında anksiyete için kesme puanı 10, depresyon için kesme puanı 7 olarak bulunmuştur. Birçok ülkede geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan test anksiyete ve depresyonu kesin olarak tespit etmese de anksiyete ve depresyonu hızlı bir şekilde taramak için kullanılır (230).

3.2.6. İntihar Davranış Ölçeği:

1981 yılında Linehan ve Nielsen tarafından geliştirilen ölçek dört maddeden oluşmaktadır. İntihar davranışı ölçeğinden alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 14'tür. Alınan en yüksek puan en ciddi intihar davranışı olduğunu belirtmektedir. İntihar Davranışı Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Bayam ve ark. tarafından yapılmıştır (231).

3.2.7. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği:

1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir evet yanıtı için 1 puan hayır yanıtı için 0 puan, diğer 6 maddeye verilen her bir hayır yanıtı için 1 puan, evet yanıtı için ise 0 puan alınır. Alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Testten alınabilen en yüksek puan 15 olup, 0-4 puan hafif düzeyde, 5-9 puan orta düzeyde, 10-14 puan ağır düzeyde, 15 puan panik düzeyde ölüm kaygısı olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte bilişsel-duygusal boyut, hastalık-ağrı boyutu, fiziksel değişimler boyutu, zamanın geçmesi boyutu olmak üzere 4 alt boyut bulunur (154). Ölçekteki maddelerden 1, 5, 10, 13, 14 ve 15. maddelerin birinci faktör olan bilişsel-duygusal boyut altında toplandığı; ölçekteki 6, 8, 9 ve 12. maddelerin ikinci faktör olan hastalık-ağrı boyutu altında toplandığı; ölçekteki 3 ve 7. maddeler üçüncü faktör olan fiziksel değişimler boyutu altında toplandığı; 2, 4 ve 11. maddelerin ise dördüncü boyut olan zamanın geçmesi boyutu altında toplandığı bulunmuştur (232). Arapça ve İspanyolcaya çevrilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Şenol tarafından yapılmıştır (153, 154).

3.2.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek, Türkçe'ye Eker ve Arkar (1995) tarafından çevrilmiş geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Algılanan sosyal destek (ASD) ölçeği sosyal destek kaynaklarını tanımlamaya yarayan üç alt boyut ve 12 maddeden meydana gelen 7'li likert tipte bir ölçektir. Ölçek alt boyutları aile (3, 4, 8, 11), arkadaş (6, 7, 9, 12) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10). Ölçek

madde puanları toplanarak toplam puan elde edilmektedir Ayrıca her alt boyutta yer alan madde puanları toplanarak o alt boyut için puan hesaplaması yapılmaktadır. Alt boyutların her birinden alınabilecek minimum puan değeri 4 maksimum değer ise 28, ölçek genel puanından alınabilecek minimum puan değeri 12, maksimum puan değerinin ise 84 olduğu bildirilmektedir. Ölçek puanının artması algılanan sosyal desteğin de arttığını göstermektedir (233).

3.2.9. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği (OPQOL-Brief):

Hastaların yaşam kalitesinin ölçülmesi için kullanılmıştır. Bu ölçek Bowling ve arkadaşları tarafından geriatrik popülasyonda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (234). Çalışkan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (235). Testin başlangıcında sorulan tek soruda kişinin yaşam kalitesini 1-çok kötü ve 5-çok iyi olmak üzere puanlaması istenir ancak bu puan YYK-kısa toplam ölçek puanı ile değerlendirilmez. YYK-kısa ölçeğine her madde için 1-kesinlikle katılmıyorum ve 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde cevap verilmekte ve toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan 13-65 arasında hesaplanır. Yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini gösterir.

3.2.10. Yaşam Doyumu Ölçeği:

Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985), Yaşam Doyumu Ölçeği'ni (The Satisfaction with Life Scale - SWLS), katılımcılara hayatlarına yönelik genel yargılarını sorarak yaşam doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 7'li likert tipinde, 5 maddelik ölçektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Köker (1991) tarafından yüksek lisans tezinde yapılmıştır. Alınan puanın artması yaşam doyumunun daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (236).

3.3. İstatiksel Değerlendirme

Veriler, *IBM SPSS 26 Statistics Paket Programı* aracılığı ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerde normal dağılım, çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak bulunmuş

olup Tablo 1’de gösterilmiştir. Normal dağılımın kurallarına göre çarpıklık değerlerinin $\pm 1,96$ arasında olması gerekmektedir (237). Bu kapsamda, psikiyatri polikliniğine başvuran 60 yaş üzerindeki yaşlı hastalara uygulanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete Alt Ölçeği (HADÖ-A), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon Alt Ölçeği (HADÖ-A), İntihar Davranışı Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği, Zaman Geçmesi Alt Ölçeği, Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Alt Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği (OPQOL-Brief) ve Yaşam Doyumu Ölçeği, hastalık sayısı ve kullandığı ilaç sayısına ait verilerin normal dağılıma uyduğu, evde yaşayan kişi sayısı ve toplam hastane yatış sayısına ait verilerin normal dağılıma uymadığı görülmüştür.

Araştırmaya, SBÜ Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine takip ve tedavi amacıyla başvuran, 60 yaş ve üzerinde olup aktif psikopatolojisi bulunan ve son 6 aylık dönemde düzenli tedavi almamış olan 200 birey katılmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının normallik sayısı karşılandığı için; ikili grupların karşılaştırılmasında *Independent Samples T Testi (Bağımsız Gruplar İçin T Testi)*, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında *One Way Anova Testi (Tek Faktörlü Varyans Analizi)* kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın karşılaştırılmasında *Post Hoc (Tukey-Games Howell)* testleri kullanılmıştır. Demografik değişkenler, ölçekler ve ölçeklerin alt boyutlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde *Pearson/Sperman Korelasyon Testleri* kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı; 0.00- 0.30 arası düşük, 0.30-0.70 arası orta ve 0.70-1.00 arası ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak değerlendirilmiştir (238). Psikiyatri polikliniğine başvuran 60 yaş ve üzerindeki yaşlı hastaların depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin ölüm kaygıları üzerine etkisi *Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi* ile yapılmıştır. Tüm çalışmada anlamlılık düzeyleri; 0,01 ve 0,05 değerleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1: Psikiyatri Polikliniğine Başvuran 60 Yaş Üzerindeki Yaşlı Hastalara Uygulanan Değişkenler, Ölçekler ve Ölçeklerin Alt Boyutlarına Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Skewness (Çarpıklık)		Kurtosis (Basıklık)	
	İstatistik	Std.Hata	İstatistik	Std.Hata
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2,584	0,172	11,125	0,342
Hastalık Sayısı	0,854	0,172	1,311	0,342
Kullandığı İlaç Sayısı	1,018	0,172	1,060	0,342
Toplam Hastane Yatış Sayısı	2,143	0,172	5,759	0,342
HADÖ-Anksiyete	-0,042	0,172	-0,901	0,342
HADÖ-Depresyon	-0,382	0,172	-0,497	0,342
İntihar Davranışı Ölçeği	1,753	0,172	2,004	0,342
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	-0,294	0,172	-0,955	0,342
Bilişsel ve Duygusal	-0,498	0,172	-0,801	0,342
Fiziksel Değişimler	0,777	0,172	-0,166	0,342
Zamanın Geçmesi	-0,804	0,172	-0,373	0,342
Hastalık ve Ağrı	-0,369	0,172	-0,869	0,342
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	-0,028	0,172	-0,765	0,342
Aile	-0,847	0,172	0,801	0,342
Arkadaş	0,259	0,172	-0,568	0,342
Özel Bir İnsan	-0,129	0,172	-1,313	0,342
Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,093	0,172	-1,121	0,342
Yaşam Doyumu Ölçeği	-0,371	0,172	-0,228	0,342

4. BULGULAR

4.1.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

SBÜ Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine takip ve tedavi amacıyla başvuran, 60 yaş ve üzerinde olup aktif psikopatolojisi bulunan ve son 6 aylık dönemde düzenli tedavi almamış olan 200 hastanın sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Kategori	n	Yüzde (%)	Ort±S.S.
Cinsiyet	Kadın	100	50,0	-
	Erkek	100	50,0	
Yaş Grup	60-70 yaş	116	58,0	-
	71 yaş ve üzeri	84	42,0	
Yaş	-	-	-	68,54±6,09
Ağırlık	-	-	-	75,17±10,99
Boy	-	-	-	166,36±7,95
BKİ	-	-	-	27,21±3,92
BKİ Sınıflaması	18,5-24,9	52	26,0	-
	25,0-29,9	117	58,5	
	30,0 ve üzeri	31	15,5	
Başvuru Şekli	Yalnız	69	34,5	-
	Yakınıyla	131	65,5	
Kiminle Yaşıyor?	Yalnız	25	12,5	-
	Beraber	175	87,5	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	1 kişi	25	12,5	-
	2 kişi	117	58,5	
	3 kişi	33	16,5	
	4 kişi ve üzeri	25	12,5	
Medeni Durum	Evli	151	75,5	-
	Dul veya boşanmış	49	24,5	
Çocuk Durumu	Var	199	99,5	-
	Yok	1	0,5	
Çocuk Sayısı	-	-	-	3,46±1,42
Çocuk Sayısı Grup	1-2 çocuk	48	24,1	
	3-4 çocuk	115	57,8	
	5 çocuk ve üzeri	36	18,1	
Toplam		200	100	

Ort: Ortalama, S.S.: Standart Sapma

Tablo 2'nin devamı: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Kategori	n	Yüzde (%)	Ort±S.S.
Evli Çocuk Sayısı	Evli çocuğum yok	12	6,0	-
	1 Çocuğum evli	22	11,0	
	2 Çocuğum evli	45	22,5	
	3 Çocuğum evli	56	28,0	
	4 Çocuğum evli	43	21,5	
	5 ve üzeri çocuğum evli	22	11,0	
Torun Durumu	Var	185	92,5	-
	Yok	15	7,5	
Eğitim Durumu	Okur yazar	48	24,0	-
	İlkokul	105	52,5	
	Lise ve Lisans	47	23,5	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	97	48,5	-
	Çalışıyor	21	10,5	
	Emekli	82	41,0	
Sosyo-Ekonomik Düzey	İyi	44	22,0	-
	Orta	125	62,5	
	Kötü	31	15,5	
Toplam		200	100	

Ort: Ortalama, S.S.: Standart Sapma

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet oranlarının birbirine eşit olduğu görülmektedir. Hastaların yaş ortalamasının $68,54 \pm 6,09$ olduğu bulundu. Hastaların %58,0'nın (n:116) 60-70 yaş aralığında, %42,0'nın (n: 84) 71 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu saptandı.

Hastaların ağırlık ortalamalarının 75,17 kg, boy ortalamalarının 166,36 cm ve BKİ ortalamalarının 27,21 olduğu görüldü. BKİ sınıflamalarına bakıldığında; %58,5'in (n: 117) Fazla Kilolu, %26,0'nın (n: 52) Normal Kilolu ve %15,5'inin (n: 31) Obez olduğu saptandı.

Hastaların hastaneye başvuru şekillerinin dağılımlarına bakıldığında; %65,5'inin (n: 131) yakınıyla beraber, %34,5'inin (n: 69) yalnız hastaneye başvurduğu görüldü. Hastaların kiminle yaşadıklarına ilişkin dağılıma bakıldığında; %87,5'inin (n: 175) beraber ve %12,5'inin (n: 25) yalnız yaşadıkları tespit edildi. Hastaların evde yaşayan kişi sayısı dağılımlarına bakıldığında; %58,5'inin (n: 117) 2 kişi, %16,5'inin (n: 33) 3 kişi, %12,5'inin (n: 25) 1 kişi ve %12,5'inin (n: 25) 4 kişi veya üzeri bireyle evde yaşadıkları görüldü.

Hastaların medeni durum dağılımlarına bakıldığında; %75,5'inin (n: 151) evli ve %24,5'inin (n: 49) dul ya da boşanmış olduğu saptandı. Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ortalamasının 3,46 olduğu bulundu. Ayrıca hastaların, %99,5'inin (n: 199) çocuk sahibi olduğu ve %0,5'inin (n: 1) çocuk sahibi olmadığı görüldü. Hastaların neredeyse tamamının çocuk sahibi olduğu saptandı. Hasta bireylerin çocuk sayılarının dağılımlarına bakıldığında; %57,8'inin (n: 115) 3-4 çocuk, %24,1'inin (n: 48) 1-2 çocuk ve %18,1'inin (n: 36) 5 çocuk veya üzerinde çocuk sahibi olduğu görüldü. Hastaların evli çocuk sayısı dağılımlarına bakıldığında; %28,0'ının (n: 56) 3 çocuğunun, %22,5'inin (n: 45) 2 çocuğunun, %21,5'inin (n: 43) 4 çocuğunun, %11,0'ının (n: 22) 1 çocuğunun, %11,0'ının (n: 22) 5 veya üzeri çocuğunun evli olduğu, %6,0'ının (n: 12) evli çocuğunun olmadığı belirlendi. En fazla katılımın, 3 çocuğu evli olan hastalar tarafından gerçekleştirildiği görüldü. Hasta bireylerin, torun durumu dağılımlarına bakıldığında; %92,5'inin (n: 185) torun sahibi olduğu, %7,5'inin (n: 15) torun sahibi olmadığı saptandı.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; %52,5'inin (n:105) ilkokul, %24,0'ının (n: 48) okur yazar ve %23,5'inin (n: 47) lise veya lisans mezunu olduğu görülmektedir. En fazla katılımın, ilkokul mezunu olan hastalar tarafından gerçekleştirildiği saptandı.

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında; %48,5'inin (n: 97) çalışmadığı, %41,0'ının (n: 82) emekli olduğu ve %10,5'inin (n: 21) çalıştığı belirlendi. Hastaların %62,5'inin (n: 125) sosyo-ekonomik durumunun orta, %22,0'ının (n: 44) iyi ve %15,5'inin (n: 31) kötü olduğu saptandı.

4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Tablo 3: Hastaların Klinik Özellikleri

Değişken	Kategori	n	Yüzde (%)	Ort±S.S.
Ek hastalık	Var	181	90,5	-
	Yok	19	9,5	-
Psikiyatrik hastalık	Depresyon	66	33,0	-
	Anksiyete	45	22,5	-
	Yaygın Anksiyete	55	27,5	-
	Panik Bozukluk	17	8,5	-
	İnsomnia	17	8,5	-
Hastalık Sayısı	-	-	-	3,16±1,43
Hastalık Sayısı Grup	1-2 adet	75	37,5	-
	3-4 adet	88	44,0	-
	5 ve üzeri adet	37	18,5	-
Kullandığı İlaç Sayısı	-	-	-	3,57±2,72
Kullandığı İlaç Sayısı Grup	Kullandığı ilaç yok	22	11,0	-
	1-2 ilaç	58	29,0	-
	3-4 ilaç	64	32,0	-
	5-6 ilaç	28	14,0	-
	7 ilaç ve üzeri	28	14,0	-
Toplam Hastane Yatış	-	-	-	2,40±2,18
Toplam Hastane Yatış Grup	Yatış yok	20	10,0	-
	1 kez yatış	52	26,0	-
	2 kez yatış	67	33,5	-
	3 kez yatış	23	11,5	-
	4 ve üzeri yatış	38	19,0	-
Psikiyatri Yatış	-	-	-	0,08±0,36
Diğer Yatış	-	-	-	2,33±2,18
Toplam		200	100	

Ort: Ortalama, S.S.: Standart Sapma

Tablo 3'ün devamı: Hastaların Klinik Özellikleri

Değişken	Kategori	n	Yüzde (%)
Ameliyat Öyküsü	Var	173	86,5
	Yok	27	13,5
Yoğun Bakım	Evet	71	35,5
	Hayır	129	64,5
Alışkanlıklar	Sigara	53	26,5
	Yok	147	73,5
Yaşanan Yas/Kayıp	Var	141	70,5
	Yok	59	29,5
Varsa Süresi	< 1 yıl	57	40,4
	1-5 yıl	54	38,3
	> 5 yıl	30	21,3
Ölüm Riski Olan Hastalık Öyküsü	Var	65	32,5
	Yok	135	67,5
1. Derece Yakınlarında Ölüm Riski	Var	93	46,5
	Yok	107	53,5
Ailede İntihar Eden Yakın	Var	8	4,0
	Yok	192	96,0
Yaşanmış ciddi kaza, doğal afet vs.	Var	59	29,5
	Yok	141	70,5
Toplam		200	100

Tablo 3'te hastaların klinik özellikleri gösterilmiştir. Hastaların %90,5'inin (n: 181) ek hastalığının olduğu ve %9,5'inin (n: 19) ek hastalığının olmadığı belirlendi. Hastaların ek hastalıklarının oranları sırayla incelendiğinde; %35,4'ünün (n: 64) aynı zamanda Diyabetes Mellitus, %63,5'inin (n: 115) Hipertansiyon, %24,9'unun (n: 45) Koroner Arter Hastalığı, %24,9'unun (n: 45) Hiperkolesterolemi, %14,9'unun (n: 27) Prostat, %18,2'sinin (n: 33) Tiroid, %44,7'sinin (n: 81) aynı zamanda diğer başka hastalıklarının bulunduğu saptandı.

Hastaların psikiyatrik hastalık durumlarına bakıldığında; %33,0'ının (n: 66) depresyon, %27,5'inin (n: 55) yaygın anksiyete bozukluğu, %22,5'inin (n: 45) anksiyete bozukluğu, %8,5'inin (n: 17) panik bozukluk ve %8,5'inin (n: 17) insomnia hastası olduğu görüldü.

Hastaların ortalama hastalık sayısının 3,16 olduğu bulundu. Bu hastalık sayılarının dağılımına bakıldığında; %44,0'ının (n: 88) 3-4 adet, %37,5'inin (n: 75) 1-

2 adet ve %18,5'inin (n: 37) 5 veya üzerinde hastalığının bulunduğu saptandı. Hastaların kullandığı ilaç sayısının ortalama 3,57 olduğu bulundu. Kullanılan ilaç sayılarının dağılımına bakıldığında; %32,0'nın (n: 64) 3-4 ilaç, %29,0'nın (n: 58) 1-2 adet, %14,0'nın (n: 28) 5-6 ilaç, %14,0'nın (n: 28) 7 veya üzerinde ilaç kullandığı ve %11,0'nın (n: 22) herhangi bir ilaç kullanmadığı saptandı.

Hastaların toplam hastane yatış sayısının ortalama 2,40 olduğu bulundu. Psikiyatri yatış sayısı ortalaması 0,08, diğer tıbbi nedenler ile olan hastane yatış sayısı ortalaması 2.33 olarak tespit edildi. Toplam hastane yatış sayılarının dağılımına bakıldığında; hastaların %33,5'inin (n: 67) 2 kez yatış, %26,0'nın (n: 52) 1 kez yatış, %19,0'nın (n: 38) 4 veya üzeri yatış, %11,5'inin (n: 23) 3 kez yatış yaptığı ve %10,0'nın (n: 20) herhangi bir hastane yatışının olmadığı saptandı. En fazla 2 kez hastane yatışı olan bireylerin çalışmaya katıldığı gözlemlendi. Hastaların ameliyat öyküsü durumlarına bakıldığında; %86,5'inin (n: 173) ameliyat öyküsünün olduğu ve %13,5'inin (n: 27) ameliyat öyküsünün olmadığı görüldü. Hastaların yoğun bakım öyküsü durumlarına bakıldığında; %64,5'inin (n: 129) yoğun bakım öyküsünün olmadığı ve %35,5'inin yoğun bakım öyküsünün olduğu (f: 71 kişi) tespit edildi.

Hastaların alışkanlıklarının dağılımlarına bakıldığında; %73,5'inin (n: 129) herhangi bir alışkanlığının bulunmadığı ve %26,5'inin (n: 53) sigara alışkanlığının olduğu görüldü.

Hastaların %70,5'inin (n: 141) daha önce yaşanan yas/kayıp durumunun olduğu, %29,5'inin (n: 59) daha önce yaşanan yas/kayıp durumunun olmadığı tespit edildi. Yas/kayıp durumunun süre dağılımlarına bakıldığında; %40,4'ünün (n: 57) 1 yıldan daha az bir süre önce kayıp yaşadığı, %38,3'ünün (n: 54) 1-5 yıl arası bir süre önce kayıp yaşadığı ve %21,3'ünün (n: 30) 5 yıldan daha fazla bir süre önce kayıp yaşadığı saptandı.

Hastaların %67,5'inin (n: 135) kalp krizi, SVH veya kanser gibi ölüm riski olan bir hastalık öyküsüne sahip olmadığı ve %32,5'inin (n: 65) ölüm riski olan bir hastalık öyküsüne sahip olduğu görüldü.

Hastaların %53,5'inin (n: 107) 1. derece yakınlarında ölüm riski olan bir hastalık bulunmadığı, %46,5'inin (n: 93) 1. derece yakınlarında ölüm riski olan bir hastalık bulunduğu saptandı.

Hastaların %96,0'ının (n: 192) ailesinde intihar eden birinin olmadığı, %4,0'ının (n: 8) ailesinde intihar eden birinin olduğu tespit edildi.

Hastaların %70,5'inin (n: 141) daha önce yaşadığı bir ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet deprem, sel, yangın durumunun olmadığı, %29,5'inin (n: 59) daha önce yaşadığı bir ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet deprem, sel, yangın durumunun olduğu görüldü.

4.3.Hastalara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Tablo 4: Hastalara Uygulanan Ölçekler ve Puanları

Ölçek ve Alt Boyutları	Min.	Max.	Ort±S.S.
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	1,00	15,00	9,28±3,53
Bilişsel ve Duygusal	0,00	6,00	3,84±1,76
Fiziksel Değişimler	0,00	2,00	0,61±0,69
Zamanın Geçmesi	0,00	3,00	2,20±0,94
Hastalık-Ağrı	0,00	4,00	2,59±1,16
HADÖ-A	1,00	21,00	11,62±4,77
HADÖ-D	1,00	21,00	12,53±4,36
İntihar Davranışı Ölçeği	0,00	10,00	1,48±2,60
Sosyal Destek Ölçeği	19,00	84,00	51,76±13,68
Aile	5,00	28,00	21,46±4,92
Arkadaş	4,00	28,00	14,61±6,28
Özel Bir İnsan	4,00	28,00	15,96±7,49
Yaşam Doyumu Ölçeği	7,00	32,00	17,64±6,72
Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği	19,00	64,00	44,24±8,86

Min.: Minimum, Max.: Maximum, Ort: Ortalama, S.S.: Standart Sapma

Hastaların uygulanan ölçeklere verdikleri cevaplara ilişkin elde edilen tanımlayıcı istatistiki bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği; bireylerin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili duydukları kaygı ve korkularını ölçmek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Testten alınan 0-4 puan “hafif düzeyde”, 5-9 puan “orta düzeyde”, 10-14 puan “ağır düzeyde” ve 15 puan “panik düzeyde” ölüm kaygısı olarak değerlendirilir (154). Ölçekten 0-15 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalara uygulanan Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının $9,28 \pm 3,53$ olduğu bulundu. Grubun toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 1,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 15,00 olduğu görüldü.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği alt ölçeklerinden Bilişsel ve Duygusal alt ölçeğinden, 0-6 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Bilişsel ve Duygusal alt ölçek toplam puan ortalamasının $3,84 \pm 1,76$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 0,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 6,00 olduğu görüldü.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği alt ölçeklerinden Fiziksel Değişimler alt ölçeğinden, 0-2 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Fiziksel Değişimler alt ölçek toplam puan ortalamasının $0,61 \pm 0,69$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 0,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 2,00 olduğu görüldü.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği alt ölçeklerinden Zamanın Geçmesi alt ölçeğinden, 0-3 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Zamanın Geçmesi alt ölçek toplam puan ortalamasının $2,20 \pm 0,94$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 0,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 3,00 olduğu görüldü.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği alt ölçeklerinden Hastalık-Ağrı alt ölçeğinden, 0-4 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Hastalık-Ağrı alt ölçek toplam puan ortalamasının $2,59 \pm 1,16$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde

edilen en düşük toplam puan ortalamasının 0,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 4,00 olduğu görüldü.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ-A)-Anksiyete alt ölçeği; bireylerin anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçek toplam puanının yüksek çıkması, anksiyete seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Alt ölçekten 0-21 arası bir toplam puan alınmaktadır. HADÖ-A alt ölçeği için kesme puanı 10'dur. Çalışmaya katılan hastalara uygulanan HADÖ-A alt ölçek toplam puan ortalamasının $11,62 \pm 4,77$ olduğu bulundu ve kesme puanının üzerinde olduğu saptandı. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 1,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 21,00 olduğu görüldü.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ-D)-Depresyon alt ölçeği; bireylerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçek toplam puanının yüksek çıkması, depresyon seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Alt ölçekten 0-21 arası bir toplam puan alınmaktadır. HADÖ-D alt ölçeği için kesme puanı 7'dir. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan HADÖ-A alt ölçek toplam puan ortalamasının $12,53 \pm 4,36$ olduğu bulundu ve kesme puanının çok üzerinde olduğu saptandı. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 1,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 21,00 olduğu görüldü.

İntihar Davranışı Ölçeği; bireylerin intihar davranış düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçek puanının yüksek çıkması, ciddi intihar davranışı olduğunu göstermektedir. Ölçekten 0-14 arası bir puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalara uygulanan İntihar Davranışı Ölçeği toplam puan ortalamasının $1,48 \pm 2,60$ olduğu bulundu. Hastaların intihar davranışı düzeyinin yüksek olmadığı anlaşıldı. Ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 0,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 10,00 olduğu görüldü.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeylerini ölçmek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puanının artması, algılanan sosyal desteğin de arttığını göstermektedir.

Ölçekten 12-84 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalara uygulanan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının $51,76 \pm 13,68$ olduğu bulundu. Ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 19,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 84,00 olduğu görüldü.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeğinden, 4,00-28,00 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Aile alt ölçeği toplam puan ortalamasının $21,46 \pm 4,92$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 5,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 28,00 olduğu görüldü.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaş alt ölçeğinden, 4,00-28,00 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Arkadaş alt ölçeği toplam puan ortalamasının $14,61 \pm 6,28$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 4,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 28,00 olduğu görüldü.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeğinden, 4,00-28,00 arası bir toplam puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Özel Bir İnsan alt ölçeği toplam puan ortalamasının $15,96 \pm 7,49$ olduğu bulundu. Alt ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 4,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 28,00 olduğu görüldü.

Yaşam Doyumu Ölçeği; bireylerin yaşam doyumu düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçek puanının yüksek çıkması, yaşam doyumunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçekten 5-35 arası bir puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puan ortalamasının $17,64 \pm 6,76$ olduğu anlaşılmıştır. Ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 7,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 32,00 olduğu gözlenmiştir.

Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği; yaşlı bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir ölçektir. Ölçek puanının yüksek çıkması, daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçekten 13-65 arası bir puan alınmaktadır. Çalışmaya katılan hastalardan toplanan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının $44,24 \pm 8,86$ olduğu bulundu. Ölçekten elde edilen en düşük toplam puan ortalamasının 19,00, en yüksek toplam puan ortalamasının 64,00 olduğu görüldü.



4.3.1. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Hastaların; yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; yaş, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların cinsiyeti ($p<0,05$) ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p<0,05$) açısından Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; kadın hastaların erkek hastalara göre, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalık bulunan katılımcıların, bulunmayan katılımcılara göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; cinsiyet ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu değişkeninin, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 5: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		2,374	0,019*	A>B
Kadın ^A (n= 100)	9,87±3,74			
Erkek ^B (n= 100)	8,70±3,21			
Yaş^t		-0,733	0,464	-
60-70 yaş (n= 116)	9,13±3,55			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	9,50±3,50			
Medeni Durum^t		-0,374	0,709	-
Evli (n= 151)	9,23±3,28			
Dul ve boşanmış (n= 49)	9,45±4,22			
Eğitim Durumu^F		2,891	0,058	-
Okur yazar (n= 48)	10,31±3,73			
İlkokul (n= 105)	9,07±3,58			
Lise ve Lisans (n= 47)	8,72±3,02			
Psikiyatrik Tanı^F		2,881	0,059	-
Depresyon (n=66)	8,65±3,27			
Anksiyete (n=45)	9,00±3,35			
Yaygın Anksiyete (n=55)	10,11±3,61			
Yoğun Bakım^t		-0,848	0,398	-
Evet, kalmış (n= 71)	9,00±3,53			
Hayır, kalmamış (n= 129)	9,44±3,53			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		0,299	0,765	-
Var (n= 141)	9,33±3,51			
Yok (n= 59)	9,17±3,59			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-0,279	0,781	-
Var (n= 65)	9,18±3,43			
Yok (n= 135)	9,33±3,58			
1. Derecede Ölüm Riski^t		2,548	0,012*	A>B
Var ^A (n= 93)	9,96±3,51			
Yok ^B (n= 107)	8,70±3,45			
Yaşanmış kaza^t		1,822	0,070	-
Var (n= 59)	9,98±3,37			
Yok (n= 141)	8,99±3,56			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

Tablo 6’da Bilişsel ve Duygusal alt boyutu toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Bilişsel ve Duygusal alt boyut puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, Bilişsel ve Duygusal alt boyut düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Tablo 6: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Bilişsel ve Duygusal Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		0,721	0,472	-
Kadın (n= 100)	3,93±1,84			
Erkek (n= 100)	3,75±1,69			
Yaş^t		0,045	0,964	-
60-70 yaş (n= 116)	3,84±1,76			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	3,83±1,78			
Medeni Durum^t		0,573	0,567	-
Evli (n= 151)	3,88±1,67			
Dul ve boşanmış (n= 49)	3,71±2,03			
Eğitim Durumu^F		0,764	0,467	-
Okur yazar (n= 48)	4,00±1,84			
İlkokul (n= 105)	3,89±1,83			
Lise ve Lisans (n= 47)	3,57±1,51			
Psikiyatrik Tanı^F		1,331	0,267	-
Depresyon (n=66)	3,59±1,78			
Anksiyete (n=45)	3,87±1,53			
Yaygın Anksiyete (n=55)	4,11±1,86			
Yoğun Bakım^t		-0,472	0,638	-
Evet, kalmış (n= 71)	3,76±1,78			
Hayır, kalmamış (n= 129)	3,88±1,76			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		-0,302	0,763	-
Var (n= 141)	3,82±1,73			
Yok (n= 59)	3,90±1,85			
Ölüm Riskli Hastalık^t		0,034	0,973	-
Var (n= 65)	3,85±1,64			
Yok (n= 135)	3,84±1,82			
1. Derecede Ölüm Riski^t		1,441	0,151	-
Var (n= 93)	4,03±1,78			
Yok (n= 107)	3,67±1,74			
Yaşanmış kaza^t		1,807	0,072	-
Var (n= 59)	4,19±1,64			
Yok (n= 141)	3,70±1,79			

****p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell**

Tablo 7’de Fiziksel Değişimler alt boyutu toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Hastaların; yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Fiziksel Değişimler alt boyut puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; yaş, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların Fiziksel Değişimler alt boyut düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların cinsiyet ($p<0,01$) ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna ($p<0,05$) göre Fiziksel Değişimler alt boyut toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; kadın hastaların, erkek hastalara göre, öte yandan 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalık bulunan hastaların, bulunmayan hastalara göre Fiziksel Değişimler alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; cinsiyet ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu değişkeninin, Fiziksel Değişimler alt boyut düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 7: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Fiziksel Değişimler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		3,385	0,001**	A>B
Kadın ^A (n= 100)	0,77±0,76			
Erkek ^B (n= 100)	0,45±0,56			
Yaş^t		0,258	0,796	-
60-70 yaş (n= 116)	0,62±0,68			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	0,60±0,69			
Medeni Durum^t		-1,469	0,143	-
Evli (n= 151)	0,57±0,64			
Dul ve boşanmış (n= 49)	0,73±0,81			
Eğitim Durumu^F		1,405	0,248	-
Okur yazar (n= 48)	0,75±0,79			
İlkokul (n= 105)	0,58±0,68			
Lise ve Lisans (n= 47)	0,53±0,58			
Psikiyatrik Tanı^F		1,887	0,155	-
Depresyon (n=66)	0,55±0,66			
Anksiyete (n=45)	0,51±0,66			
Yaygın Anksiyete (n=55)	0,75±0,70			
Yoğun Bakım^t		0,148	0,882	-
Evet, kalmış (n= 71)	0,62±0,70			
Hayır, kalmamış (n= 129)	0,60±0,68			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		1,357	0,176	-
Var (n= 141)	0,65±0,69			
Yok (n= 59)	0,51±0,65			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-0,362	0,717	-
Var (n= 65)	0,58±0,70			
Yok (n= 135)	0,62±0,68			
1. Derecede Ölüm Riski^t		2,142	0,033*	A>B
Var ^A (n= 93)	0,72±0,74			
Yok ^B (n= 107)	0,51±0,62			
Yaşanmış kaza^t		1,134	0,258	-
Var (n= 59)	0,69±0,56			
Yok (n= 141)	0,57±0,73			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

Tablo 8’de Zamanın Geçmesi alt boyutu toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$) ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna ($p>0,05$) göre Zamanın Geçmesi alt boyut puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumlarının, Zamanın Geçmesi alt boyut düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p<0,05$) göre Zamanın Geçmesi alt boyut toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; hastalardan yaşanmış ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, deprem, sel, yangın gibi doğal afet durumu olanların, olmayanlara göre Zamanın Geçmesi alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; yaşanmış ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet deprem, sel, yangın durumu değişkeninin, Zamanın Geçmesi alt boyut düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 8: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Zamanın Geçmesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		0,677	0,499	-
Kadın (n= 100)	2,24±0,97			
Erkek (n= 100)	2,15±0,89			
Yaş^t		-0,857	0,392	-
60-70 yaş (n= 116)	2,15±0,94			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	2,26±0,93			
Medeni Durum^t		-1,306	0,193	-
Evli (n= 151)	2,15±0,94			
Dul ve boşanmış (n= 49)	2,35±0,92			
Eğitim Durumu^F		0,684	0,506	-
Okur yazar (n= 48)	2,33±0,93			
İlkokul (n= 105)	2,15±0,96			
Lise ve Lisans (n= 47)	2,15±0,91			
Psikiyatrik Tanı^F		0,334	0,716	-
Depresyon (n=66)	2,18±0,91			
Anksiyete (n=45)	2,16±0,98			
Yaygın Anksiyete (n=55)	2,29±0,83			
Yoğun Bakım^t		1,127	0,261	-
Evet, kalmış (n= 71)	2,30±0,92			
Hayır, kalmamış (n=129)	2,14±0,95			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		-1,073	0,285	-
Var (n= 141)	2,15±0,98			
Yok (n= 59)	2,31±0,84			
Ölüm Riskli Hastalık^t		1,341	0,181	-
Var (n= 65)	2,32±0,89			
Yok (n= 135)	2,13±0,96			
1. Derecede Ölüm Riski^t		0,130	0,896	-
Var (n= 93)	2,20±0,93			
Yok (n= 107)	2,19±0,95			
Yaşanmış kaza^t		2,423	0,016*	A>B
Var ^A (n= 59)	2,44±0,82			
Yok ^B (n= 141)	2,09±0,97			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

Tablo 9’da Hastalık ve Ağrı alt boyutu toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Hastalık ve Ağrı alt boyut puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, Hastalık ve Ağrı alt boyut düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların, cinsiyet ($p<0,05$), yaş ($p<0,05$), psikiyatrik tanı ($p<0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p<0,05$) ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna ($p<0,05$) göre Hastalık ve Ağrı alt boyut toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; kadın hastaların, erkek hastalara göre, ayrıca 71 yaş ve üzerinde olan hastaların, 60-70 yaş aralığında olan hastalara göre, öte yandan yaygın anksiyete psikiyatrik tanılı hastaların, depresyon tanılı hastalara göre, yine daha önce yoğun bakımda kalmayan hastaların, yoğun bakımda kalan hastalara göre, son olarak 1. derece yakınlarında ölüm riski bulunan hastaların, bulunmayan hastalara göre Hastalık ve Ağrı alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; cinsiyet, yaş, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu ve 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu değişkenlerinin, Hastalık ve Ağrı alt boyut düzeylerini etkileyen bir değişken olduklarını göstermektedir.

Tablo 9: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Hastalık ve Ağrı Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S..	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		2,732	0,007**	A>B
Kadın ^A (n= 100)	2,81±1,09			
Erkek ^B (n= 100)	2,37±1,18			
Yaş^t		-2,052	0,041*	B>A
60-70 yaş ^A (n= 116)	2,45±1,19			
71 yaş ve üzeri ^B (n= 84)	2,79±1,09			
Medeni Durum^t		-0,155	0,877	-
Evli (n= 151)	2,58±1,13			
Dul ve boşanmış (n= 49)	2,61±1,25			
Eğitim Durumu^F		2,674	0,072	-
Okur yazar (n= 48)	2,92±1,13			
İlkokul (n= 105)	2,46±1,13			
Lise ve Lisans (n= 47)	2,55±1,21			
Psikiyatrik Tanı^F		3,089	0,048*	C>A
Depresyon ^A (n=66)	2,39±1,06			
Anksiyete ^B (n=45)	2,49±1,19			
Yaygın Anksiyete ^C (n=55)	2,89±1,16			
Yoğun Bakım^t		-2,576	0,011*	B>A
Evet, kalmış ^A (n= 71)	2,31±1,14			
Hayır, kalmamış ^B (n=129)	2,74±1,14			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		1,317	0,189	-
Var (n= 141)	2,66±1,14			
Yok (n= 59)	2,42±1,19			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-1,751	0,081	-
Var (n= 65)	2,38±1,15			
Yok (n= 135)	2,69±1,15			
1. Derecede Ölüm Riski^t		3,016	0,003**	A>B
Var ^A (n= 93)	2,85±1,18			
Yok ^B (n= 107)	2,36±1,09			
Yaşanmış kaza^t		0,561	0,576	-
Var (n= 59)	2,66±1,17			
Yok (n= 141)	2,56±1,15			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.2. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre HADÖ-A (Anksiyete) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10’da HADÖ-A alt ölçek toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$) ve ölüm riski olan hastalık öyküsü durumuna ($p>0,05$) göre HADÖ-A puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu ve ölüm riski olan hastalık öyküsü durumlarının, hastaların HADÖ-A düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların psikiyatrik tanılarına ($p<0,01$) göre HADÖ-A toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; psikiyatrik tanısı anksiyete ve yaygın anksiyete olan hastaların, psikiyatrik tanısı depresyon olan hastalara göre öte yandan psikiyatrik tanısı yaygın anksiyete olan hastaların, psikiyatrik tanısı anksiyete olan hastalara göre HADÖ-A düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; psikiyatrik tanı değişkeninin, hastaların HADÖ-A düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Hastaların 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna ($p<0,01$) göre HADÖ-A toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı hastaların, olmayan hastalara göre HADÖ-A düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu değişkeninin, hastaların HADÖ-A düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Hastaların ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşamış olaylara ($p<0,05$) göre HADÖ-A toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi olayları yaşamış olan hastaların,

yaşamayan hastalara göre HADÖ-A düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi olayları yaşamış olma değişkeninin, hastaların HADÖ-A düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.



Tablo 10: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre HADÖ-A Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		1,532	0,127	-
Kadın (n= 100)	12,13±4,61			
Erkek (n= 100)	11,10±4,90			
Yaş^t		-0,760	0,448	-
60-70 yaş (n= 116)	11,40±4,58			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	11,92±5,03			
Medeni Durum^t		-0,684	0,495	-
Evli (n= 151)	11,48±4,83			
Dul ve boşanmış (n= 49)	12,02±4,60			
Eğitim Durumu^F		2,947	0,055	-
Okur yazar (n= 48)	12,85±5,09			
İlkokul (n= 105)	11,54±4,60			
Lise ve Lisans (n= 47)	10,51±4,59			
Psikiyatrik Tanı^F		58,579	<0,001**	B,C>A C>B
Depresyon ^A (n=66)	8,56±3,44			
Anksiyete ^B (n=45)	12,36±3,22			
Yaygın Anksiyete ^C (n=55)	15,24±3,49			
Yoğun Bakım^t		-0,361	0,719	-
Evet, kalmış (n= 71)	11,45±4,87			
Hayır, kalmamış (n= 129)	11,71±4,73			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		1,608	0,109	-
Var (n= 141)	11,96±5,07			
Yok (n= 59)	10,78±3,86			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-1,107	0,269	-
Var (n= 65)	11,08±4,12			
Yok (n= 135)	11,87±5,05			
1. Derecede Ölüm Riski^t		2,994	0,003**	A>B
Var ^A (n= 93)	12,68±4,55			
Yok ^B (n= 107)	10,69±4,79			
Yaşanmış kaza^t		1,988	0,048*	A>B
Var ^A (n= 59)	12,64±4,70			
Yok ^B (n= 141)	11,18±4,75			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.3. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre HADÖ-D (Depresyon) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11’de HADÖ-D alt ölçek toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre HADÖ-D puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, hastaların HADÖ-D düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların psikiyatrik tanılarına ($p<0,01$) göre HADÖ-D toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; psikiyatrik tanısı depresyon olan hastaların, psikiyatrik tanısı anksiyete ve yaygın anksiyete olan hastalara göre HADÖ-D düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; psikiyatrik tanı değişkeninin, hastaların HADÖ-D düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 11: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre HADÖ-D Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		1,660	0,098	-
Kadın (n= 100)	13,04±4,28			
Erkek (n= 100)	12,02±4,40			
Yaş^t		-0,671	0,503	-
60-70 yaş (n= 116)	12,35±4,46			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	12,77±4,25			
Medeni Durum^t		-1,132	0,259	-
Evli (n= 151)	12,33±4,39			
Dul ve boşanmış (n= 49)	13,14±4,27			
Eğitim Durumu^F		0,826	0,439	-
Okur yazar (n= 48)	12,94±4,07			
İlkokul (n= 105)	12,15±4,36			
Lise ve Lisans (n= 47)	12,96±4,65			
Psikiyatrik Tanı^F		28,793	<0,001**	A>B,C
Depresyon ^A (n=66)	15,61±2,80			
Anksiyete ^B (n=45)	11,18±3,89			
Yaygın Anksiyete ^C (n=55)	11,38±4,13			
Yoğun Bakım^t		0,452	0,652	-
Evet, kalmış (n= 71)	12,72±4,39			
Hayır, kalmamış (n= 129)	12,43±4,36			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		-1,128	0,261	-
Var (n= 141)	12,30±4,57			
Yok (f= 59)	13,07±3,82			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-0,499	0,618	-
Var (n= 65)	12,31±4,33			
Yok (n= 135)	12,64±4,39			
1. Derecede Ölüm Riski^t		-0,919	0,359	-
Var (n= 93)	12,23±4,65			
Yok (f= 107)	12,79±4,10			
Yaşanmış kaza^t		0,061	0,951	-
Var (n= 59)	12,56±3,48			
Yok (n= 141)	12,52±4,69			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.4. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre İntihar Davranışı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12’de İntihar Davranışı Ölçeği puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre İntihar Davranışı Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, hastaların İntihar Davranışı Ölçeği düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların yaşlarına ($p<0,05$) göre İntihar Davranışı Ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; 60-70 yaş aralığındaki hastaların, 71 yaş ve üzeri hastalara göre İntihar Davranışı Ölçeği düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; yaş değişkeninin, hastaların İntihar Davranışı Ölçeği düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre İntihar Davranışı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		1,748	0,082	-
Kadın (n= 100)	1,80±2,75			
Erkek (n= 100)	1,16±2,42			
Yaş^t		2,071	0,040*	A>B
60-70 yaş ^A (n= 116)	1,80±2,88			
71 yaş ve üzeri ^B (n= 84)	1,04±2,09			
Medeni Durum^t		-0,535	0,593	-
Evli (n= 151)	1,42±2,69			
Dul ve boşanmış (n= 49)	1,65±2,33			
Eğitim Durumu^F		0,661	0,517	-
Okur yazar (n= 48)	1,33±2,43			
İlkokul (n= 105)	1,68±2,79			
Lise ve Lisans (n= 47)	1,19±2,34			
Psikiyatrik Tanı^F		1,643	0,197	-
Depresyon (n=66)	1,88±2,98			
Anksiyete (n=45)	1,29±2,20			
Yaygın Anksiyete (n=55)	1,07±2,18			
Yoğun Bakım^t		1,304	0,194	-
Evet, kalmış (n= 71)	1,80±2,91			
Hayır, kalmamış (n= 129)	1,30±2,41			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		-0,397	0,692	-
Var (n= 141)	1,43±2,64			
Yok (n= 59)	1,59±2,53			
Ölüm Riskli Hastalık^t		-0,127	0,899	-
Var (n= 65)	1,45±2,42			
Yok (n= 135)	1,50±2,69			
1. Derecede Ölüm Riski^t		-0,089	0,929	-
Var (n= 93)	1,46±2,79			
Yok (n= 107)	1,50±2,43			
Yaşanmış kaza^t		1,354	0,177	-
Var (n= 59)	1,86±2,66			
Yok (n= 141)	1,32±2,57			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.5. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13'te Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; yaş ($p>0,05$), psikiyatrik tanı ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; yaş, psikiyatrik tanı, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların cinsiyet ($p<0,05$), medeni durum ($p<0,01$) ve eğitim durumuna ($p<0,05$) göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; erkek hastaların, kadın hastalara göre öte yandan evli olan hastaların, dul ve boşanmış olan hastalara göre ayrıca ilkokul mezunu olan hastaların, okur yazar hastalara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu değişkeninin, hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 13: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		-3,138	0,002**	B>A
Kadın ^A (n= 100)	48,79±13,09			
Erkek ^B (n= 100)	54,73±13,67			
Yaş^t		1,331	0,185	-
60-70 yaş (n= 116)	52,85±12,92			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	50,25±14,61			
Medeni Durum^t		5,998	<0.001**	A>B
Evlili ^A (n= 151)	54,81±12,69			
Dul ve boşanmış ^B (n= 49)	42,37±12,39			
Eğitim Durumu^F		4,992	0,008**	B>A
Okur yazar ^A (n= 48)	46,50±12,24			
İlkokul ^B (n= 105)	53,80±13,39			
Lise ve Lisans ^C (n= 47)	52,57±14,56			
Psikiyatrik Tanı^F		2,866	0,060	-
Depresyon (n=66)	48,23±12,33			
Anksiyete (n=45)	54,44±14,72			
Yaygın Anksiyete (n=55)	50,65±13,61			
Yoğun Bakım^t		-0,604	0,547	-
Evet, kalmış (n= 71)	50,97±14,39			
Hayır, kalmamış (n= 129)	52,19±13,30			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		-1,652	0,100	-
Var (n= 141)	50,73±13,89			
Yok (f= 59)	54,22±12,93			
Ölüm Riskli Hastalık^t		0,812	0,418	-
Var (n= 65)	52,89±14,92			
Yok (n= 135)	51,21±13,06			
1. Derecede Ölüm Riski^t		-0,535	0,594	-
Var (n= 93)	51,20±14,42			
Yok (n= 107)	52,24±13,05			
Yaşanmış kaza^t		0,058	0,954	-
Var (n= 59)	51,85±13,54			
Yok (n= 141)	51,72±13,79			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.6. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14’te Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumu ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların psikiyatrik tanılarına ($p<0,01$) göre Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; anksiyete ve yaygın anksiyeteye sahip olan hastaların, depresyon tanılı hastalara göre Yaşam Doyumu Ölçeği düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; psikiyatrik tanı değişkeninin, hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 14: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S..	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		-0,989	0,324	-
Kadın (n= 100)	17,17±6,58			
Erkek (n= 100)	18,11±6,86			
Yaş^t		0,335	0,738	-
60-70 yaş (n= 116)	17,78±6,99			
71 yaş ve üzeri (n= 84)	17,45±6,37			
Medeni Durum^t		0,473	0,637	-
Evli (n= 151)	17,77±6,79			
Dul ve boşanmış (n= 49)	17,24±6,55			
Eğitim Durumu^F		0,088	0,916	-
Okur yazar (n= 48)	17,40±6,24			
İlkokul (n= 105)	17,83±6,97			
Lise ve Lisans (n= 47)	17,47±6,76			
Psikiyatrik Tanı^F		5,945	0,003**	B,C>A
Depresyon ^A (n=66)	15,02±5,94			
Anksiyete ^B (n=45)	18,38±7,22			
Yaygın Anksiyete ^C (n=55)	18,58±6,10			
Yoğun Bakım^t		-0,889	0,375	-
Evet, kalmış (n= 71)	17,07±7,20			
Hayır, kalmamış (n= 129)	17,95±6,45			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		0,686	0,494	-
Var (n= 141)	17,85±6,66			
Yok (n= 59)	17,14±6,91			
Ölüm Riskli Hastalık^t		0,368	0,714	-
Var (n= 65)	17,89±6,92			
Yok (n= 135)	17,52±6,65			
1. Derecede Ölüm Riski^t		-1,236	0,218	-
Var (n= 93)	17,01±6,60			
Yok (n= 107)	18,19±6,81			
Yaşanmış kaza^t		0,489	0,625	-
Var (n= 59)	18,00±6,56			
Yok (n= 141)	17,49±6,81			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.7. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15'te Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının demografik ve klinik bazı değişkenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların; cinsiyet ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), eğitim durumu ($p>0,05$), yoğun bakımda kalma durumu ($p>0,05$), yaşanan yas/kayıp durumuna ($p>0,05$), ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu ($p>0,05$), 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ($p>0,05$) ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olaylara ($p>0,05$) göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu sonuç; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yoğun bakımda kalma durumu, yaşanan yas/kayıp durumu, ölüm riski olan hastalık öyküsü durumu, 1. derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumu ve ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet (deprem, sel, yangın) gibi yaşanmış olayların, hastaların Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği düzeylerini etkileyen değişkenler olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların yaş ($p<0,05$) ve psikiyatrik tanılarına ($p<0,05$) göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda; 60-70 yaş aralığındaki hastaların, 71 yaş ve üzerindeki hastalara göre, öte yandan anksiyete tanılı hastaların, depresyon tanılı hastalara göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç; yaş ve psikiyatrik tanı değişkenlerinin, hastaların Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği düzeylerini etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 15: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Ort±S.S.	Test İstatistik	p	Fark
Cinsiyet^t		-1,684	0,094	-
Kadın (n= 100)	43,19±9,33			
Erkek (n= 100)	45,29±8,27			
Yaş^t		1,974	0,050*	A>B
60-70 yaş ^A (n= 116)	45,28±8,40			
71 yaş ve üzeri ^B (n= 84)	42,80±9,31			
Medeni Durum^t		1,958	0,052	-
Evli (n= 151)	44,93±8,77			
Dul ve boşanmış (n= 49)	42,10±8,87			
Eğitim Durumu^F		2,014	0,136	-
Okur yazar (n= 48)	42,12±9,36			
İlkokul (n= 105)	44,61±8,80			
Lise ve Lisans (n= 47)	45,57±8,26			
Psikiyatrik Tanı^F		3,496	0,033*	B>A
Depresyon ^A (n=66)	41,88±8,32			
Anksiyete ^B (n=45)	45,84±8,48			
Yaygın Anksiyete ^C (n=55)	45,09±8,98			
Yoğun Bakım^t		-1,287	0,199	-
Evet, kalmış (n= 71)	43,15±9,14			
Hayır, kalmamış (n= 129)	44,84±8,68			
Yaşanan Yas/Kayıp^t		0,545	0,587	-
Var (n= 141)	44,46±8,69			
Yok (n= 59)	43,71±9,31			
Ölüm Riskli Hastalık^t		0,961	0,338	-
Var (n= 65)	45,11±8,89			
Yok (n= 135)	43,82±8,85			
1. Derecede Ölüm Riski^t		0,139	0,890	-
Var (n= 93)	44,33±8,97			
Yok (n= 107)	44,16±8,80			
Yaşanmış kaza^t		-0,212	0,832	-
Var (n= 59)	44,03±7,82			
Yok (n= 141)	44,33±9,28			

**p<0,01, *p<0,05, t: Independent Samples T Testi, F: One Way ANOVA, Fark: Tukey-Games Howell

4.3.8. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin ve Değişkenlerin Birbirleri ile İlişki Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 16’da hastalara uygulanan ölçeklerin ve değişkenlerin birbiri ile ilişki düzeyleri gösterilmiştir.

Hastaların Evde Yaşayan Kişi sayısı değişkenleri ile diğer değişken ve ölçekler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Hastaların Hastalık Sayıları ile Kullandıkları İlaç Sayıları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ($r: 0,696$; $p<0,05$); Hastalık Sayıları ile Toplam Hastane Yatış Sayıları ($r: 0,266$; $p<0,05$) ve Fiziksel Değişimler ($r: 0,149$; $p<0,05$) alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların hastalık sayıları arttıkça, kullandıkları ilaç sayısı, toplam hastane yatış sayısı ve fiziksel değişimler alt ölçek puanlarının da artacağını göstermektedir. Hastaların hastalık sayıları ile diğer değişken ve ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Kullandıkları İlaç Sayıları ile Toplam Hastane Yatış Sayıları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r: 0,218$; $p<0,05$); Kullandıkları İlaç Sayıları ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,155$; $p<0,05$) puanları arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, kullandıkları ilaç sayıları arttıkça, toplam hastane yatış sayılarının da artacağını, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların kullandıkları ilaç sayıları ile diğer değişken ve ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Toplam Hastane Yatış Sayıları ile Hastalık ve Ağrı alt ölçek puanları arasında ($r: -0,167$; $p<0,05$) negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, toplam hastane yatış sayıları arttıkça, hastalık ve ağrı alt ölçek puanlarının azalacağını göstermektedir. Hastaların toplam hastane yatış

sayıları ile diğer değişken ve ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete Alt Ölçeği (HADÖ-A) ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r: 0,430$; $p<0,05$), Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ($r: 0,386$; $p<0,05$) ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ($r: 0,386$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; HADÖ-A ile İntihar Davranışı Ölçeği ($r: 0,181$; $p<0,05$), Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ($r: 0,296$; $p<0,05$) ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,268$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; HADÖ-A ile Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,192$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,157$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,205$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, HADÖ-A puanları arttıkça, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Arkadaş Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların HADÖ-A puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon Alt Ölçeği (HADÖ-D) ile İntihar Davranışı Ölçeği ($r: 0,374$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; HADÖ-D ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r: 0,209$; $p<0,05$), Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ($r: 0,149$; $p<0,05$) ve Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ($r: 0,172$; $p<0,05$) ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,246$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; HADÖ-D ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,501$; $p<0,05$), Aile Alt Ölçeği ($r: -0,450$; $p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,377$; $p<0,05$), Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: -0,356$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,585$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,600$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, HADÖ-D puanları arttıkça, İntihar Davranışı Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Alt

Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların HADÖ-D puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların İntihar Davranışı Ölçeği ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ($r: 0,175$; $p<0,05$), Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ($r: 0,202$; $p<0,05$), Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ($r: 0,159$; $p<0,05$) ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,169$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; İntihar Davranışı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,316$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,421$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,381$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü ve orta düzeyde; İntihar Davranışı Ölçeği ile Aile Alt Ölçeği ($r: -0,275$; $p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,234$; $p<0,05$) ve Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: -0,221$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, İntihar Davranışı Ölçeği puanları arttıkça, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Alt Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların İntihar Davranışı Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ($r: 0,887$; $p<0,05$) ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ($r: 0,709$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde; Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ($r: 0,653$; $p<0,05$) ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,653$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,353$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü ve orta düzeyde; Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,209$; $p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,292$; $p<0,05$) ve Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,269$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arttıkça, Bilişsel ve Duygusal Alt

Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği, Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ile Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ($r: 0,476; p<0,05$), Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,511; p<0,05$) ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ($r: 0,505; p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,321; p<0,05$) arasında negatif yönlü ve orta düzeyde; Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ile Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,229; p<0,05$) ve Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,269; p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği puanları arttıkça, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği, Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Arkadaş Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ile Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ($r: 0,376; p<0,05$) ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ($r: 0,393; p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,193; p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,214; p<0,05$), Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: -0,146; p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,194; p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,234; p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; aktif psikopatolojisi olan bireylerin, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği puanları arttıkça, Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ile Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ($r:0,254$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,198$; $p<0,05$), Aile Alt Ölçeği ($r: -0,142$; $p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,194$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,180$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,294$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Zaman Geçmesi Alt Ölçeği puanları arttıkça, Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanlarının da artacağını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Alt Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ise azalacağını göstermektedir. Hastaların Zaman Geçmesi Alt Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r: -0,176$; $p<0,05$), Arkadaş Alt Ölçeği ($r: -0,252$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: -0,217$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: -0,235$; $p<0,05$) arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanları arttıkça, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının azalacağını göstermektedir. Hastaların Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Arkadaş Alt Ölçeği ($r: 0,731$; $p<0,05$) ve Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: 0,814$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Aile Alt Ölçeği ($r: 0,640$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: 0,506$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: 0,585$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arttıkça, Aile Alt Ölçeği, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının da artacağını göstermektedir.

Hastaların Aile Alt Ölçeği ile Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: 0,339$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: 0,513$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: 0,463$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; Aile Alt Ölçeği ile Arkadaş Alt Ölçeği ($r: 0,257$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Aile Alt Ölçeği puanları arttıkça, Arkadaş Alt Ölçeği, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının da artacağını göstermektedir.

Hastaların Arkadaş Alt Ölçeği ile Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ($r: 0,353$; $p<0,05$), Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: 0,328$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: 0,462$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Arkadaş Alt Ölçeği puanları arttıkça, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının da artacağını göstermektedir.

Hastaların Özel Bir İnsan Alt Ölçeği ile Yaşam Doyumu Ölçeği ($r: 0,347$; $p<0,05$) ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: 0,397$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların, Özel Bir İnsan Alt Ölçeği puanları arttıkça, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının da artacağını göstermektedir.

Hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ($r: 0,554$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç; hastaların Yaşam Doyumu Ölçeği puanları arttıkça, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının da artacağını göstermektedir.

Tablo 16: Hastalara Uygulanan Ölçeklerin ve Değişkenlerin Birbirleri ile İlişki Düzeylerinin İncelenmesi

Değişkenler	Kat Sayı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
(1) Evde Yaşayan Kişi Sayısı	r	1																	
(2) Hastalık Sayısı	r	-0,048	1																
(3) Kullandığı İlaç Sayısı	r	0,015	0,696**	1															
(4) Toplam Hastane Yatış Sayısı	r	0,061	0,266**	0,218**	1														
(5) HADÖ-A	r	-0,044	0,035	0,123	-0,040	1													
(6) HADÖ-D	r	-0,026	0,002	0,070	0,046	0,099	1												
(7) İntihar Davranışı Ölçeği	r	-0,026	-0,040	0,064	0,063	0,181*	0,374	1											
(8) TÖKÖ - Toplam	r	-0,059	0,100	0,111	0,003	0,430**	0,209	0,175*	1										
(9) TÖKÖ- Bilişsel ve Duygusal	r	-0,044	0,083	0,114	0,051	0,386**	0,149	0,202**	0,887**	1									
(10) TÖKÖ- Fiziksel Değişimler	r	-0,039	0,149*	0,101	-0,031	0,296**	0,172	0,159*	0,653**	0,476**	1								
(11) TÖKÖ- Zamanın Geçmesi	r	-0,119	0,112	0,114	0,088	0,268**	0,246	0,169*	0,653**	0,511**	0,376**	1							
(12) TÖKÖ- Hastalık ve Ağrı	r	0,004	0,014	0,033	-0,167*	0,386**	0,137	0,012	0,709**	0,505**	0,393**	0,254**	1						
(13) ÇBASDÖ- Toplam	r	0,052	0,018	0,049	0,046	-0,101	-0,501	-0,316**	-0,209**	-0,117	-0,193**	-0,198**	-0,176*	1					
(14) ÇBASDÖ- Aile	r	-0,129	0,003	0,020	0,042	0,010	-0,450	-0,275**	-0,067	-0,005	-0,060	-0,142*	-0,032	0,640**	1				
(15) ÇBASDÖ - Arkadaş	r	0,050	0,135	0,033	0,021	-0,192**	-0,377	-0,234**	-0,292**	-0,229**	-0,214**	-0,194**	-0,252**	0,731**	0,257**	1			
(16) ÇBASDÖ - Özel bir İnsan	r	0,108	-0,073	0,044	0,052	-0,069	-0,356	-0,221**	-0,103	-0,024	-0,146*	-0,103	-0,101	0,814**	0,339**	0,353**	1		
(17) Yaşam Doyumu Ölçeği	r	0,003	-0,007	0,000	-0,092	-0,157*	-0,585	-0,421**	-0,269**	-0,269**	-0,194**	-0,180*	-0,217**	0,506**	0,513**	0,328**	0,347**	1	
(18) Yaşam Kalitesi Ölçeği	r	0,138	-0,037	-0,155*	-0,137	-0,205**	-0,600	-0,381**	-0,353**	-0,321**	-0,234**	-0,294**	-0,235**	0,585**	0,463**	0,462**	0,397**	0,554**	1

r: Pearson-Sperman Korelasyon Katsayısı, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Depresyon Alt Boyutu, TÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.3.9. Anksiyete, Depresyon, İntihar Davranışı, Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Hastaların Ölüm Kaygıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tablo 17: Anksiyete, Depresyon, İntihar Davranışı, Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Hastaların Ölüm Kaygıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Değişken	B	Std.Hata	β (Beta)	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Üst	Alt
(Sabit)	11,578	2,293		5,050	<0,001	16,100	7,056
HADÖ-A	0,273	0,047	0,370	5,797	<0,001	0,366	0,180
HADÖ-D	-0,019	0,069	-0,024	-0,284	0,777	0,116	-0,155
İntihar Davranışı Ölçeği	-0,023	0,095	-0,017	-0,246	0,806	0,165	-0,211
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0,001	0,021	0,004	0,053	0,958	0,042	-0,040
Yaşam Doyumu Ölçeği	-0,052	0,044	-0,099	-1,178	0,240	0,035	-0,138
Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği	-0,098	0,035	-0,246	-2,786	0,006	-0,029	-0,167

$R=0,513$, $Adj. R^2=0,263$, $F(6,193)=11,492$, $p=0,000$, $p<0,001$

Sabit: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Anksiyete, depresyon, intihar davranışı, algılanan sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin hastaların ölüm kaygıları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla *Çoklu Doğrusal Regresyon* analizi yapılmıştır ve Tablo 17’de gösterilmiştir. Modelde, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği bağımlı (sabit) değişken olarak belirlenmiş olup HADÖ-A, HADÖ-D, İntihar Davranışı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Tip-1 hata düzeyinin %5’in altında olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı yorumlanmıştır.

Tablo 17’de verilen Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği skorunun yordanmasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; HADÖ-A, HADÖ-D, İntihar Davranışı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin birlikte Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile anlamlı bir ilişki verdiği görülmektedir ($F(6,193)=11,492$, $R=0,513$, $p<0,05$). HADÖ-A, HADÖ-D, İntihar Davranışı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin birlikte Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği düzeylerine ilişkin varyansın %26,3’ünü açıklamaktadır. Bununla birlikte; HADÖ-A Alt Ölçeğinin ($\beta=0,370$, $p<0,05$), Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ($\beta=-0,246$, $p<0,05$) ise Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin negatif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. HADÖ-D Alt Ölçeğinin ($\beta=-0,024$, $p>0,05$), İntihar Davranışı Ölçeğinin ($\beta=-0,017$, $p>0,05$), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ($\beta=0,004$, $p>0,05$) ve Yaşam Doyumu Ölçeğinin ($\beta=-0,099$, $p>0,05$), Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin anlamlı bir yordayıcısı olmadıkları görülmektedir. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre ise yordayıcı değişkenlerin Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin üzerindeki önem sırası HADÖ-A ve Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği şeklinde gerçekleşmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği skorunun yordanmasına ilişkin regresyon eşitliği şu şekildedir:

$$\text{Templer Ölüm Kaygısı Skoru} = 11,578 + (0,273 * \text{HADÖ-A}) + (-0,019 * \text{HADÖ-D}) + (-0,023 * \text{İntihar Davranışı Ölçeği}) + (0,001 * \text{Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği}) + (-0,052 * \text{Yaşam Doyumu Ölçeği}) + (-0,098 * \text{Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği})$$

5. TARTIŞMA

Ölüm kaygısı, farklı ruhsal bozukluklarda ortak bir semptom olarak rol oynar, bu bozuklukların gelişimi veya sürmesi üzerinde etkili olur ve bu nedenle tedavi sürecinde hedeflenen değişimlerden biri olarak değerlendirilir. Çok boyutlu bir özellik taşıdığı için ölüm kaygısı, birçok farklı değişken tarafından etkilenmektedir. Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine herhangi bir ruhsal yakınma ile başvuran 60 yaş ve üzerindeki son 6 aylık dönemde düzenli psikiyatrik tedavi almayan yaşlı hastaların ölüm kaygısı düzeyleri ve ölüm kaygısını etkileyen değişkenler değerlendirildi. Ölüm kaygısı düzeyinin kadınlarda erkeklere göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Fiziksel Değişimler alt boyutundan birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı olanların olmayanlara göre ve kadınların erkeklere göre daha yüksek puanlar aldığı, Zamanın geçmesi alt boyutundan geçmişte ciddi kaza, doğal afet yaşamış olanların olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı, Hastalık ve Ağrı alt boyutundan kadınların erkeklere göre, 71 yaş ve üzerinde olanların 70 yaş ve altında olanlara göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanların depresyon tanısı olanlara göre, yoğun bakımda kalmayanların kalanlara göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı tespit edildi. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin; HADÖ-A ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; HADÖ-D ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Değişkenlerin ölüm kaygısı üzerine etkilerini incelemek için yaptığımız regresyon analizinde HADÖ-A ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin Ölüm Kaygısı Ölçeğinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda hastaların Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının $9,28 \pm 3,53$ olduğu bulundu. Ölçekten 0-15 arası bir toplam puan alınmaktadır ve alınan 0-4 puan 'hafif düzeyde', 5-9 puan 'orta düzeyde', 10-14 puan 'ağır düzeyde' ve 15 puan 'panik düzeyde' ölüm kaygısı olarak değerlendirilir (154). Çalışmamıza dahil edilen hastaların ölüm kaygısı toplam puan ortalamasının orta

düzeyde olduğu söylenebilir. 65 yaş ve üzeri 545 yaşlı bireyin dahil edildiği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin kullanıldığı, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların orta düzeyde bir ölüm kaygısı yaşadığı ve katılımcıların ortalama ölüm kaygısı puanının 9.28 ± 1.67 olduğu ifade edilmiştir (239). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada huzurevinde kalan 290 yaşlı birey çalışmaya dahil edilmiş olup katılımcıların Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması 7.24 olarak bildirilmiştir (220). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada 60 yaş ve üzeri 85 yaşlı hasta 60-69 yaş aralığı, 70- 79 yaş aralığı, 80 yaş ve üzeri olarak üç gruba ayrılmış, tüm yaş gruplarında ölüm kaygısı ortalama puanları birbirine yakın olarak saptanmış ve en yüksek ortalama puan 60-69 yaş aralığındaki hastalarda 6.95 ± 3.07 olarak bildirilmiştir (49). Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada çalışmaya dahil edilen 84 yaşlı hastanın ölüm kaygısı ölçek puan ortalaması 7.73 ± 2.63 olarak tespit edilmiştir (240). Çalışmamızda elde edilen ölüm kaygısı toplam puan ortalaması sonucu ülkemizde yaşlı popülasyon ile yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

60 yaş ve üzeri 208 İranlı yaşlı yetişkin ile yapılan bir çalışmada katılımcıların Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının 12.21 olduğu bildirilmiştir (241). Evde veya kurumda kalan toplam 80 yaşlı Hintli yetişkin ile yapılan bir çalışmada evde kalan katılımcıların ölüm kaygısı ortalama puanı 7.35 ± 1.92 , kurumda kalan katılımcıların ölüm kaygısı ortalama puanı 7.17 ± 2.11 olarak saptanmıştır (242). 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin dahil edildiği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin kullanıldığı başka bir çalışmada ölüm kaygısı ortalama puanları Katoliklerde 3.75, Protestanlarda 6.50, Yahudilerde 5.88 olarak bildirilmiştir (243). 65 yaş üzerinde 71 yaşlının dahil edildiği bir çalışmada, katılımcıların %91.6'sının Hristiyan olduğu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam ortalama puanlarının 5.38 ± 3.07 olarak bulunduğu gösterilmiştir (244). Templer'in 15 maddelik Likert tipi ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak Katolik, Protestan ve Yahudi yaşlı yetişkinler ile yapılan bir çalışmada en fazla Yahudilerin ölüm kaygısı bildirdiği, Katoliklerin ikinci sırada olduğu, Protestanların en az düzeyde ölüm kaygısı bildirdikleri gösterilmiştir (245). Ölüm kaygısı çok boyutlu yapısı gereği birçok değişkenden etkilenmektedir. Ölümün anlamı, ölüm sonrası yaşamla ilgili inançlar ve ölüm karşısındaki tutumlar, bireylerin

farklı toplumlar ve dinlerde farklı ölüm kaygıları deneyimlemelerine yol açabilir. Bu farklılıklar, her toplumun ve dinin ölümle ilgili farklı görüşleri, ritüelleri ve inanç sistemlerinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların ölüm kaygısı düzeyleri sosyodemografik özellikler açısından değerlendirildi. Ölüm kaygısının cinsiyet değişkeni üzerinden incelendiği çalışmaların sonuçları tutarsız olsa da birçok çalışmada kadınların erkeklere kıyasla daha fazla ölüm kaygısına sahip oldukları bildirilmiştir. Yaş ortalaması 69,4 (yıl) olan 198 yaşlının dahil edildiği bir çalışmada yaşlı kadınların ölüm korkusu konusunda daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (246). Hint kökenli 160 yaşlı kişinin katıldığı bir başka çalışmada kadınlar daha yüksek ölüm kaygısı bildirmiş olup bu bulgu; kadınların erkeklere kıyasla daha kötü genel ruh sağlığına sahip olmaları ile açıklanmıştır (247). Yaşlı Hint katılımcılar ile yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (248, 249). 60 yaş üzeri 49 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada kadınların sevdiklerinin ölümü ve kendi ölümünün sevdikleri üzerindeki sonuçları konusunda daha fazla korku gösterdiği bildirilmiştir. Bu bulgu kadınların yaşam beklentisinin erkeklerden daha fazla olması nedeniyle kadınların sevdiklerini kaybetme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (250). Bahsedilen bu çalışmaların aksine 49 çalışmanın incelendiği bir meta analizde cinsiyetin yaşlılarda ölüm kaygısının bir belirleyicisi olmadığı ifade edilmiştir (152). Cinsiyet farklılığının ölüm kaygısı üzerinde bir etkisi bulunmadığını ifade eden başka çalışmalar da mevcuttur (118, 122). Çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara kıyasla daha yüksek ölüm kaygısına sahip oldukları görüldü. Cinsiyete göre algılanan sosyal destek puanları karşılaştırıldığında kadınlarda toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları erkeklere göre daha düşük olarak saptandı. Ölüm kaygısı ile algılanan sosyal destek skorları arasında ise negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu. Bulgularımıza göre kadın hastaların algılanan sosyal desteklerinin daha düşük olması nedeniyle daha yüksek ölüm kaygısı bildirdikleri söylenebilir. Yapılan araştırmalarda duygularını sınırlandırmada cinsiyet farklılığının bulunduğu, erkeklerin kadınlara kıyasla duygularını daha fazla sınırlandırdığı gösterilmiştir (251). Farklı bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla yaşadıkları sıkıntıları başkalarıyla paylaşma ve duygusal

olarak kendilerini açma gibi sosyalleşme yöntemlerine daha fazla yöneldikleri vurgulanmıştır (252). Dolayısıyla kadınların erkeklere kıyasla endişelerini ve hislerini daha rahat ifade edebilmesinin, erkeklerin duygularını ifade etmesinde çekimser tutum sergilemesinin kadınların daha fazla ölüm kaygısı bildirmelerine katkı sağladığı düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara kıyasla Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Hastalık ve Ağrı ile Fiziksel Değişimler alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Hastalık ve Ağrı ile Fiziksel Değişimler alt ölçeklerinde sağlık kaygısıyla ilişkili olabilecek ameliyat korkusu, kalp krizi geçirmekten korkma, acı çekerek ölmekten korkma, kansere yakalanmaktan korkma gibi ifadeler yer almaktadır. Sağlık kaygısı üzerine yapılan bir çalışmada sağlık kaygısının güvence arama ve endişe temel alt boyutlarında kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (253). Sağlık kaygısı ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda sağlık kaygısı olan bireylerin olmayanlara kıyasla ölüm kaygısı düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (254, 255). Kadınların daha yüksek sağlık kaygısına sahip olmaları, ölüm kaygısı ölçeğinin Hastalık ve Ağrı, Fiziksel Değişimler alt boyutlarından erkeklere kıyasla daha yüksek puanlar almasına sebep olmuş olabilir.

Ölüm kaygısı üzerine etkili olabilecek önemli değişkenlerden biri yaştır. Genel öngörü yaşın artmasıyla birlikte hayatın sonuna yaklaşmanın ölüm kaygısını artıracığı yönünde olsa da ölüm kaygısında yaşın etkisi üzerine yapılmış çalışmaların farklı sonuçları bulunmaktadır. Fortner ve Neimeyer'in 49 araştırmayı kapsayan meta analizinde ölüm kaygısı ve yaş arasında bir ilişki bulunmamıştır (152). Aynı şekilde yaş ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmadığını ifade eden hatta 70'li yaşlarda bulunanların 60'lı yaşlardaki bireylere göre daha az ölüm kaygısı taşıdıklarını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (57, 256). 60 yaş üzeri kişiler ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısının 60-64 yaş grubunda, 65-69 ve 70 yaş üzeri yaş grubuna kıyasla daha yüksek, 70 yaş üstü grupta diğer gruplara kıyasla daha düşük tespit edilmiştir (154). Benzer şekilde yaşın artmasıyla ölüm kaygısının azaldığını bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (257, 258). Bazı çalışmalarda ise yaşlı popülasyonda yaşın artmasıyla beraber ölüm kaygısının artmadığı aksine azaldığı ve bir süre sonra sabit olarak devam ettiği ifade edilmiştir (152, 259). Öngörülerle uyumlu olarak sonuçlanan

alışmalar da mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada diğerk yaş gruplarına oranla, 60 yaş üstü bireylerde ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur (124). Genç ve yaşlı popülasyonun ölüm kaygısının değerlendirildiği başka bir çalışmada da ölüm kaygısı gençlerde daha düşük saptanmıştır (117). 18-87 yaş arası 304 katılımcının değerlendirildiği bir araştırmada her iki cinsiyette de ölüm kaygısının yirmili yaşlarda zirveye ulaştığını, kadınlarda ellili yaşlarda ikinci kez pik oluşturduğu gösterilmiştir (119). Çalışmamızda yaş ile ölüm kaygısı leği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ölüm kaygısının çok boyutlu yapısından dolayı sadece yaş ile değil ölüm kaygısını etkileyebilecek fiziksel, sosyal ve ruhsal etkenlerle beraber değerlendirilmesi gerekir.

Çalışmamızda yaş grubu ile Templer lm Kaygısı leği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da 71 yaş ve üzeri yaş grubunda 60-70 yaş grubuna kıyasla Templer lm Kaygısı leği'nin Hastalık ve Ağrı alt boyut düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca 71 yaş ve üzeri yaş grubunun 60-70 yaş grubuna kıyasla Yaşam Kalitesi leği düzeylerinin daha düşük olduğu, Hastalık ve Ağrı Alt leği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi leği arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir korelasyon, Templer lm Kaygısı leği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi leği arasında ise negatif yönlü ve orta düzeyde bir korelasyon olduğu saptandı. Bununla birlikte yaşlıların Yaşam Kalitesi leğinin Templer lm Kaygısı leği'nin negatif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulundu. Bir çalışmada, 100 yaşlıda ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (260). Farklı bir çalışmada, 450 yaşlıda ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda anlamlı ve ters bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, yaşam kalitesinin ruhsal iyilik hali aracılığıyla, ölüm kaygısının en güçlü yordayıcısı olduğu vurgulanmıştır (261). Dolayısıyla literatürdeki çalışmalarla uyumlu bir şekilde daha kötü bir yaşam kalitesine sahip olmaları nedeniyle 71 yaş ve üzeri yaş grubunun lm Kaygısı leği'nin Hastalık ve Ağrı alt boyutundan daha yüksek puanlar aldığı söylenebilir.

Medeni durum ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Birçok çalışmada evli olan bireylerin boşanmış veya dul olan

bireylere göre daha az ölüm kaygısına sahip oldukları gösterilmiştir (262-265). Görece daha az olarak bazı çalışmalarda da dul veya boşanmış olan bireylerin evli olanlara göre daha az ölüm kaygıları bulunduğu bildirilmiştir (124, 266, 267). Farklı olarak çalışmaların birçoğunda ise ölüm kaygısı ve medeni durum arasında istatistiksel bir fark olmadığı ileri sürülmektedir (7, 123, 218, 249, 261). Literatürdeki birçok çalışma ile uyumlu olarak çalışmamızda medeni duruma göre yaşlıların ölüm kaygısı toplam skorlarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Örneklemimizde evli olan hastalar tüm hastaların %75.5'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına göre gruplara eşit dağılmamış olsa da çalışmamızda literatürdeki birçok araştırma ile uyumlu bir şekilde dul veya boşanmış olan grubun evli olan gruba göre ölüm kaygısı ölçeği ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca dul veya boşanmış olanların evli olanlara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde bir korelasyon olduğu saptandı. 208 yaşlı yetişkin ile yapılan bir çalışmada çalışmamızın bulgularına benzer şekilde medeni durum ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, sosyal desteğin evli çiftlerde daha yüksek olduğu, ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (268). Dolayısıyla dul veya boşanmış olanların daha düşük algılanan sosyal desteğe sahip olmaları daha yüksek ölüm kaygısı bildirmelerine neden olmuş olabilir.

Eğitim düzeyi ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (154). 16 yaş ve üzeri bireyler ile yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısının azaldığı ifade edilmiştir ve bu bulgunun nedeni; eğitim düzeylerine bağlı olarak yoğun çalışma hayatının ölümü anımsamayı azaltması olarak açıklanmıştır (124). Başka bir çalışmada da benzer şekilde yaşlıların eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı ifade edilmiştir (219). Çalışmamızda eğitim düzeyine göre oluşturulan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışmamıza alınan hastaların %52.5'ini ilkökul mezunu olanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna göre grupların eşit sayıda dağılmamış olması istatistik sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Ancak, önceki çalışmalara benzer şekilde (124, 219), okur yazar olan grupta ilkokul, lise ve lisans düzeyinde eğitim düzeyi olan gruplardan daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı toplam skoru olduğu tespit edildi. Ayrıca çalışmamızda ilkokul mezunu olanların okuryazar olan gruba göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir korelasyon olduğu gözlemlendi. 545 yaşlının dahil edildiği bir çalışmada lise ve üzerinde eğitim almış yaşlıların ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (239). 150 yaşlı yetişkin ile yapılan çalışmada eğitim düzeyi ve sosyal destek arasında bir ilişki bulunduğu, üniversite diploması bulunan kişilerin en yüksek sosyal desteğe sahip olduğu bildirilmiştir (269). Çinli yaşlılar ile yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi ve sosyal desteğin anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ve akademik diplomaya sahip yaşlıların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (270). Benzer şekilde 213 yaşlı Hint ile yapılan bir çalışmada da resmi eğitim almış yaşlıların eğitim almamışlara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (271). Farklı bir çalışmada ise yaşlılarda eğitim düzeyi düştükçe yalnızlığın arttığı saptanmıştır (272). Ayrıca sosyal destek ve ölüm kaygısı arasında ters bir ilişkinin bulunduğu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (99, 273, 274). Dolayısıyla, eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek sosyal desteğe sahip oldukları ve buna bağlı olarak daha az ölüm kaygısı yaşadıkları söylenebilir.

Ölüm kaygısı ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiye bakıldığında ölüm kaygısının ruhsal bozukluğun gelişmesinde veya devam etmesinde önemli bir rolü olduğu söylenebilir. Farklı ruhsal bozukluklarda ölüm kaygısını inceleyen 17 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede dahil edilen çalışmalardan biri hariç tümünde ölüm kaygısı düzeyi ile ruhsal bozukluk belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunduğu, ölüm kaygısı düzeyinin farklı ruhsal hastalıklarda farklı düzeylerde görülebileceği ifade edilmiştir (3). Bir çalışmada dahil edilen 12 ruhsal bozukluğun tümünde ölüm kaygısı düzeylerinin yüksek bulunduğu obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, sosyal kaygı, panik bozukluk ve hastalık kaygısı ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (275). Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olan

bireyler ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanların sağlık kontrol grubuna kıyasla ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ölüm gerçeğiyle yüzleşilmesinin, ölümün insanın başına gelebilecek en büyük felaket olarak değerlendirilmesinin yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde ölüm kaygısının birçok bedensel his ve somatik belirtilerle ifade edilmesine neden olabileceği şeklinde ifade edilmiştir (276). Çalışmamızda Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında depresyon ve anksiyete tanılı hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının orta düzeyde, yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastaların ağır düzeyde ölüm kaygısına karşılık geldiği görülmektedir. Psikiyatrik tanılara göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark olmadığı, fakat Hastalık ve Ağrı alt boyutu açısından yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu, yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olanların depresyonu olan hastalara göre Hastalık ve Ağrı alt boyutundan daha yüksek puanlar aldığı görüldü. Ayrıca çalışmamızda hastaların psikiyatrik tanılarına göre HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların, psikiyatrik tanısı depresyon olan hastalara göre HADÖ-A düzeylerinin daha yüksek olduğu, HADÖ-A ile Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulunduğu saptandı. Dolayısıyla yaygın anksiyete bozukluğu tanısına sahip olanların depresyon tanısı olanlara kıyasla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle, daha yüksek ölüm kaygısı bildirdikleri söylenebilir.

İlk kez psikiyatri polikliniğine başvuran yaşlı hastalar ile yapılan bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanıları olan hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin benzer olduğu ve hastaların sağlıklı kontrollere göre ölüm kaygısı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu, ölüm kaygısı ve somatik semptom puanları arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (277). Ölüm kaygısının ruhsal hastalık semptomları üzerindeki etkisini inceleyen bir meta-analizde, ölüm kaygısı ile depresyon semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş olsa da ölüm kaygısının depresif bozukluklardan ziyade kaygı bozukluklarıyla ilişkili semptomlarla güçlü bir bağ kurduğu ifade edilmiştir. Bu

durumun, kaygı bozukluklarının genellikle depresyonda görülmeyen fiziksel zarara dair felaket korkularıyla karakterize olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Ruhsal bozukluklar arasında ölüm kaygısı ile en belirgin ilişkinin, somatik semptom bozuklukları ve kaygı bozuklukları ile olduğu vurgulanmıştır. Somatik semptom bozukluğu ile ölüm kaygısı arasındaki yüksek ilişki, kişilerin korktuğu ciddi sağlık sorunlarına işaret eden fiziksel semptomlara aşırı odaklanma ile açıklanmaktadır. Aynı şekilde, kaygı bozukluklarının odak noktasını oluşturan fiziksel zarar korkularının da bu ilişkiye önemli bir katkı sağladığı ifade edilmiştir (278). Depresyon hastalarına kıyasla yaygın anksiyete bozukluğu tanısına sahip hastaların fiziksel zarara dair korkularının olması, bedensel belirtilerine daha fazla odaklanması, ayrıca yaygın anksiyete bozukluğunun temel belirtilerinden olan bunaltı, kötü bir şey olmasından korkma, felaketleştirme gibi belirtilerin, somatik belirtilerle ifade edilmesinin, sağlık kaygısı belirtileriyle örtüşebilmesi nedeniyle kalp krizi geçirmekten veya kanser olmaktan korkma, acı çekerek ölmekten korkma gibi soruların irdelendiği Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Hastalık ve Ağrı alt boyutundan daha yüksek puanlar alması beklenebilir.

Yaşanılan yas veya değer verilen kişinin kaybı ölüm kaygısı düzeylerine etki edebilen bir başka değişkendir. Yapılan bir araştırmada yakın zamanda birini kaybetmiş bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinin, uzun zaman önce kaybı yaşamış ya da hiç kaybı olmamış olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (279). 84 katılımcının yer aldığı başka bir çalışmada, ölüm kaygısının komplike yas ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu ve komplike yas kriterlerini karşılayan katılımcıların, bu kriterleri karşılamayanlara göre ölüm kaygısı ölçeğinde daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (280). 239 yaşlı katılımcı ile yapılan bir çalışmada ölüm korkusunun uzun süreli yas belirtileriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (281). 1998 Koreli yaşlılarla yapılan bir çalışmada, komplike olmayan yas süreci yaşayan bireylerin, yas tutmayanlara göre daha düşük ölüm kaygısına sahip olduğu bulunmuştur. Buna karşın, komplike yas süreci yaşayan bireylerin, yas tutmayanlara göre daha yüksek ölüm kaygısı yaşadığı gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, ölüm kaygısının en riskli faktörünün yas sürecinden ziyade komplike yas olduğu belirtilmiştir (282). Eşini kaybetmiş 815 yaşlı ile yapılan bir çalışmada, komplike yasın ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu

bulunmuştur. Komplike yas yaşayan bireylerin, yas ve kaybı gerçeklikle bütünleştiremedikleri, bu nedenle ölüm olgusunu kabul edemedikleri ve bunun sonucunda ölüm kaygısı yaşayabilecekleri ifade edilmiştir (283). Ayrıca başka bir çalışmada komplike yas yaşayan yetişkinlerin komplike olmayan yas tutanlara göre daha yüksek kaygı duyarlılığı gösterdiği, kaygı duyarlılığının komplike yasin gelişmesine ve sürmesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (284). Çalışmamızda yas öyküsü ve ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı fakat literatürle uyumlu bir şekilde yas öyküsü veya kaybı olan hastaların ölüm kaygısı ölçeği ortalama puanları, yas öyküsü veya kaybı olmayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Ölüm kaygısı ve yas arasında ilişki saptayan çalışmaların birçoğunda komplike veya uzamış yastan söz edilmektedir (275-278). Çalışmamızda yas değişkeniyle ilgili komplike veya komplike olmayan yas ayrımı yapılmamış olup, bahsedilen çalışmalardaki komplike yasin travma ile ilişkisi olabileceği, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin ölüm kaygısını artırabileceği düşünülebilir. Ayrıca kaybın üzerinden geçen zaman, daha önceki yas deneyimleri, ölen kişinin yakınlık derecesi, ölümün ani veya beklenen ölüm olması, ölümün hastalık veya kaza gibi sebebinin değişken olması; yasin şiddetini, karmaşıklığını ve kişinin üzerinde bıraktığı etkiyi değiştirebilir. Çalışmamızda yas sürecine etki edebilecek değişkenler incelenmemiş olup bu değişkenlerin literatürdeki sonuçlardan farklı bir sonuç elde etmemize neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda yoğun bakımda kalma öyküsüne göre ölüm kaygısı toplam skorlarında anlamlı fark saptanmadı ancak Hastalık ve Ağrı alt boyut toplam puan ortalamalarının yoğun bakımda kalma öyküsüne göre anlamlı olarak farklı olduğu, daha önce yoğun bakımda kalmayanların Hastalık ve Ağrı alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Yoğun bakım ünitesinde kaldıktan 3 ay sonra hastaların psikolojik deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada, ortalama yaşı 68 olan 20 kişi değerlendirilmiş olup, yoğun bakım yatışından 3 ay sonra hastaların %50'sinin bu deneyimi kaygı şeklinde tanımladığı, %35'inin olumlu yaşam değişiklikleri ile iyi olma hissi olarak ifade ettiği, %15'inin travma sonrası stres bozukluğu bildirdiği gösterilmiştir. Hastaların yarısı hayatlarında kritik bir zaman geçirdiklerini, neredeyse öldüklerinin bilincinde olduklarını belirtmiş, bu durumla başa çıkmak için belirli

stratejilerin önemine değinmişlerdir. Taburcu olduklarında hastaların %35'inin boş zaman aktivitelerine yöneldiği, %30'unun aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı, %30'unun olumsuz durumları daha olumlu bir şekilde değerlendirmeye çalıştığı, %20'sinin ise iyimserlik, mizah, kabullenme ve aile desteği gibi stratejileri benimsediği bildirilmiştir (285). 150 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada, yoğun bakım ünitesinden 3 ay sonra travma sonrası stres bozukluğu ve depresif semptomların yaygınlığının sırasıyla %16 ve %31 olduğu, 12 ay sonra ise bu oranların sırasıyla %15 ve %17 olarak bulunduğu bildirilmiştir (286). Yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra hastaların ruhsal durumlarının taburculuk günü, 7, 14, 30, 90 ve 180. günlerde değerlendirildiği bir çalışmada yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra hastaların üçte birinin klinik olarak anlamlı depresyona sahip olduğu fakat birkaç hafta içinde bu oranın %2.7'ye düştüğü, taburculuk anında hastaların %6.3'ünün anksiyete semptomları gösterdiği bir hafta sonra sadece birkaç hastanın klinik olarak anlamlı puan üzerinde kaldığı, taburculuk anında hastaların %0.6'sında travma sonrası stres bozukluğunun olduğu 3. ayda hiçbir hastada bu durumun gözlenmediği bildirilmiştir (287). Hastanede yatan 240 yaşlının ölüm kaygısı düzeylerinin yatış gününde, yatışın üçüncü gününde ve taburculuk sonrası yedinci günde değerlendirildiği bir çalışmada, ölüm kaygısı ortalama puanlarının en yüksek yatışın üçüncü gününde, sonrasında yatış gününde, en düşük taburculuk sonrası yedinci günde olduğu, yani ölüm kaygısının hastanede kalış süresince şiddetlendiği fakat taburculuk sonrasında şiddetinin azaldığı gösterilmiştir (288). Hastane veya yoğun bakım yatışı sonrası bireylerin yaşadıkları ruhsal yakınmalarla başa çıkabilmek için çeşitli başa çıkma stratejileri kullandıkları (285) ve zamanla bu ruhsal yakınmalarının şiddetinin azaldığı (286-288) görülmüştür. Hastaların geçmişte hastane veya yoğun bakımda kalmasıyla ilişkili ruhsal deneyimlerin ve kullandıkları baş etme mekanizmalarının hastane veya yoğun bakım geçmişi olmayan hastalara kıyasla daha düşük ölüm kaygısı bildirmelerine katkı sağladığı söylenebilir.

Collet-Lestler Ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ile toplam hastaneye yatış sayısı arasında pozitif ilişki bulunduğu gösterilmiştir (289). Çok Boyutlu Ölüm Korkusu Ölçeği kullanılarak farklı ruhsal bozukluk tanısı almış 200 hasta ile yapılan başka bir

çalışmada daha önce hastaneye yatışın ölüm kaygısının güçlü bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (275). Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanarak yaptığımız çalışmamızda ise yukarıda bahsedilen çalışmalardan farklı olarak toplam hastane yatış sayıları ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı fakat toplam hastane yatış sayısı ile Hastalık ve Ağrı alt ölçek puanları arasında negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı. Çalışmamızda bahsedilen diğer çalışmalardan farklı bir ölüm kaygısı ölçeğinin kullanılması ve bu ölçeğin alt boyutlarının değerlendirilmiş olması farklı bir sonuç bulmamıza neden olmuş olabilir. Yaşlılarda sağlık hizmeti kullanımının ölüm kaygısı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, sağlık hizmeti kullanımı ayaktan poliklinik başvurusu, huzurevinde veya uzun süreli sağlık hizmeti veren kuruma yatış ve hastane yatışları şeklinde gruplandırılmıştır. Bahsedilen üç sağlık hizmeti kullanımının da ölüm kaygısının anlamlı öngörücüleri olduğu, ayaktan poliklinik ziyaretinin yaşlı yetişkinler arasında ölüm kaygısının en güçlü öngörücüsü olduğu gösterilmiştir. Bu durum sağlık hizmeti kullanımının ölümü hatırlatma işlevi gördüğü, ölümü göz ardı eden bilişleri tehdit ettiği, ölümü düşünmeye yatkınlığı artırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Fakat artan sağlık hizmetlerinin daha yüksek ölüm kaygısını öngörmediği, aksine ölüm kaygısı ile sağlık hizmeti kullanım düzeyi arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir (263). Sağlık hizmeti kullanım düzeyi ile ölüm kaygısı arasında ters bir ilişki olduğunu gösteren bu çalışma ile uyumlu olarak, yoğun bakım ya da hastaneye yatış gibi hastane hizmetlerine ve hastalık sürecine daha fazla maruz kalmak, hastaların fiziksel acı ve ağrı eşiklerini yükseltebilir, hastalık hakkında endişelenmelerini azaltabilir; ayrıca, yoğun bakımda diğer hastaların ölümüne tanıklık etmek, ölümü daha sık düşünmelerine ve kabullenmelerine yol açarak, ölüm kaygısını azaltabilir.

Kanser, geçirilmiş kalp krizi öyküsü gibi ölüm riski olan hastalığa sahip bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinin incelendiği birçok çalışma bulunsa da ölümcül hastalığı olan bireylerin ölümcül hastalığı olmayan bireylerle ölüm kaygısı yönünden kıyaslandığı çalışmalar kısıtlıdır. İleri evre kanser hastaları ve ölümcül hastalığı bulunmayan hastaları ölüm kaygısı yönünden karşılaştıran bir çalışmada kanserli hastaların diğer gruba kıyasla ölüm kaygılarının artmadığı, aksine ölçek puanlarının

düştüğü gösterilmiştir (290). Benzer şekilde başka bir çalışma ileri evre kanser hastalarında normal hastalara kıyasla ölüm kaygısını daha düşük saptamıştır. Bu durum kişinin dini inancının hastalık ve ölümle yüzleşme sürecinde bazı gerçekleri reddetmesine yol açabileceği, bu da korkularını daha az dışa vurmasına neden olabileceği, aynı zamanda hastaların sahip oldukları destek sistemlerinin kanser ve ölümün etkilerine karşı bir koruma sağladığı, bu desteğin hastaların inkar mekanizmasını daha da güçlendirdiği şeklinde ifade edilmiştir (291). Kanser hastalarının ölüm kaygısının daha düşük olmasının nedeninin inkar olabileceğini ifade eden başka bir çalışmada kanserli kişilerin hastalıklarını reddediyor olabilecekleri belirtilmiştir (292). İleri kanserli hastalar ile yapılan başka bir çalışmada düşük ölüm kaygısına sahip kanserli hastalarda ölüme hazır olma ve ölüm hakkında düşünmeme temalarının belirgin olduğu, ölümlülüğü gerçek anlamda kabul ettikleri ve bir başa çıkma stratejisi olarak psikolojik kaçınmayı kullandıkları bildirilmiştir (273). Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalar, kanser hastaları ve sağlıklı kişiler ile yapılan bir çalışmada miyokard enfarktüsü geçirmiş olanların ölüm kaygısı düzeyi kanser hastaları ve kontrol grubundan yüksek bulunmuş ve bu durum ölümle aniden ve beklenmedik bir şekilde karşılaşmış olmakla açıklanmıştır. Kanser hastalarının kontrol grubuna göre daha düşük ölüm kaygısı bildirdikleri gösterilmiş ve bu durum sağlıklı katılımcıların kendini ölümden çok uzakta görmüş olabilecekleri, kanserli hastaların ölüm hakkında daha çok düşündükleri ve duyarlılıklarının azalmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (293). Kanser hastalarında ölüm kaygısının, teşhis sonrası zamanla azaldığını gösteren 90 yetişkin erkek ile yapılan bir çalışmada; 5 yıl önce kanser teşhisi konan sağ kalanların, 2 yıldan az bir süre önce teşhis konanlara göre anlamlı derecede daha düşük ölüm kaygısı yaşadıkları bildirilmiştir (294). 77 ileri kanser hastası ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısının kaygı, depresyon ve yaşam sonuna daha az hazırlıkla ilişkili olduğu, majör depresyonu olanların olmayanlara göre daha çok ölüm kaygısı bildirdiği gösterilmiştir (295). Çalışmamızda ölüm riski olan hastalık öyküsü durumuna göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak literatürle uyumlu olarak ölüm riski olan hastalığı bulunan hastaların ölümcül hastalığı bulunmayan gruba göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü. Yine de çalışmamızda ölüm riski bulunan hastalığı olmayanların tüm hastaların %67.5'ini oluşturmasının göz

önünde bulundurulması gerekir çünkü katılımcıların ölümcül hastalık durumuna göre gruplara eşit dağılmamış olması istatistik sonuçlarını etkilemiş olabilir. Ölümcül hastalığa sahip bireylerin ölümü daha çok anımsamaları, ölümü zamanla kabullenmeleri ve bu sebeple ölüme daha hazırlıklı olmaları, hayat beklentilerinin ve isteklerinin daha az olması, ölümle daha çok yüzleşmeleri nedeniyle kaygıyla başa çıkma düzenekleri geliştirmesi ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olmasına neden olabilir.

Anne, baba, eş ve çocuk gibi birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı olanların ölüm kaygısı düzeylerinin bu değişkene bağlı olarak farklılık göstermesi mümkündür. Yoğun bakımda hastası bulunan 308 hasta yakını ile yapılmış bir çalışmada, katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların orta düzeyin üzerinde bulunduğu gösterilmiştir (296). Kanserli hastaların yakınları ile yapılan bir araştırmada bakım verenlerin orta düzeyde ölüm kaygısı bildirdikleri gösterilmiştir (297). Kanserli hastaların bakıcıları ile yapılan farklı bir çalışmada ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişkinin bulunduğu, uzun bakım süresinin, hastalığın ilerleme korkusunun, ağrı ve kusma gibi hastanın fiziksel semptomlarının bakıcıların yaşam kalitesini düşürdüğü dolayısıyla ölüm kaygısının artmasına neden olduğu bildirilmiştir (298). İleri kanser ve AIDS hastalarına bakım veren bakıcılar üzerinde yapılan bir çalışmada, bakıcıların ölüm kaygısının yüksek olduğu ve AIDS hastalarının bakıcılarının ölüm kaygısı düzeylerinin yaşam kalitesiyle ters bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (299). İleri kanser hastaları ve bakıcılarının ölüm kaygısı düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, bakıcıların hastalardan daha yüksek ölüm kaygısı düzeyleri bildirdiği, bu kaygının nedenlerinin ise sevdikleriyle geçirecek zamanlarının tükenmesi, sevdiklerinin ölümüyle ilgili endişeler ve sevdikleri için daha fazlasını yapamama olduğu belirtilmiştir (300). Kanser hastalarının bakım verenlerin yüksek ölüm kaygısı düzeyi bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (301, 302). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarını ziyaret eden kişiler ile yapılan bir başka araştırmada aile bireylerinin orta ve şiddetli düzeyde kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (303). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların aile bireyleri ile yapılan başka bir araştırmada yüksek düzeyde stres, şiddetli anksiyete ve depresyon belirtileri tespit edilmiştir (304). Yoğun bakım ünitesinde hastası bulunan kişilerle yapılan başka bir çalışmada kişiler

anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri açısından 6 ay boyunca değerlendirilmiş, başlangıçta yüksek düzeyde kaygı ve depresyon belirtilerinin bulunduğu fakat zamanla azaldığı, yas veya kayıp olması fark etmeksizin yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtilerinin olduğu bildirilmiştir (305). Aynı şekilde yoğun bakımda yakını bulunan 284 aile üyesi ile yapılan bir araştırmada katılımcılarda orta ila yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri bulunmuştur. Şiddetli travma sonrası stres reaksiyonu; artmış anksiyete ve depresyon oranları ve azalmış yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (306). Kanserli hastaların yakınlarının yüksek düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği (307), depresyonu olanların olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (308). Yapılan başka bir çalışmada kanserli hasta yakınlarından evli olanların, ileri yaşta olanların ve kadınların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (309). İleri evre kanser hastalarının bakım verenleri ile Çin’de yapılan bir çalışmada katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğinin Hastalık ve Ağrı alt boyutundan en yüksek puanı aldıkları bildirilmiştir. Ayrıca kaygılı kişilik özelliklerine sahip bireylerin daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı gösterdikleri bulunmuştur. Çin kültüründe insanların ölümden kaçındıklarını ve bu sebeple ölüm eğitimlerinin eksik olduğu, bakıcıların sağlık çalışanlarıyla ölümü konuşmaktan ve tartışmaktan kaçındıkları ve bunun da ölüm kaygısını artırdığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda bakıcıların ölüme karşı inkar ve kaçınmacı tutum sergilemelerinin ölüm kaygılarının artmasına neden olduğu belirtilmiştir (310). 88 kanser hastası yakını ile yapılan bir çalışmada bireylerin sürekli öfkeli ve yaşadıkları bu duruma karşı kaygılı oldukları tespit edilmiştir (311). Kanser hastalarına bakım veren 220 aile üyesi ile yapılan bir çalışmada, bakıcıların negatif başa çıkma stilini pozitif başa çıkma stilinden daha çok benimsedikleri, ölüm kaygısının pozitif başa çıkma stiliyle negatif ilişkili olduğu, bakıcıların ölüm kaygılarını azaltmak için pozitif başa çıkma stratejilerinin teşvik edilmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir (312). Çalışmamızda birinci derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Fiziksel Değişimler alt boyutu, Hastalık ve Ağrı alt boyutu toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılık gösterdiği, yakınlarında ölümcül hastalığı olanların olmayanlara kıyasla bu ölçeklerden daha yüksek puanlar aldığı görüldü. Çalışmamızın bu bulgusu; kanser hastalarının bakım verenlerinin ölüm kaygısı ölçeğinde en yüksek puanları Hastalık ve

Ağrı alt boyutundan aldıklarını bildiren çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (310). Ayrıca çalışmamızda hastaların birinci derece yakınlarında ölüm riskli hastalığı olma durumuna göre HADÖ-A toplam puan ortalamalarının anlamlı şekilde farklı olduğu, ölümcül hastalığa sahip yakını olanların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, HADÖ-A ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı. Bu bulgular ölümcül hastalığı nedeniyle yakınına bakım veren kişilerde kaygı düzeyinin yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sonuçları ile uyumludur (303, 304, 310, 311, 313). Dolayısıyla ölümcül hastalığa sahip yakını olanların olmayanlara kıyasla kaygı düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle daha fazla ölüm kaygısı bildirdikleri söylenebilir. Kişinin yakınına ait hastalık sürecinin aşamalarına, hastane başvurularına maruz kalması hastalık ve ağrı alt boyutundan daha yüksek puanlar almasına, hastalığı nedeniyle yakınında meydana gelen kilo verme, yorgunluk, fiziksel zayıflığı nedeniyle günlük işlerini görmekte zorlanma gibi bedensel belirtilere tanıklık etmesi fiziksel değişimler alt boyutundan daha yüksek puanlar almasına neden olmuş olabilir. Ölümcül hastalığa sahip yakınına bakım vermenin stresli olması kişinin kaygı ve depresyon düzeylerinin artmasına, uyku ve beslenme düzeninin bozulmasına, günlük rutinlerinin aksamasına neden olabilir. Yakınına ait ölüm riskinin bulunması kişinin ölümü daha çok düşünmesine, belirsizlik hissi kaygılarının şiddetlenmesine, daha kötü yaşam kalitesi psikolojik yakınmalarının yüksek düzeyde hissedilmesine neden olabilir.

874 katılımcının dahil edildiği bir başka çalışmada ölüm kaygısı; genel ölüm kaygısı, ahiret inancı ve kişisel ölüm kaygısı değişkenleri üzerinden incelenmiştir. Yaşlı bireylerin kişisel ölüm kaygısı açısından genç bireylere kıyasla önemli ölçüde daha az kaygı gösterdiği, kendi ölümleri konusunda daha az kaygılı olmalarına rağmen genel ölüm konusunda en çok kaygı duyanlar arasında yer aldığı bildirilmiştir (313). Hastaneye yatırılan ve yatırılmayan 195 yaşlının dahil edildiği bir çalışmada ölüm kaygısı; kendisinin ölümü, kendinin ölümünü görme, başkalarının ölümü ve başkalarının ölümünü görme değişkenleri üzerinden incelenmiş ve her iki grupta da orta ve yüksek düzeyde ölüm kaygısı bildirilmiştir. Yine her iki grupta da başkalarının ölümü ve başkalarının ölümünü görmenin neden olduğu kaygının kendi ölümü ve kendi ölümünü görmenin neden olduğu kaygıdan daha yüksek olduğu saptanmıştır

(314). Bu araştırmayla uyumlu bir şekilde çalışmamızda bireyin ölümcül hastalığa sahip olmasının ölüm kaygısını etkileyen bir değişken olmadığı fakat ölümcül hastalığı bulunan bir yakına sahip olmanın ölüm kaygısını etkilediği görülmüştür. Kişinin kendi ölümünün kaçınılmazlığını kabul edebildiği fakat sevdiği insanların ölümüyle yüzleşmesinde sorun yaşadığı söylenebilir.

Geçmişte yaşanmış ciddi bir trafik kazası, iş kazası, patlama, yangın, deprem gibi doğal afet öyküsünün ölüm kaygısı üzerine etkili olabilecek önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Ölüm eşiğindeki deneyimler ve travmatik yaşantılar üzerine yapılan çalışmaların birbiriyle tutarsız sonuçları bulunmaktadır. 504 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada travmaya maruz kalma geçmişi olanların genel sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak ölüm kaygısı açısından travmatik deneyimi olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (315). Tren kazasına maruz kalan 66 kişi ile yapılan bir çalışmada, kazayı yaşayanların ölüm kaygısı puanının standart apartman sakinleri örnekleminde önemli ölçüde yüksek olduğu, psikiyatri hastaları örnekleminde farklı olmadığı, ölüm kaygısı ve travmatik stres arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (316). Sel felaketi yaşamış kişiler ile yapılmış başka bir çalışmada ise katılımcıların belirgin ölüm kaygısı yaşadıkları bildirilmiştir (317). Orman yangını nedeniyle mağdur olan 92 kişi ile yapılan başka bir çalışmada mağdurların %51.1'inin ölüm korkusu yaşadığı, %46.7'sinin ilk ayda travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldığı gösterilmiştir (318). Uçak kazası yaşamış 82 kişi ile yapılan bir çalışmada travmatik stres semptomları ve ölüm kaygısı arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (319). Ölümden dönme deneyimi yaşayan kişilerin deneyimin doğrudan bir sonucu olarak ölümden daha az korktuklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (320, 321). Ölümün eşiğinden dönme deneyimi yaşayan ve yaşamayan kişilerin ölüm korkusu düzeylerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada bu deneyimi yaşayan kişilerin daha yüksek öz saygı, daha fazla farkındalık sahibi olmalarının daha düşük ölüm korkusuna sahip olmalarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (322). Farklı bir çalışmada yaşamı tehdit eden olaylara maruz kalmanın ölüm kaygısını artırdığı ve bunun da travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin gelişmesine yol açtığı belirtilmiştir (319). Travma sonrası stres bozukluğunun genel olarak kaygıya ve özellikle ölüm kaygısına karşı koruma sağlayan

kaygı tampon mekanizmalarındaki bozulmadan kaynaklandığı ileri süren bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile ölüm kaygısı arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (323). Çalışmamızda yaşanmış ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet, deprem, sel, yangın durumlarına göre ölüm kaygısı toplam ölçek skorunda anlamlı farklılık saptanmadı ancak hastalardan yaşanmış ciddi kaza, patlama, askeri çatışma, doğal afet deprem, sel, yangın durumu olanların, olmayanlara göre Zamanın Geçmesi alt boyut düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlendi. Ayrıca hastaların yaşanmış ciddi kaza veya felaket öyküsünün varlığına göre HADÖ-A toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılık gösterdiği, HADÖ-A'nın Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile pozitif yönlü ve orta düzeyde; Zaman Geçmesi Alt Ölçeği ile pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptandı. Dolayısıyla geçmişte kaza veya doğal afet yaşamış olanların yaşamayanlara kıyasla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle daha yüksek ölüm kaygısı bildirdikleri söylenebilir. Literatürle uyumlu bir şekilde kaza veya felaket yaşamış kişilerin travma sonrası stres belirtileri yaşayabileceği, bu belirtilerin ve ölüm kaygısının birbirini tetikleyeceği düşünülebilir. Ölüm kaygısı ölçeğinin Zamanın Geçmesi alt boyutunda zamanın hızlı geçmesinin, hayatın kısa olmasının, gelecek korkularının irdelendiği sorular bulunmaktadır. Bir kaza veya felaket sonrası ölümün eşiğinden dönmek, kişinin yaşamın aniden sonlanabileceğini hatırlamasına, hayatın kısa olduğunu düşünmesine neden olabilir; bu da bireyde yüksek ölüm kaygısına yol açabilir.

Çalışmamızda HADÖ-A ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği ve Hastalık ve Ağrı Alt Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı korelasyon olduğu ve HADÖ-A Alt Ölçeğinin Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptandı. 215 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada genel kaygı ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (324). 236 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Taylor-Manifest Kaygı Ölçeği'nin tek boyutlu kısa formu arasında pozitif ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (325). Genel kaygı ve ölüm kaygısı

arasında ilişki bulunduğunu ifade eden başka çalışmalar da bulunmaktadır (326, 327). Ölüm kaygısının belirsizliğe tahammülsüzlük, gelecek endişesi gibi belirtileri genel kaygı belirtileri ile büyük ölçüde benzerdir. Ölüm kaygısının beraberinde stres yükünü artırarak günlük yaşamdaki diğer kaygıları tetikleyebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda HADÖ-D ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı korelasyon olduğu gözlemlendi. Depresyon tanısı almış hastalar ile sağlıklı kontroller arasında yapılan bir çalışmada, depresif hasta grubunun depresyon puanları ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, depresyon hastaları düşük, orta ve yüksek şiddetli belirtiler gösteren üç gruba ayrıldığında, orta ve yüksek düzeydeki depresyon gruplarının, düşük düzeydekilere göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları saptanmıştır (328). Depresyon ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi doğrulayan yaşlı bireylerin dahil edildiği çalışmalar da mevcuttur (329, 330). Kırsal alanda yaşayan yoksul yaşlı kadınlar ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısının duygusal destek ve özsaygı desteği ile negatif, depresif semptomlarla pozitif ilişki gösterdiği, sosyal desteğin depresif semptomlarla negatif bir ilişkisinin bulunduğu, sosyal destek alt boyutlarından biri olan öz saygı desteğinin ölüm kaygısı ve depresif semptomlar arasında düzenleyici bir etkisinin olduğu bildirilmiştir (331). 146 yaşlı ile yapılan başka bir çalışmada depresif semptomlar ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkide özsaygının aracı etkisinin olduğu, ölüm kaygısı ve depresif semptomların önlenmesi için bireyin özsaygısını artıran sosyal destek sistemlerinin önemli olduğu gösterilmiştir (332). Ayrıca çalışmamızda HADÖ-D ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları, aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel bir insan alt boyutu arasında negatif yönlü ve orta düzeyde, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Depresyon düzeyinin yüksek olmasının daha düşük sosyal destekle ilişkili olduğu, düşük sosyal desteğin daha yüksek ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Depresif semptomları olan hastaların daha yüksek ölüm kaygısı bildirmelerinde, algılanan sosyal destek düzeylerinin aracı etkisi muhtemeldir. Ayrıca depresyon, kişinin geleceğe dair umutsuzluk hissetmesine ve hayatın anlamı üzerine derin

sorgulamalara girmesine yol açarak, ölüm ve yaşamın sonlanmasıyla ilgili düşünceleri ve korkuları artırabilir.

Çalışmamızda İntihar Davranışı Ölçeği ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Bilişsel ve Duygusal Alt Ölçeği, Fiziksel Değişimler Alt Ölçeği ve Zaman Geçmesi Alt Ölçeği arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı korelasyon olduğu gözlemlendi. Ölüm kaygısı ve intiharın ilişkisini inceleyen çalışmaların sonuçları tutarsızdır. 43 ergen öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada intihar girişiminde veya tehdidinde bulunan kişilerin intihar deneyimi olmayan bireylere göre ölümden daha az korktukları bildirilmiştir (333) Yakın zamanda intihar girişiminde bulunmuş 110 yetişkin kadın ile yapılan bir çalışmada intihar niyeti daha yüksek olanların daha az ölüm kaygısı bildirdikleri gösterilmiştir (334). Bu çalışmalardan farklı olarak ergenler üzerine yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ölçeği ve intihar potansiyeli ölçeği arasında pozitif bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (335). Başka bir çalışmada psikiyatrik ve intihara meyilli, psikiyatrik ve intihara meyilli olmayan, psikiyatrik olmayan ve intihara meyilli olmayan hastalar ölüm korkusu ve intihar potansiyeli üzerinden değerlendirilmiştir. Psikiyatrik ve intihara meyilli grupta ölüm korkusu ve intihar potansiyeli arasında negatif korelasyon bulunduğu, psikiyatrik ve intihara meyilli olmayan grupta ölüm kaygısı ve intihar potansiyeli arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, psikiyatrik olmayan ve intihara meyilli olmayan grupta ölüm korkusunun intihar potansiyeli arasında pozitif korelasyon bulunduğu gösterilmiştir (336). Ölüm kaygısı ve intiharın ilişkisini inceleyen 4 çalışmanın dahil edildiği yakın zamanda yapılmış sistematik bir incelemede ölüm kaygısı ve intihar arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (337). Çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalardan farklı sonuçlar vermesinin nedeni, dahil edilen katılımcıların yaş, medeni durum gibi özelliklerinin çeşitlilik göstermesi, geçmiş intihar girişimlerinin sayısı veya şekli, intihar girişimi üzerinden geçen zaman ve intihar düşüncesinin şiddeti gibi intihara dair ayrıntılı soruların sorulmaması olabilir. Bu bilgilerin sonuçlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı korelasyon

saptandı. 65 yaş üstü yaşlı yetişkinler ile yapılan bir çalışmada yalnızlık ve ölüm kaygısı arasında orta düzeyde pozitif yönlü, aile desteği ve ölüm kaygısı arasında orta düzeyde negatif yönlü korelasyon bulunduğu, aile desteği azaldıkça ya da yalnızlık arttıkça ölüm kaygısının arttığı bildirilmiştir (99). Algılanan sosyal destek ile ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki olduğunu bildiren bir diğer çalışmada, algılanan sosyal desteği yüksek olan yaşlıların hayatı hâlâ uzun ve yaşanır görmeleri, aile, çocuklar ve arkadaşlarla birlikte olmanın onlara bir ölümsüzlük hissi kazandırdığı ve ölümü düşünmeden yaşam hedeflerini gerçekleştirmek için cesaretlendirdiği ifade edilmiştir (274). Benzer başka bir çalışmada düşük ölüm kaygısı düzeylerinin aile desteği ile anlamlı ilişkisi bulunduğu gösterilmiştir (273). 208 yaşlı ile İran’da yapılan bir çalışmada sosyal destek ve ölüm kaygısı arasında ters bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (268). Ülkemizde yakın zamanda yapılan 170 yaşlı yetişkinin dahil edildiği bir çalışmada, bizim bulgularımızla uyumlu olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları ile ölüm kaygısı ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon, ölüm kaygısı ile sosyal yalnızlık, duygusal yalnızlık ve genel yalnızlık arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon bulunmuştur (218). Huzurevindeki sosyal ortamın ölüm kaygısını azaltmada olumlu bir etkisi olduğunu belirten (222), evde yalnız yaşayanların huzurevinde kalanlara kıyasla daha fazla ölüm kaygısı taşıdıklarını ifade eden (186) çalışmalar da bulunmaktadır. Japon yaşlılar ile yapılan başka bir çalışmada sosyal destekte artışın ölüm kaygısını azaltmadığı fakat sosyal desteğin ölüm imajı ve ölüm kaygısıyla başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (338). Kurumda kalan ve kalmayan yaşlılar arasında yapılan bir çalışmada yalnızlık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (339). Kurumda kalan ve kalmayan 120 yaşlı hastanın değerlendirildiği başka bir çalışmada ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı fakat kurumda kalan yaşlıların kalmayanlara göre daha düşük sosyal destek ve daha yüksek ölüm kaygısı bildirdikleri gösterilmiştir (340). 347 diyaliz hastası ile yapılan bir çalışmada sosyal destek, dayanıklılık ve ölüm kaygısı düzeylerinin birbirleriyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin bulunduğu, sosyal desteğin ölüm kaygısı ve dayanıklılık arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde düzenlediği gösterilmiştir (341). Başka bir çalışmada güçlü bir sosyal desteğe sahip yaşlı yetişkinlerin başkalarıyla bağları sayesinde daha fazla güvenlik

duygusuna sahip oldukları için daha az ölüm korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (342). Yapılan başka bir çalışmada yakın ilişkilerin özsaygıyı artırabileceği ve ölüm kaygısına karşı tampon görevi göreceği, bu tür ilişkilerin bozulmasının ölüm farkındalığına ve kaygılarına sebep olabileceği ifade edilmiştir (343). Her ne kadar çalışmamızın örneklemini sadece bir ruhsal yakınmayla psikiyatri polikliniğine başvuran yaşlı hastalar oluşturmuş olsa da bulgularımız yukarıda bahsedilen çalışmaların bulgularıyla uyumludur. Diğer yandan, çalışmamızda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçeklerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon olduğu, Yaşam Kalitesi ve Templer ölüm Kaygısı ölçeği arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir korelasyon bulunduğu, aynı zamanda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ise Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin negatif yönde yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Yüksek sosyal desteğe sahip hastaların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu, yüksek yaşam kalitesinin daha düşük ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Sosyal desteği zayıf olanların daha yüksek ölüm kaygısı bildirmesinde yaşam kalitesinin aracı etkisi muhtemeldir. Algılanan sosyal destek ile ölüm kaygısı arasındaki negatif korelasyonun, sosyal desteğin bireyin psikolojik durumu üzerindeki olumlu etkilerinden kaynaklandığı söylenebilir. Sosyal destek, aidiyet duygusu oluşturarak yalnızlığı azaltır ve güvenlik hissi sağlar. Yapılan çalışmalarda yaşamda anlam varlığı ve özsaygının sosyal destek ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği(344), ölüm kaygısı ve dayanıklılık arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracı rol gördüğü (341), yaşam doyumunun en güçlü belirleyicisinin sosyal ilişkilerdeki doyum olduğu (345), yaşlılarda algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırdığı (346), sosyal destek ile kaçınma davranışı dışındaki diğer başa çıkma stilleri arasında pozitif bir ilişki bulunduğu (347) gösterilmiştir. Dolayısıyla sosyal destek; yaşamın anlamı, özsaygı, dayanıklılık, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve başa çıkma stratejileri gibi birçok kavramla etkileşime girerek ölüm kaygısının daha az hissedilmesine katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Yaşam Doyumu Ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde bir korelasyon olduğu gözlemlendi. 65 yaş ve üzeri 545 yaşlı birey ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ve yaşam doyumu arasında

negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (239). 60 yaş ve üzeri 190 yaşlı yetişkinin incelendiği başka bir çalışmada benzer şekilde ölüm kaygısı ve yaşam doyumu arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (348). 120 yaşlı ile yapılan başka benzer bir çalışmada da yaşam doyumu ve ölüm kaygısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (349). Huzurevinde yaşayan ve kendi evinde kalan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışma; her iki grup arasında da yüksek yaşam memnuniyeti bildirenlerin, daha düşük ölüm kaygısı ve yaşlanmaya karşı daha olumlu tutum sergilediklerini ortaya koymuştur (350). 60-75 yaş aralığında 152 Filipinli yaşlı yetişkin ile yapılan bir çalışmada yüksek yaşam memnuniyeti bildiren bireylerin nispeten daha düşük ölüm kaygısı deneyimledikleri ve bu bulgunun tersinin de geçerli olduğu gösterilmiştir (351). Emekli bir yaşam süren, ölümcül bir hastalığı bulunmayan, eşleriyle yaşayan 360 yaşlı Hintli yetişkin ile yapılan çalışmada yaşam memnuniyeti ve ölüm kaygısı arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon bulunmuştur (352). Kırsal kesimde yaşayan 974 yaşlı Çinli bireyin dahil edildiği yakın zamanlı bir çalışmada yaşam doyumunun ölüm kaygısının anlamlı ve negatif bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (353). 2291 katılımcının bulunduğu dört ardışık çalışmanın bulgularını bildiren yakın zamanlı başka bir çalışmada ölüm kaygısı ve yaşam doyumu arasında anlamlı ve ters bir korelasyon bulunduğu ve yaşam doyumunun ölüm kaygısının güçlü bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (354). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumludur (239, 348-352). 215 yaşlı yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşamda anlamın varlığının yaşam doyumu ile olumlu bir ilişki gösterdiği (355), başka bir çalışmada ise daha yüksek bir yaşam anlamı düzeyinin yaşam doyumunu artırdığı (356) saptanmıştır. Dolayısıyla yüksek yaşam doyumuna sahip bireyler, hayatlarının bir anlamı ve amacı olduğuna inanır ve hedeflerine ulaşmanın getirdiği tatminle yaşamdan daha fazla doyum alırlar. Yapılan çalışmalarda yaşam doyumu ile özsaygı arasında pozitif ve yüksek bir korelasyon bulunduğu (357), psikolojik dayanıklılığın yüksek yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu (358), olumlu başa çıkma stratejileri ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki bulunduğu (359) saptanmıştır. Sonuç olarak yaşam doyumu; yaşamın anlamı, özsaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejileri gibi birçok kavramla etkileşime girerek kişinin ölümle yüzleşme konusunda daha sağlam bir duruş sergilemelerine destek olabilir. Yüksek yaşam doyumu olan kişiler, yaşamlarının sona

erdiğini düşündüklerinde bile, geçmişteki başarıları ve anlamlı anıları hatırlayarak ölüm düşüncesine daha olumlu bir açıdan yaklaşabilirler. Aksine yaşam doyumu düşük olan bireyler, henüz ulaşamadıkları hedefler için yeterince zamanlarının kalmadığı düşüncesiyle kaygı duyabilirler; tamamlanmamış bir yaşam fikri, ölümle yüzleşmeyi zorlaştırabilir.

Çalışmamızda Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında negatif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulunduğu, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin negatif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptandı. Ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların farklı sonuçları bulunmaktadır. 84 yaşının dahil edildiği bir çalışmada ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (240). Yaşları 21 ile 75 arasında değişen diyabetli hastalar ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı (360), 200 hemodiyaliz hastası ile yapılan farklı bir çalışmada da benzer şekilde ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı (361) bildirilmiştir. Bu çalışmaların aksine 65 yaş üstü 115 kadın ile yapılan bir çalışmada ölüm kaygısının yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (362). 60 yaş ve üzeri 450 yaşlı birey ile yapılan bir çalışmada hem erkeklerde hem de kadınlarda ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ve ters bir ilişki bulunduğu, yaşam kalitesinin ruhsal iyilik halinin aracı rolü aracılığıyla ölüm kaygısının en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (261). Yaşlı katılımcılar ile yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde ölüm kaygısı ve yaşam kalitesi arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu doğrulanmıştır (260). Kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesi, ölüm kaygısı ve özsaygının birbiriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada ölüm kaygısının yaşam kalitesiyle negatif bir ilişki içinde olduğu, aynı zamanda ölüm kaygısının özsaygı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği gösterilmiştir (344). Çalışmamızın bulguları literatürdeki birçok makale ile uyumludur (260, 261, 344, 362). Yaşam kalitesi tıpkı ölüm kaygısı gibi çok boyutlu bir kavram olup yaş, eğitim durumu, medeni hal, ekonomik düzey, fiziksel veya ruhsal hastalıklar gibi birçok bireysel özellikle değişkenlik gösterebilir (363). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda sosyal desteğin yaşam kalitesini artırdığı (346), yaşlılarda kırılgnlık

düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında güçlü ve negatif bir korelasyon bulunduğu (364), yaşlılarda öz saygının yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu (344), yaşlılarda yaşam doyumu ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu (365), olumlu başa çıkma stratejilerinin yaşam kalitesini artırdığı (366) gösterilmiştir. Dolayısıyla kişinin ruhsal sağlığıyla doğrudan ilişkili olan öz saygı ve kırılganlık gibi kavramlar yaşam kalitesini şekillendirebilir, güçlü sosyal bağlar ve yüksek yaşam doyumu daha kaliteli bir yaşam deneyimi sunarak kişinin ölüm karşısında daha güçlü bir duruş sergilemesine destek olabilir. Ayrıca yüksek yaşam kalitesi, bireyin hayatını daha anlamlı ve tatmin edici bir şekilde yaşamasını sağlar, bu da ölüm kaygısını azaltan önemli bir etken olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanının kadınlarda erkeklere göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Sosyodemografik özellikler açısından Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Bilişsel ve Duygusal alt boyut puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Fiziksel Değişimler alt boyutundan birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı olanların olmayanlara göre ve kadınların erkeklere göre daha yüksek puanlar aldığı, Zamanın geçmesi alt boyutundan geçmişte ciddi kaza, doğal afet yaşamış olanların olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı, Hastalık ve Ağrı alt boyutundan kadınların erkeklere göre, 71 yaş ve üzerinde olanların 70 yaş ve altında olanlara göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanların depresyon tanısı olanlara göre, yoğun bakımda kalmayanların kalanlara göre, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı saptandı. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin; HADÖ-A ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde; HADÖ-D ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği ile arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde, Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Değişkenlerin ölüm kaygısı üzerine etkilerini incelemek için yaptığımız regresyon analizinde HADÖ-A ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin Ölüm Kaygısı Ölçeğinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edildi.

Ölüm kaygısının birçok ruhsal bozukluğun gelişmesinde veya devam etmesinde önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir (3). Yaşlı hastalar ruhsal yakınmalarını hatırlamakta, duygularını ve düşüncelerini ifade etmekte zorluk çekebilir. Bu sebeple yaşlı hastalar ile yapılan görüşmelerde ruhsal yakınmalar dikkatli incelenmeli, ölüm kaygısının farklı ruhsal yakınmalarla ifade edilebileceği unutulmamalıdır. Özellikle ruhsal yakınmalarını somatik belirtilerle tarif eden, anksiyete bozukluğu belirtileri bulunan yaşlı hastalarda ölüm kaygısı sorgulamasının yapılması hastalığın seyri ve tedavi süreci açısından büyük bir önem taşımaktadır.

Çalışmamızda anksiyete düzeyi ve yaşam kalitesinin ölüm kaygısını yordayan değişkenler olduğu tespit edildi. Bu sebeple ölüm kaygısına yönelik olarak hastaların yaşam kalitesini artıracak kapsamlı müdahalelerin yapılması, anksiyete belirtilerinin tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca, ölüm kaygısının azaltılmasına yönelik kişinin yaşam doyumunu artırabilecek durumların değerlendirilmesi ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın yönteminde öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, çalışmamızın kesitsel olması ve sağlıklı kontrol grubunun olmaması, son 6 aylık dönemde ilaç kullanımlarının olması nedeniyle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi tanıların dahil edilememesi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu gibi diğer psikiyatrik tanıların polikliniğe başvuru sayılarının yaşlılarda kısıtlı olması nedeniyle bu kişilerin çalışmaya dahil edilememesi çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Çalışmamız Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinin ve alt boyutlarının sosyal destek, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu gibi değişkenlerle birlikte incelenmesi, ölümcül hastalığa sahip olma, birinci derece yakınlarında ölümcül hastalığın bulunması ve geçmişte yaşanmış kaza veya doğal afet gibi farklı sosyodemografik değişkenlerle değerlendirilmesi açısından literatüre önemli katkılarda bulunmaktadır.

Sonuç olarak ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olup, bireysel ve çevresel faktörler, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, sosyal ilişkiler gibi birçok değişken tarafından etkilenmektedir. Yaşlı hastalarda farklı değişkenlerin birlikte değerlendirildiği, daha büyük örneklemelerin kullanıldığı, daha çok psikiyatrik bozukluk tanısının ve sağlıklı kontrol grubunun dahil edildiği çalışmalar ölüm kaygısının daha ayrıntılı değerlendirilmesine, ölüm kaygısına yönelik tedavi yaklaşımlarının ve müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Sağırer G. Ölüm kaygısı, yaşam doyumu ve covid-19 korkusu ilişkisi [The relationship between death anxiety, life satisfaction, and covid-19 fear](Publication No. 722172)[Master's thesis, Çağ University]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. 2021.
2. Kesebir P. A quiet ego quiets death anxiety: humility as an existential anxiety buffer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014;106(4):610.
3. Gürbüz A, Yorulmaz O. Psikopatolojide Ölüm Kaygısı: Sistematik Derleme.
4. Kastenbaum R. The psychology of death: Springer Publishing Company; 2000.
5. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*. 2014;34(7):580-93.
6. Feifel H, Branscomb AB. Who's afraid of death? *Journal of abnormal psychology*. 1973;81(3):282.
7. Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
8. Badur S. Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. *Cogito*. 2004;40:93-105.
9. Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2007.
10. Jung G. Analitik Psikoloji. İstanbul: Payel Yayınevi. 1997.
11. Dik A. Terminal dönem hastaya yaklaşım. *Hemşirelik Forumu*, Temmuz-Ağustos. 2005:59-60.
12. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar: İmaj; 2004.
13. Okyayuz Ü. Ölüm ve Ölümcül Hastalık. *Kriz Dergisi*. 1995;3(1):167-71.
14. Barış Ş. Yetişkin Bireylerde Ölüm Algısı: Öz-anlayış ve Umut Değişkenlerine Göre Bir İnceleme: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2022.
15. Dülger K. Ölüm kaygısının ölüm anlamları, baş etme stilleri ve bağlanma stilleri ile ilişkisinde ölümlülük farkındalığının biçimlendirici rolü. İstanbul: Okan Üniversitesi: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2014.
16. Hökekleli H. Ölümle ilgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma II. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1992;4(1).
17. Eke S. Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2003.
18. Budak P. Sosyolojik açıdan Mevlânanın ölüm olgusuna yaklaşımı. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler ...; 2014.
19. Sezer S, Saya P. GELİŞİMSEL AÇIDAN ÖLÜM KAVRAMI. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009(13):151-65.
20. Freud S. Haz ilkesinin ötesinde; Ben ve İd: Metiş; 2009.
21. Charmaz K. The social reality of death: Death in contemporary America: Addison-Wesley; 1980.
22. Freud S. Psikanaliz Üzerine, çev. A Avni Öneş, Ankara: SayYayınları. 1989.
23. Göka E. Ölümden Öte Köy Var Mı? *Virgöl* 1998;Sayı 7:50-3.
24. Evans D. An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis: Routledge; 2006.
25. Kaufmann W. Varoluşçuluk ve Ölüm. *Ölümün Anlamı*. 1992:39-62.
26. Widera-Wysoczańska A. Everyday awareness of death: A qualitative investigation. *Journal of Humanistic Psychology*. 1999;39(3):73-92.
27. Slaughter V, Griffiths M. Death understanding and fear of death in young children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12(4):525-35.
28. Bowlby J, Ainsworth M, Bretherton I. The origins of attachment theory. *Developmental Psychology*. 1992;28(5):759-75.
29. Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ippen CG. Losing a parent to death in the early years: Guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy and early childhood: ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families; 2003.
30. Dyregrov A, Güvenç G. Çocuk, kayıplar ve yas: Yetişkinler için el kitabı: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2000.

31. Kivılcım M, Doğan DG. Çocuk ve ölüm. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2014;21(1):80-5.
32. Bjorklund DF. Children's thinking: Developmental function and individual differences: Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 1995.
33. Gudas LJ, Koocher GP, Wypij D. Perceptions of medical compliance in children and adolescents with cystic fibrosis. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 1991;12(4):236-42.
34. Baltaglia B. Cultural views on death and dying, part 2. Cross Cultural Connection. 1997;3(2):1-3.
35. Menekli T. HEMŞİRELERİN ÖLÜM ALGISININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(4):222-9.
36. Ray JJ, Najman J. Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. Omega-Journal of Death and dying. 1975;5(4):311-5.
37. Hökelekli H. Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 1991;3(3):151-65.
38. Altaş H. ÖLÜM OLGUSU VE HASTA YAKINLARINDA ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLAR. Ekev Akademi Dergisi. 2020(82):139-50.
39. Freud S. L'avenir d'une illusion: Média Diffusion; 2015.
40. Alexander IE, Adlerstein AM. Death and religion. The meaning of death. 1959:271-83.
41. YILDIZ M. 'Ölümle İlgili Genel Tutumlar. Akademik Araştırmalar-Sosyal Bilimler Dergisi, S. 1996;1(1):178-88.
42. Geçtan E. Varoluş ve psikiyatri: Remzi Kitabevi; 1990.
43. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Tıp Dergisi. 2013;52(4):223-9.
44. Storey P, Knight CF, Schonwetter RS. Pocket guide to hospice/palliative medicine: American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2003.
45. Kübler-Ross E, Kessler D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss: Simon and Schuster; 2014.
46. Fromm E. Kendini savunan insan. (13. Baskı). (N. Arat, Çev.). İstanbul: Say Yayınları 1947.
47. Karaca F. Ölüm psikolojisi: Beyan Yayınları; 2000.
48. Köknel Ö. Kaygıdan mutluluğa: kişilik: Altın Kitaplar Yayınevi; 1982.
49. Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2011;4(1-2):67-79.
50. Okcu C. Ölüm Farkındalığı ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi. 2021;4(8):43-62.
51. Sarıkaya Y, Baloğlu M. The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale (TDAS). Death studies. 2016;40(7):419-31.
52. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. Death studies. 2005;29(3):251-9.
53. Abdel-Khalek AM. Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. Death studies. 2002;26(8):669-80.
54. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi,(çev. Zeliha İyidoğan Babayigit). Kabcacı Yayınevi, İstanbul. 2001.
55. Langs R. Death Anxiety and the Emotion-Processing Mind. Psychoanalytic psychology. 2004;21(1):31.
56. Beck AT. Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar: Litera Yayıncılık; 2008.
57. Cicirelli VG. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2002;57(4):P358-P66.
58. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 12. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2003.
59. Cai W, Tang Y-I, Wu S, Li H. Scale of death anxiety (SDA): Development and validation. Frontiers in psychology. 2017;8:858.
60. Neimeyer RA. Reconstructing meaning in bereavement. Handbook of psychotherapy in cancer care. 2011:247-57.
61. Gray JA. The neuropsychology of anxiety. Issues in Mental Health Nursing. 1985;7(1-4):201-28.

62. Larson CL, Schaefer HS, Siegle GJ, Jackson CA, Anderle MJ, Davidson RJ. Fear is fast in phobic individuals: amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Biological psychiatry*. 2006;60(4):410-7.
63. LeDoux J. Remembrance of emotions past. *The Jossey-Bass reader on the brain and learning*. 2008:151-79.
64. MacIntyre A. Varoluşçuluk, Paradigma Yayınları. İstanbul; 2001.
65. Momeyer RW. Confronting death: Indiana Univ. Press; 1988.
66. Cicirelli VG. Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2006;61(2):P75-P81.
67. Göka E. Ölme: Ölümün ve geride kalanların psikolojisi: Timaş Yayınları; 2009.
68. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. *International journal of palliative nursing*. 2006;12(9):410-3.
69. Horney K, Yörükân A. Çağımızın tedirgin insanı: Tur Yayınları; 1980.
70. GÜRGÖZ N. TEZER ÖZLÜ'NÜN ÜÇ ÖYKÜSÜNDE GÖZLENEN ÖLÜM KAYGISI. *TUDOK* 2010.955.
71. Panksepp J. Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions: Oxford university press; 2004.
72. Lehto R, Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. 2009.
73. Kelly G. Personal construct psychology. Nueva York: Norton. 1955.
74. Benton JP, Christopher AN, Walter MI. Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*. 2007;31(4):337-50.
75. Bassett JF. Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies*. 2007;31(8):727-50.
76. Freud S. The Ego and the Id London. Hogarth Press; 1927.
77. Kıvrıkoğlu F, Güllü D, Kulkara NS. Bir adli tıp olgusu olarak intiharın psikanalitik bakış açısı ile incelenmesi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2020;3(6):45-50.
78. Bauman Z, Bauman Z, Demirdöven N. Ölümlülük ölümsüzlük ve diğer hayat stratejileri: Ayrıntı Yayınları; 2000.
79. Freud S. Endişe, Çeviren: Leyla Özcengiz. İstanbul: Dergâh Yayınları. 1992.
80. Geçtan E. Psikanaliz ve sonrası [Psychoanalyses and after]. Metis Yayınları. 2005.
81. Wehr G. Carl Gustav Jung, çev. Ayşe Serra Dilek.(Şule Yayınları, İstanbul); 2012.
82. Yalom ID, Babayiğit Zİ. Güneşe bakmak ölümle yüzleşmek. 2008.
83. Corey G. Theory & practice of group counseling: Cengage; 2023.
84. Dökmen Ü. Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak gelişmek uzlaşmak: Sistem yayıncılık; 2006.
85. May R. Yaratma Cesareti.(5. Baskı) çev. Alper Oysal, Metis Yayınları Yayınları, İstanbul. 2019.
86. Karahisar F. Lümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
87. Frankl VE. Duyulmayan anlam çılgılığı: Psikoterapi ve hümanizm: Öteki yayıncılık; 1996.
88. Varlık HM, Zaman I. Aziz Yardımlı Ed. İstanbul: İdea Yayınları. 2004.
89. Svet M, Portalupi LB, Pyszczyński T, Matlock DD, Allen LA. Applying terror management theory to patients with life-threatening illness: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2023;22(1):74.
90. Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*. 1996;20(4):343-65.
91. Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis*; 2015. p. 121-48.
92. Greenberg J, Arndt J, Simon L, Pyszczyński T, Solomon S. Proximal and distal defenses in response to reminders of one's mortality: Evidence of a temporal sequence. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000;26(1):91-9.
93. Hayes J, Schimel J, Arndt J, Faucher EH. A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research. *Psychological bulletin*. 2010;136(5):699.

94. Mikulincer M, Florian V, Hirschberger G. The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and social psychology review*. 2003;7(1):20-40.
95. Harmon-Jones E, Simon L, Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, McGregor H. Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of personality and social psychology*. 1997;72(1):24.
96. Mikulincer M, Florian V. Stress, coping, and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies*. 1995;19(5):413-31.
97. Ellis A. Rational psychotherapy. *TACD Journal*. 1989;17(1):67-80.
98. Türkçapar MH. Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama. İstanbul: Epsilon Yayınevi. 2018.
99. Kim KB, Choi YJ. Effects of Family Support, Ageism Experience, Loneliness and Powerlessness on Death Anxiety in Elders. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2014;26(5):584-91.
100. Spina M, Arndt J, Boyd P, Goldenberg J. Bridging health and death. Denying death: An interdisciplinary approach to terror management theory. 2018:47-61.
101. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008;22(2):167-82.
102. Thomas L. Ölüm (I. Gürbüz, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları. 1991.
103. Firestone RW. The bipolar causality of regression. *American Journal of Psychoanalysis*. 1990;50(2):121.
104. Firestone RW. Individual defenses against death anxiety. *Death Studies*. 1993;17(6):497-515.
105. Yalom ID. Love's executioner: & other tales of psychotherapy: Basic Books; 2012.
106. Kohut H. Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic association*. 1966;14(2):243-72.
107. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to posttraumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46:1027-32.
108. Mellor PA. Death in high modernity: the contemporary presence and absence of death. *The Sociological Review*. 1992;40(1_suppl):11-30.
109. Lee RL. Modernity, mortality and re-enchantment: The death taboo revisited. *Sociology*. 2008;42(4):745-59.
110. O'Mahony S. The way we die now: the view from medicine's front line: Thomas Dunne Books; 2017.
111. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *Journal of general internal medicine*. 2015;30:290-7.
112. Becker E. The denial of death. New York: Free. 1973.
113. Yalom ID. Existential psychotherapy: Hachette UK; 2020.
114. MA K. Yaşamın amacı olarak ölüm. *Düşünen Siyaset Dergisi*. 1999:57-62.
115. Hökelekli H. Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din: Dem Yayınları; 2008.
116. Bozo Ö, Tunca A, Şimşek Y. The effect of death anxiety and age on health-promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *The Journal of Psychology*. 2009;143(4):377-89.
117. Galt CP, Hayslip Jr B. Age differences in levels of overt and covert death anxiety. *Omega-journal of Death and Dying*. 1998;37(3):187-202.
118. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death studies*. 2002;26(1):39-50.
119. Russac R, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies*. 2007;31(6):549-61.
120. Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of psychology*. 1996;130(2):141-4.
121. Neimeyer RA. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 2015.
122. Assari S, Lankarani MM. Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the United States. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2016;10(2).

123. Cole MA. Sex and marital status differences in death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1979;9(2):139-47.
124. Erdoğdu MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2007;14(3):171-9.
125. MacLeod R, Crandall J, Wilson D, Austin P. Death anxiety among New Zealanders: The predictive role of gender and marital status. *Mental Health, Religion & Culture*. 2016;19(4):339-49.
126. Cohen AB, Pierce Jr JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of research in personality*. 2005;39(3):307-24.
127. Garrow S, Walker JA. Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan Journal*. 2001;3(2):77-87.
128. Guy M, Stern TA. The desire for death in the setting of terminal illness: a case discussion. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2006;8(5):299.
129. Diamond SA. Anger, madness, and the daimonic: The psychological genesis of violence, evil, and creativity: SUNY Press; 1996.
130. Harvey AG, Murray G, Chandler RA, Soehner A. Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review*. 2011;31(2):225-35.
131. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S. A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: an extension of terror management theory. *Psychological review*. 1999;106(4):835.
132. Tanrıdağ ŞR. Hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 1997;2(8):37-40.
133. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970;82(2):165-77.
134. Neimeyer RA, Van Brunt D. Death anxiety. *Dying*. 2018;49-88.
135. Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Härter M, et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative & supportive care*. 2018;16(3):308-16.
136. Jastrzebski J, Slaski S. Death anxiety, locus of control and big five personality traits in emerging adulthood in Poland. *Psychol Educ J*. 2011;48(4):1-15.
137. Sadowski CJ, Davis SF, Loftus-Vergari MC. Locus of control and death anxiety: A reexamination. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1980;10(3):203-10.
138. Judge TA, Erez A, Bono JE, Thoresen CJ. Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of personality and social psychology*. 2002;83(3):693.
139. Nehrke MF, Bellucci G, Gabriel SJ. Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1978;8(4):359-68.
140. Pyszczynski T, Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2011;24(1):3-26.
141. Kurtulan MH, Karairmak Ö. Ölüm kaygısı, tinsellik, dindarlık eğilimi ve varoluş kaygısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2016:1-2.
142. Kübler-Ross E. *Death: The final stage*: Simon and Schuster; 2009.
143. Schulz R, Aderman D. Physician's death anxiety and patient outcomes. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1979;9(4):327-32.
144. Pyszczynski T, Solomon S, Greenberg J. Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. *Advances in experimental social psychology*. 52: Elsevier; 2015. p. 1-70.
145. Batson CD, Stocks E. Its Core Psychological Functions. *Handbook of experimental existential psychology*. 2004:145.
146. Köknel Ö. *Tabular-takıntılar-saplantılar*. İstanbul: Altın Kitaplar. 1990.
147. L. SWANSON KEVIN R. BYRD J. Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and seperation-individuation conflict. *Death Studies*. 1998;22(3):257-68.
148. Hui VK-Y, Bond MH, Ng TSW. General beliefs about the world as defensive mechanisms against death anxiety. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2007;54(3):199-214.

149. Alparslan K. Ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Dini araştırmalar*. 2022;25(63):529-52.
150. Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. *Public self and private self*: Springer; 1986. p. 189-212.
151. Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death studies*. 2004;28(5):435-57.
152. V. Fortner RAN, Barry. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*. 1999;23(5):387-411.
153. Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death studies*. 2005;29(2):157-69.
154. Şenol C. Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1989.
155. Abdel-Khalek AM. Single-versus multi-item scales in measuring death anxiety. *Death Studies*. 1998;22(8):763-72.
156. Abdel-Khalek A, Lester D. Using the short subscales of a questionnaire to assess subcomponents with low reliabilities: A cautionary note. *Psychological reports*. 2002;90(3_part_2):1255-6.
157. Karaca F, Yıldız M. Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal populasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Tabula Rasa*. 2001;1(1):43-55.
158. Neimeyer RA, Moore MK. Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*: Taylor & Francis; 2015. p. 103-19.
159. Walkey FH. The multidimensional Fear of Death Scale: an independent analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(3):466.
160. Hiebert C, Furer P, McPhail C, Walker J, editors. *Death anxiety: A central feature of hypochondriasis. Depression and Anxiety*; 2005: WILEY-LISS DIV JOHN WILEY & SONS INC, 111 RIVER ST, HOBOKEN, NJ 07030 USA.
161. Tomanbay İ. Sosyal rehabilitasyon-sosyal geriatri. *Geriatrici içinde* Ankara: Turgut. 2002:248-59.
162. KONAK A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005;29(1):23-63.
163. Çataloğlu S. Yaşlılık, değer ve teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*. 2018;27-35.
164. Toprak İ, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H. Yaşlı sağlığı. *Ankara TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. 2002:8-12.
165. ARPACI F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. 2005.
166. Yelboğa N. Death anxiety in the old age. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2017;7(2):53-68.
167. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21(1):42-79.
168. Kızılkaya M, Koştü N. YAŞLILIKTA ÖLÜM KAVRAMI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(4):69-74.
169. Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*. 2016;16(1):84-116.
170. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*. 2003;49(2):123-35.
171. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(11):131-44.
172. Murman DL, editor *The impact of age on cognition. Seminars in hearing*; 2015: Thieme Medical Publishers.
173. Cangöz B, Uluç S. Yaşlılık döneminde meydana gelen psikolojik değişiklikler. *Temel Geriatrici*. 2007:45-54.
174. Lindeboom J, Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. *European journal of pharmacology*. 2004;490(1-3):83-6.
175. Yaşlılık KB. depresyon-I tanı ve değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics*. 1999;2(2):76-82.

176. Göka E, Yaşlı AÇ. demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. Türk Psikiyatri Dizini (Demans Dizisi). 2000;1(2):5-26.
177. Işık A. Unutkanlığı Olan Yaşlıya Yaklaşım. Journal Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry. 2009;1:33-8.
178. Onur B. Gelişim psikolojisi:(yetişkinlik-yaşlılık-ölüm): Sefat Yayıncılık; 2000.
179. Luo L, Craik FI. Aging and memory: A cognitive approach. The Canadian Journal of Psychiatry. 2008;53(6):346-53.
180. Bigler ED. Symptom validity testing, effort, and neuropsychological assessment. Journal of the International Neuropsychological Society. 2012;18(4):632-40.
181. Baddeley A. Working memory. Science. 1992;255(5044):556-9.
182. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1998;742.
183. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2002;1(12):287-304.
184. Karay A. Normal yaşlılığın ruhsal zorlukları. Psikiyatride Güncel. 2012;2:281-93.
185. Eryılmaz A. Bir yaşam dönemi olarak yetişkinlik: Tanımı, ölçütleri ve kuramları. IN Yetişkinlik ve Yaşlılık gelişimi ve Psikolojisi. 2013;2:49-85.
186. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
187. Karakaş SA, Durmaz H. YAŞLILIK DÖNEMİ PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE MORAL. Kocatepe Tıp Dergisi. 2017;18(1):32-6.
188. Yerli G. YAŞLILIK DÖNEMİ ÖZELLİKLERİ VE YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER. Journal of International Social Research. 2017;10(52).
189. Yıldız H. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler. Temel Gerontoloji İçinde İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları. 2010:44-64.
190. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(1):53-62.
191. Kavlak Y. Yaşlanma sürecinde fizyoloji ve yaşam stili değişiklikleri. Fiziksel Rehabilitasyon İçinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi yayınları. 2018:2-53.
192. Açar A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2020;3(2):75-80.
193. Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient—When and how to intervene. Maturitas. 2014;79(2):153-9.
194. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, Van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. Archives of general psychiatry. 2001;58(3):221-7.
195. Penninx BW, Guralnik JM, Havlik RJ, Pahor M, Ferrucci L, Cerhan JR, et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. Journal of the National Cancer Institute. 1998;90(24):1888-93.
196. Hategan A, Bourgeois JA, Cheng T, Young J, Hategan A, Bourgeois JA, et al. Late-Life Depressive Disorders, Bipolar Disorders, and Psychotic Disorders. Geriatric Psychiatry Study Guide: Mastering the Competencies. 2018:89-108.
197. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi. 2001;1(2):50-60.
198. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(3):294-309.
199. Aypak C, Serin K, Görpelioğlu S. Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatric depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2019;23(4):150-6.
200. Cassidy K-L, Rector NA. The silent geriatric giant: Anxiety disorders in late life. Geriatrics and Aging. 2008;11(3):150-6.
201. Cassidy EL, Lauderdale S, Sheikh JI. Mixed anxiety and depression in older adults: clinical characteristics and management. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2005;18(2):83-8.
202. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depression and anxiety. 2010;27(2):190-211.
203. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;17(9):769-81.

204. Rc K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributeions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602.
205. Lauderdale SA, Sheikh JL. Anxiety disorders in older adults. Clinics in geriatric medicine. 2003;19(4):721-41.
206. Karadakovan A. Yaşlı sağlığı ve bakım: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
207. Saygılı S. Yaşlılarda psikiyatrik sorunlar, çözüm önerileri ve korunma. Yaşlılarda güncel sağlık sorunları ve bakımı. 2013;87-97.
208. MERT YDDDG. DEMANS ve ALZHEİMER HASTALIĞI. Güncel Pratik Tıp. 2013;98.
209. Smith MA, Sayre LM, Monnier VM, Perry G. Radical AGEing in Alzheimer's disease. Trends in neurosciences. 1995;18(4):172-6.
210. Altan Sarıkaya N, Sukut Ö, Ayhan H. Alzheimer hastalarında görülen davranışsal sorunları yönetme. 2017.
211. Girard C, Simard M. Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset schizophrenia: Cross-sectional and retrospective clinical findings. Open Journal of Psychiatry. 2012;2(04):305.
212. Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M, Çıtak S. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2012;22(2):190-3.
213. Valiengo LdCL, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016;2105-14.
214. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Al Jurdi RK, Forester BP, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. Bipolar disorders. 2015;17(7):689-704.
215. Tuncel D, Orhan FÖ. Geriyatrik Sorunlar: Uyku Sorunları. Gerofam. 2010;1(3).
216. Mahlberg R. Sleep Disturbances in the elderly. Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946). 2016;141(16):1138-40.
217. Erciş A, Kotan G, Türk B. Ölüm Kaygısının Tüketici Tutumları Üzerindeki Etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016(23):107-34.
218. Gündoğan S, Gümüş AB. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ile Hastalık Özellikleri, Yalnızlık ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2023;32(2):81-92.
219. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2011;4(1-2):53-66.
220. Akçay S, Magrebi TK. HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(76):2100-18.
221. Top FÜ, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2010;13:14-22.
222. ÖRSAL Ö, YENİLMEZ Ç, ÇELİK N, IŞIKLI B. HUZUREVİNDE VE EVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA ÖLÜM ANKSİYETESİ VE SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2012;15(3).
223. Erol S, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S. YAŞLILARDA YALNIZLIK ALGISI VE YAŞAM DOYUMU. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):60-9.
224. Tufan İ, Kılavuz A, Özgür Ö, Ayan FS, Gürdal FY, Engin B. Türkiye'de gerontoloji atlası: Yaşlı yoksulluğu ve yalnızlık üzerine bulgular. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019;2(1):1-7.
225. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(4):213-8.
226. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
227. Elbir M, Alp Topbaş O, Bayad S, Kocabaş T, Topak Z, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. 2019.
228. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(4):695-9.

229. Ozdilek B, Kenangil G. Validation of the Turkish Version of the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA-TR) in patients with Parkinson's disease. *The Clinical Neuropsychologist*. 2014;28(2):333-43.
230. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon olcegi Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirliigi. *Turk Psikiyatri Derg*. 1997;8:187-280.
231. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenirlik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1995;3(1):223-5.
232. Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008;11(1).
233. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek olceginin gozden gecirilmis formunun faktor yapisi, gecerlik ve guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12:17-25.
234. Bowling A, Hankins M, Windle G, Bilotta C, Grant R. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of gerontology and geriatrics*. 2013;56(1):181-7.
235. Caliskan H, Aycicek GS, Ozsarekci C, Dogrul RT, Balci C, Sumer F, et al. Turkish validation of a new scale from older people's perspectives: older people's quality of life-brief (OPQOL-brief). *Archives of gerontology and geriatrics*. 2019;83:91-5.
236. Köker S. Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1991.
237. KALAYCI Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, 2. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 2006. Kapkaç Suçluları Araştırması. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. 2005.
238. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (17. bs.). Ankara: Pegem Akademi. 2011:128-30.
239. Tel H, Koç M, Aydın HT. Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020:1-10.
240. Kasar KS, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*. 2016;5(2):48-55.
241. Rashedi V, Ebrahimi B, Mohseni MS, Hosseini M. Death anxiety and life expectancy among older adults in Iran. *Journal of Caring Sciences*. 2020;9(3):168.
242. Swathi G. Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and noninstitutionalized elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2014;4(10):356-64.
243. Sheth K. Relationship between perceived meaning in life and death anxiety in the elderly: San Jose State University; 1990.
244. Falkenhain M, Handal PJ. Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health*. 2003;42:67-76.
245. Cohen AB, Hall DE. Existential beliefs, social satisfaction, and well-being among Catholic, Jewish, and Protestant older adults. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2009;19(1):39-54.
246. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. *Death studies*. 2003;27(4):335-54.
247. Sharma P, Asthana HS, Gambhir IS, Ranjan JK. Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Gerontology*. 2019;33(3).
248. Saini P, Patidar AB, Kaur R, Kaur M, Kaur J. Death anxiety and its associated factors among elderly population of Ludhiana city, Punjab. *Indian Journal of Gerontology*. 2016;30(1):101-10.
249. Madnawat AS, Kachhawa PS. Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*. 2007;31(8):763-9.
250. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, Van Der Houwen K. Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2012;64(4):357-79.

251. Polce-Lynch M, Myers BJ, Kliwer W, Kilmartin C. Adolescent self-esteem and gender: Exploring relations to sexual harassment, body image, media influence, and emotional expression. *Journal of Youth and Adolescence*. 2001;30(2):225-44.
252. Consedine NS, Sabag-Cohen S, Krivoshekova YS. Ethnic, gender, and socioeconomic differences in young adults' self-disclosure: Who discloses what and to whom? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2007;13(3):254.
253. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2009;47(8):938-43.
254. RUSSELL NOYES J, Stuart S, Longley SL, Langbehn DR, Happel RL. Hypochondriasis and fear of death. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(8):503-9.
255. James A, Wells A. Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002;41(1):43-53.
256. Wink P, Scott J. Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2005;60(4):P207-P14.
257. Nelson LD. Structural conduciveness, personality characteristics and death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1980;10(2):123-33.
258. Stevens SJ, Cooper PE, Thomas LE. Age norms for Templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*. 1980;46(1):205-6.
259. Cicirelli VG. Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death studies*. 1998;22(8):713-33.
260. Ghadampour E, Moshrefi S. Relationship between spiritual health, mental well-being and quality of life with death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*. 2017;3(2):97-106.
261. Adelirad F, Sabahiazar K, Asghari-Jafarabadi M, Namjoo S, Chattu VK, Allahverdipour H. Gender difference about death anxiety among older adults: Structural Equation Model. *Psychogeriatrics*. 2021;21(3):296-303.
262. Bastani F, Farnood F, HAGHANI H. Evaluation of death anxiety in elderly patients with cancer undergoing chemotherapy. 2016.
263. Becker TD. Health care utilization as a predictor of death anxiety in older adults. *Death Studies*. 2022;46(3):728-37.
264. Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L, Shareinia H, Jahani S, Amiri F. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clinical interventions in aging*. 2018:405-10.
265. Pei Y, Cong Z, Silverstein M, Li S, Wu B. Factors associated with death anxiety among rural Chinese older adults: The terror management perspective. *Research on aging*. 2022;44(1):65-72.
266. Rababa M, Hayajneh AA, Bani-Iss W. Association of death anxiety with spiritual well-being and religious coping in older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of religion and health*. 2021;60(1):50-63.
267. Van der Kaap-Deeder J, Soenens B, Van Petegem S, Neyrinck B, De Pauw S, Raemdonck E, et al. Live well and die with inner peace: The importance of retrospective need-based experiences, ego integrity and despair for late adults' death attitudes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;91:104184.
268. Ebrahimi B, Hosseini M, Rashedi V. The relationship between social support and death anxiety among the elderly. *Elderly Health Journal*. 2018.
269. Elsayed EBM, El-Etreby RR, Ibrahim AA-W. Relationship between social support, loneliness, and depression among elderly people. *International Journal of Nursing Didactics*. 2019;9(01):39-47.
270. Li N, Pang L, Chen G, Song X, Zhang J, Zheng X. Risk factors for depression in older adults in Beijing. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(8):466-73.
271. Kaur H, Kaur H, Venkateshan M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International journal of medical science and public health*. 2015;4(8):1049-53.
272. Routasalo P, Pitkala KH. Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2003;13(4):303-11.

273. Tong E, Deckert A, Gani N, Nissim R, Rydall A, Hales S, et al. The meaning of self-reported death anxiety in advanced cancer. *Palliative medicine*. 2016;30(8):772-9.
274. Sebea DE, El-Genaidy MM, Abd-Elsalam RM, Dawood SS. Factors associated with death anxiety among community dwelling older adults. *Alexandria Scientific Nursing Journal*. 2021;23(1):1-17.
275. Menzies RE, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*. 2019;58(4):452-67.
276. Dursun P, Alyagut P, Yilmaz I. Meaning in life, psychological hardiness and death anxiety: individuals with or without generalized anxiety disorder (GAD). *Current psychology*. 2022;41(6):3299-317.
277. Cikrikcili U, Altıntaş H. Comparison of death anxiety symptoms between generalized anxiety disorder and somatization disorder in geriatric patients attending a psychiatric outpatient clinic for the first time. *Journal of psychiatric research*. 2024;176:93-7.
278. Menzies RE, McMullen K, Riotto G, Iliescu S, Petrovic B, Remfrey M. From dread to disorder: A meta-analysis of the impact of death anxiety on mental illness symptoms. *Clinical Psychology Review*. 2024:102490.
279. Florian V, Mikulincer M. Fear of death and the judgment of social transgressions: a multidimensional test of terror management theory. *Journal of personality and social psychology*. 1997;73(2):369.
280. Tolstikova K, Fleming S, Chartier B. Grief, complicated grief, and trauma: The role of the search for meaning, impaired self-reference, and death anxiety. *Illness, Crisis & Loss*. 2005;13(4):293-313.
281. Gegieckaite G, Kazlauskas E. Fear of death and death acceptance among bereaved adults: Associations with prolonged grief. *OMEGA-Journal of death and dying*. 2022;84(3):884-98.
282. Kim KH, Lyu J. The effects of spousal bereavement and complicated grief on death anxiety among older adults. *한국노년학*. 2019;39(1):21-35.
283. Kim K, Lyu J. Complicated grief and death anxiety among older Koreans with spousal bereavement. *Innovation in Aging*. 2018;2(Suppl 1):656.
284. Robinaugh DJ, McNally RJ, LeBlanc NJ, Pentel KZ, Schwarz NR, Shah RM, et al. Anxiety sensitivity in bereaved adults with and without complicated grief. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014;202(8):620-2.
285. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot J-P. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *Journal of critical care*. 2015;30(3):599-605.
286. Davydow DS, Zatzick D, Hough CL, Katon WJ. A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical-surgical intensive care unit admission. *General hospital psychiatry*. 2013;35(3):226-32.
287. Tripathy S, Acharya SP, Singh S, Patra S, Mishra BR, Kar N. Post traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in patients after intensive care unit discharge—a longitudinal cohort study from a LMIC tertiary care centre. *BMC psychiatry*. 2020;20:1-11.
288. Zahedi Bidgol Z, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K. Death anxiety and its predictors among older adults. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2020;30(2):101-10.
289. Menzies RE, Dar-Nimrod I. Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2017;126(4):367.
290. Gibbs HW, Achterberg-Lawlis J. Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*. 1978;25(6):563.
291. Dougherty K, Templer DI, Brown R. Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*. 1986;33(3):357.
292. Kreitler S. Denial in cancer patients: Psychosocial issues. *Cancer investigation*. 1999;17(7):514-34.
293. Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*. 2018;70(3):143-7.
294. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: a preliminary cross-validation study. *Journal of Personality Assessment*. 1987;51(3):451-61.

295. Krause S, Rydall A, Hales S, Rodin G, Lo C. Initial validation of the Death and Dying Distress Scale for the assessment of death anxiety in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2015;49(1):126-34.
296. Görücü S, Arslan GG. The Investigation of Death Anxiety and Spiritual Well-Being Levels of Family Members of Patients Admitted to Intensive Care Unit. *Journal of Caring Sciences*. 2024;13(1):20.
297. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*. 2017;40(1):E1-E10.
298. Ying L, Yuyu D, Qinqin Z, Zhihuan Z. Quality of life and death anxiety among caregivers of patients with advanced cancer: the mediating effect of trait anxious personality and the moderating effect of social support. *Supportive Care in Cancer*. 2024;32(7):471.
299. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
300. Walbaum C, Philipp R, Bokemeyer C, Härter M, Junghans J, Koch U, et al. Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024;68(6):622-31.
301. Alkan A, Köksoy EB, Karci E, Alkan A, Bruera E, Şenler FÇ. Posttraumatic growth and death anxiety in caregivers of cancer patients: PHOENIX study. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(5):1364-70.
302. Uslu-Sahan F, Terzioğlu F, Koc G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer nursing*. 2019;42(5):373-80.
303. Konstanti Z, Gouva M, Dragioti E, Nakos G, Koulouras V. Symptoms of cardiac anxiety in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(5):448-56.
304. Białek K, Sadowski M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units—preliminary report. *Anaesthesiology intensive therapy*. 2021;53(2):134-40.
305. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of general internal medicine*. 2008;23:1871-6.
306. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;171(9):987-94.
307. Northouse LL, Dorris G, Charron-Moore C. Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science & Medicine*. 1995;41(1):69-76.
308. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*. 2011;53(4).
309. Given CW, Given BA, Stommel M. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer*. 1994;74(S7):2128-38.
310. Ying L, Yuyu D, Qinqin Z, Yu Y, Qingxuan N, Zhihuan Z. Death anxiety among caregivers of patients with advanced cancer: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*. 2024;32(8):510.
311. Bilge A, Ünal G. KANSERLİ HASTANIN YAKINLARININ ÖFKE VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2005;21(2):37-46.
312. Xie X, Chen L, Cheng Y, Zhang Je. Death Anxiety and Its Influencing Factors Among Family Caregivers of Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Nursing*. 2024.
313. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*. 2013;17:1-7.
314. Tadi A, Gheibizadeh M, Anjiri SGC. Death anxiety and associated factors in the hospitalized and non-hospitalized elderly with chronic diseases in ahvaz. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2022;11(4).
315. Floyd M, Coulon C, Yanez AP, Lasota MT. The existential effects of traumatic experiences: A survey of young adults. *Death Studies*. 2004;29(1):55-63.

316. Chung MC, Werrett J, Easthope Y, Farmer S, Chung C. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to a train crash. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2002;45(2):133-47.
317. Lifton RJ, Olson E. The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*. 1976;39(1):1-18.
318. Psaros C, Theleritis C, Economou M, Tzavara C, Kioulos KT, Mantonakis L, et al. Insomnia and PTSD one month after wildfires: evidence for an independent role of the "fear of imminent death". *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2017;21(2):137-41.
319. Cheung Chung CC, Yvette Easthope, Man. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Studies*. 2000;24(8):689-704.
320. Sabom MB. *Recollections of death: A medical investigation*. 1982.
321. Flynn CP. *After the beyond: Human transformation and the near-death experience*: Prentice-Hall; 1985.
322. Bianco S, Testoni I, Palmieri A, Solomon S, Hart J. The psychological correlates of decreased death anxiety after a near-death experience: The role of self-esteem, mindfulness, and death representations. *Journal of Humanistic Psychology*. 2024;64(3):343-66.
323. Hamama-Raz Y, Mahat-Shamir M, Pitcho-Prelourentzos S, Zaken A, David UY, Ben-Ezra M, et al. The link between death anxiety and post-traumatic symptomatology during terror: Direct links and possible moderators. *Psychiatry research*. 2016;245:379-86.
324. Abdel-Khalek AM. Death, anxiety, and depression in Kuwaiti undergraduates. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2001;42(4):309-20.
325. Tramill JL, Davis SF, Bremer S, Dudeck MM, Elsbury DL. A proposed relationship between the unidimensional short form of the TMAS and the DAS: The effects of embedding vs. separate administration. *Bulletin of the Psychonomic Society*. 1982;19:209-11.
326. Patton JF, Freitag CB. Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus of control. *Psychological reports*. 1977;40(1):51-4.
327. Michelson LE, Ascher L. *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*: The Guilford Press; 1987.
328. Öngider N, Eyüboğlu SÖ. Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;16(1):34-46.
329. Baum SK, Boxley RL. Age denial: Death denial in the elderly. *Death Education*. 1984;8(5-6):419-23.
330. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies*. 2004;28(4):309-40.
331. Lim SJ, Ko Y, Kim C, Lee HS. The death anxiety and depressive symptoms among poor older women in rural areas: the moderating effect of social support. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2017;28(4):440-9.
332. Oh S-G, Cho J, Kim Y-H, Choi J-M. Influence of depression on psychological death anxiety of the elderly: moderate effect of self-esteem. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(2):243-54.
333. Lester D. Fear of death of suicidal persons. *Psychological Reports*. 1967;20(3_suppl):1077-8.
334. Goldney RD. Attempted suicide in young women: Correlates of lethality. *The British Journal of Psychiatry*. 1981;139(5):382-90.
335. D'Attilio JP, Campbell B. Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. *Psychological reports*. 1990;67(3):975-8.
336. Orbach I, Kedem P, Gorchover O, Apter A, Tyano S. Fears of death in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of abnormal psychology*. 1993;102(4):553.
337. Sims MA, Menzies RE, Menzies RG. A systematic review of the relationship between death anxiety, capability for suicide, and suicidality. *Death studies*. 2024;48(1):16-26.
338. Tagaya A, Okuno S, Tamura M, Davis AJ. Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing & Health Sciences*. 2000;2(3):131-7.
339. Jamadar C, Chawla S. Effect of loneliness on death anxiety among elderly people. *The International Journal of Indian Psychology*. 2020;8(2):665-72.
340. Sandilya A, Deuri SP. Death Anxiety and Social Support between Community and Institutionalized Older Persons. *Indian Journal of Gerontology*. 2024;38(3):337-48.

341. Kisomi ZS, Taherkhani O, Mollaei M, Esmaeily H, Shirkhanloo G, Hosseinkhani Z, et al. The moderating role of social support in the relationship between death anxiety and resilience among dialysis patients. *BMC nephrology*. 2024;25(1):100.
342. Kalish RA. Death, grief, and caring relationships. 1981.
343. Mikulincer M, Florian V, Birnbaum G, Malishkevich S. The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2002;28(3):287-99.
344. Ji P, Zhang L, Gao Z, Ji Q, Xu J, Chen Y, et al. Relationship between self-esteem and quality of life in middle-aged and older patients with chronic diseases: mediating effects of death anxiety. *BMC psychiatry*. 2024;24(1):7.
345. Kasprzak E. Perceived social support and life-satisfaction. *Polish Psychological Bulletin*. 2010;41(4):144-54.
346. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*. 2019;45(1):69-77.
347. Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, et al. What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2014;19(10):944.
348. Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic physician*. 2017;9(3):3980.
349. Roshani K. Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Annals of Biological Research*. 2012;3(9):4400-5.
350. Given JE, Range LM. Life satisfaction and death anxiety in elderly nursing home and public housing residents. *Journal of Applied Gerontology*. 1990;9(2):224-9.
351. Jose S, George N, Dante G. Life satisfaction as a predictor of death anxiety among the elderly people. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2018;9(6):829-32.
352. Kang TK. Life satisfaction as a correlate of death anxiety among elderly. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2013;4(1):121.
353. Xie Y, Liu B. Life Satisfaction and death anxiety among Chinese rural elderly: Moderating effects of gender, age and spouse. *Life*. 2022;5(3).
354. Husain W, Malik MM, Shakeel A, Riaz A, Mahnoor, Jahrami H. The psychopathological predictors and effects of death anxiety. *OMEGA-Journal of death and dying*. 2024:00302228241272502.
355. Lin Y, Xiao H, Lan X, Wen S, Bao S. Living arrangements and life satisfaction: mediation by social support and meaning in life. *BMC geriatrics*. 2020;20:1-8.
356. Glaw X, Kable A, Hazelton M, Inder K. Meaning in life and meaning of life in mental health care: An integrative literature review. *Issues in mental health nursing*. 2017;38(3):243-52.
357. Szcześniak M, Mazur P, Rodzeń W, Szpunar K. Influence of life satisfaction on self-esteem among young adults: The mediating role of self-presentation. *Psychology research and behavior management*. 2021:1473-82.
358. Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*. 2009;9(3):361.
359. Ding S, Shi W, Ding L, Chen Y, Dai J, Yuan H, et al. The relationship between life events, life satisfaction, and coping style of college students. *Psychology, Health & Medicine*. 2024;29(2):398-409.
360. Ezaka ES, Nassif RN, Chibuike OP, Okeke S, Chukwubuzo OT, Ekpunobi CP, et al. Relationship between death anxiety and health-related quality of life among diabetic patients: The predictive roles of experiential avoidance. *Global Journal of Obesity, Diabetes and Metabolic Syndrome*. 2022;9(1):011-9.
361. Shafaii M, Payami M, Amini K, Pahlevan S. The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients. *Hayat*. 2017;22(4):325-38.
362. Park K-E, Kwon M-H, Kwon Y-E. Correlation among depression, death anxiety, and quality of life of aged women. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2013;27(3):527-38.
363. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.

364. Marwaha S, Agarwal N. Impact of Frailty and Death Anxiety on the Quality of Life among Elderly Population. *Indian Journal of Gerontology*. 2024;38(1).
365. Kim C, Ko H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*. 2018;39(6):623-8.
366. Gattino S, Rollero C, De Piccoli N. The influence of coping strategies on quality of life from a gender perspective. *Applied Research in Quality of Life*. 2015;10:689-701.

