



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİYOKARD INFARKTÜSÜ GEÇİREN VE DİABETES  
MELLİTUSU OLAN HASTALARIN ÖLÜM  
ANKSİYETELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZGÜL ÖZCAN YEŞİL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas

İstanbul

2010

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

**ÖZGÜL ÖZCAN YEŞİL**

## II.TEŞEKKÜR

Öğrencilik hayatım boyunca öğrencisi olma şansını yakaladığım, tezimin tüm aşamalarında yapıcı eleştiri ve yardımlarda bulunan, bilgi, deneyim ve becerisine olduğum kadar enerjisine hayran olduğum hocam, ustam Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Yard. Doç. Dr. Gül ÜNSAL'a

Yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerinden, özellikle şevkatli yaklaşımından bizleri mahrum etmeyen sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Özlem IŞIL' a,

Çalışmalarım sırasında bana yardım eden, güzel gülümsemeleriyle beni rahatlatan hocalarım Araş. Görv. Dr.Nevin ONAN, ve Dr. Semra Çıgırıkçı 'ya ,

Bu tezi yaparken ve hayatımın her döneminde benden desteğini esirgemeyen ve her zaman destekçim olan, tezimin başlangıcından, son aşamasına kadar yanımda olan sevgili eşim Dr. İrfan Yeşil'e ,

Son olarak manevi desteğini ve dualarını esirgemeyen aileme çok teşekkür ediyorum.

ÖZGÜL ÖZCAN YEŞİL

### III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>I. BEYAN</b> .....	ii
<b>II. TEŞEKKÜRLER</b> .....	iii
<b>III. İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>IV. TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	vi
<b>V. EKLER DİZİNİ</b> .....	vvi
<b>VI. KISALTMALAR</b> .....	vvi
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2.SUMMARY</b> .....	2
<b>3.GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	3
<b>4.GENEL BİLGİLER</b> .....	5
4.1. Anksiyete.....	5
4.1.1. Anksiyetenin Tanımı.....	5
4.1.2. Tarihçesi.....	5
4.1.3. Etiyolojisi.....	6
4.1.4. Anksiyetenin Psikodinamik Yaklaşımları.....	7
4.2. Ölüm.....	11
4.2.1. Ölüm ve Ölümün Tıbbi Tanımı.....	11
4.3. Ölüm Anksiyetesi.....	11
4.3.1. Tanım.....	11
4.3.2. Akut veya Kronik Hastalığı Olan Kişilerde Anksiyetenin Önemi .....	13
4.3.4. Miyokard Infarktüsü Geçiren Kişilerde Ölüm Anksiyetesi.....	14
4.3.5. Diabetes Mellituslu Kişilerde Ölüm Anksiyetesi.....	17

<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>20</b>
5.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı .....	20
5.2. Araştırma Soruları.....	20
5.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	20
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	22
5.6. Veri Toplama Araçları.....	22
5.7. Çalışma Planı.....	23
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
5.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>55</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>10. EKLER.....</b>	
<b>11 .ÖZGEÇMİŞ.....</b>	

## IV. TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren ve Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımları

**Tablo 2:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 3:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 4:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 5:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 6:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 7:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 8:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Meslek Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 9:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Meslek Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 10:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 11:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 12:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 13:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Dini Algılama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 14:** Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Dini Algılama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

**Tablo 15:** Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların ve Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları Farkı

## **V. EKLER DİZİNİ**

**EK 1 HASTA BİLGİ FORMU**

**EK 2 TEMPLER ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ**

**EK 3 ABDEL- KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ**

**EK 4 HASTANE ANKSİYETESİ VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

**EK 5 HASTA ONAM FORMU**

**EK 6 ETİK KURUL ONAYI**

**EK 7 UYGULAMA İZİNİ**

**EK 8 UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKADEMİSYEN LİSTESİ**

## **VI. KISALTMALAR**

**MI:** Miyokard Infarktüsü

**DM:** Diabetes Mellitus

**TEMPLER:** Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

**ASDA:** Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

**HAD:** Hastane Anksiyetesi ve Depresyon Ölçeği

## 1. ÖZET

Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalar ile Diabetes Mellituslu hastaların ölüm anksiyetelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde, dahiliye servisinde ve kardiyoloji servisinde tedavi gören hastalar oluşturdu. Evreni temsil edecek örnekleme, 2008 yılında hastanenin Dahiliye servisinde tedavi gören Diabetes Mellituslu 94 hasta ile, Kardiyoloji Servisinde tedavi gören Miyokard İnfarktüsü 72 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında hastaların kişisel özelliklerini belirlemek için 'Hasta Bilgi Formu', ölüm anksiyete ve hastane anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla, Templer Ölüm Anksiyetesi, Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi ve Hastane Anksiyetesi ölçekleri kullanıldı. Tüm veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, frekans dağılımı, Oneway Anova testi, ki-kare testi, ve ileri analizde Benforroni testi kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 50,55 bulunmuştur. Araştırmaya katılan MI hastalarının %30,6'sı kadın, %69,4'ü erkek, DM hastalarının %36,2'si kadın, %63,8'i erkektir.

Çalışmamızda akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ve diabetes mellitusu olan hastaların ölüm anksiyeteleri ve hastane anksiyeteleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. AMI geçiren hastalar ve diyabet hastalarının hastane depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Bu durumda her iki grubunda hastane depresyonu düzeylerinin yüksek olduğu, AMI geçiren hastaların hastane depresyon düzeylerinin diyabet hastalarına göre daha yüksek olduğu bulundu.

Çalışmanın sonucunda risk grubunda olan Diabetes Mellituslu hastalar ile Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların, hastane anksiyetelerine ve depresyona yönelik, klinik şartlarında psikoloji destekli eğitim programlarının planlanması, kurum içinde çalışanlara bu konu ile ilgili gerekli eğitimin verilmesi önerisinde bulunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Myokard İnfarktüsü, Diabetes Mellitus, Ölüm anksiyetesi

## **2. SUMMARY**

### **COMPARATION OF DEATH ANXIETY BETWEEN PATIENTS THAT HAVE DIABETUS MELLITUS AND HAD AN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

This study designed for the assesment of death anxiety of the diabetic and myocardial infarcted patients who were treated in a Education and Research Hospital. Participants were selected from Cardiology and Internal medicine services in a Education and Research Hospital that committed to Ministry of Health. Study collections were taken between January 2008 and December 2008, 94 diabetic and 72 infarcted patients were selected. Fort he personal features we used 'Patients Information Form' and to determine the death and hospital anxiety levels we used 'Templer Death Anxiety' (TEMPLER) and 'Abdel- Khalek Death' (ASDA) and 'Hospital Anxiety' (HAD- A) scalas. All datas were transfered to computer and mean, Standard Deviation, frequency distribution, Oneway- Anova Test, Q-square Test, And 'Benforrni Test' for the further evaluation were used.

Mean age of participants is 50,5. 30,6% of the infarcted patients were female and 69,4% were male, whereas 36,2% were female and 63,8% were male in the diabetic patients. 2,8% were single, 79,2% were married, 18,1% discovernt in the infarcted group, and 16% were single, 60,6% married, 23,4% were discovernt in the diabetic group.

In our study, we examined death anxiety and hospitalisation anxiety of the 'Patiens with Acute Myocardial Infarction' and 'Diabetic Patients' and we have found that there is no diffarence between two groups, which is statistically significant. But when we compared the depression levels of these two groups, depression was seen in AMI group higher than the diabetic group diffarence was statistically significant.

As a result of this study, diabetic and myocardial infarcted patients must be evaluated in their clinic for the anxiety stratification and psychological programs must be planed for the employee of the clinic.

**Key Words:** Myocardial Infarction, Diabetes Mellitus, Death Anxiety

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, Türkçe anlamı tek bir sözcükle kapsanamayan, endişe, kaygı, korku, kötü bir beklenti, bunaltı olarak ifade edilen bir duygudur. Açık bir tehdit olmadan ortaya çıkan hoş olmayan, korkuya benzer bir durum olan anksiyete, bilinçli olarak farkında olunan, bir dış tehdit ya da tehlike anlamını taşıyan korkudan, birincil şekilde intrapsişik oluşuyla farklıdır (Abdel 2004, Bütün, Yücel, Çelik ve Kılıçoğlu 2004).

Ölüm yaşamsal işlevlerin tamamen durması olarak düşünülürken, ölmek bu işlevlerde kaybı belirtilen bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalarda, ölüm nedenlerinin hastalıklara göre dağılımında, gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde birinci ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar, ikinci ölüm nedeni ise felç ve beyin fonksiyonlarına ilişkin diğer hastalıklar olarak belirtilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2003 verilerine göre, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ölüm nedenlerinin başında kalp krizi, kalp yetmezliği, hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır (Arslanoğlu 2004, Öner 1998, Sarıççek, Gülseren, Sarıkaya ve Özen 2006).

Kardiyovasküler hastalığa sahip bireyler, fiziksel ve psikolojik durumlarında görülebilen hızlı, ani değişiklikler, yapılan tedaviler ve bu hastalığa özgü davranışsal sorunlar nedeni ile komplikasyonların ve ölümün fazla görüldüğü hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle akut miyokard infarktüsü(AMI) geçiren hastalarda akut fazda ölüm korkusu, sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşanabilir. Durna ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada AMI geçiren hastalarda, sık sık belirtilen stresörlerden biri ölüm korkusu ve diğeri de tekrar AMI geçirmek olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark.1997, Kübler 1998, Özkan 1995).

Kronik hastalıklar, psikososyal boyutları olan bireyi, ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel sorunlarla karşı karşıya bırakır. Kronik hastalıklı bireyler, hastalığın yol açtığı belirtilere karşın mümkün olduğu kadar kendilerinin kontrol edebilecekleri bir yaşam yaratmaya çalışırlar. Ancak bu durum bazen yetersiz kalabilir, sağlığın bozulması ya da işlev yeteneğinde giderek azalma ve kötüleşme sonucunda

belirsizlikler oluşabilir. Tedavinin uzun sürmesi durumunda belirsizlik daha yoğun yaşanır ve bireyde anksiyete ve korku yaratabilir. Binlerce yıldan beri öldürücü bir hastalık olarak kabul edilen, ilk kez 1500 lü yıllarda Mısır'da 'Bedenin idrara akıp gitmesi' şeklinde tanımlanan, 1922'de İnsülinin kullanıma sunulmasıyla tedavi edilebilen Diabetes Mellitus kronik, metabolik bir hastalıktır. Yapılan araştırmalarda, diyabetli hastalarda anksiyete belirtilerinin %40 gibi yüksek oranında görüldüğü bildirilmiştir (Neimeyer 1994).

Ölüm kaygısı üzerine yapılan araştırmalarda en çok kanser olgularının ele alındığı dikkat çekmektedir. Miyokard İnfarktüsü gibi akut gelişen hastalıklarda, ya da prognozu daha iyi Diabetes Mellitus gibi kronik hastalıklarda, ölüm anksiyetesi üzerine çok fazla araştırmaya rastlanmamaktadır. Bu bağlamda araştırma, diyabetli hastalar ve Akut Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalarda ölüm anksiyetesini karşılaştırmalı olarak incelenmek üzere planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. ANKSİYETE

#### 4.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Türkçede iç sıkıntısı, bunaltı, kaygı gibi sözcüklerle tanımlanmaya çalışılan anksiyete, yaşamı tehdit eden şekilde algılanan, içten ya da dıştan kaynaklanan bir tehlike, tahlike olasılığı ya da tehlike olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan bir duygudur (Sürmeli 1997).

Anksiyete, her insanın bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, yakından tanıdığı bir yaşantıdır. Psikoloji ve psikiyatride bir emosyon olarak kavramlaştırılmıştır. Anksiyete strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında eyleme geçmeye hazırlamaktadır. Dolayısı ile normal anksiyete mantıklı, gerekli hatta yaşamsaldır (Koroğlu 2007).

Anksiyetenin hangi durumlarda patolojik, hangi durumlarda normal olarak yaşanacağı konusu tartışmalıdır. Genel yaklaşım, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde kopukluklara neden olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği, terleme, soluk almada güçlük..vb. fiziksel belirtilerinde eşlik ettiği durumların patolojik olarak değerlendirilmesi yönündedir (Sürmeli 1997).

#### 4.1.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete sözcüğü Hint-Avrupa dilleri ailesinden olan eski Grekçe'de kökü 'ageho'' dur, ve Latinceye 'ango'' ve 'anxio' olarak her iki koldan girmiştir. Somut anlamı, sıkıştırmak olup, anksiyete sırasında göğüsteki ve boğazdaki sıkışma durumunu ifade etmektedir.

Roma döneminde 'anxietos' sözcüğü daha çok süreğen bir korku halini betimlerken 'angor' sözcüğü ise günümüzün panik atağına yakın biçimde anlık yoğun korku anlamında kullanılmıştır (Işık 2006).

Orta çağda anksiyete Tanrı korkusuyla ilişkilendirilmiştir. 17.yy' dan itibaren Decartes ve Delta Matrie' nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete psikolojik bir sorun olarak ele alınmıştır. 1895'te Sigmund Freud bedensel belirtiler arasından

anksiyeteyi çekip ön plana çıkararak, çekirdek belirtisi anksiyete olan ‘anksiyete nevrozu’ bağımsız bir sendrom olarak tanımlayan ilk kişi olmuştur. Bu çekirdek anksiyeteye pavor nocturnus, vertigo, anksiyöz beklenti ve fobiler gibi başka özelliklerde eşlik etmekteydi. Diğer tıp branşları anksiyetenin bu şekilde kavramlaştırılmasını oldukça geç benimsediler (Köroğlu 2007).

Korku ile anksiyetenin ayrımını yapan ilk kişi varoluşçu akım öncülerinden Kierkegaard anksiyeteyi, ‘özgürlüğün baş dönmesi’ olarak tanımlamış, özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve varolmama korkusu ile oluşan bir duygu olduğunu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu şeklinde farklı bir yaklaşım ortaya koymuştur (Işık 2006).

Freud’da korkunun ve anksiyetenin farklı olduğunu vurgulamıştır. Yine psikopatolojinin ilk kurucusu sayılan Alman Hekim Carl Jasperte korkunun bir nesneye yönelik olduğunu, anksiyetenin ise nesne ile ilişkisi olmadığını vurgulamıştır (Köroğlu 2007).

#### **4.1.3. Anksiyetenin Etiyolojisi**

Anksiyetenin etiyolojisini iki alanda inceleyebiliriz:

##### **a) Organik Nedenler;**

19.yy’da Bleur ve Schneider, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının henüz bulunmamış organik nedenleri olduğuna inanıyorlardı. Bu inanış uzun yıllar sürdü. Teknolojik gelişmelere paralel olarak bu doğrultuda bir çok araştırma yapıldı.

Son yıllarda beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler, fizyoloji, biyokimya ve genetik çalışmalardaki ilerlemeler sayesinde bazı bulgular elde edilmiştir. Özellikle anksiyetenin arttığı durumlarda, adrenalın düzeylerinde artış saptanmıştır. Ancak bu artışın etyolojik bir faktörmü, yoksa anksiyete durumlarında ortaya çıkan bir durum mu olduğu henüz açıklığa kavuşmamıştır.

Biyolojik psikiyatri, anksiyete bozukluklarının nöradrenerjik ve serotonerjik sistemlerle ilişkili olduğunu savunur. Bunlar kısmen hayvan deneyleriyle, kısmen korku provoke eden testlerle, kısmen de insanlarda değişik ilaçların denenmesine dayandırılır. Bu sistemlerin korkuyu regüle etmede önemli rollerinin olduğu

bilinmekle birlikte, bugüne kadar yapılmış çalışmalarda nedensel ilişki doğrulanmamıştır (Işık 2006, Köroğlu 2007, Michael 2003, Sürmeli 1997).

Anksiyete bozuklukları üzerinde yapılan genetik çalışmalarda ise birçok genetik faktörün işe karıştığı izlenimi elde edilmiştir. Monozigot ikizlerin %50 sinde aynı tür anksiyete bozukluğu ve %65' inde ise belirgin, anksiyeteye eğilim saptanmıştır. Bununla birlikte anksiyete ile ilgili genetik çalışmalar henüz kesin bir yargıya varmaktan uzaktır.

b) Psikososyal Nedenler;

Anksiyetenin etiyojisine yönelik, psikolojik ve sosyal nedenleri açıklayan çeşitli yaklaşımlar söz konusudur. Bunlardan başlıcaları psikodinamik görüşler, öğrenme kuramları, bilişsel yaklaşımlar ve varoluşcu yaklaşımlardır (Işık 2006, Köroğlu 2007, Michael 2003, Sürmeli 1997).

#### **4.1.4. Anksiyetenin Psikodinamik Yaklaşımları**

a) PSİKANALATİK KURAM

Geleneksel psikanalitik kuram, anksiyete ve anksiyete bozukluklarını bilinç dışı çatışmalardan kaynaklandığını öne sürer. Freud'un konuya dair ilk teorisine göre, anksiyete, bastırmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Hastanın fobik ya da obsesif davranışları engellendiğinde yoğun bir anksiyetenin görüldüğünü fark eden Freud, böylece semptomun anksiyetenin yerini aldığı fikrini savunmuştur. Sürekli ve tatmin olmamış cinsel eksitasyon durumu içinde bulunan hastalarında yoğun anksiyetelerine dikkat çeken Freud anksiyete ya da anksiyete ile eşdeğerde olan diğer bazı süreçlerin semptom şekline dönüşerek libidonun yerine geçtiği fikrini ortaya atmıştır (Işık 2006, Sürmeli 1997).

Freud' un anksiyete ile ilgili ikinci teorisinde, bu sefer görüş değiştirerek bastırmaya neden olanın anksiyete olduğunu ileri sürmekte ve aslında varolan anksiyetenin bastırmaya neden olduğunu kabul etmektedir. Bu kez anksiyetenin odak noktası egodur. Ego tehlikeyi algılar ve bu algılama anksiyeteyi yaratır. Bunun sonucunda ego, varlığını tehlikeye sokabilecek tüm arzu ve impulslarını bastırır. Freud'a göre anksiyeteye yatkınlık doğuştan vardır ve filogenetik (phylogenetic) olarak kalıtımsaldır.

Freud'a göre, insanın ilk anksiyete yaşantısı doğum esnasında olur. Sakin, korunmuş bir sığınaktan bilinmeyen uyarımların dünyasına çıkış ve fizyolojik gereksinimlerin otomatik olarak karşılanmadığı yeni bir ortama geçiş bebekte ilk anksiyete duygusunu yaşatır. Anne yokluğunun algılanması, organizmanın yaşamında ilk tehdit anlamı taşıyan, primer anksiyeteyi oluşturur. Bu anksiyete gelecekteki tüm anksiyete reaksiyonlarını temeli olabilir. Freud' a göre gelişimsel dönemlerde anksiyeteyi oluşturan diğer durumlar ise, ayrılık anksiyetesi veya obje kaybına bağlı anksiyete, kastrasyon anksiyetesi (fallik dönemde), üstbenlik anksiyetesi (latent dönemde), altbenlik anksiyetesi şeklinde sıralanabilir (Işık 2006, Kozacıoğlu 1995, Sürmeli 1997).

Freud genel anlamda üç ayrı anksiyete tanımlar;

1) Reel anksiyete; korku ile eş anlamında gördüğü reel (gerçek) anksiyeteyi, algılanan bir dış tehlikeye karşı tepki olarak kabul eder ve acı veren duygusal bir yaşantı olduğunu söyler.

2) Moral anksiyete; bu anksiyetenin süperregonun özellikle vicdan denen kısmından gelen tehlikenin algılanmasından doğduğunu belirtir. Moral anksiyetenin, başlangıçta kaynaklandığı nokta objektiftir, yani cezalandırıcı anne-baba korkusudur. Ebeveyn standartlarının benimsenmesinden ve süperregonun gelişmesinden sonra moral anksiyetenin kaynağı artık ruhsal yapının içindedir.

3) Nörotik anksiyete; idin içgüdülerdeki tehlikeleri algılanmasıyla ortaya çıkar. Aslında bu, egonun savunmasının zayıflayıp, içgüdüsel isteklerin impulsif faaliyete dönüşmesi halinde neler olabileceğinden ileri gelen bir korkudur (Emery 1995, Kozacıoğlu 1995).

Yeni Freud'culara göre, anksiyetenin kaynağı insanlar arası ilişkilerdir. Diğer bir deyişle, insanın çevreyle olan ilişkilerinin bir işlevidir. Sullivian, anksiyeteyi bireyin diğerleri karşısındaki başarısızlığın ifadesi olarak ele alır. Bu başarısızlık duygusu insanı çaresiz bırakır ve çevreden koparır. Sullivan' a göre kendimizi başkasının gözüyle görür, başkalarının bizi algıladığını sandığımız şekilde algılarız. İşte bu durum anksiyeteye yol açar.

Aynı ekolden K.Horney düşmanca hisler (hostility) ile anksiyete arasındaki ilişkinin üzerinde durur. Horney'e göre nörotik anksiyete, değişik türdeki düşmanca

hislerden kaynaklanır. Bu düşmanca hisler ve impulslar anksiyeteli kişide yeni anksiyeteler oluşturur. Horney' e göre anksiyete, doğuştan itibaren vardır, ortaya çıkmasında çeşitli güçler ve ölüm duygusu rol oynar (Işık 2006, Kozacıoğlu 1995, Sürmeli 1997).

Erich From ise anksiyetenin kültürel bir olay olduğunu, kişinin yaşadığı çaresizlik, yalnızlık ve çevreye yabancılaşma duygularının rollerini vurgular (Özkan 1994, Meninger 1985).

Freud sonrası görüşler:

Maleine Klein ve onu izleyen ego psikolojisi kuramcılarına (Macher, Hartman, Jacobian)'a göre anksiyete, çocuk ile yaşadığı ortam arasındaki ilk ilişkilerle ilgilidir. Bebek, gerçek-fantezi ayırımını yapamaz, zaman kavramı gelişmemiştir ve konuşamaz. İçinde bulunduğu karmaşayla mücadele edemez, yalnızca açlık, susuzluk gibi fiziki acılardan kurtulmaya çalışır. Bebek dış dünyayı ve kendisini bir bütün olarak değil, parçalardan oluşmuş imajlar olarak algılar. Bu imajlar içinde bebeğe acı verenler kötü, bu acıdan kurtarıp rahatlatanlar ise iyi parçalardır. Bu algılamalar ve imajlar daha sonra tasarımlar halinde giderek bütünleşirler. Bu süreç içinde yeterli ve gerekli miktarda doyum verici yaşantılar yoksa olumsuz kötü yaşantı imaj veya tasarımları daha çoğunlukta, bütünlüğün oluşması zorlaşır. Kötü yaşantı parçacıkları bütüne katılmakta zorlanır ve bütünleşmeyi tehdit eder. İşte bu olumsuz yaşantı parçalarının bütünlüğü tehdit ediyor olması durumlarında, benlik bölünme (splitting), yansıtma (projeksiyon) vb. düzeneklerle kötü parçaları bütünden ayırtmaya çalışır. Bu da erişkin dönemde 'persekütar anksiyete' nin (kötülük görme anksiyetesi) oluşmasına yol açar (Emery 1985, Gilliland ve Templer 1986, Işık 2006, Sürmeli 1997).

## b) ÖĞRENME KURAMLARI

Öğrenme kuramcılarına (Watson, Mergan, Royner) göre anksiyete, öğrenilmiş bir süreçtir ve açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında anksiyete, insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür. Pavlov'un klasik koşullanma kuramından yola çıkarak anksiyetenin koşullu bir tepki olduğunu öne sürerler. Ancak öğrenme kuramı, her ne kadar fobileri açıklamakta

başarılı olmuşsa da, yaygın anksiyete gibi tabloları açıklamakta yetersiz kalmıştır (Eakes 1985, Guiry ve Conrayr 1988, Koç 2002).

#### c) BİLİŞSEL KURAMLAR

Bilişsel kuramcılardan Beck'in bilişsel üçlü kuramı en yaygın ve en çok kabul gören kuram olmuştur. Bu görüşe göre, anksiyete ve depresyon gibi anormal duygusal durumlar, kişinin gelecek, dünya ve kendisi ile ilgili çarpık inançların bir sonucudur.

Kişiler bazı uyaranları zarar ve tehlike beklentisi olarak değerlendirmeyi öğrenirler. Bu öğrenme gözlemle, bilgilendirme ya da tepkisel koşullama ile oluşur. Tehlike ve ya zarar görme beklentisi ne kadar çoksa, anksiyete de o oranda artar (Eakes 1985, Gilliland ve Templer 1986, Işık 2006, Michael 2003).

#### d) VAROLUŞÇU KURAMLAR

Bu kurama göre, insanlar yaşamlarında bir 'hiç' olduklarının farkına varırlar. Bu duygu ölümün kaçınılmazlığını kabul etmekten çok daha fazla rahatsızlık vericidir. Anksiyete, kişinin varoluşunun geçersizliğine gösterdiği bir tepkidir.

Varoluşçu düşüncenin öncülerinden Kierkegaard'a göre, anksiyete özgürlüğün baş dönmesidir. Özgürlük, kişinin kendi farkındalığının artması ve bir benlik olarak sorumlu davranabilme kapasitesidir. Kierkegaard'a göre anksiyete, her zaman özgürlüğe yönelimli olarak anlaşılmalıdır. Özgürlüğü insan gelişiminin amacı olarak tanımlayan düşünür, özgürlükle insanın önünde serili olanaklara atıf yapmaktadır. İnsan önünde yeni olanaklar bulunabilen, bu olanakları değerlendirebilen, onları gerçekleştirebilen kişidir. Her olanığın gerçekleşmesinde anksiyete saklı olarak vardır. Olanak gerçekleşmeden önceki ara durak anksiyetedir. Birey yeni bir potansiyel ya da olanakla karşı karşıya kaldığında anksiyete ortaya çıkar. Kişinin varlığını gerçekleştirebileceği yeni bir olasılık vardır. Ancak bu olasılık, içinde bulunulan durumdaki güven duygusunun feda edilemesi gerektirir. Anksiyete yok oluş tehditiyle birlikte yeni bir varoluş olanağıdır.

Paul Tillich, anksiyeteyi 'varlığın muhtemel bir yokluğu fark etmesi' olarak tanımlamıştır. Anksiyete yokluğun varoluşsal farkındalığıdır. Paul Tillich'e göre, yokluk varlığı 3 yönde tehdit eder ve böylece 3 tip anksiyete belirir; 1. ölüm

anksiyetesi, 2. suç ve kınama anksiyetesi, 3. boşluk ve anlamsızlık anksiyetesi. Ölüm anksiyetesi en temel ve evrensel en kaçınılmaz anksiyetedir. Yokluk her yerde hazır ve nazırdır. Bu yüzden de yakın bir ölüm tehdidi olmasa bile anksiyete yaratır (Işık 2006, Köroğlu 1995, Michael 1965).

## 4.2.ÖLÜM KAVRAMI

### 4.2.1.Ölümün tıbbi tanımı;

- ✓ Bilincin tam ve sürekli olarak kaybolması,
- ✓ Solunumun sürekli olarak kesilmesi
- ✓ Dıştan gelen tüm uyarılara karşı tüm tepkilerin ve reflekslerin yok olması,
- ✓ Tüm kaslarda gevşeme görülmesi,
- ✓ Beden ısısının tümüyle kaybolması,
- ✓ Beynin tüm faaliyetlerinin yok olması olarak tanımlanır (Kara 2002).

Çağlar boyunca yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun üzerinde düşündüğü, gizemini sorguladığı bir durumdur. Her zaman da sorgulamaya devam edecektir. Nedir bu ölüm? Kimine göre bir stres kaynağı iken, kimine göre stresten kurtulmanın yolu; kimine göre bir yok oluş iken kimine göre de ölümsüz bir hayatın başlangıcıdır. Bu bakış açısı ile ele aldığımızda ölüm, kimi insanda kaygı uyandırırken kimi insanda da sevince neden olabilir. Örneğin; İslamiyet'te sufilere göre "sevgiliye kavuşma" olarak düşünülürken, Hıristiyan inancındaki bazı düşünürlere göre de insana verilmiş bir ceza olarak değerlendirilir.

Hem kaçınılmaz hem de evrensel bir olgu olan ölüm, tüm insanlık tarihi boyunca her zaman en çok merak edilen ancak aynı zamanda en geniş tabuları olan ve bir o kadar da kaçınılan, korkulan ve yaşam kadar gerçek bir olgudur (Yıldız 1994).

### **4.3.ÖLÜM ANKSİYETESİ**

#### **4.3.1.Tanım;**

Ölüme ilişkin olumsuz bakış açısını ifade etmek için literatürde ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu ölüm endişesi gibi bir çok terim kullanılmaktadır. Ölüm korkusu daha özgül ve bir dış tehdite yönelikken, ölüm anksiyetesi daha genel ve farkına varılması daha güç bir durumu tanımlamak için kullanılır.

Genel olarak ölüm anksiyetesinin evrensel olduğu kabul edilmektedir. Burada ölüm anksiyetesi terimi, kişinin yaşama yönelik acil bir tehditin söz konusu olduğu durumlarda hissedilen anksiyeteyi değil ‘günlük hayatta’ yaşantılanan anksiyeteyi ifade etmektedir (Becker 1952, Popovic 2002).

#### **Ölüm anksiyetesinin iki faktör modeli;**

Templer ve arkadaşlarının geliştirdiği bu modele göre, ölüm anksiyetesi iki temel faktör tarafından belirlenir.

- a) Anksiyete ve depresyon ölçümleri ile ortaya konabilen kişinin genel ruh sağlığı,
- b) Ölüm konusuna ilişkin kişinin özgül yaşam deneyimleri.

Giliand ve Templer ilk faktörün daha dar bir anlamda ölüm anksiyetesi ile, ikinci faktörünse, doğrudan doğruya ‘ölüm korkusuyla’ ilişkili olduğunu ifade etmişler ve ikinci faktörün kaçınılmaz olarak tüm insanlarda bulunduğunu ve öğrenmeye çok az bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna ek olarak, savunma mekanizmalarının çökmesinin ölüm anksiyetesine yol açacağı gibi, depresyona, çeşitli nevroitik bozukluklara ve psikoz gibi diğer psikopatolojik durumlara da neden olabileceğini ifade etmişlerdir (Gilliand ve Templer 1986, Templer 1977).

Anksiyete belirsizlik ve bu belirsizliğin farkına varılması ile yakından ilişkilidir. Bu açıdan ölüm, anksiyeteye neden olabilecek en az dört temel niteliğide kendinde barındırmaktadır; Ölme işi, acı (hastalık, yalnızlık vb.), kayıp (başta kendi bedeni olmak üzere nesnelere dünyasına ait herşeyin kaybı), öngörülemez oluşu (zamanı, oluş şekli) ve bilinmez oluşu (ölüm deneyimine ve sonrasına ait bilinmezlik) (Popovic 2002).

Freud'un ölümün hayal edilemez, kavranamaz bir durum olduğu ve her insanın temelde kendisinin ölümsüz olduğuna inandığı, bu nedenle anksiyete kaynağının olamayacağı yönündeki düşüncelerine karşın, varoluşçu düşünürler ölümün temel anksiyete kaynağı olduğu konusunda birleşmektedirler.

Heidegger'e göre anksiyete insanın sınırlılığını ortaya çıkardığı gibi geçiciliğini de, yani onun ölüm yönündeki varlığını ortaya çıkarır (Becker 1952, Mutal 1971).

Yalom, ölüm anksiyetesinin birçok korkunun birleşiminden meydana gelen birincil anksiyete kaynağı olduğunu ve kişisel yok olma korkusunun bu kaygı girdabının tam ortasında yer olduğunu öne sürmüştür. Yalom'a göre, hayat ve ölüm birbirine bağımlıdır, birbirine ardışık olarak değil, aynı anda vardır.

Ölüm, hayatın perdesi arkasında sürekli olarak sesini duyurmakta, yaşantı ve davranış üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. Ölüm, ilk anksiyete kaynağı ve bu sıfatla ilk psikopatoloji kaynağıdır (Yalom 2001).

Yalom insan yaşamı ve psikopatoloji üzerinde çok önemli bir etkisi bulunan ölüm anksiyetesinin, klinik psikoterapi uygulamalarında neredeyse yok sayıldığına dikkat çeker. Bu durumu, klasik psikodinamik kuramda ölüm anksiyetesinin çeşitli kuramsal ve kişisel nedenlerle temel anksiyete kaynağı sayılmaması, klinisyenin ölümü ele almadaki zorluğu ve ölüm anksiyetesinin ortaya çıktığı andan itibaren çeşitli savunma mekanizmaları ile dönüştürülmesi ve bu nedenle klinisyene hemen görünen birşey olmaması ile açıklar (Yalom 2001).

#### **4.3.2. Akut veya Kronik Hastalığı Olan Kişilerde Anksiyetenin Önemi**

Anksiyete, hastalığı bulunan kişilerde sık görülmekte ve önemli ölçüde morbiditeye neden olmaktadır. Bu bozukluklar heterojen olup, eş zamanlı fiziksel hastalıkla değişik derecelerde ilişki göstermektedir (Ray-Byrne 1989).

Anksiyete ve anksiyeteye eşlik eden otonom sistemdeki uyarılma, fiziksel hastalıkların gelişmesine katkıda bulunabileceği gibi, altta yatan hastalıkların gidişini etkileyebilir. Örneğin; anksiyete belirtilerinin hipertansiyon, koroner arter hastalıkları ve miyokard infarktüsü nedeni ile ölüm riskini arttırdığı gözlenmiştir. Bu gözlemin tersi de doğrudur; fiziksel hastalıklar anksiyeteye, anksiyete bozukluğunun başlamasına, alevlenmesine ya da klinik gidişin kötüleşmesine neden olabilir.

Kalp ya da solunum yetersizliği gibi, adrenerjik etkinlikte artışa neden olan durumlar ya da tedaviler anksiyetenin belirtilerini arttırabilir. Kronik tıbbı durumlara, örneğin Diabetes Mellitus gibi hastalıklara eşlik eden anksiyete, aradaki mekanizmadan bağımsız olarak işlevsellikte ve iyilik halinde azalmayla ilişkilidir (Ray- Byrne 1989).

Hasta ve hekimlerin, anksiyeteyi hasta olmanın beklenen bir sonucu olarak değerlendirmeleri, potansiyel olarak tedavi edilebilen bu durumun gözden kaçmasına yol açmaktadır. Anksiyeteli bireyin, fiziksel hastalığın tedavisi bu tip nedenlerle engellenebilmektedir. Hastalığının komplikasyonlarına yönelik tasalanma, eşlik eden anksiyeteyle ilişkili kaçınmalı davranışlar, tedaviye uyumu azaltmakta ve tedavinin sürmesini engellemektedir. Anksiyeteli hastalar genel olarak fiziksel rahatsızlık için uygulanan tedavilere kötü yanıt verir. Bu, durumun hastalığın kendisinden kaynaklandığı yanılgısı olabilir. Örneğin sağlık konusunda abartılı şekilde tasalanma ve anksiyetenin fiziksel belirtileri, özellikle kalp hastalarının rehabilitasyonu engellenmektedir (Guiry ve Conrayr 1988 ).

Sonuç olarak sistemli araştırmalardan elde edilen kanıtlar, psikolojik faktörlerin, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları, nörolojik sorunlar ve romotolojik bozukluklarda içinde olmak üzere hemen her önemli hastalık katogorisinde tıbbi sorunların seyrini olumsuz etkileyebileceklerini göstermektedir.

#### **4.3.3.Myokard Infarktüsü Geçiren Kişilerde Ölüm anksiyetesi**

Kardiyovasküler rahatsızlıklarla, psikiyatrik rahatsızlıkların birbirlerini karşılıklı olarak etkiledikleri çok eskilerden bilinmektedir. Kalp hastalıkları ve özellikle AMI, psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardır. MI'de akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur (Özkan 1994).

Myokardın oksijen gereksinimi hastalıklı koroner arterin kan getirme kapasitesini aştığında ve ya koroner vazokonstrüksiyonun artması nedeni ile kan akımı kritik düzeylere düştüğünde, myokard iskemisi gelişir. Myokard iskemisi belirtileri, anjino pektoris ve anksiyete arasındaki ilişkiler oldukça iyi tanımlanmıştır. Asemptomatik ve ya sessiz miyokardial iskeminin KAH olan kişilerde oldukça sık olduğu, gerek fiziksel, gerekse ruhsal stres ile orataya çıkabileceği gösterilmiştir (Tüner 1997).

Akut myokard infarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlanmanın temelinde ölüm korkusu vardır. Bir kişi kalbinden rahatsız olduğunu kavrayınca ölümü aklına gelir. Çünkü kalp, yaşam ile ölüm arasındaki bağı tutan en önemli organlardan biridir. Bu hastalarda kuşkusuz en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur. İkinci en büyük kaygı kaynağı ise, sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur.

Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde anksiyete yaratıcı bir krize neden olucu etkisi ile ilgili yapılan araştırmalar ve gözlemler, kalp krizinin en ciddi zorlanma yaşanan hastalıklardan olduğunu ortaya koymuştur.

Kalp krizi bir kayıp tepkisine, yeterlilik ve değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlikde (ego) enfarktüs ve zedelenme yaşamaktadır. Kişi kendine yeterliliğini, işini tehlikeye girmiş ve azalmış gibi hissedebilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünür (Koç 2002).

Myokard infarktüsü geçiren hastanın psikolojik yaşantısı 3 evrede ele alınabilir;

a) Hastane önceki dönem; Akut miyokard infarktüsü geçiren hasta için en önemli tehlike, semptom başlangıcıyla hastaneye varış arasında geçen süre aralığındaki gecikmedir. Miyokard infarktüsü nedeniyle ölümlerin %55-80'i ilk 4 saat içinde gerçekleşir. Reperfüzyon tedavisinin önemi zaman bağlıdır.

Kişinin kendi yararına enerjik bir yol izlemesini engelleyen savunma mekanizmalarından birinin inkar olduğu bilinmektedir. Yaşam streslerine karşı en çok gösterilen insan reaksiyonu inkardır. İnkâr, bilinçli veya bilinçsiz olarak bir olayın, bir kişinin tüm anlamını, korku, kaygı ve ya hoş gitmeyecek diğer etkilerini giderebilmek için reddetme olarak tanımlanır (Özkan 1994, Özkan 1993). Bir diğer savunma mekanizması ise 'rasyonelizasyondur'. 'Bu ağrı kalp krizi olamaz', 'ben çok gencim' şeklinde savunmalar yapılabilir. Hepsindeki ortak amaç tehdidi azaltmak veya yok etmektir.

b) Kroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Dönem ; myokard infarktüsünde gelişen reaksiyonlar, yoğun bakım ünitesinde görülen psikiyatrik tablolar açısından tipik bir model teşkil edebilir. Anksiyete, depresyon, delirium sık görülen tablolardır.

Anksiyete, ilk 24 saat içinde belirgindir. Nedenlerine gelince ilk sırayı ölüm korkusu almaktadır. Anksiyeteye neden olan diğer nedenler;

- MI hakkındaki yanlış inanışlar,
- Hastane personeli tarafından verilen bilgilerin yetersiz oluşu ya da yanlış değerlendirilmesi
- Monitor seslerinin hasta tarafından yanlış algılanması
- Alışlagelen aktivitelerden kısıtlanma
- Kalp durmasına şahit olma,
- Hastaneye yatışla geride bırakılan çözülmesi gereken sorunlar.

1. ve 2. günlerde pik yapan anksiyete; akut semptomlar yatıştıkça ve kişinin savunmaları özellikle inkar ortaya çıktıkça azalır. İnkâr, anksiyete ve korkuyu azaltmada etkilidir. Adaptif değeri vardır ve postinfarktüs döneminde hastayı ölümden korur. Fakat bununla birlikte, inkarın aşırısı tedavi uyumunu bozabilir. Hasta tıbbi tedaviyi bırakıp evine gitmek isteyebilir hatta tedaviyi reddedebilir.

c) Hastane Sonrası Dönem; Nekahat döneminde hasta psikolojik açıdan rahatlatılmadıysa, anksiyetesi devam ediyorsa, karşımıza sıklıkla çıkan tablo depresyondur.

Mass. General Hospital'da 15 ay süreli 445 hastada yapılan bir izleme çalışmasında, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %33'ünden psikiyatrik konsültasyon istendiği saptanmıştır. En sık kaydedilen psikiyatrik durum anksiyete bozukluğu olup, bunu depresyon izlemektedir. Tedavi, takip ve bakımda güçlüklerle neden olan davranış uyumsuzlukları, üçüncü en sık psikiyatrik konsültasyon isteme sebebidir. Bunları hostalite, deliryum, fonksiyonel yakınmalar, aile ile görüşme isteği, uyku bozuklukları izlemektedir. İlk 1-2 günde anksiyete ön planda olup, 2. gün inkar ve tedaviyi reddetme, 3.-5. günden sonra ise depresyon en sık görülen durumlardır (Özkan 1993).

Göğüs ağrısı yakınması ve miyokard infarktüsü şüphesi ile koroner bakım ünitesine yatırılan bir hastada kaydedilen davranış kalıpları, kaygı, inkar, depresyon şeklinde bir seyir izlemektedir. Yatışı takiben kaygı ve ölüm korkusu en üst

noktadadır. Burada şunu vurgulamakta yarar vardır; bu hastalarda anksiyete gelişmesinin beklenen ya da doğal oluşu tedavi ve bakım gereksinimini azaltmaz. Anksiyeteye sebebi ne olursa olsun, sonuçta psikopatolojik ve nörofizyolojik değişiklik ve bozukluk eşlik eder. Anksiyeteli bir hastada otonom sinir sistem aktivitesi bozulur ve bu durum kalp üzerinde ayrıca yüklenme yapar. Miyokard infarktüsü geçiren bir hastada ileri derecede anksiyete, koronerlerin beslenmesini daha da bozar ve komplikasyonların artmasına neden olur. Psikiyatrik tedavi ve bakım sadece yaşam kalitesini ve tedavi hizmetlerinin kalitesini arttıran psikososyal bir hizmet değil, her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu etkileyen, klinik bir tıp hizmetidir (Özkan 1993).

Miyokard infarktüsü şüphesi ile yatırılan hastalar arasında anksiyete, şişman olanlarda, sigara içenlerde, ailede kalp hastalığından ölüm olanlarda, yaşam öykü ve stili kalp hastalığı yönünden yüklü olanlarda en fazla görülmektedir. MI şüphesi ile yatırılan bir hastadaki ileri düzeyde ölüm anksiyetesi ve belirsizlik düşüncesi zaman geçtikçe ve hasta ölmediğini farkedince, göreceli olarak azalır ve hasta kendini daha iyi hisseder. Bu süre birkaç saatten, 1-2 güne kadar devam eder. Hekimin ve tedavi ekibinin hastalığı ve hastayı algılama biçimi, hastanın hastalığını ve kendini algılama biçimini de etkiler (Özkan 1993).

Kalp hastalıklarında kaygı bir ölçüde normaldir. Ancak sempatik uyarı arttıkça, hem anksiyete artar hem de MI komplikasyonlarının gelişim riski artar. Anksiyetenin azaltılması için hastalara neyin, ne zaman serbestçe yapılacağı anlatılmalıdır. Bu durumda anksiyetenin artmasını engellemek amacıyla kullanılan en önemli araçbilgilendirme dir.

Anksiyete tedavisinde psikotrop ilaçlar ve benzodiazepinler en sık kullanılan ilaçlardır. Yine tedavide gevşeme egzersizleri yararlı bir yöntemdir. Hastalarda yatakta iken bile uygulanabilir. Ancak gevşeme egzersizleri genel psikiyatrik tedavinin içinde bir yöntem ve aşamadır ve hasta seçimi ve zamanlama çok önemlidir (Özkan 1993).

#### 4.3.4.Diabetes Mellituslu Kişilerde Ölüm Anksiyetesi

İlk kez M.Ö. 1500' lü yıllarda Mısır'da 'bedenin idrarla akıp gitmesi' şeklinde tanımlanmış olan DM, binlerce yıl öldürücü bir hastalık olmuş, 1922'de insülünün kullanılmaya başlaması ile tedavi edilebilen kronik bir hastalık haline dönmüştür.

Çağdaş tıp ve teknolojideki ileri gelişmelere paralel olarak, günümüzde Diabet tedavi edilebilir olmanın yanında engellenebilecek bir hastalık olma durumundadır.

Diyabet, fiziksel bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Hasta açısından, fiziksel özelliklerin yanında, ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel bir dizi sorun ve çatışmaları da gündeme getirir.

Araştırmalara göre kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilediği gibi kişinin ruhsal ve duygusal durumuda kan şekerini etkilemektedir. DM ilişkin psikiyatrik araştırmalar, hormon-davranış-psikopatoloji ilişkisini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Psikik çatışma ve gerginliklerin kan şekerini etkilemesi ve bunun nörobiyolojik ve psikopatolojik mekanizmalarının anlaşılması, psikosomatik tıp anlayışında gelişmelere yol açmıştır (Özkan 1993).

Kronik bir hastalık olarak diyabet yaşamın her alanını etkileyen, sürekli izleme gerektiren ve bir dizi komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır. Hasta açısından ciddi baş etme sorunlarını gündeme getirir. Hastalığın seyrinde ve tedavi düzenlenmesinde insülin, beslenme, egzersizler yanında, hastanın emosyonel durumu da etkilidir.

Diyabetli kişilerde, emosyonel tepkiler ve uyum güçlükleri en sık karşılaşılan sorun alanlarıdır. Diabet, hastada doğal sıkıntıdan kayıp tepkisine ve narsistik bütünlüğün tehdit altında hissedilmesine dek tepkiler uyandırır. Gelecek endişesi, bağımsızlığını, yeterliliğini kaybedecek korkusu, beden görünümünün değişeceği endişeleri, hastada oluşan anksiyete, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, fiziksel ve duygusal otonomisini etkiler.

Bir çok araştırmacı psikolojik faktörlerle DM başlangıcı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Thomas Wills (1684) 17 yy'da DM hakkında şu satırları yazmıştır; 'Elem veya konvülsiyonlar gibi uzun süreli anksiyete ve diğer depresyonlar bu kötü durumu yaratmak ve uyandırmaya yararlar'. Meninger 1935) ve Dunbar (1943)

DM'un anksiyeteden kaynaklandığını düşündüler. Ancak akut veya kronik anksiyetenin DM nedeni olarak göstermeye çalışan ilk çalışmalar, denek sayısının azlığı, yetersiz kontrol grupları veya deneysel başarısızlık gibi hatalara sahipti (Dunbar 1963, Meninger 1985).

Diyabetik hastalarda hastalığın şiddetine, hastanın kişilik yapısına ve çevre faktörlerine göre değişen bazı ortak temel kaygı alanları vardır. Yapılan araştırmalarda, bu kaygılardan ilk sırayı kendi kendine yeterliliğini ve bağımsızlığını kaybedeceği endişesi yer almaktadır. Yine Diyabetli hastaların anksiyete düzeylerini inceleyen bir çok araştırma yapılmış olup, bu tür hastaların ölüm konusundaki duygu ve düşüncelerini irdeleyen araştırmalara günümüzde çok fazla yer verilmemiştir (Dunbar 1963, Meninger 1985).

#### **4.4. Anksiyetede Hemşirelik Yaklaşımı**

Hemşirelik insana hizmet veren birçok meslek grubu içerisinde önemli bir yere sahiptir. İnsanlarla iletişimin çok yoğun olarak yaşandığı bir meslek grubu olan hemşirelikte, iyi bir kişiler arası ilişki kurmak çok önemlidir. Özellikle hasta ile ilişkilerde, profesyonellik ve kişiler arası iletişim becerileri hemşirelik mesleği açısından ilk sırada önem arz etmektedir.

Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde anksiyete yaratıcı krize neden olucu etkisi ile ilgili yapılan araştırmalar ve gözlemler, hastalık ile karşılaşma durumunun bireylerde anksiyete yarattığını göstermiştir. Maslow, insan gereksinimlerini 'fizyolojik, güven, sevgi ve benimseme, itibar görme, kendini gerçekleştirme, bilme-anlama, estetik' başlıkları altında aşamalı olarak sıralamıştır. Güveni ikinci, sevgiyi ise üçüncü temel ihtiyaç olarak ele almıştır. Maslow'un insan gereksinimlerinde de belirttiği gibi, hastaların en çok güven ve sevgiye ihtiyaçları vardır (Gürhan 1995). Hastalık sürecinde ise bireylerin en çok ihtiyaç duyduğu gereksinim ise güven duygusudur.

Hemşireler, hastanın hastane ortamında en çok karşılaştığı, duygularını ve problemlerini paylaşabilme adına iletişime geçebileceği en önemli bireylerdir. Bu nedenle hemşireler hastaları ile olan ilişkilerini olabildiğince en mükemmel seviyede tutmalıdır. Hastalara daha iyi bakım verebilmek için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunu bilmesi, ve anksiyete duygularını kabullenmesi

gerekir. Sonrasında ise onlara saygı göstermesi, dinlemesi ve kendi güçlerini geliştirmesi yolunda teşvik ederek hastaların kendilerine güvenmelerini sağlayabilir (Yanardağ 1999, Yelbuz 2002).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Akut Miyokard Infarktüsü geçiren hastalarda ve Diabetes Mellitus Hastalarında Ölüm Anksiyetesinin Karşılaştırılmalı Olarak incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

### 5.2. Araştırma soruları

- Kronik hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesi ve hastane anksiyetesi var mıdır?
- Akut hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesi ve hastane anksiyetesi var mıdır?
- Akut ve Kronik hastalığı olan bireylerin ölüm anksiyete ve hastane anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?

### 5.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2008 ile Mart 2009 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji ve Dahiliye servislerinde, gerekli tüm yazılı izinler alınarak gerçekleştirilmiştir ( Ek-5).

### 5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2008-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniğinde yatmakta olan Diabetes Mellitus tanısı almış hastalar ve Kardiyoloji servisinde yatmakta olan Akut Miyokard Infarktüsü geçirmiş hastalar oluşturmuştur.

Araştırmada, dahiliye kliniğinde yatmakta olan Diabetes Mellitus hastalık tanısı almış 94, Kardiyoloji Kliniğinde yatmakta olan Akut Miyokard Infarktüsü geçiren 72 birey örneklem grubunu oluşturacaktır. Örneklem evreni temsil edecektir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

### **Dahiliye servisi;**

$$n = \frac{(140)(1.96)^2(0.20)(0.80)}{(0.05)^2(140-1) + (1.96)^2(0.20)(0.80)}$$

**n= 94** minimum toplam olgu miktarı

### **Kardiyoloji Servisi;**

$$n = \frac{(105)(1.96)^2(0.20)(0.80)}{(0.05)^2(105-1) + (1.96)^2(0.20)(0.80)}$$

**n= 72** minimum toplam olgu miktarı

### **5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- 2008- 2009 yılları arasında araştırma süresince, hastanede tedavi görüyor olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Psikiyatrik herhangi bir rahatsızlığı bulunmaması, olarak belirlenmiştir.

### **5. 6. Veri toplama Araçları**

#### **Hasta Bilgi Formu**

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-1).

#### **Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği**

Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği yayınlandığı 1970 yılından bu yana, ölüm anksiyetesi ile ilgili çalışmaların yaklaşık % 60'ında kullanılmıştır (18). Onbeş maddeden oluşan, Doğru/Yanlış formatının kullanıldığı, tek boyutlu bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Onbeş maddeden dokuzu doğru yönde, altısı ters yönde puan alır. Toplam puan 0 ile 15 arasında değişebilir. Yüksek toplam puan, daha yüksek düzeyde ölüm anksiyetesinin varlığına işaret eder. Özgün İngilizce formunun iç tutarlılığı (K/R-20) 0,76 olarak bulunmuştur. (Kozacıoğlu 1995). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Sarıçiçek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

#### **Abdel Kholek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği**

2004 yılında Abdel-Khalek tarafından, Müslüman toplumların kültürel farklılıkları dikkate alınarak geliştirilmiştir. Yirmi maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 5 puanlı bir yoğunluk ölçeği üzerinde yanıtlandırılmaktadır (1= hiç ve 5= çok fazla). Suriye, Mısır ve Kuveyt'te toplam 1636 kişi üzerinde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında alfa katsayıları 0.88 ile 0.93 arasında bulunmuştur. AÖAÖ'nin Arapça ve İngilizce olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması Sarıçiçek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,86 olarak hesaplanmıştır (Gülseren ve Hekimsoy 2001 ). Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur (Ek-3).

### **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ( HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale)**

Bedensel hastalığı olan kişiler ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Köroğlu 2007). Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Arslanoğlu 2004). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 21'dir. Çalışmamızda Had-A cronbach alfa değeri 0,87, Had-D cronbach alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Ek-4).

#### **5.7. Tezin Çalışma Planı:**

Çalışma, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli yasal izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra belirtilen kriterler doğrultusunda sürdürüldü (Ek-5).

Örnekleme alınacak bireylere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmayı kabul ettikleri takdirde araştırma kapsamına alınacakları belirtildi.

Araştırmayı kabul eden hastalara;

- 1- Araştırmanın amacı anlatılıp, bilgilendirme formu verilerek ve çalışmaya katılmayı kabulü ile ilgili izin alındı.
- 2- Hasta Bilgi Formu, Templer Ölüm Anksiyetesi Formu, Abdel Kholek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ( HAD) uygulandı.

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönu**

Çalışmanın gerçekleştirildiği Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan çalışma öncesi yazılı izin alındı (Ek-5).

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara çalışmanın amacı ve yararı sözel olarak iletildi.

Çalışmamızda bireylerin mahremiyetine ve hasta bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak kişisel bilgilerin araştırmacının dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtildi.

### **5.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Deney verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında student t test; paired samples t test kullanıldı; parametreler arası ilişkilerin saptanmasında ise Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Ölçek geçerlilik ve güvenirliliği ise Reliability analiz ile değerlendirildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## **6. BULGULAR**

Çalışma Miyokard İnfarktüsü geçiren Hastalar ile Diebetus Mellituslu ölüm anksiyetesi düzeylerini belirlemek amacı ile Aralık 2008–Mart 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 94 Diabet hastası, ve 72 Miyokard İnfarktüsü geçiren kalp hastası, toplam 166 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmamızda elde edilen bulgular iki başlık altında incelendi.

**6.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular**

**6.2. Hastaların Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyetelerine İlişkin Bulgular**

## 1-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

**Tablo 1. Akut Miyokard Infarktüsü Geçiren ve Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımları**

	MI N= 72		DM N=94	
	n	%	n	%
<b>Yaş</b>				
<=35	3	4.1	12	12.8
36-55	38	<b>52.8</b>	39	41.5
>=56	31	43.1	43	<b>45.7</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	22	30.6	34	36.2
Erkek	50	<b>69.4</b>	60	<b>63.8</b>
<b>Eğitim</b>				
Okur-yazar	2	2.8	14	14.9
İlkokul	27	<b>37.5</b>	23	24.5
Ortaokul	22	30.6	13	13.8
Lise	14	19.4	26	<b>27.7</b>
Yüksekokul	3	4.2	1	1.1
Üniversite	4	5.6	17	18.1
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	2	2.8	15	16
Evli	57	<b>79.2</b>	57	<b>60.6</b>
Dul	13	18.1	22	23.4
<b>Çocuk Var mı?</b>				
Yok	7	9.7	65	28.7
Var	65	<b>90.3</b>	67	<b>71.3</b>
<b>Çocuk sayısı</b>				
1	4	5.6	9	9.6
2-4 arası	74	<b>88.9</b>	77	<b>81.9</b>
5 ve üzeri	4	5.6	8	8.5

<b>Kardeş sayısı</b>				
Tek çocuk	4	5.6	9	9.6
2 kardeş	27	<b>37.5</b>	35	<b>37.2</b>
3 kardeş	22	30.6	23	24.5
4 kardeş	15	20.8	19	20.2
5 ve üzeri	4	5.6	8	8.5
<b>Meslek</b>				
Memur	11	15.3	24	<b>25.5</b>
Ev kadını	14	19.4	18	19.1
İşçi	11	15.3	12	12.8
Çiftçi	5	6.9	16	17
Serbest meslek	20	<b>27.8</b>	18	19.1
Diğer	11	15.3	6	6.4
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	61	<b>84.7</b>	80	<b>85.1</b>
Yok	11	15.3	14	14.9
<b>Çalışılan Kurum</b>				
Çalışmıyor	12	16.7	22	23.4
Devlet dairesi	15	20.8	22	23.4
Özel sektör	14	19.4	19	20.2
Kendi işi	31	<b>43.1</b>	31	<b>33</b>
<b>Aylık gelir</b>				
500-1000	39	<b>60.9</b>	41	<b>51.3</b>
1000-1500	20	31.3	24	30
1500 ve üzeri	5	7.8	15	18.8
<b>Kronik hastalık</b>				
Evet	37	<b>51.4</b>	94	<b>100</b>
Hayır	35	48.6	0	0

<b>Dini Algılama</b>				
Hiç	1	1.4	4	4.3
Çok az	7	9.7	10	10.6
Orta derece	20	27.8	30	31.9
Oldukça	39	<b>54.3</b>	35	<b>37.2</b>
Çok	5	6.9	15	16
<b>Ölümlle Karşılaşma</b>				
Evet	47	<b>65.3</b>	55	<b>58.5</b>
Hayır	25	34.7	39	41.5

Tablo 1'e göre, Myokard İnfarktüsü geçiren 35 yaş altı hasta sayısı %4.2, 36-56 yaş arasında hasta sayısı %52.8, 56 ve üzeri yaş hasta sayısı %31 bulunmuştur. Diyabetli hasta grubunun ise, 35 yaş altı hasta sayısı %12.8, 36-55 yaş arası hasta grubu %41.5, 56 yaş ve üzeri hasta grubu ise % 45.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan MI hastalarının %69.4'ü erkek, DM hastalarının, %63.8'i erkek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastalarının eğitim durumlarına bakıldığında, MI hastalarının % 37.5 'unu ortaokul mezunu hastalar oluşturmuştur. Aynı şekilde DM hastalarında da en büyük yüzde oranı %24.5 ile ortaokul mezunu hastalarındadır.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, MI hastalarının %79.2'si evlidir. DM hastalarının ise %60.6'sı evlidir.

Katılımcılardan MI hastası olanların %90.3'ünün çocuğu bulunmaktadır. DM hastalarının ise % 71.3'ünün çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

MI hastalarının %84.7'sinin, DM hastalarının ise %85.1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Katılımcıların meslek durumlarına bakıldığında, MI hastalarında %27.8 ile serbest meslek sahibi iken, DM hastalarında %25.5 memurdur.

Tablo 1'e göre çalışmaya katılan her iki grubunda gelir durumları benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalardan MI hastalarının kronik hastalığının var olma durumu %51.4'dür. Çalışmaya katılan her iki grubunda psikiyatrik bir hastalığı bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılanlardan MI hastalarının %1.4'ü "Ne kadar dindarsınız?" sorusuna "hiç dindar değilim" cevabı verirken, DM hastalarında bu oran % 4.3'dür.

## 2-HASTALARIN ÖLÜM ANKSİYETELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 2. Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=72)**

	Yaş Grupları			F ve p
	≤35	36- 55	≥56	
	(n=3)	(n=38)	(n=31)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	7.33±4.50	8.50±4.09	8.90±4.07	F=0.238 p=0.789
<b>ASDA</b>	53.3±15.69	51.92±13.11	58.77±15.01	F=2.05 p=0.136
<b>HAD-A</b>	11.00±4.35	5.97±3.62	8.96±3.08	<b>F=8.17</b> <b>p=0.01*</b>
<b>HAD-D</b>	6.33±5.03	3.18±3.74	6.51±4.59	<b>F=5.65</b> <b>p= 0.005**</b>

*Oneway ANOVA testi \*p<0.05, \*\* p<0.01*

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda yaş gruplarına göre ölüm anksiyete (TEMPLER ve ASDA) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0.05).

Yaş gruplarına göre hastane anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.05 ve p<0.01). MI geçiren 36- 55 yaş grubu hastaların hastane depresyon ve anksiyete puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu belirlendi(Tablo 2).

**Tablo 3. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	Yaş Grupları			F ve p
	$\leq 35$	36- 55	$\geq 56$	
	(n=12)	(n=39)	(n=43)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	8.41±3.82	10.48±3.87	9.41±4.35	F=1.405 p=0.251
<b>ASDA</b>	54.66±22.09	59.87±18.01	56.34±15.15	F=0.619 p=0.541
<b>HAD-A</b>	6.08±4.77	7.71±4.16	8.55±4.28	F=1.609 p=0.206
<b>HAD-D</b>	3.50±4.90	7.00±5.49	7.95±5.81	F=2.99 p= 0.055

*Oneway ANOVA testi*

Diyabetli hastalarda, yaş gruplarına göre ölüm anksiyete, hastane anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=72)**

	Cinsiyet Durumu		t ve p
	Kadın	Erkek	
	(n=22)	(n=50)	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	9.40±4.55	8.28±3.81	<b>t=4.40</b> <b>P=0.03*</b>
<b>ASDA</b>	54.50±13.46	55.12±14.71	t=0.99 P=0.866
<b>HAD-A</b>	7.18±2.63	7.60±4.17	t=3.45 P=0.667
<b>HAD-D</b>	4.05±3.72	5.06±4.72	t=2.61 P=0.376

*Bağımsız gruplarda t testi \*p<0.05*

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda, cinsiyet ile ölüm anksiyetesi arasındaki farka bakıldığında, TEMPLER ölçek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ( $p<0.05$ ), ASDA, HAD-A ve HAD-D ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	Cinsiyet Durumu		t ve p
	Kadın	Erkek	
	(n=34)	(n=60)	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	11.7±3.95	8.91±4.01	<b>t=3.11</b> <b>P=0.01*</b>
<b>ASDA</b>	63.02±17.89	54.51±16.24	<b>t=0.333</b> <b>P=0.021*</b>
<b>HAD-A</b>	8.38±4.36	7.61±4.31	t=0.005 P=0.415
<b>HAD-D</b>	7.26±5.98	6.83±5.56	t=0.51 P=0.732

*Bağımsız grupta t testi \*p<0.05*

Diyabetli hastalarda, cinsiyet durumlarına göre hastane anksiyete ve depresyon (HAD-A, HAD-D) puanları arasında fark bulunmadı. Hastaların cinsiyet durumları ile ölüm anksiyetesi (TEMPLER ve ASDA) ölçek puanları arasında anlamlı fark bulundu(p<0.05).

**Tablo 6. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=72)**

	Eğitim						F ve p
	Okur-yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	
	(n=2)	(n=27)	(n=22)	(n=14)	(n=3)	(n=4)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
TEMPLER	6.0±1.41	8.11±3.80	9.59±4.04	8.78±4.57	10.33±5.50	6.25±3.59	F=0.88 P=0.49
ASDA	47.50±6.36	53.11±14.36	57.27±14.69	57.64±15.0	58.66±16.25	45.75±8.77	F=0.77 P=0.57
HAD-A	9.50±2.12	7.85±2.86	6.86±4.09	7.14±4.70	7.33±1.52	8.50±6.13	F=0.35 P=0.89
HAD-D	10.0±2.82	5.0±3.94	4.63±5.33	3.85±4.09	3.66±3.78	5.0±4.96	F=0.71 P=0.61

*Oneway ANOVA testi*

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda, eğitim durumlarına göre ölüm anksiyete, hastane anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	<b>Eğitim</b>						<b>F ve p</b>
	<b>Okur-yazar</b>	<b>İlkokul</b>	<b>Ortaokul</b>	<b>Lise</b>	<b>Yüksekokul</b>	<b>Üniversite</b>	
	<b>(n=14)</b>	<b>(n=23)</b>	<b>(n=13)</b>	<b>(n=26)</b>	<b>(n=1)</b>	<b>(n=17)</b>	
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>TEMPLER</b>	10.71±3.53	9.52±3.76	7.92±5.26	11.03±3.86	12.0±0.0	8.47±4.04	F=1.63 P=0.16
<b>ASDA</b>	66.42±15.54	55.04±11.99	52.61±20.73	62.46±15.37	56.0±0.00	50.2±21.26	F=2.21 P=0.059
<b>HAD-A</b>	10.14±5.44	7.21±3.93	8.84±3.73	7.88±3.95	13.0±0.00	5.94±4.14	F=2.07 P=0.07
<b>HAD-D</b>	12.42±5.80	6.0±4.73	5.69±4.64	7.38±5.96	8.0±0.0	4.17±4.59	<b>F=4.35</b> <b>P=0.001**</b>

*Oneway ANOVA testi, \*\*p<0.01*

Diyabetli hastaların, eğitim düzeyinin ölüm anksiyetesi ve hastane anksiyetesi (TEMPLER, ASDA, HAD-A) ölçek puanları ile arasında istatistiksel olarak fark bulunmaz iken eğitim durumu ile hastane depresyon(HAD -D) ölçek puanı arasında istatistiksel olarak fark bulundu(p< 0,001).

**Tablo 8. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Meslek Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=72)**

	Meslek						F ve p
	Memur	Ev kadını	İşçi	Çiftçi	Serbest	Diğer	
	(n=11)	(n=14)	(n=11)	(n=5)	(n=20)	(n=11)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	9.09±4.10	9.71±4.59	9.54±3.77	10.0±3.87	8.45±3.51	5.54±3.77	F=1.89 P=0.11
<b>ASDA</b>	58.09±16.35	56,57,±13.36	58.63±14.98	65.43±14.62	53.62±11.22	43.63±12.85	F=2.48 P=0.04*
<b>HAD-A</b>	7.63±3.95	7.57±2.84	8.00±2.36	7.20±4.65	7.55±3.44	6.63±6.00	F=0.15 P=0.97
<b>HAD-D</b>	3.72±3.28	4.35±3.77	6.45±4.48	4.80±5.71	4.35±4.05	5.27±6.42	F=0.50 P=0.77

*Oneway ANOVA testi \*p<0.05*

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda, meslek gruplarına göre ölüm anksiyete (TEMPLER), hastane anksiyete ve depresyon(HAD-A, HAD-D) puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların meslek durumları ile ASDA ölçek puanı arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ).

**Tablo 9. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Meslek Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

Meslek							
	Memur (n=24) Ort±SS	Ev Kadını (n=18) Ort±SS	İşçi (n=12) Ort±SS	Çiftçi (n=16) Ort±SS	Serbest (n=18) Ort±SS	Diğer (n=6) Ort±SS	F ve p
<b>TEMPLER</b>	10.00±4.80	10.16±3.98	9.91±4.05	10.62±3.38	9.0±3.61	6.83±4.95	F=0.92 P=0.47
<b>ASDA</b>	55.29±20.89	58.44±17.92	56.0±12.06	61.81±16.28	57.16±16.68	57.10±16.99	F=0.29 P=0.91
<b>HAD-A</b>	6.04±3.56	6.77±2.71	9.50±5.16	7.3±2.6	10.8±5.1	9.16±6.49	<b>F=3.09</b> <b>P=0.01**</b>
<b>HAD-D</b>	4.45±4.30	6.00±4.88	11.34±5.98	7.12±5.63	8.72±6.36	5.83±5.70	<b>F=3.17</b> <b>P=0.01**</b>

*Oneway ANOVA testi \*\*p<0.01*

Diyabetli hastalarda meslek gruplarına göre ölüm anksiyete (TEMPLER ASDA) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0.05).

Meslek gruplarına göre hastane anksiyete ve depresyon(HAD-A, HAD-D) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(p<0.01).

**Tablo 10. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=72)**

	Gelir Durumu			F ve p
	500-1000	1000-1500	1500 ve üzeri	
	(n=39)	(n=20)	(n=5)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	7.92±3.91	10.65±3.75	6.2±3.49	<b>F=4.42</b> <b>p=0.01**</b>
<b>ASDA</b>	52.79±13.81	63.0±13.9	46.0 ± 15.03	<b>F=4.79</b> <b>p=0.01**</b>
<b>HAD-A</b>	7.58±3.47	7.30±4.49	7.40±3.13	F=0.04 p=0.96
<b>HAD-D</b>	5.25±4.27	4.10±5.09	2.80±2.38	F=0.93 p= 0.39

*Oneway ANOVA testi \*\*p<0.01*

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda, gelir durumlarına göre ölüm anksiyete (TEMPLER, ASDA) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.01$ ).

Hastaların gelir durumları ile hastane anksiyetesi ve depresyon (HAD-A, HAD-D) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 11. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	Gelir Durumu			F ve p
	500-1000	1000-1500	1500 ve üzeri	
	(n=41)	(n=24)	(n=15)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	8.75±4.28	11.12±3.80	9.6±3.82	F=2.56 p=0.08
<b>ASDA</b>	56.09±17.33	58.41±13.95	54.5 <sub>±</sub> 320.1	F=0.26 p=0.76
<b>HAD-A</b>	8.24±4.75	8.66±4.03	6.73±4.31	F=0.91 p=0.45
<b>HAD-D</b>	6.56±5.8	8.75±5.93	5.93±5.5	F=1.45 p= 0.24

*Oneway ANOVA testi*

Diyabetli hastaların gelir durumları ile ölüm anksiyete ve hastane anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0.05).

**Tablo 12. Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	Kayıp Yaşama		F ve p
	Evet	Hayır	
	(n=55)	(n=39)	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	10.38±4.06	8.82±4.06	F=0.76 p=0.07
<b>ASDA</b>	61.14±16.39	52.58±17.42	F=0.97 p=0.08
<b>HAD-A</b>	8.64±3.96	6.89±4.67	F=0.84 p=0.06
<b>HAD-D</b>	8.47±5.98	4.89±4.55	<b>F=3.88</b> <b>p=0.002**</b>

*Bağımsız gruplarda t testi \*\*p<0.01*

Diyabetli hastalarının kayıp yaşama durumları açısından, HAD-D ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.01$ ).

Hastaların ölüm ile karşılaşma durumları ile TEMPLER, ASDA, HAD-A ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

**Tablo 13. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Dini Algılama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları(n=72)**

	Dini İnanış					F ve p
	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça	Çok	
	(n=1)	(n=7)	(n=20)	(n=39)	(n=5)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>TEMPLER</b>	12.0±0.0	7.71±4.42	7.6±4.17	9.23±4.03	8.8±3.49	F=0.12 p=0.28
<b>ASDA</b>	57.0±0	51.14±11.12	51.8±14.4	56.97±14.53	56.4±17.64	F=0.14 p=0.21
<b>HAD-A</b>	9.0±0	7.85±5.08	9.25±3.24	6.64±3.61	6.0±3.39	<b>F=0.24</b> <b>p=0.03*</b>
<b>HAD-D</b>	11.0±0	4.28±4.75	6.50±4.94	3.79±3.88	4.6±4.72	F=0.18 p=0.12

*Oneway ANOVA testi \*p<0.05*

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarının dini algılama durumları ile TEMPLER, ASDA ve HAD-D ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmaz ( $p>0.05$ ) iken, HAD-A ölçek puanlarında anlamlı fark bulundu( $p<0.05$ ).

**Tablo 14. Diabates Mellitusu Olan Hastaların Dini Algılama Durumlarına Göre Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları (n=94)**

	Dini İnanış					F ve p
	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça	Çok	
	(n=4)	(n=10)	(n=30)	(n=35)	(n=15)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
TEMPLER	3.0±2.0	7.40±3.30	9.06±4.29	11.31±3.38	10.73±3.67	F=0.37 p=0.00**
ASDA	28.0±5.83	48.0±18.96	54.26±13.8	62.94±16.22	66.06±14.7	F=0.42 p=0.00**
HAD-A	4.0±4.76	5.20±3.19	10.10±4.55	6.42±3.05	9.73±4.31	F=0.09 p=0.38
HAD-D	2.75±4.19	3.30±2.86	7.10±4.84	5.65±4.79	13.46±6.12	F=1.33 p=0.001**

Oneway ANOVA testi \*\*p<0.01

Diyabetli hastalarının dini algılama durumları ile ölüm anksiyete ve hastane anksiyete (TEMPLER, ASDA, HAD-A9 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(p<0.01).

Hastaların dini algılama durumları ile hastane depresyon (HAD-D) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0.05).

**Tablo 15. Akut Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların ve Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Ölüm Anksiyete ve Hastane Anksiyete Puanları**

	MI HASTALARI (n=72) Ort±SS	DM HASTALARI (n=94) Ort±SS	F ve p
TEMLER	8.62±4.05	9.73±4.11	F=1.006 p=0.085
ASDA	54.93±14.25	57.59±17.26	F=0.735 p=0.290
HAD-A	7.47±3.75	7.89±4.32	F=1.769 p=0.512
HAD-D	4.75±4.44	6.98±5.69	<b>F=5.389</b> <b>p=0.005**</b>

Not: \*\*p<0.01

Tablo 15 'e göre her iki grupta ölüm anksiyete ve hastane anksiyete puanları karşılaştırıldığında; grupların ölüm anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, HAD-D ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar bulundu (p<0,01).

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ile diyabetli hastaların hastane depresyon düzeyleri yüksek olduğu ve AMI hastalarının depresyon düzeyinin, diyabet hastalarına göre daha yüksek olduğu saptandı.

## 7.TARTIŞMA

Templer'in ölüm anksiyetesi ile ilgili çalışmalarına başladığı 1960'lı yıllarda ölüm konusu ruh sağlığı araştırmacıları için tabu olan bir konuydu. İkinci Dünya Savaşı ve varoluşcu psikolojinin etkileri sonucu, ölüm araştırmalarının tüm dünyada giderek artmasına karşılık, ölüm anksiyetesi ile ilgili yapılmış çalışma yok denecek kadar azdır (Sarıçiçek 2006, Sarıçiçek ve ark. 2006) .

Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini etkileyebilir ve ölüm anksiyetesini ortaya çıkarabilir.

Ölüm anksiyetesi üzerine yapılmış araştırmalara bakıldığında, genellikle çalışma grubu olarak kanser hastaları ele alınmıştır. Kronik hastalıklar ve kalp hastalıkları ile ilgili ülkemizde ve yurtdışında çok fazla araştırmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışma, Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalar ile Diabetes Mellitusu olan hastaların ölüm anksiyetelerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda akut myokard infarktüsü geçiren 35 yaş altı hasta oranı %4.2, 36-56 yaş arasında hasta oranı %52.8, 56 ve üzeri yaş hasta oranı %31 saptandı. Diyabetli hasta grubunun ise, 35 yaş altı hasta oranı %12.8, 36-55 yaş arası hasta grubu %41.5, 56 yaş ve üzeri hasta grubu ise % 45,7 olarak bulundu. Bu çalışmada araştırmaya katılan MI hastalarının yaş ortalaması 52.3, Diyabetli hastalarının yaş ortalaması ise 48.4 olarak bulundu.

Tablo 2'ye bakıldığında, AMI geçiren hastalarda, yaş durumu ile ölüm anksiyetesi arasında, TEMPLER ve ASDA ölçekleri puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaz iken, yaş ile HAD-A ve HAD-D arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $F=8.17$ ;  $p=0.01$ ). Yapılan ileri analizde (Benforroni Düzeltmesi), bu farklılığın 36-55 yaş grubundan kaynaklandığı bulundu (HAD-A  $p=0.02$ , HAD-D  $p=0.005$ ).

Çalışmamızda diyabetli hastalarının yaş durumları ile, ölüm anksiyetesi ve hastane anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Bahar (2006)'nın diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada, yaş ile hastane anksiyetesi

arasındaki ilişkiyi incelenmiş, istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (Bahar 2006). Kronik hastalıkla yaşamının her yaş grubundaki bireyleri etkileyen bir durum olmasını, bu sonucun nedeni olarak belirtmiştir.

Yurtdışında yapılan, ölüm anksiyetesi ile yaş durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir. Rosmussen ve Brems (1996)'e göre yaşlılık döneminde insanlar ölüm gerçeği ile iç içe yaşarlar. Onlara göre vakitleri artık bitmek üzeredir ve yolun sonuna gelmişlerdir. Artık yeni baştan yaşama olanakları yoktur. Kimi yaşlılar bundan dolayı bir umutsuzluk ve ölümünden korkma duygusuna kapılabilirler ama kimi yaşlıda ölümü huzurlu bir ağırbaşlılıkla yaşamın doğal bir parçası olarak görür ve korkmaz. Ürettiklerinden hoşnuttur, huzurludurlar (Rosmussen 1996). Böyle bir ruh haline sahip kişide benlik bütünlüğünün varolduğu söylenebilir. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda, genç olanlarda, daha yaşlı olanlara göre ölüm anksiyetesi daha yüksek bulunması literatür bilgisine uygun niteliktedir (Cicirelli 1998, Tung ve Yon 2002).

Sarıçiçeğin (2006) ülkemizde huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yaptığı araştırmada, yaş arttıkça ölüm anksiyete düzeyinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda, ölüm anksiyetesi ile yaş arasında farklı bulgulara rastlanmıştır. Hökeleli (1992) ve Yıldız (1998) tarafından yapılan farklı çalışmalarda, ölüm anksiyetesi ile yaş arasında, gruplara göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Hökeleli 1992, Yıldız 1998). Bununla birlikte Karaca (1997) tarafından yapılan başka bir araştırmada, ergenliğin son döneminde bulunan bireylerde ölüm anksiyetesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Karacaya göre bunun temel nedeni, ergenlerin gelişim dönemlerine göre buldukları devrenin psikolojik özelliklerinin yanında, toplum tarafından dayatılan rollerin büyük etkisi bulunmaktadır (Karaca 1997, Sarıçiçek ve ark.2006).

Ülkemizde ve yurtdışında, ölüm anksiyetesi ile yaş durumunu inceleyen çalışmalardan farklı bulgular elde edilmiştir. Çalışmamızda ise, orta yaş grubunda bulunan hastalar ölüm anksiyetesi açısından risk grubu olarak saptanmıştır (Tablo 2). Bu bulgu yapılan diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Ölüm anksiyetesi ve cinsiyet durumu ile yapılan çalışmaların çoğunda, kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları ortaya konulmuştur

(Sanders ve Poole 1980, Schail ve Akrams 2002, Tang ve Yan 2002). Schumacher ve arkadaşlarının (1991) Japonya ve Avusturalya'lı gruplarda yaptıkları çalışmalarda, Avustralya'lı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek ölüm anksiyetesi bulunmuşken, Japon kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılıklar bulunamamıştır (Schumaker ve Women 1991). Yine Abdel-Khalek ve Laster (2003) 460 Kuveytli ve 273 Amerikalı öğrenci ile yaptıkları çalışmada, Kuveytli kız öğrencilerinin ölüm anksiyetesinin, erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunurken, Amerikalı öğrencilerde cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır (Abdel ve Laster 2003). Çalışmamızda da, AMI geçiren hastalarda, cinsiyet ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 4), kadınların erkeklere oranla daha yüksek seviyede ölüm anksiyetesi yaşadıkları saptandı( $t=4.40$ ;  $p= 0.03$ ). Bu bulgular literatür bulgularını destekler niteliktedir.

Bahar (2006)'nın yaptığı çalışmada, diyabetli hastalarının, cinsiyet durumu ile hastane anksiyete düzeyleri incelendi, anksiyete ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Yine Gülseren ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada, kadın cinsiyetinin anksiyete ve depresyon gelişmesini etkilediğini belirtmişlerdir (Gülseren ve Hekimsoy 2001). Hermanns ve arkadaşları (2005), kadın olmanın anksiyete ve depresyon açısından risk etmeni olduğunu saptamışlardır (Hermanns ve Kulzer 2005). Çalışmamızda, diyabet hastalarında cinsiyet durumunun ölüm anksiyetesini anlamlı düzeyde etkilediği ve kadınların ölüm anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ( $t=3.11$ ;  $p=0.01$ ,  $t=0.33$ ;  $p=0.02$ ). Bu bulgular literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalarının eğitim durumlarına bakıldığında, AMI hastalarının % 37.5 'ini ortaokul mezunu hastalar oluşturmuştur. Diabeti olan hastalarda da en büyük yüzde oranı %24.5 ile ortaokul mezunu hastalarındadır. Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, MI ve DM hastalarının eğitim düzeylerinin ölüm anksiyete düzeyini etkilemediği saptandı( $F=0.88$ ;  $p=0.49$ ,  $F=0.77$ ;  $p=0.57$ ,  $F=1.63$ ;  $p=0.16$ ,  $F=2.21$ ;  $p=0.059$ ). Yıldız (2001) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, bu bulgu çalışmamız bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda diyabet hastalarının eğitim düzeyleri arttıkça hastane anksiyetesi düzeylerinin azaldığı bulundu( $F=4.35;p=0.001$ ). Bahar (2006)'nın yaptığı çalışmada, diyabet hastalarının eğitim düzeyi ile hastane anksiyete düzeylerini karşılaştırılmış, eğitim düzeyleri arttıkça, anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel olarak azalma görüldüğü belirtilmiştir (Bahar 2006). Peyrot ve Rubin (1997)'nin yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin anksiyete düzeyini etkilediği bulunmuştur (Peyrot ve Rubin 1997). Sevinçok ve arkadaşları (2001) ile Hermanns ve arkadaşları (2005)'nin yaptıkları çalışmalarda ise, eğitim düzeyi ile hastane anksiyetesi ve depresyonu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Hermanns ve Kulzer 2005, Sevinçok ve Güney 2001).

Çalışmamız Bahar (2006)'nın çalışması ise benzerlik göstermektedir. Günümüz çalışmalarında, eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm anksiyetesinin azaldığına dair farklı çalışmalarda yapılmıştır. Bunun nedeninin eğitim düzeylerine bağlı olarak, bireylerin çalışma alanlarında ve gündelik yaşantılarındaki yoğunluğunun ölümü hatırlatma düzeylerine etki edebileceği ve sağlıklı yaşam için daha özenli davrandıkları düşünülebilir.

Katılımcılarım meslek durumlarına bakıldığında, MI hastalarında %27,8'i serbest meslek sahibi, diyabet hastalarının %25,5'i memur olduğu saptandı. Araştırmamızda, Diabetes Mellitusu olan hastaların meslek durumlarının, TEMPLER ve ASDA ölçek puanları arasında fark bulunmaz iken, HAD-A ve HAD-D ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu( $F=3.09; P=0.01$ ,  $F=3.17; P=0.01$ ).

Bahar (2006)'nın diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada, meslek durumu ile hastane anksiyetesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bahar 2006). En yüksek hastane anksiyetesi puan ortalaması ise ev kadınlarına ait bulunmuştur. Bahar (2006) bu durumu kadınların anksiyete ve depresyona yatkın olmalarının bir sonucu olabileceği şeklinde yorumlamıştır. Ayrıca her hangi bir uğraşın bulunmaması, yaşamın ev içinde kısıtlı olması ve düşük eğitim düzeyinin de bu durumu tetiklediğini öne sürmüştür. Çalışmamızda hastane anksiyetesi düzeylerinin farklılığının yapılan ileri analizde (Benforroni düzeltmesi), ev kadınları ile tarımla uğraşan gruplardan kaynaklandığı bulundu. Bu bulgular Bahar'ın çalışması ile benzerlik göstermemektedir.

Tablo 8'e bakıldığında, AMI hastalarında ASDA puan ortalaması ile meslek grupları karşılaştırıldığında ölüm anksiyete düzeyini anlamlı derecede etkilediği bulundu ( $F=2.48$ ;  $p=0.04$ ). Yapılan ileri analizde (Benforroni düzeltmesi), bu farklılığın tarımla uğraşan meslek grubundan kaynaklandığı saptandı. Tarımla uğraşan grubun eğitim seviyesinin düşük olabileceği, çalışma aralıklarının değişkenliği ve daha çok boş zamana sahip olmaları, göz önüne alınırsa, bu sonuç, eğitim seviyesi azaldıkça anksiyetenin arttığı bulgusunu açıklayacak niteliktedir.

Akut myokard infarktüsü geçiren hastaların gelir durumları ile hastane anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmaz iken (Tablo 10), ölüm anksiyete düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $F=4.42$ ;  $p=0.01$ ,  $F=4.79$ ;  $p=0.01$ ). Şenol (1998) tarafından yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durum ile anksiyete düzeyi incelenmiş olup ekonomik düzeyin anksiyeteyi etkilediği bulunmuş (Şenol 1998). Erdoğan ve Özkan (2007) tarafından yapılan araştırmada da alt ve üst sosyoekonomik düzeyde bulunanlarda ölüm kaygıları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Üst sosyoekonomik düzeydeki bireylerin ekonomik rahatlığının ölümle sona ereceği düşüncesinin, alt sosyo ekonomik düzeydeki bireylerinde daha huzurlu bir yaşam umudunun varlığı, bu gruplardaki ölüm kaygısını arttıran nedenler olarak düşünülmektedir. Çalışmamız ile yapılan diğer çalışmalar paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan her iki grubun gelir durumları benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde (Tablo 11), diyabet hastalarının gelir durumları ile ölüm anksiyetesi ve hastane anksiyetesi arasında ilişki bulunmamaktadır. Diğer kronik hastalıklar ile yapılan çalışmalara baktığımızda, Coşkun (2007)'nin hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada gelir durumu düşük olan hastaların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Coşkun 2005). Coşkun bunun nedeni olarak, hastaların yoğun iş kaybı ve kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın bilinciyle birlikte, hastalığın ekstra giderlerine sebebiyet verebileceğini öne sürmüştür.

Hastaların önemli hastalık geçirme durumlarına bakıldığında (Tablo 12), önemli hastalık ile karşılaşma durumu her iki grupta da ölüm anksiyetesini etkilemez iken, diyabet hastalarında önemli bir hastalık geçirme durumu, hastane anksiyetesi düzeylerini anlamlı olarak etkilediği saptandı ( $F=0.08$ ;  $p=0.02$ ). Diabetes Mellitusun

kronik bir hastalık oluşu, uzun süreli bakım ve tedavi gereksinimi, diyabete bağlı oluşan komplikasyonlar hastaneye yatış sıklığını ve süresini etkilemektedir. Bu nedenle hastaneye yatış sıklığı ve uzun süre hastanede yatmanın, hastalarda anksiyete düzeyini arttırabileceği düşünülebilir.

Tablo 13'e bakıldığında, diyabet hastalarının ölüm konusundaki deneyimleri ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $F=0.76$ ;  $p=0.07$ ,  $F=0.97$ ;  $p=0.08$ ). Diabetes Mellitusu olan hastalarının ölüm ile karşılaşma durumları ile anksiyete durumları karşılaştırıldığında, hastane anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak farklılık bulundu ( $F=3.88$ ;  $p=0.002$ ). Karaca (1997)'nin yaptığı araştırmada ölüm ile karşılaşma sıklığının anksiyeteyi anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur (Karaca 1997). Karaca'ya göre bunun en temel nedeni araştırmanın yapıldığı bölgede insanların manevi ve dini durumlarıdır. Ölümü hatırlamak ölüm anksiyetesini arttıran bir değişkendir. Özellikle mezar ziyaretleri yapmanın bireyler üzerinde sürekli ölümü hatırlatması ölüm anksiyetesini arttırdığı bilinmektedir. Bu nedenle ölüm ile karşılaşma sıklığı ile anksiyete düzeyi etkilenebilir. Çalışmamız Karaca'nın çalışması ile paralellik göstermektedir.

Dini inanç insan hayatının en ayrılmaz, en tabi ve yaşama en nüfus eden gerçeğidir. Dinin fert ve toplum hayatında barındırdığı ilke ve prensiplerle düzenleme yapıldığı toplumda, kişiler arası düzeni sağlamada önemli dinamikleri olan, ahlaki ve felsefi kurallar koyarak, hayatı daha yaşanır kıldığı bir gerçektir. Dinin kişinin sosyal hayatına belirleyici olumlu katkılar sağladığı dünya üzerinde de yapılan bir çok bilimsel araştırma ile kanıtlanmıştır.

Dinin özellikle artık ömrünün son dönemlerine gelmiş yaşlılar üzerinde olumlu kabullenici etkileri vardır. Bunların depresyon ve anksiyete karşısında daha güçlü oldukları, ruhsal sıkıntılarını dua ve benzeri şeylerle atlattıkları literatürde geçmektedir. Yapılan istatistikler, dindar toplumlarda ve ailelerde depresyon ve anksiyetenin diğer toplumlara göre daha az görüldüğünü göstermektedir.

Tablo 14'e bakıldığında, AMI hastalarının dini inanç durumlarının ölüm anksiyete düzeylerine anlamlı düzeyde etkisi saptanmaz iken, hastane anksiyete düzeyini etkilediği saptandı ( $F=0.24$ ;  $p=0.03$ ). Diyabet hastalarında ise dini inanç

durumunun ölüm anksiyete ve hastane anksiyetesini anlamlı derecede etkilediği bulundu ( $F=0.37$ ;  $p=0.00$ ,  $F=0.42$ ;  $p=0.00$ ,  $F=1.33$ ;  $p=0.001$ ).

Yapılan ileri analizde (Benforroni düzeltemesi), diyabet hastalarının ise dini inanç düzeyleri azaldıkça ölüm anksiyete düzeyleri ve hastane anksiyete düzeylerinin arttığı bulundu. Çınar, Ünsal ve Alpar (2009)'ın hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların stresle baş etme yöntemi olarak en çok dine yöneldiklerini bulmuşlardır (Çınar, Ünsal, Alpar 2009) . Schail ve Arkam (2002)'ın yurtdışında yaptığı çalışmalarda, daha az dindar olanlarda ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Schail ve Akrams 2002). Litaratüre bakıldığında, dindarlığın ve dini inanışın ölüm ve ölüm anksiyetesi ile baş etmede önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır.

Ölüm anksiyetesi ile, bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştıran çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir. Çalışmamızda Akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ve Diabetes mellitusu olan hastaların ölüm anksiyeteleri ve hastane anksiyeteleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $F=1.00$ ;  $p=0.08$ ,  $F=0.73$ ;  $p=0,29$ ,  $F=1.76$ ;  $p=0.51$ ). AMI geçiren hastalar ve diyabet hastalarının hastane depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $F=5.389$ ;  $p=0.005$ ). Bu durumda her iki grubunda hastane depresyonu düzeylerinin yüksek olduğu, AMI hastalarının daha yüksek oranda anksiyete yaşandığını saptandı.

Diyabet, temelde endokrin sisteme ait bir bozukluk olmakla beraber, hasta açısından ruhsal, duygusal boyutları olan bir durumdur. Bahar (2006) diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların hastane anksiyete ve depresyon düzeylerini araştırmış, diyabet hastalarının hastane depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da, diyabet hastalarının hastane depresyon düzeyleri yüksek bulunmuş olup, çalışmamız Bahar (2006)'nın çalışması ile paralellik göstermektedir.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ve Diabetes Mellitusu olan hastaların ölüm anksiyetelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalar yeterli sayıda değildir. Bu çalışma Akut Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalar ile Diabetes Mellituslu hastaların ölüm anksiyetelerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada;

1. Kronik bir hastalık olarak bilinen diabetes mellitusu olan hastalarda, ölüm anksiyete ve hastane anksiyetesi bulunmadığı, hastalarda depresyon olduğu saptandı,
2. Akut olarak seyreden akut myokard infarktüsü geçiren hastalarda ölüm anksiyete ve hastane anksiyetesi bulunmazken, depresyon saptandı,
3. Akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ile diyabet hastalarının ölüm anksiyete ve hastane anksiyeteleri arasında anlamlı fark bulunmaz iken depresyonları arsında anlamlı fark bulundu,
4. Akut myokard infarktüsü geçiren hastalar ile diyabet hastalarının hastane depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında, AMI geçiren hastaların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışma sonuçlarına dayanarak, öneriler aşağıda belirtilmiştir;

- Hastaların, hastane depresyonlarına yönelik klinik ortamda eğitim programlarının planlanması,
- Hasta ve hasta yakınları başta olmak üzere, hastane çalışanlarının bu ilgili eğitime katılması sağlanmalı,
- Depresyon açısından risk grubundaki hastaların değerlendirilip konsültasyon liyezon psikiyatri birimine yönlendirilmesi,
- Ölüm anksiyetesi ve depresyon ile ilgili yapılan çalışma ve araştırmaların arttırılması desteklenmelidir.

## 9. KAYNAKLAR

- Abay E. (2004). Anksiyete Bozuklukları, Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitab Evleri, Edirne, s.189-193
- Abdel-Khalek AM. (2004). The Arabic scale of death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. Death Stud ,28: 435-457,
- Abdel- Khalek AM, Laster D. (2003) Death obsession in Kuveyt and American college students. Death study. Jul, 27(6):541-53
- American Psychiatric Glossery M. (1994). American Psychiatric Pres.Inc. Seventh Edition;18(6):13-18
- Arslanoğlu K. (2004). Anksiyete bozukluğu, Psikiyari El Kitabı. Adam matbaacılık. İstanbul:62-63
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 8:280-287.
- Bahar A. (2006). DM hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (1).
- Becker E. (1952). The Denial of Deaty New York, Free Pres Poperback, 186:76-78
- Bütün C, Yücel F, Çelik M, Kılıçcıoğlu M. (2004). Defin ruhsatlarında belirtilen ölüm nedenleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları
- Cicirelli UG. (1998). Personel meaning of deathy in relation to fear of death. Death Study. Dee. 22(8): 713-33

- Coşkun H. (2005). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *FıratTıp Dergisi*,12(1):23-27
- Dunbar F. (1963). Phshosomatic diagnosis, Newyork, 94:118-124
- Durna Z. (1997). Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım ortamı ve stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen etmenlerin saptanması. *Yoğun bakım Dergisi*, 1: 25-28
- Eakes G. (1985). The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff, *Death Study*, s. 163-172
- Emery G. (1985). Anxiety disorders and phobias, *A Cognitive Perspective*, Newyork
- Gilliand J, Templer D. (1986). Relationship of death anxiety, Scale Factors to Subjective Satats, s. 155-167
- Goldman H. (2000), Review of general pychiatry, *Lange Medical Boks/Mc Grow Hill*, 23(6): 103-170
- Guiry E, Conrayr R. (1988). Psychological respose to on acute coranary event and its effecet on subsuquent rehabilitation, *Arch Gen Psychiatry* , 62: 903-910
- Gülseren Z, Hekimsoy Z. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2): 89-98
- Gürhan N. (1995). Hastaların psikolojik ihtiyaçları. *Hemşirelik Bülteni*, 9:36:122-124
- Hermanns N, Kulzer B. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients. Prevelance Commorbididy and Risc Factors, *Diabet Med*,22:293-300

- Hökeleli H. (1992). Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, s.77-88
- Işık E. (2006). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Ruh Sağlığı Bozukluğu, İstanbul, Golder Print, s. 4-31
- Kara N. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. İstanbul, (Danışman Yard. Doç. Dr. Işık Ö)
- Karaca F. (2000); Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul, s. 107-109
- Karaca F. (1997). Psikolojik açıdan ölüm ve dini inanç ilişkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi.
- Kırlı S. (2000). Anksiyete, Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi, Özsan matbaacılık, Bursa,s.1-10
- Koç M. (2002) Ölüm korkusu üzerinde kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 3(2):15-20
- Koton W, (1991). Panic disorders in the medical setting, American Psychiatric Pres, Washington, 21(4):65-67
- Kozacıoğlu G. (1995). Anksiyete konusunda teoriler, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Alfa Yayın Dağıtım, İstanbul, s. 130-139
- Kozacıoğlu G. (1998). Anksiyete nedir? Bireyden Topluma ruh Sağlığı. Alfa basım evi. İstanbul, s. 130- 132
- Köroğlu E. (1995). Patolojik Anksiyete, Psikiyatri 2, Medikomat Basın Yayın Evi, Ankara, s. 50-5
- Köroğlu E. (2007). 'Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bakış', Psikiyatri Temel Kitabı, HYB Basım Evi, Ankara, s. 295-302

- Kübler R. (1998) Çev: Terakye G. Ani ölüm. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. Hürbilek matbaacılık.İstanbul: s. 62-63
- Mangomery S.(1990). Anxiety and Depresiion, Year Book Medical Publication, Chicago , s. 1-30
- Meninger W. (1985). Pschological Factors in the Aetiology of Diabetes, 81:1-13
- Michael H. (2003). 'Anksiyete bozuklukları', Current Psikiyatri, Güneş Kitabevi, Ankara, s. 328-330
- Michael H. (1965). Introduction the neurosis, Psychiatry Basic Boks, s. 1-10
- Mutal V. (1971) Egoistensiyalist Felsefenin Beş Klasığı, Hareket Yayınları, İstanbul. s.87-98
- Nayes R., Sarıç R, (1998). The anxiety disorders, Combridge University Pres.
- Neimeyer RA. (1994).The Threat Index and related methods. İn: Neimeyer RA (ed). Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application. 1st ed. Washington, Taylor & Francis: 61-97,
- Öner N. (1998). Le Compte A. Durumluluk, Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı, 2..baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul, s. 203-206
- Özkan S. (1995), Psikiyatrik tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. s. 102
- Özkan S. (1996). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet, Diyabete Giriş.Bölüm 4, Fatih Ofset, İstanbul; 221
- Özkan S. (1994). Psikiyatrik yönden kalp hastalıkları, Diabetik hastalarda psikiyatrik morbitite ve hastalıklar, III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Kongresi, Eğitim Kursu, İstanbul, s. 105-410

- Özkan S. (1993). Psikiyatrik ve Psikososyal açıdan diabet, Psikiyatrik Tıp, Ankara, s. 94-108
- Peyrot M, Rubin RR. Levels and risk of depression and anxiety. Symptomatology among diabetic adults. Diabetes Care. 1997; 20:585-590
- Popovic N. (2002). Existential Anxiety, Protical Psikopatya, Washington. s. 32-40
- Ray-Byrne, geraci M. (1989). Life events and the onset of the panic disorder. Am.J. Psychiatry, 143:1424-1427
- Rosmussen C.Breema C. (1996). The relationship of death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. The Journal of Psychology;141-144
- Sadock B. (2007) Çev: Aydın H.. Ölüm, ölmek ve yas. Comprehensive Textbook of psychiatry. Güneş kitabevi.Ankara :2136-2367
- Sanders F, Poole TE. (1980) , Death anxiety among elderly. Psychological Reports; 46:53-54
- Sarıççek A, Gülseren Ş, Sarıkaya Öztürk Ö, Özen Ç. (2006). Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Türkçe Formu'nun üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliği.
- Sarıççek A (2006).Huzurevi ve evde yaşayan hastalarda ölüm anksiyetesi, ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması, Atatürk Eğitim Araştırması, Uzmanlık Tezi.
- Sarıççek A, Gülseren Ş, Sarıkaya Öztürk Ö, Özen Ç. (2006). Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Türkçe Formu'nun üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliği.
- Schail K, Akrams S. (2002).Correlation of death anxiety in Pakistan. Death Study. Jan. 26 (1): 39-50

- Schumaker SF, Women WG, (1991). Death anxiety in Japon and australia soe psychal. 131(4):511-8
- Sevinçok L, Günay E. (2001). Depression in a sample of turkish type 2 diabetes patients. Psychiatry:16;229-231
- Sherbourne C, Jackson C, (1996), Prevelence of comorbid anxiety disorders in primary care out patients. Arc. Pam. Med.5:27-34
- Sürmeli A. (1994). Anksiyete, Dissosiyatif ve somataform Bozukluklar, Zafer Matbaası, Ankara , s. 150-160
- Sürmeli A.(1997). Anksiyete kavramı, Psikiyatrik Temel El Kitabı, Hekimler Yayınları Birliği, Ankara, s. 449-1460
- Şenol C. (1998), Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi
- Tamer A. (1994). Death anxiety in adult life therotical perpepectives, Death Anxiety Handbook, Washington, s. 323
- Tang CS, Yan EC. (2002). Psychosocial correlation of death anxiety amazing chineese college students. Death Study. Jul- Aug. ;26(6):491-9
- Templer D. (1977). Two factors Theory of death anxiety, A Note, s. 91-93
- Templer DI. (1970).The construction and validation of a death anxiety scale. J Gen Psychol 82;165-177,
- Tung ES, Yon EC. (2002). Psychosocial corelation of death anxiety among chinese college students. Death Stusdy.Jul-Aug. ;26(6):491-9
- Tüner Y. (1997). Tıbbı sorunlar, hastalığın seyrini etkileyen psikolojik faktörler, Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler, Mentis Yayınları, Ankara, ss:166-180

Underhill SL, Woods SL, (1998) Cardiac Nursing. 2nd Philadelphia, J.B.Lippincolt.  
Company,

Cınar S, Ünsal BG, ,Alpar SE. (2009) Stressors and coping. Strategies in  
Hemodiolysis Patientsi Pakistan Journal of Medical Sciences, 25(3):447-452

Yalom I. (2001) Varoluşcu Psikoterapi. III.baskı. Kabalcı yayınevi. Ankara 11-337

Yanardağ G. (1999). Ölümü yaklaşan kanserli hastanın fiziksel ve psikolojik bakımı  
Sıcak Zincir Dergisi, Temmuz-Ağustos: 34

Yelbuz M. (2002). Gün sayan hasta ve ölümü. Yoğun Bakım Kitabı, İstanbul,  
Tavaslı Matbaacılık, 10-18

Yıldız M. (1998). Dini hayat ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma.  
Doktora Tezi. D.E.Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi.

Yıldız M. (1994), İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan  
Araştırmaların Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal bilimler  
Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Y.Lisans Tezi, İzmir,  
(Danışman Fırat E.)

Zigmond AS, Snaith PR. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale.  
ActaPsychiatr Scand, 67:361-370

## 9. EKLER

### EK 1

#### HASTA TANILAMA FORMU

ANKET NO :

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

- a) Kadın                      b)Erkek

3- Eğitim durumunuz?

- a) Okur yazar                      c) Ortaokul mezunu                      e)Yüksekokul mezunu  
b) İlkokul mezunu                      d)Lise mezunu                      f) Üniversite mezunu

4- Medeni durumunuz:

- a) Bekar                      b) Evli                      c) Dul

5- Çocuğunuz varmı?

- a) Yok                      b) Var

6- Varsa sayısı ve cinsiyeti? (Örneğın : iki kız, bir erkek çocuğım var gibi)

- a) ..... kız, .....erkek

7- Sizinle birlikte kaç kardeşsiniz ?

- a) Tek çocuğım                      b) 2                      c) 3                      d) 4                      e) 5 ve üstü

8- Mesleğınız?

- a)Memur                      c)İşçi                      e)Serbest  
b)Ev hanımı                      d) Çiftçi                      f)Diğer

9- Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Kötü                      b) Orta                      c) İyi                      d) Çok iyi

10- Herhangi bir önemli hastalık geçirdiniz mi? Geçirdiyseniz hastalığın ismini yazınız.

a) Evet .....b) Hayır

**11-** Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa yazınız.

a) Evet..... b) Hayır

**12-** Herhangi bir tanı koyulan psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

a) Evet                      b) Hayır

**13-** Dini açıdan kendinizi nasıl algılıyorsunuz ?

a)Hiç dindar değilim

b)Çok az dindarım

c)Orta derecede dindarım

d) Oldukça dindarım

e) Çok dindarım

**14-** Daha önce sizi etkileyen herhangi bir kayıp (ölüm) yaşadınız mı?

a) Evet                      b) Hayır

**15-** Yaşadıysanız yakınlık derecesi neydi ? Nezamandı?

(örneğin: anne..... 15 yıl önce gibi )

a) Anne ..... ay/ yıl önce

b) Baba..... ay/ yıl önce

c) Kardeş ..... ay/ yıl önce

d) Yakın akraba..... ay/ yıl önce

e) Arkadaş..... ay/ yıl önce

f) Diğer..... ay/ yıl önce

## EK 2

### TEMLER ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her biri açısından kendinizi değerlendiriniz. İfadelerin yanında yer alan DOĞRU veya YANLIŞ seçeneklerinden size uyanı (X) işareti ile belirtiniz.

DOĞRU YANLIŞ

1. Ölmekten çok korkuyorum.		
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.		
3. İnsanlar ölüm hakkında konuştuklarında bu beni tedirgin etmez.		
4. Bir ameliyat olmak zorunda kalmak fikri beni dehşete düşürür.		
5. Ölmekten hiç korkmam.		
6. Kanser olmakla ilgili özellikle bir korkum yoktur.		
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.		
8. Zamanın hızla geçip gitmesi çoğu zaman beni sıkıntıya sokar.		
9. Acı içinde ölmekten korkarım.		
10. Ölümden sonra hayat olması fikri beni fazlaca sıkıntıya sokar.		
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
12. Sık sık yaşam gerçekten ne kadar kısa diye düşünürüm.		
13. İnsanlar üçüncü dünya savaşından söz ettiklerinde tüylerim diken diken olur.		
14. Ölü bir beden görünümü benim için ürkütücüdür.		
15. Geleceğin beni korkutacak hiçbir şey taşımadığımı hissediyorum.		

### EK 3

#### ABDEL- KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ (ASDA)

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz. Her birinin sizin duygularınızı, düşüncelerinizi, davranışlarınızı ne ölçüde tanımladığına karar veriniz. “Hiç, Biraz, Orta, Fazla, Çok Fazla” seçeneklerinden birinin altına(X) işareti koyunuz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım					
7. Ölümden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					

15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kansere yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümden korkarım.					

## EK 4

### HAD ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi tanımamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

#### 1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

#### 2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

#### 3. Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- Hayır, hiç öyle değil

#### 4. Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiçdeğil

**5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

**6. Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

**7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

**11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

- Gerçekten çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

**12. Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle az
- Hemen hemen hiç

**13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Seyrek

## EK 5

### HASTA ONAM FORMU

Yapılacak olan çalışmanın niteliği Özgül ÖZCAN YEŞİL tarafından bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Yanıtlamamı istedikleri kişisel ve hastalığımla ilgili bilgileri içeren Hasta Bilgi Formu, Templer Ölüm Anksiyetesi, Abdel-Khalek Ölüm anksiyetesi, Hastane Anksiyetesi Ölçeklerini kendi istediğimle yanıtlamayı kabul ediyorum.

Anket sonuçlarının ulusal ve uluslar arası organizasyonlarda kullanılmasına, sunulmasına, bilimsel dergilerde yayınlanmasına izin veriyorum.

Tarih:

İmza:

EK 6



T.C.  
İzmir Valiliği  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI: B-10-4-İSM-4-35-65-56-003/03  
Yazı İşleri (EK 1)  
KONU: Etik Kurul Onayı

17.10.2003 024680

#### ETİK KURUL KARARI

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinden Psikiyatri Yüksek Lisans yapmakta olan Özgül Özcan Yeşil'in "Akut Miyokarda İnfarktlis Geçiren ve Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Ölüm Anksiyetelerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışması, hastanemizin etik kurulu tarafından incelenmiş olup, yapılacak çalışmanın tıbbi etik kurallarına uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Etik Kurul Onayı Başkanı

Doç.Dr. Mustafa Demirci

Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Uzm.Dr. Barış Karadağ

EK 7



T.C.  
İzmir Valiliği  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B-10-4-İSM-4-35-65-56-003/03

Yazı İşleri

KONU : Uygulama İzni

17.10.2008 024680

MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI  
34865 Cevizli-KARTAL  
İSTANBUL

İLGİ: 25.09.2008 tarih ve 1060 sayılı yazınız.

Fakülteniz öğrencilerinden Özgül ÖZCAN YEŞİL'in "Akut Miyokarda İnfarktüs Geçiren ve Diyabetes Mellitusu Olan Hastaların Ölüm Anksiyetelerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapmak isteği ile ilgili yazınız Başhekimliğimizce incelenmiş olup, talebiniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. Mesut ÖZGÜL  
Başhekim Yardımcısı  
Başhekim a.

## **EK 8**

### **UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKEDEMİSYEN LİSTESİ**

1. Yar. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
2. Yar. Doç. Dr. Özlem Işıl, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
3. Arş. Gör. Dr. Semra Çıgırıkçı Karaca, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
4. Arş. Gör. Dr. Nevin Onan, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
5. Arş.Gör. Leyla Baysan Arabacı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
6. Doç.Dr. Hatice Uluer, Ege Üniversitesi İstatistik Anabilim Dalı

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Özgül	<b>Soyadı</b>	Özcan
<b>Doğ. Yeri</b>	Karabük	<b>Doğ.Tarihi</b>	29. 03.1984
<b>Uyruğu</b>	T. C.	<b>TC.Kim No</b>	
<b>Email</b>	ozgul1151@hotmail.com	<b>Tel</b>	05058321943

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
Doktora		
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi	Devam
Lisans	Ege Üniversitesi	2007
Lise	Zonguldak Anadolu Lisesi	2001

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl- Yıl)</b>
1. Hemşire	Dokuz Eylül Ün. Hast.	2009
2. Hemşire	Ümraniye Eğt.Arş.Hast.	2007-2008

<b>Yabancı Diller</b>	<b>Okuduğunu anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office Programları	İyi
İnternet Uygulamaları	İyi

