



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE YETİŞKİN BİREYLERDE  
ÖLÜM KAYGISI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Nimet KILIÇ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA/2022



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**COVID-19 PANDEMİ SREÇİNDE YETİŞKİN BİREYLERDE**  
**ÖLÜM KAYGISI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Nimet KILIÇ**

**Tez DanıŐmanı**  
**Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA/2022

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübelerini özveriyle bizimle paylaşan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e ve desteklerini esirgmeden eğitimime katkı sağlayan Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Tez çalışmamın başından itibaren her aşamasında yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'ye,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarımıza ve asistanlığım süresi boyunca yanımda olan asistan arkadaşlarıma,

Tıp Fakültesinin bana kazandırdığı sevgili dostlarım Dr. Zeynep DEMİR ve Dr. Ayşenur TAT'a

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim motivasyon kaynağım sevgili nişanlım Fatih AKTAŞ'a,

Hayattaki en büyük şansım olan başta sevgili annem Gönül KILIÇ olmak üzere abim Metin KARTAL, ablam Şenay Duygu KARTAL, kardeşim Osman KILIÇ'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nimet KILIÇ

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar.....	v
ŞEKİLLER .....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. KAYGININ TANIMI .....	3
2.2. ÖLME OLGUSU VE ÖLÜM.....	6
2.3. ÖLÜM KAYGISI VE TANIMI .....	7
2.4. ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜM KORKUSU ARASINDAKİ FARKLAR .....	8
2.5. ÖLÜM KAYGISININ BİLEŞENLERİ.....	9
2.6. ÖLÜM KAYGISINA KARŞI GELİŞTİRİLEN MEKANİZMALAR.....	9
2.7. ÖLÜM KAYGISINI DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	11
2.7.1. Tek Faktörlü/Boyutlu Ölçekler .....	11
2.7.2. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	11
2.7.2.1. ASDA: Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA) .....	11
2.7.2.2. Tek Maddeli Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	12
2.7.3. Çok Boyutlu/Faktörlü Ölçekler .....	12
2.7.3.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	12
2.7.3.2. Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği .....	12
2.8. COVID-19 KORKUSU VE ÖLÜM KAYGISI.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ .....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	14
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	14
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	14
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	15
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANLANMASI.....	15

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .....	15
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	16
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu .....	16
3.8.2. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (Templer ÖKÖ) .....	17
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	17
4. BULGULAR.....	19
4.1. ÖLÇEK PUANLARI.....	23
4.2. ÖLÇEK KORELASYONLARI.....	32
5. TARTIŞMA .....	34
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	34
5.2. KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	37
5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI .....	42
6. SONUÇLAR.....	44
7. KAYNAKLAR .....	46
8. EKLER.....	52
EK-1. ÇALIŞMA İZİNİ .....	52
EK-2. ETİK KURUL ONAYI.....	55
EK-3: VERİ TOPLAMA ARACI .....	59
9. ÖZGEÇMİŞ .....	63

## KISALTMALAR

<b>ANOVA</b>	: Varyans Analizi (Analysis of Variance)
<b>ASDA</b>	: Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği
<b>COVID-19</b>	: Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>n</b>	: Örneklem Sayısı
<b>ÖKÖ</b>	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
<b>p</b>	: Anlamlılık Düzeyi
<b>r</b>	: Korelasyon Katsayısı
<b>SARS-CoV-2</b>	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu-Koronavirüs-2)
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi

## TABLolar

<b>Tablo 4.1.</b>	Sosyodemografik özellikler (n=383) .....	20
<b>Tablo 4.2.</b>	Sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına ilişkin bilgiler.....	21
<b>Tablo 4.3.</b>	Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma ve erişkin aşuların yaptırılma durumları.....	21
<b>Tablo 4.4.</b>	Katılımcıların COVID-19 süreciyle ilgili tedavi süreçleri ve deneyimleri.....	22
<b>Tablo 4.5.</b>	Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğine Verilen Cevapların Madde Madde ve Ölçek Toplam Puanının Dağılımı (n=383) .....	24
<b>Tablo 4.6.</b>	Yaşa göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi Sonuçları .....	25
<b>Tablo 4.7.</b>	Katılımcıların cinsiyetlerine göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları .....	25
<b>Tablo 4.8.</b>	Eğitim durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları.....	25
<b>Tablo 4.9.</b>	Mesleklerine göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları .....	26
<b>Tablo 4.10.</b>	Medeni durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları.....	26
<b>Tablo 4.11.</b>	Aile gelir durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları.....	27
<b>Tablo 4.12.</b>	Evde kim/kimlerle yaşadığı durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları .....	27
<b>Tablo 4.13.</b>	Katılımcıların kronik hastalıklar veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları.....	28
<b>Tablo 4.14.</b>	Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları.....	28
<b>Tablo 4.15.</b>	Alkol kullanma durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları .....	29
<b>Tablo 4.16.</b>	Sigara Kullanma Durumuna Göre Templer ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran ANOVA Testi Sonuçları.....	29

<b>Tablo 4.17.</b> Maske-mesafe ve el yıkama durumlarına göre Templer ÖKÖ Toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları .....	29
<b>Tablo 4.18.</b> Erişkin aşılarını yaptırma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları .....	30
<b>Tablo 4.19.</b> COVID-19 aşısını yaptırma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları .....	30
<b>Tablo 4.20.</b> COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları .....	30
<b>Tablo 4.21.</b> COVID-19 enfeksiyonu tedavi biçimlerine göre Templer ÖKÖ Toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları .....	31
<b>Tablo 4.22.</b> Ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilme durumuna göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları .....	31
<b>Tablo 4.23.</b> Ailesinde COVID-19 Nedeniyle Vefat Durumuna Göre Templer ÖKÖ Puanlarına İlişkin Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları.....	32
<b>Tablo 4.24.</b> Katılımcıları Klinik Özellikleri ile Templer ÖKÖ Toplam Puanlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	33

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Tallis'e göre kaygı oluşum süreci ..... 5



## ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızda Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran yetişkin kişilerde COVID-19 pandemi sürecinin ölüm kaygısına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gerekçe ve Yöntem:** Çalışmaya 1 Şubat 2022 ile 30 Nisan 2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri 'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı gönüllü olan 18-85 yaş arası 383 kişi dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve Templer Ölüm Kaygısı ölçeği ile ilgili sorular içeren anket formu uygulandı. Araştırma boyunca toplanan veriler, IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. İstatistiksel olarak  $p<0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 383 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması  $42,5\pm 14,2$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların 243'ü (%63,4) kadın, 140'ı (%36,6) ise erkektir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri içerisinde yaş, cinsiyet ve evde kim/kimlerle yaşadıkları durumlarına göre ölüm kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Ancak katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik özellikleri (eğitim durumları, meslekleri, medeni durumlar, aile gelir durumları, sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları, kullandıkları ilaç/vitamin durumu, erişkin aşılarını yaptırma durumları, COVID-19 aşısını yaptırma durumu, kronik bir hastalığı veya COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirmeye neden olabilecek riskli bir durumu, maske, mesafe ve el yıkama durumları, COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma durumları, COVID-19 nedeniyle katılımcıların ailesinde ya da yakın çevresinde ölümlü bir vaka) göre istatistiksel olarak bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, bağımsız değişken olarak belirlenen sosyodemografik değişkenlerden yaş, cinsiyet ve evde kim/kimlerle yaşadığı özelliklerinin katılımcıların ölüm kaygısı düzeylerini etkilediği görülmüştür. Diğer sosyodemografik ve klinik özellikler açısından katılımcıların ölüm kaygı düzeylerinde herhangi bir azalma ya da yükselme olmadığı sonucuna varılmıştır. Ülkemizde kişilerin bazı değişkenler (alkol, sigara kullanımı vb.) hakkında tam ve sağlıklı bilgi sahibi olmaları ankete verdikleri yanıtların genellenebilmesini zorlaştırmaktadır. Bu bakımdan kişilerin salgın dönemlerindeki

ölüm kaygısı düzeylerinin tam olarak anlaşılması ve tüm topluma genellenebilmesi için daha büyük ölçekli ve daha çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, COVID-19, ölüm kaygısı, pandemi



# THE LEVELS OF DEATH ANXIETY IN ADULTS AND ITS AFFECTING FACTORS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

## ABSTRACT

**Aim:** The study aims at determining the effect of the COVID-19 pandemic on the death anxiety in adults, who came to the Ankara Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinics.

**Materials and Method:** The sampling of the study consists of the 383 participants between the ages of 18-85, who came for treatment to the Ankara Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinics between February 1, 2022 and April 31, 2022 and voluntarily participated in the study. The mean age of the participants was  $42.5 \pm 14.2$ . The participants were 243 female (63.4%) and male 140 (36.6%). The data were collected via a sociodemographic form and Templer Death Anxiety Scale. The collected data were analyzed with the IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) program. 'p value' ( $<0.05$ ) was considered statistically significant.

**Results:** The 383 participants, who came for treatment to S.B.U. Ankara Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinics, were participated. Of the participants, 243 (63.4%) were female and 140 (36.6%) were male. Among the sociodemographic characteristics of the participants, it was determined there was a significant difference in death anxiety levels only according to age, gender and with whom the participants share the home ( $p < 0.05$ ). However, analyzing other sociodemographic of the participants (educational status, occupation, marital status, family income status, smoking and alcohol use habits, pill/vitamin status they use, adult vaccination status, COVID-19 vaccination status, a chronic disease) and clinical characteristics of them (a risky situation that may cause severe 19 infection, use of mask, distance and hand washing conditions, cases of contracting COVID-19 infection, a fatal case in the family or close environment of the participants due to COVID-19) there was no statistical difference.

Finally, when the Pearson correlation coefficient and correlation level between the clinical characteristics of the participants and the Templer death anxiety total scores were analyzed, there was no statistically significant correlation; however, there was a positive and negative correlation between the clinical characteristics of the participants and the Templer SCA total scores ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** When evaluating the results of the study, it was found that the sociodemographic variables, such as age, gender, and with whom they share the home has affected the death anxiety levels of the participants. Moreover, it was concluded that there was no decrease or increase in the death anxiety levels of the participants in terms of the rest of the sociodemographic and clinical characteristics. However, the fact that the people in Türkiye have full and healthy information about some variables (alcohol, smoking, etc.) makes it difficult to generalize their answers to the survey. In this respect, larger-scale and further studies are needed to fully understand the death anxiety levels of the people during pandemic periods and to generalize the findings to the whole society.

**Keywords:** Family medicine, COVID-19, death anxiety, pandemic.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

2019 yılının aralık ayı sonlarına doğru, Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2), Çin'in Hubei eyaletinde Wuhan şehrinde ilk olarak tespit edilmiştir. O günden beri, virüs hızla dünyaya yayılmış ve 20 Mayıs 2020 tarihinden itibaren 4 milyonu aşkın insanı enfekte etmiş ve yaklaşık 300 bin kişinin ölümüne neden olmuştur. Çin'in Wuhan şehrinde ilk vakaların görüldüğü korona-virüs yüksek bulaşma ve yayılma oranıyla tüm dünyada pandemi durumuna dönüşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Ocak 2020'de COVID-19 pandemisi olarak adlandırılan salgın hayatın tüm alanlarını (eğitim, ekonomik, politik vb.) etkilediği gibi, bireylerin sağlığına ilişkin çeşitli etkileri olmuştur (1).

Ruhsal problemlerin tetiklenmesinin arkasındaki itici güç olarak literatürde yetişkin bireylerin varoluşsal sorgulamalarının artması, kendi sağlıkları, gelecekleri ve ölümleri üzerine düşünme gibi etmenler gösterilmektedir. Bireylerin kendileri ve yakın çevresine ilişkin kaygı düzeyine varan sorgulamaları onları gelecek planlarına ilişkin de değişikliklere yöneltmektedir. COVID-19 pandemisiyle özellikle hastalığın seyri ve tedavisine yönelik tecrübe edilen belirsizlik durumu bireylerde farklı kaygılara neden olabilmektedir. Bu süreçte bireylerde görülen en yaygın kaygının yaşamlarına ilişkin olduğu ifade edilmektedir. Kişilerin hayatlarına ilişkin hissettikleri kaygı düzeyinin artmasında gösterilebilecek temel faktör ise COVID-19 pandemisiyle birlikte ölüm oranlarındaki artıştır. Yakın çevresinde yaşadığı kayıplar bireylerin sağlığının sürekli tehdit altında olduğu hissi yaratmakta ve bu da onların üzerinde bir sosyal baskı oluşturmaktadır (2-4). Hayatın farklı alanlarında yaşanan problemler kişileri ruhsal anlamda görünür bir şekilde etkisi saptanmasa bile COVID-19 pandemisiyle özellikle hastalığın tedavisine yönelik tecrübe edilen belirsizlik durumu bireylerin hayatın farklı alanlarında da belirsizliklere neden olmasının bir sonucu olarak farklı kaygılara da neden olabilmektedir. COVID-19 pandemisi sürecinde bireylerde görülen en yaygın kaygısının ise yaşamlarına ilişkin olduğu literatürde ifade edilmektedir (5). Kişilerin hayatlarına ilişkin hissettikleri kaygı düzeyinin artmasında gösterilebilecek temel faktör ise COVID-19 pandemisiyle birlikte mevsimsel olarak yaşanan ölüm oranlarının normalin üzerinde rapor edilmesi ve bunun her gün bir

toplumsal ritüel olarak kamuoyuyla paylaşılması gösterilebilir. İnsanların kitle iletişim araçlarından yayılan pandemi kaynaklı ölüm haberlerine ilişkin günlük enformasyona maruz kalmaları ve aynı zamanda pandemiyle birlikte yakın çevresinde kaybetmiş olduğu yakınları; bireylerin sağlığının sürekli tehdit altında olduğu hissi yaratmakta ve bu da onların üzerinde bir sosyal baskı oluşturmaktadır.

Bunun bir sonucu olarak ise bireylerin kaygı düzeylerini artırdığı ve kaygıya neden olduğu düşünülmektedir (6-8). Ancak pandemi sürecinde yetişkin bireylerde hangi faktörlerin kaygı düzeylerini artırdığı ya da kaygıya neden olduğuna ilişkin bir çalışma yürütülmediği literatür taramasında görülmektedir. Bu arka plan ve gerekçe doğrultusunda, bu araştırmada COVID-19 pandemi sürecinin yetişkin bireylerde ölüm kaygısına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KAYGININ TANIMI

Kaygı kavramı olgusal olarak ele alındığında; fizyolojik olarak bir tepkime, psikolojik olarak bir duygu durumu olarak ifade edilmektedir. Olgusal olarak kaygı, içerisinde endişe ve gerginlik gibi farklı duyguları içinde barındırmaktadır. Bu bakımdan, bir insanın herhangi bir olay, durum ya da olgu karşısında ortaya çıkan strese karşı göstermiş olduğu psikolojik ve fizyolojik tepkidir. Bu bakımdan, insan hayatının hemen hemen tüm evrelerinde çok farklı nedenlerle kendini gösterebilmektedir (9).

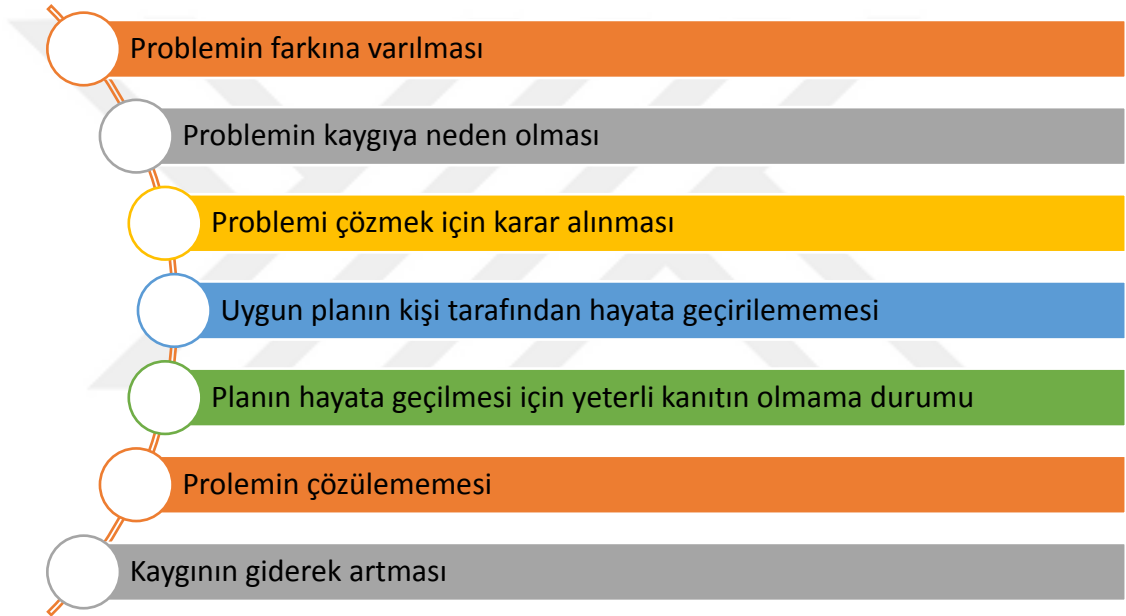
Almancada angst olarak ifade edilen kaygı kavramı literatüre ilk olarak Heidegger tarafından kazandırılmıştır. Heidegger angst, diğer bir ifadeyle kaygı kavramını insanın ruh ya da psikolojik halini tasvir etmek amacıyla kullanmıştır (10,11). Türkçe’de ise kaygı kavramı Deren tarafından insanın ruhunda boşluk hissini yaşama hali olarak ifade edilmiştir. Heidegger’e göre ise bu durum üzerine düşünülen değil, yalnızca hissedilen bir durumdur (12). İngilizce’de anxiety olarak ifade edilen kaygının etimolojik kökeni incelendiğinde, kelime anx kökünden türetilen angere fiilinden gelmektedir. Angere fiili ise kelime manası olarak nefesi kesilmek ya da boğulmak anlamlarına gelmektedir. Kaygı kavramı Türkçe’de ise bunaltı, kuruntu, endişe, anksiyete, tasa ya da tedirginlik gibi farklı kelimelerle kavramsallaştırılmaktadır. Kaygı, psikolojik bakımından bilinçsiz bir duygulanım sürecini içerisinde barındırdığından literatürde bilinçli bir duygulanım olarak tanımlanan korku duygusuyla kolaylıkla karıştırılabildiği ifade edilmektedir. Korku duygusunu kaygıdan ayıran temel nokta ise hem insanlarda hem de hayvanlarda yaşamı tehdit eden bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkmasıdır. Bir diğer kavram ise strestir. Stres ise herhangi bir organizma üzerinde psikolojik manada baskı anlamına gelmektedir. Ancak buradaki psikolojik ya da ruhsal baskı kendi içerisinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri içerisinde barındırmaktadır. Örneğin organizmanın korkutucu bir durum karşısında yaşamış olduğu duygu hali ile mezuniyet, evlenme ya da organizmaya mutluluk veren diğer etkinliklerde

organizmanın yaşamış olduğu duygu hali her ne kadar temelde stres ya da baskı olarak ifade edile bile duygulanım açısından içerisinde farklılıkları içermektedir. Bu durum fizyolojik olarak genel uyarılmışlık hali (arousal) olarak ifade edilmektedir. Bu uyarılmış hali genellikle literatürde kaygı ile karıştırılmaktadır (13). Bunun arkasında yatan temel neden ise fizyolojik olarak genel uyarılmışlık halinde vücudun vermiş olduğu tepkilerin sınırlarının kesin olarak belirlenememesidir. Ancak yine de bu üç duygu halinin kaynaklarını doğru bir şekilde ortaya konulursa kaygı diğer duygu hallerinden kolaylıklar ayrılabilir. Örneğin, korku ile kaygı arasındaki en temel farkı iki duygunun fizyolojik kaynağıdır. Korkunun kaynağı fizyolojik olarak belliyken; kaygının kaynağı belli değildir. Bir diğer temel ayrım ise korku duygulanım süresi bakımından kısa erimliken; kaygı süre bakımından daha uzun sürebilmektedir. Son olarak, korku duygusu bir organizma için açık bir tehdit halinde ortaya çıkarken; kaygı ise organizmanın karşı karşıya kalmış olduğu tehdit durumuna hem duygusal olarak hem de anlam olarak gerçekliğin dışında farklı manalar yüklemesi halinde ortaya çıkmaktadır (14). Diğer bir ifadeyle, kaygı durumunda kişinin olgulara ya da olaylara yüklemiş olduğu anlamın özneliği söz konusudur. Korku ve kaygı arasındaki farkı daha net bir şekilde ifade etmek gerekirse; korku durumunda fiziksel bir tehdit söz konusudur ve bu tehdit her insanda ortak ya da nesnel duyguları uyandırması beklenmektedir. Kaygı durumunda ise daha kişiye özel ve öznel duyguların üretilmesi sonucunda görülmektedir. Bu bakımdan kaygı durumunun arka planındaki öznelik ise herkes tarafından paylaşılamayan ve başkası için gerçekçi olmayan bir durumu yaratabilmektedir.

Freud'a göre kaygı ve kaygının kaynağı, bir insanın herhangi bir tehlike ya da tehdit karşısında reaksiyon geliştirememesi ya da bir mücadele gösterememesi halidir. İnsanın böylesi bir durumda psikolojik olarak bilinçsizce geliştirmiş olduğu duygu kaygı olarak tanımlanmaktadır. Bilinçsizce geliştirilen bu duygu durumunun nedenleri, kökeni ya da kaynağı ise birey tarafından anlamlandırılmamaktadır. Freud bu durumu şöyle betimlemektedir. Eğer kaygının kaynağı dışsal dünyadan gelmekteyse kaygı objektiftir, ancak kaygının kaynağı içsel dünyadan gelmekteyse kaygı subjektiftir ve nevrotiktir (15). Rollo May ise kaygıyı, gerçek dünyada olmayan şeylerin olabileceği ihtimaline karşı geliştirilen duygu durumu olarak tanımlamaktadır. Kişinin gerçek dünyada olmayan şeylere yüklemiş oldukları anlamın subjektifliği aynı

zamanda kişinin olay ya da olgulara karşı bakış açılarını da içinde barındırmaktadır. Kaygının objektiflik durumu ise kişinin olay ya da olgular karşısında geliştirmiş oldukları reaksiyonları ya da davranışları çevredekilerin gözlemleyebilme durumudur. Diğer bir ifadeyle, nevrotik bir vaka olarak gelişen kaygı durumunun; dışarıdan kıskançlık, aşırı hassasiyet ve dengeli olmayan duygu hali gibi gözlemlenmesidir (16).

Tallis, kaygı sürecini içsel bir alarma benzetmektedir. Alarmin zilin yavaş yavaş arması sonrasında kaygı duyulan durum kişi tarafından göz ardı edilemeyecek bir noktaya ulaşmaktadır. Tallis'e göre kaygı süreci şu şekilde oluşmaktadır (19,20).



**Şekil 1.** Tallis'e göre kaygı oluşum süreci

Şekil 1 incelendiğinde, kaygıyı yavaş yavaş artıran durumun herhangi bir problemle ya da sorunla karşılaşan kişinin, karşılaştığı problem ya da sorunu kendi iç dünyasıyla anlamlandırmasıyla süreç başlamaktadır. Bu anlamlandırma ve tanımlama aşamasından sonra kişi probleme ya da soruna karşı bir reaksiyon ya da çözüm geliştirememesinden ötürü (kişinin elinde içinde bulunulan probleme ilişkin yeterince kanıtın olmaması) kişinin kaygı durumunun giderek arttığı görülmektedir.

## 2.2. ÖLME OLGUSU VE ÖLÜM

İnsanların, dünya üzerinde çözüm bulmaya çalıştıkları ancak şu ana kadar başarılı olamadıkları bir gerçekliktir. Bu bakımdan dünya üzerinden hiçbir canlının bu sonda kurtulması şimdilik olanaklı görünmemektedir (10).

İnsanın varoluşunun temeli yaşam ve ölüm üzerine kurulmaktadır. Yaşam, insanlık tarafından bir şekilde yaşadığı sürece anlamlandırılmasına karşın, ölüm kavramı insanlık için en zor olgulardan birisidir. İnsanlık en zor gelen kısım ise Bauman tarafından insanın dünyadaki varlığının son ermesi olarak ifade edilmektedir (11). Diğer bir ifadeyle, ölüm insanlığın neredeyse tüm evrelerinde (çocukluktan yaşlılığa) yanıt bulmaya çalıştığı en zor soru olarak hayatını ve tüm dinleri (inanç sistemlerini) meşgul etmektedir. Bunun yanı sıra, olgusal olarak ölüm farklı bilim dallarını da çaresiz bırakmaktadır. Bunlar arasında tıp, fen bilimleri ve biyoloji gibi bilim dalları bulunmaktadır. Ölüm, insanlığın hayatının ve dinlerin (inanç sistemlerini) yanı sıra farklı bilim dalları açısından da merak konusu olmaktadır (8). Bunlar arasında en önde gelen bilim dalı ise Tıp Bilimidir. Ölüm olgusu, biyolojik fonksiyonların durması ya da sonlanması olarak ifade edilmektedir. Ölümün fiziksel olgusu her ne kadar insan zihninde önemli bir alan kaplamasa bile, ölümün düşünsel olgusu her an insan zihninde sistemli bir şekilde bir yerlerde bulunmaktadır. Ölüm kavramının bu sistemliliği ilk olarak Kastenbaum tarafından 'ölüm sistemi' olarak adlandırılmıştır. Kastenbaum'a göre ölüm sistemini, bir insanın ölüm fikrini ya da ölme fiilini yaşama durumunu anlamlandırma süreci olarak tanımlamaktadır. Bu bakımdan Kastenbaum, bu anlamlandırma sürecinde fikir ile eylem arasında nedensel bir karşılıklıktan söz etmektedir. Ölüm sistemi, içerisinde zıtlıkları barındıran olaylara anlam verme süreçlerini içerisinde barındırmaktadır. Bunlar; sağlık-hastalık, yatağa bağlı-kendi işlerini yapabilen, hayat-ölüm gibi ikilemler arasında insan sürekli ölüm fikrini geliştirmektedir. Ölüm fikrini destekleyen bir diğer durum ise ölümü hatırlatan bir kişi/kişiler ya da meslek gruplarıdır. Bunlar ise hastanede yatan hasta, ölen aile üyeleri, din adamları, cenaze işlerinden sorumlu kişiler, polis, avukat ya da mezarlık işlerinden sorumlu kişiler şeklindedir. Son olarak ölüm sisteminin olmazsa olmaz bir parçası olarak görülen mekanlar bulunmaktadır. Bu mekanlar; hastaneler, düşkünlerevi (darülaceze), morglar, taziye-evleri ya da dini mabetler olarak ifade edilmektedir.

Kişiler, olaylar ve olguların yanı sıra ölüm üzerine insanı düşündüren bir diğer ve en yoğun itici güç ise geleneklerdir. Bu gelenekler arasında; çiçek göndermek, dini cenaze törenler, vefat edenin anısına hazırlanan hediyeler ve son olarak gazetelere verilen ölüm ilanları gösterilmektedir (9).

Bu bakımdan, insan hayatında önemli bir yer tutan ölüm olgusu, yalnızca ontolojik (varoluşsal) olarak kendini insan hayatında göstermemektedir. Ölüm olgusu insan hayatını uzun süre meşgul ettiğinde ölüme bağlı kaygılar insan hayatını farklı boyutlarda etkileyebilmektedir. Örneğin, ölüme bağlı kaygılar; insanın psikolojik iyi oluşunda bozukluklara, psikolojik uyum ve terapötik bozukluklara neden olabilmektedir (8).

### **2.3. ÖLÜM KAYGISI VE TANIMI**

Ölüm kaygısına ilişkin herkes tarafından evrensel düzeyde kabul gören ortak bir tanımına ulaşılamamıştır. Bunun arkasında yatan en önemli neden ise ölüm kavramının olgusal olarak henüz anlaşılammış ve bilinmezliğini halen koruması gösterilmektedir (26). Bu bilinmezlikten hareketle, farklı bilim dalları ölüm olgusunu ilgili bilim dallarının kavramlarıyla ifade etmiştir. Örneğin, tıpta beyin ölümü; psikolojide akıl, psikolojik ve ruhsal ölüm; biyolojide biyolojik ve organizma ölümü şeklindedir (10). Ölüm olgusu, farklı bilim dalları tarafından nasıl ifade edilirse edilsin, her ölümden sonra insanda bıraktığı etki insanda farklı ve kaynağı belirsiz duyguların gelişmesine neden olabilmektedir. Ancak Barrett ve Langs'ın yapmış olduğu çalışmalarda ölüm kaygısının hem bilinçli hem de bilinçsiz bir şekilde deneyimleneceği ifade edilmektedir (30, 31). Yalom da Barrett ve Langs'ın ölüm kaygısını benzer bir şekilde tanımlarken, ölüm kaygısının deneyimlenmesinde kültürel unsurların ve kişisel anlamların etkili olduğunu altını çizmektedir. Bu yaklaşımların aksine, Kastenbaum ve Costa ise bu yaklaşımı şüpheyle değerlendirmekte ve ölüm kaygısının temelinde bilinçdışılığın (bilinmezliğin) olduğunu vurgulamaktadırlar (32).

İnsanlarda ölüm kaygısının ortaya çıkışı, ilk olarak insanın ölüm farkındalığına ulaşmasıyla içinde buldukları endişeyi kavramsallaştırmasıyla ortaya çıktığı ifade edilmektedir (27). Langs'a göre ölüm kaygısı, içinde bulunulan toplumun ölüm olgusuna ilişkin geliştirmiş oldukları duygulara karşılık olarak kişilerin bilinçli ya da

bilinçsiz olarak bir reaksiyon geliştirme sürecidir. Bu bakımdan ölüm kaygısı, insanda üç farklı şekilde ortaya çıkmaktadır: 1- Varoluşsal ölüm kaygısı; 2- Yıkıcı ölüm kaygısı; 3- Koruyucu ölüm kaygısı şeklindedir. Birinci ölüm kaygısı türü her insanın ölüm olgusu karşısında tartışmasız bir şekilde geliştirmiş oldukları duygudur. İkinci tür ise ölüm kaygısının en eski ve ilkel formu olarak tanımlanmaktadır. Bu duygu durumu genellikle insanda bir doğal felaket ya da yaşamı tehdit eden diğer olaylar karşısında geliştirilmektedir. Üçüncü ve son ölüm kaygısı türü ise insana duygusal anlamda zarar veren bir durum karşısında gelişen duygu olarak tanımlanmaktadır.

#### **2.4. ÖLÜM KAYGISI VE ÖLÜM KORKUSU ARASINDAKİ FARKLAR**

Ölüm kaygısı ile ölüm korkusu literatürde çokça karıştırılan ve birbirleri yerine geçecek şekilde kullanılan iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak ölüm kaygısı ile ölümlük korkusu ayıran temel fark, her iki duygunun da beslendiği köken gösterilmektedir. Ölüm korkusu, bir insanın yaşamını tehdit eden akut olay karşısında bilinçli bir şekilde ve duygunun kaynağını bilerek geliştirmiş olduğu duygu olarak tanımlanırken; ölüm kaygısında ise insan yaşamını tehdit eden bir akut olay olmadan bilinçsiz ve kaynağını bilmeden geliştirmiş olduğu duygu olarak tanımlanmaktadır. Bu bakımdan, Kierkegaard ölüm kaygısını bir tür olmayan bir şeyden ya da yoktan korkmak olarak ifade etmektedir. Kierkegaard'ın bu yaklaşımından yola çıkarak korku herhangi bir şeyin korkusu iken; kaygı ise hiçbir şeyindir (23). Bu yapısal farktan yola çıkarak ölüm korkusunda daha somut, elle tutulur ve nesnel bir reaksiyon görülürken; ölüm kaygısında ise daha soyut, elle tutulamayan ve kaynağı net bir şekilde ortaya konulamayan bir duygu hali söz konusudur (21,22). Her ne kadar kaygı somut ya da elle tutulur bir kaynağa dayanmasa bile; vücudun fizyolojik reaksiyonu genellikle gerilim, çarpıntı, terleme, el ya da bacakların istemsizce hareket ettirilmesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Buna karşın korkunun kaynağı kişi tarafından bilinse bile, vücudun korku durumuyla karşılaştığında somut ya da gözle görülecek bir reaksiyon ortaya çıkmamaktadır. Korku ile kaygıyı ayıran bir diğer faktör ise her iki duygu durumunda kişi değerlendirmede kullanmış olduğu referans noktasıdır. Eğer bir kişi istenmeyen durum karşısında duygularıyla olguyu ya da olayı değerlendiriyorsa,

bunun sonucunda kişide kaygı meydana gelirken; aynı olguyu ya da olayı bilişsel bir değerlendirme sürecinin sonunda kişide korku meydana gelmektedir.

## **2.5. ÖLÜM KAYGISININ BİLEŞENLERİ**

Literatürde ölüm kaygısına yönelik yapılan çalışmalarda, ölüm kaygısının çok bileşenli ya da faktörlü bir yapısının olduğu görülmektedir. Bu bileşenler, genellikle kaynağın bilinmezliği, yalnızlık, ölüm sonrası ceza, yakınlarını yitirme korkusu, geri kalanları düşünme, yok olma, yaşam kontrolünü kaybetme ve ölümden acı duyma şeklindedir (24).

Ölüm kaygısının çok boyutlu ve olgusal olarak tanımlanmasının zorluğu, ölüm kaygısının niteliğinin belirlenmesinin zorluğunu getirmektedir. Literatürde ölüm kaygısının temellerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmalarda, dört tane ölüm kaygısına yol açabilecek boyuta tanımlanmaktadır. Bunlar, hastalık ve kaza; beden yok olması; geleceğin bilinmezliği; ölüm sonrasında bilinmezliği şeklindedir. Bu bileşenler arasında ölüm kaygısına en çok neden olan ve ölüm kaygısı duygusunu besleyen boyutun ise ölümden sonrasında bilinmezliği ve bu bilinmezliğin insanda yaratmış olduğu kaygı ise ölüm kaygısını doğurmaktadır (25).

Thorson ve Powell ise ölüm kaygısının hem epistemolojik hem de ontolojik olarak tanımlanmasının yolunun 'kendi ve başkalarının ölümünden korkma'; 'ölümün inkârı'; 'ölümden kaçınma'; 'ölmek üzere olan insandan uzak durma' gibi boyutların tanımlanmasının gerekliliği üzerinde durmaktadır (28). Lonetto ve Templar ise ölüm kaygısını, insanın kendi ölümüne ilişkin psikolojisini rahat edecek düzeyde geliştirilen düşünce ve duygular olarak tanımlamaktadır (29).

## **2.6. ÖLÜM KAYGISINA KARŞI GELİŞTİRİLEN MEKANİZMALAR**

İnsanın varoluşu ile birlikte gelişen ölüm kaygısı ve ölümün çaresizliği karşısında insanın sorduğu bazı sorular bulunmaktadır. Bunlar, ölümlerle nasıl başa çıkılacak ya da ölümü nasıl yenecek? Ölüme karşı insan nasıl adaptasyon sağlayacak? Ölümden sonra ne var? gibi sorulardır (37). Sorulan bu sorulara karşı verilen yanıtlar insanların ölüme karşı geliştirilecek mekanizmalara da temel oluşturmaktadır. Örneğin

ölümün bir son ya da bir yok oluş olarak görüldüğünde ölüm insan için bir düşman anlamına gelebilmektedir. Diğer taraftan, ölüm bazıları için ölümsüzlüğün bir başlangıcıdır. Aynı zamanda, ölüm bazıları içinse bir kişiye kavuşma anlamına gelebilmektedir (81-83). Bu bakımdan, insan bu soruların peşinden giderek kendi yaşadığı ortam, antropolojik özellikler ve kültür zemininde yanıtlar bulmaya çalışmaktadır.

İnsanı var eden kültürel öğeler, insanların içinde buldukları çevreyi anlamlandırmalarına ve varoluşuna ilişkin sorulara yanıt bulabilmelerine yardımcı olmaktadır. Bu bakımdan, her kültür kendi içerisinde belirli olayları anlamlandırmak ve çözümlenmek amacıyla bazı mitler ve inançlar geliştirmiştir (84). Ölüm kaygısı, psikolojik morfolojisi itibarıyla temelleri ve kökenleri tam olarak anlamlandırılmayan psikolojik tepkilerdendir. Bu bakımdan, Öğün ölüm kaygısının anlaşılabilmesinin yolunun kültürel ve sosyolojik kodlarının çözümlenmesiyle olanaklı olduğunu ifade etmektedir (85).

Freud'a göre kişi kavramsal olarak ölümü ve kendi ölümü üzerine düşünmemektedir. Ama insan bir başkasının ölümünü gözlemlemekte ve izleyebilmektedir. İnsanın en büyük mirası olarak kabul edilen kültür, varlığını ölümlülüğe, yani dünyanın gelip geçiciliğine ve faniliğine borçludur. İnsan bir bakıma ölümsüzlere karşı bir direnme biçimi olarak kültürü inşa etmektedir. Bu bakımdan neredeyse tüm kültürlerde dünyada kalıcı bir şey bırakmak vardır. Bu sayede insan ölümsüzlüğünü ve kalıcılığını sağlayabileceğini düşünmektedir (11).

İnsan aynı zamanda ölüm olgusu ve olayını sosyolojik olarak kendi inşa etmiş olduğu kültür içerisinde anlamlandırmaktadır. Diğer bir ifadeyle ölüme kendi inanç sistemi ve kültürü içerisinde ayinsel törenleri yerleştirmektedir. Örneğin insanın ölümle ilgili defin süreci, mezarlık ve ölünün arkasından edilen dualar yine ölüme karşı insanın geliştirmiş olduğu kültürel bir savunma mekanizmasıdır (86). Kültürel unsur içerisinde insanların ölümle ilişkilendirdikleri unsurlar (cenaze törenleri, tabut, mezar vb.) aslında ölen kişiden çok geride kalanlar içindir (87). Bu bakımdan, Illich ölümü geride kalanlar için bir tazelenme olarak görmektedir (88).

## **2.7. ÖLÜM KAYGISINI DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER**

1960'lı yıllardan itibaren geliştirilmeye başlanan ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ölçekleri literatürde tek boyutlu ve çok boyutlu olarak sınıflandırılmaktadır.

### **2.7.1. Tek Faktörlü/Boyutlu Ölçekler**

Tek boyutlu ölçekler istatistiksel yapısı bakımından içerisinde herhangi bir faktör olmayan ve toplam puan üzerinden ölüm kaygısı düzeyinin ölçüldüğü ölçeklerdir.

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

1970 yılında Templer tarafından ilk olarak geliştirilen ölçek bireyin kendi ölümü ya da ölüm riskine ilişkin geliştirmiş olduğu kaygıyı psikometrik olarak ölçümlemektedir. Literatür incelendiğinde, ölçek doğru-yanlış ya da evet-hayır olarak yanıtlanacak şekilde 2'li likert formunda düzenlenmekte ve içerisinde 15 madde bulunmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında doğru yanıtlar, 1 puan alırken, yanlış yanıtlar puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçeğin sonuçları, kişilerin kaygı düzeyleri 0-15 puan aralığında puanlanmakta ve kişilerin puanlar yükseldikçe ölüm kaygısında artış olduğu değerlendirilmektedir. Buna göre bu aralıkta ortalama puan 7 ve üzeri toplam puan alan kişilerin ölüm kaygısının yüksek olarak değerlendirilmektedir (4,17,18).

#### **2.7.2.1. ASDA: Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA)**

Abdel Halek tarafından 1987 yılında Arapça olarak geliştirilmiş ve ardından İspanyolca ve Türkçe dillerine çevrilerek güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek 5'li likert formunda (1=Hiç ve 5=Çok Fazla) düzenlenmekte ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ilk geliştirildiğinde 4 faktörlü bir yapıdan oluşmaktaydı. Ancak ölçeğin güvenilirlik-geçerlilik çalışmalarından sonra ölçeğin 4 faktörü çıkartılarak tek faktöre/boyuta indirilmiştir (89-91).

### **2.7.2.2. Tek Maddeli Ölüm Kaygısı Ölçeği**

Ölçek tek maddeden (Ben ölümden korkmuyorum) ve 7’li likert tipinde geliştirilmiştir. Kamu araştırmaları için uygun ve uygulanması kolay bir ölçektir (89).

### **2.7.3. Çok Boyutlu/Faktörlü Ölçekler**

Çok boyutlu ölçekler ise istatistiksel yapısı bakımından içerisinde birden çok faktörü ya da boyutu barındırmaktadır. Bu bakımdan, bu tip ölçeklerle yapılacak ölüm kaygı değerlendirmelerinde hem ölçeğin yapısında yer alan faktör ve boyutlarla hem de ölçeğin toplam puanıyla yapılmaktadır.

#### **2.7.3.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği**

İlk olarak, NTB (Nehrke, Templer, Boyar) ölçeği olarak geliştirilen ölçek, 1992 yılında revize edilerek Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği olarak adlandırılmıştır. Ölçek 5’li likert formunda geliştirilmiş ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır. 2001 yılında Karaca ve Yıldız tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte yer maddelerin 17 tanesi olumlu cümle yapısında, geri kalan 8 madde ise olumsuz cümle yapısındadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0; en yüksek puan ise 100’dür (92).

#### **2.7.3.2. Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği**

Literatürde yer alan ölüm kaygısı ölçeklerinden farklı olmak amacıyla 1969 yılında geliştirilen Collet-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği, ölüm korkusu ile ölüm anı korkusunu birbirinden ayırt etmeyi amaçlamaktadır. İlk geliştirildiğinde tek boyutlu/faktörlü olarak geliştirilmiştir. Ancak 1990 yılında revize 4 alt boyuttan oluşacak şekilde yeniden revize edilen ölçek 5’li likert formunda ve 32 maddeden oluşmaktadır. 2000 yılında Ertufan tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin 4 alt boyutunu kapsayan geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları ise Zeyrek ve Lester (2008) tarafından yapılmıştır (93,94).

## 2.8. COVID-19 KORKUSU VE ÖLÜM KAYGISI

Akut solunum yolu enfeksiyonuna neden olan ve ölümcül olarak nitelendirilen COVID-19 hastalığının en belirgin semptomları arasında ‘kuru öksürük, kas ağrısı, ateş, yorgunluk nefes darlığı’ şeklindedir. Bu fizyolojik belirtilerin yanı sıra virüs aynı zamanda bireylerin psikolojik iyi oluşlarını da etkilemektedir (4,33). Ruhsal problemlerin tetiklenmesinin arkasındaki itici güç olarak literatürde yetişkin bireylerin varoluşsal sorgulamalarının artması, kendi sağlıkları, gelecekleri ve ölümleri üzerine düşünme gibi etmenler gösterilmektedir. Bireylerin kendileri ve yakın çevresine ilişkin kaygı düzeyine varan sorgulamaları onları birtakım geleceklerine ve gelecek planlarına ilişkin de değişikliklere yöneltmektedir (4). COVID-19’un dünya üzerinde gelişerek ve değişerek yaygın hale gelme durumu beraberinde binlerce insanın ölümüyle sonuçlanmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ**

Araştırma, prospektif, gözlemsel ve kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Bu çalışma, 1 Şubat 2022 ile 30 Nisan 2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'nde yapılmıştır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Bu çalışmanın evrenini, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 3 ayda başvuran 18-85 yaş arası hasta bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 18-85 yaş aralığında başvuran ortalama 12000 hastanın, güven aralığı %95 olmak üzere, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %95 güven seviyesinde en az 373 kişi olarak belirlenmiştir.

#### **3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ**

Gönüllüler istekli olmaları durumunda araştırmaya dahil olup, istedikleri an çekilme hakkına sahiptir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18-85 yaş aralığında olup çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilecektir.

18 yaşından küçük olanlar, 85 yaşından büyük olanlar, okuma yazma bilmeyenler, iletişim engeli olanlar, alzheimer, şizofreni ya da demans nedeniyle takip edilenler araştırmaya dahil edilmeyecektir.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ**

**H<sub>0</sub>:** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların COVID-19 pandemi döneminde ölüm kaygısı düzeyleri ve etkileyen faktörler arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların COVID-19 pandemi döneminde ölüm kaygısı düzeyleri ve etkileyen faktörler arasında fark vardır.

### **3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANLANMASI**

Sosyodemografik Özellikler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu, evde kim/kimlerle yaşadıkları, kronik hastalıkları veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumları, kullandığı düzenli ilaç/vitamin, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu, maske-mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyum durumu, erişkin aşılarını yaptırma durumu, COVID-19 aşısı yaptırma durumu, COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu, COVID-19 enfeksiyonu geçirenlerin nasıl tedavi olduğu, ailesi veya yakın çevresinde COVID-19 enfeksiyonunun hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilme durumu ve son olarak ailesi veya yakın çevresinde COVID-19 nedeniyle vefat eden olup olmadığı.

### **3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ**

Araştırmada toplanan verilerin analizinde, IBM SPSS 25.0 analiz programı kullanılmıştır. Araştırmanın verilerinin analizine başlanmadan önce, verilerin normallik varsayımları (parametrik olma ya da parametrik olmama durumu) test edilmiştir. Normallik varsayımlarının ölçümünde, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi evde kim/kimlerle yaşadıkları) ve 'klinik özellikler (kronik hastalıkları veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumları, kullandığı düzenli ilaç/vitamin, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu, maske-mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyum durumu, erişkin aşılarını yaptırma durumu, COVID-19 aşısı yaptırma durumu, COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu, COVID-19 enfeksiyonu geçirenlerin nasıl

tedavi olduğu, ailesi veya yakın çevresinde COVID-19 enfeksiyonunun hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilme durumu ve son olarak ailesi veya yakın çevresinde COVID-19 nedeniyle vefat eden olup olmadığı) gibi bağımsız değişikleri oluşturan alt birimlerin her birinin betimsel istatistiklerdeki sayısal parametrelerin normal dağılıma uyup uymadıkları incelendiğinde; ortalama ve medyanın birbirine yakın olduğu, çarpıklık-basıklık değerlerinin -1,5,+1,5 aralığında olduğu, çarpıklık ve basıklık katsayılarının [-2, +2] aralığında yer aldığı görülmüştür (57, 58). Diğer taraftan, ortalamanın standart sapmaya oranının küçük olduğu görülmüştür. Son olarak, verilerin histogram, saçılma diyagramları ve kutu çizgi grafiklerinin incelenmesi sonucunda verilerin normal dağıldığına karar verilmiştir. Diğer taraftan, örneklem sayısının otuz ve otuzdan fazla olmasından ötürü Kolmogorov-Smirnov testi ile değişkenlerin normallik varsayımları test edilmiş ve testin sonuçlarına göre değişkenlerin dağılımında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde t testi ve ANOVA istatistiksel analizler kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin ilişkinin yönünü ve derecesinin saptanmasında ise Pearson Korelasyon testi kullanılması planlanmıştır. Tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlılık derecesi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, ‘Kişisel Bilgi Formu’; ikinci bölüm ise ‘Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’ yer almaktadır.

#### **3.8.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, toplam on sekiz maddeden oluşmaktadır. Maddeler, ‘Cinsiyet; Eğitim Durumu; Meslek; Medeni Durum; Evde Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz; Kronik bir hastalığınız veya Covid-19 enfeksiyonunu ağır geçirmenize neden olabilecek riskli bir durum; Düzenli kullanılan ilaç/vitamin; Alkol kullanımı; Sigara kullanımı; Genel olarak maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyma durumu; Erişkin aşıların yapılma durumu; COVID-19 aşısı olma durumu;

COVID-19 enfeksiyon geçirme durumu; COVID-19 geçirildiyse, tedavi türü; Ailede ya da yakın çevrede COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi olma durumu' gibi bağımsız değişken soruları içermektedir.

### **3.8.2. Templer lm Kaygısı lği (Templer K)**

1970 yılında ilk olarak Templer tarafından geliştirilen lm Kaygısı lği (K) bireyin kendi ölümü ya da ölüm riskine ilişkin geliştirmiş olduğu kaygıyı ölçmek amaçlamaktadır. Ölçek doğru-yanlış olarak yanıtlanacak şekilde ikili likert tipinde düzenlenmiş ve 15 maddeden oluşmaktadır. Doğru yanıtlar, 1 puan alırken, yanlış yanıtlar puanlamaya dahil edilmemektedir. lğin sonuçları, kişilerin kaygı düzeyleri 0-15 puan aralığında puanlanmakta ve kişilerin puanlar yükseldikçe ölüm kaygısında artış olduğu değerlendirilmektedir. Buna göre bu aralıkta ortalama puan 7 ve üzeri toplam puan alan kişilerin ölüm kaygısının yüksek olarak değerlendirilmektedir. Templer, lğinin güvenilirlik katsayısını Kuder Richardson istatistik analizine göre 0,76, korelasyon katsayısını ise 0,83 hesaplamıştır. Ölçek literatürde farklı dillere (Arapça, İşpanyolca vb.) uyarlandığı ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarının yapıldığı grlmektedir. Türkçe'ye ise ilk olarak şenol (1989) tarafından uyarlanmış ve ardından geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Ardından, 2008 yılında Akça ve Köse tarafından geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır (4,17,18).

### **3.9. ARAşTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Çalışmaya T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan onay, Sağlık Bilimleri niversitesinden tez konusu onayı (Sayı: E-86241737-100--99588) (Ek-1) ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay (Sayı: E-93471371-514.99) (Ek-2) alındıktan sonra başlanmıştır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 18-85 yaş aralığında başvuran ortalama 12000 hastanın, güven aralığı ve hata payı hesaplanarak örnekleme sayısı 373 kişi olarak belirlenmiştir. Ardından hastaların sosyodemografik,

linik özellikleri ve Templer Ölüm Kaygısı ölçek puanlarına ilişkin veriler kaydedilmiştir.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 383 kişinin yaş ortalaması  $42,5 \pm 14,2$  (ortalama $\pm$ SS) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 243'ü (%63,4) kadın, 140'ı (%36,6) ise erkektir. Yaş gruplarına bakıldığında, 77 kişi (%20,1) 18-29 yaş grubunda, 55 kişi (%14,4) 30-35 yaş grubunda, 62 kişi (%16,2) 36-40 yaş grubunda, 69 kişi (%18) 41-50 yaş grubunda, 71 kişi (%18,5) 51-60 yaş grubunda, 49 kişi (%12,8) 62 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.



**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n=383)

<b>Yaş Grubu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18-29 Yaş	77	20,1
30-35 Yaş	55	14,4
36-40 Yaş	62	16,2
41-50 Yaş	69	18
51-60 Yaş	71	18,5
62 Yaş ve üzeri	49	12,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	243	63,4
Erkek	140	36,6
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	86	22,5
Ortaokul	42	11
Lise	83	21,7
Ön Lisans	23	6
Lisans	116	30,3
Lisansüstü	33	8,6
<b>Meslek</b>		
İşçi	78	20,4
Memur	106	27,7
Öğrenci	28	7,3
Esnaf	24	6,3
Ev Hanımı	98	25,6
Emekli	41	10,7
İşsiz	8	2,1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	292	76,2
Bekar	72	18,8
Boşanmış	11	2,9
Eşi Vefat Etmiş	8	2,1
<b>Gelir Algısı</b>		
Gelir Az	76	19,8
Gelir Gidere Denk	239	62,4
Gelir Fazla	68	17,8
<b>Evde Kim/Kimlerle Yaşadıkları</b>		
Eş	77	20,1
Eş ve Çocuk	198	51,7
Yalnız	21	5,5
Anne-Baba	70	18,3
Diğer	17	4,4

\*Yaş gruplarında yer alacak katılımcıların sayısında denge sağlamak için yaş grupları birbirlerine yakın olacak şekilde oluşturulmuştur.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-85 yaş arası hastaların ‘klinik özellikleri’ üç alt başlıkta incelenmiştir. Bunlar, ‘sigara ve alkol alışkanlıkları’, düzenli kullanılan ilaçlar/vitamin ve erişkin aşıların yaptırılma durumu ve son olarak COVID-19 süreciyle ilgili tedavi süreçleri ve deneyimler şeklindedir. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları incelenmiştir. Sigara içme alışkanlıkları, 4 kişi (%1) düzenli içici, 60 kişi (%15,7) ara sıra, 28 kişi (%7,3) eskiden içiyordum bıraktım, 291 kişi (%76) hiç kullanmadım (n=291) olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** Katılımcıların sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına ilişkin bilgiler

<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düzenli İçici	4	1,0
Ara Sıra	60	15,7
Eskiden İçiyordum Bıraktım	28	7,3
Hiç Kullanmadım	291	76,0
<b>Sigara kullanma durumunuzla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi size en çok uymaktadır?</b>		
Pandemi Öncesi Kullanmıyordum Şu Anda Kullanmıyorum	262	68,4
Pandemi Öncesi Kullanmıyordum Şu Anda Kullanıyorum	10	2,6
Pandemi Öncesi Kullanıyordum Şu Anda Kullanıyorum	98	25,6
Pandemi Öncesi Kullanıyordum Şu Anda Kullanmıyorum	13	3,4

Çalışmaya dahil edilen 383 kişinin 163’ü (42,6) düzenli olarak ilaç/vitamin kullanırken, 220’si (%57,4) düzenli olarak kullandıkları herhangi bir ilacın bulunmadığı bulunmuştur. Katılımcıların erişkin aşıları yaptırma durumları incelendiğinde, 153 kişinin (%39,9) yaptırdığı, 230 kişinin (%60,1) ise yaptırmadığı saptanmıştır. Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma ve erişkin aşılarını yaptırma durumu Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma ve erişkin aşılarını yaptırma durumları

<b>Düzenli kullandığınız ilaç/vitamin var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	163	42,6
Hayır	220	57,4
<b>Erişkin aşılarınızı yaptırıyor musunuz/yaptırdınız mı? (Grip, zatürre, tetanoz, hepatit b, hepatit a vb)</b>		
Evet	153	39,9
Hayır	230	60,1
<b>COVID-19 aşısı oldunuz mu?</b>		
Evet	349	91,1
Hayır	34	8,9

Araştırmaya katılanların COVID-19 süreciyle ilgili tedavi süreçleri ve deneyimleri analiz edildiğinde, herhangi kronik bir hastalığı veya COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirmeye neden olabilecek riskli bir duruma 118 kişi (%30,8)'inin sahipken, 265 kişinin (%69,2) böyle bir durumu olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların COVID-19 salgın sürecinde katılımcıların maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyum durumları incelendiğinde; 250 kişinin (%65,3) iyi düzeyde, 215 kişinin (%32,6) orta düzeyde, 8 kişinin (%2,1) ise kötü düzeyde tedbirlere uydukları saptanmıştır. COVID-19 süreciyle ilgili tedavi süreçleri ve deneyimlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.4'te sunulmuştur.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların COVID-19 süreciyle ilgili tedavi süreçleri ve deneyimleri

<b>Kronik bir hastalığınız veya COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirmenize neden olabilecek riskli bir durumunuz var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	118	30,8
Hayır	265	69,2
<b>Genel olarak maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyumunuz nasıldır?</b>		
İyi	250	65,3
Orta	125	32,6
Kötü	8	2,1
<b>COVID-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?</b>		
Evet	187	48,8
Hayır	196	51,2
<b>COVID-19 geçirdi iseniz nasıl tedavi aldınız?</b>		
Hastane/yoğun bakımda yatarak	7	1,8
Ayaktan/evde tedavi aldım	116	30,3
Herhangi bir tedavi alarak	64	16,7
Toplam	187	48,8
COVID-19 hastalığımı geçirmeyenler	196	51,2
<b>Ailenizde veya çevrenizde, COVID-19 enfeksiyonunu hastane veya yoğun bakımda tedavi almayı gerektirecek kadar ağır geçiren oldu mu?</b>		
Evet	137	35,8
Hayır	246	64,2
<b>Ailenizde veya yakın çevrenizde COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi oldu mu?</b>		
Evet	94	24,5
Hayır	289	75,5

#### 4.1. ÖLÇEK PUANLARI

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-85 yaş arası hastalara uygulanan ‘Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’nden elde edilen puanlar hem madde madde hem de toplam puan üzerinden analiz edilmiştir. Katılımcıların ölçeğe vermiş oldukları cevapların ve ölçek toplam puanının dağılımları incelendiğinde; ölçeğin birinci maddesinde 101 kişi (%26,4) ölümden korktuklarını (n=101) söylerken; 282 kişinin (%73,6) ölümden korkmadığı bulunmuştur. Ölçeğin ikinci maddesinde, 215 kişi (%56,1) zamanın hızlı geçmesinden sıkıntı duyarken, 168 kişi (%43,9) sıkıntı duymadığı saptanmıştır. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğine verilen cevapların ölçek toplam puanı açısından incelendiğinde; ölçeğin değerlendirme ölçütlerine göre toplam puana göre 0-6 puan arası ‘kaygı düzeyi düşük’; 7-15 puan arası ‘kaygı düzeyi yüksek’ olarak belirtilmektedir. Buna göre ölçekten 152 kişi (%39,7) 0-6 puan arasında bir puan almış ve kaygı düzeyi düşük, 231 kişi (%60,2) ise ölçekten 7-15 puan arasında puan almış ve kaygı düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Katılımcıların ölçeğe vermiş oldukları cevapların ve ölçek toplam puanının dağılımları Tablo 4.5’te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğine Verilen Cevapların Madde Madde ve Ölçek Toplam Puanının Dağılımı (n=383)

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Maddeleri	Yanıtlar	n	%
1, Ölmekten çok korkuyorum,	Doğru* Yanlış	101 282	26,4 73,6
2, Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir,	Doğru* Yanlış	215 168	56,1 43,9
3, Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım,	Doğru* Yanlış	178 205	46,5 53,5
4, Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm,	Doğru* Yanlış	280 103	73,1 26,9
5, Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır,	Doğru* Yanlış	183 200	47,8 52,2
6, Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım,	Doğru* Yanlış	196 187	51,2 48,8
7, Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir,	Doğru* Yanlış	172 211	44,9 55,1
8, Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur,	Doğru* Yanlış	253 130	66,1 33,9
9, Acı çekerek ölmekten korkarım,	Doğru* Yanlış	325 58	84,9 15,1
10, Ölmekten hiç korkmuyorum,	Doğru Yanlış*	169 214	44,1 55,9
11, Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum,	Doğru Yanlış*	156 227	40,7 59,3
12, Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum,	Doğru Yanlış*	184 199	48 52
13, İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez,	Doğru Yanlış*	260 123	67,9 32,1
14, Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz,	Doğru Yanlış*	183 200	47,8 52,2
15, Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir,	Doğru Yanlış*	344 39	89,8 10,2
<b>Templer ÖKÖ Toplam Puan</b>	0-6 Kaygı Düzeyi Düşük 7-15 Kaygı Düzeyi Yüksek	152 231	39,7 60,3

\* Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinde göre doğru kabul edilen cevaplar.

Katılımcıların yaşlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanı ( $F(5,382)=10,416$ ,  $p=.000$ ) incelendiğinde, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak amacıyla Scheffe Post Hoc Analizi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Yaş gruplarının karşılaştırmasında, 18-29 Yaş ile 51-60 Yaş ( $p=.000$ ) karşılaştırmasında 18-29 Yaş lehine; 18-29 Yaş ile 62 Yaş ve üzeri ( $p=.000$ ) karşılaştırmasında 18-29 Yaş lehine; 30-35 Yaş ile 62 Yaş ve üzeri ( $p=.002$ ) karşılaştırmasında 30-35 Yaş lehine; 36-40 Yaş ile 51-60 Yaş ( $p=.020$ ) karşılaştırmasında 36-40 Yaş lehine; 36-40 Yaş ile 62 Yaş ve üzeri ( $p=.001$ )

karşılaştırmasında 36-40 Yaş lehine anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Yaşa göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi Sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Farkın Yönü
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	245,749	5	49,150	10,416	<0,001**	1>5; 1>6; 2>6; 3>5; 3>6***
	Grupiçi	1778,862	377	4,718			
	Toplam	2024,611	382				

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

\*\*\*[(1) 18-29 yaş; (2) 30-35 Yaş; (3) 36-40 Yaş; (4) 41-50 Yaş; (5) 51-60 Yaş; (6) 62 Yaş ve üzeri]

Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların Templer ÖKÖ toplam puanında (t(382)=3,737, p<0,001) anlamlı fark saptanmıştır. Cinsiyetin katılımcıların ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Templer ÖKÖ	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Kadın	243	8,021	3,059	3,737	<0,001*
	Erkek	140	6,821	2,963		

\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların eğitim durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanı (F(5,382)= 1,239, p=0,290) incelendiğinde, toplam puana göre anlamlı farklılaşmanın olmadığı görülmüştür (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Eğitim durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	58,398	5	11,6780	1,239	0,290**
	Grupiçi	3554,762	377	9,429		
	Toplam	3613,159	382			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Mesleklerine göre Templer ÖKÖ toplam puanı ( $F(6,383)= 1,807, p=0,097$ ) karşılaştırıldığında, toplam puana göre anlamlı farklılaşmanın olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Mesleklerine göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	101,241	6	16,874	1,807	0,097**
	Grupiçi	3511,918	376	9,340		
	Toplam	3613,159	383			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Medeni durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanı ( $F(3,382)= 2,787, p=0,041$ ) karşılaştırıldığında, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Medeni durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	27,972	3	9,324	0,986	0,399**
	Grupiçi	3585,187	379	9,459		
	Toplam	3613,159	382			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile gelir durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanları ( $F(2,382)=0,946$ ,  $p=0,389$ ) karşılaştırıldığında, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 4.11).

**Tablo 4. 11.** Aile gelir durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	24,006	2	12,0032	1,271	0,282**
	Grupiçi	3589,153	380	9,445		
	Toplam	3613,1592	383			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Evde kim/kimlerle yaşadıkları değişkenine göre Templer ÖKÖ toplam puanlar ( $F(4,378)=3,449$ ,  $p=0,009$ ) karşılaştırıldığında, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan LSD Post Hoc Analizine göre eş ile anne-baba ( $p=.003$ ) karşılaştırmasında eş ile lehine anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, eşiyile (kadın-erkek) yaşayanların ölüm kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Evde kim/kimlerle yaşadığı durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Farkın Yönü
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	127,218	4	31,804	3,449	0,009**	1>4***
	Grupiçi	3485,941	378	9,222			
	Toplam	3613,159	382				

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

\*\*\*[(1) Eş ile; (2) Eş ve çocuk/çocuklarla; (3) Yalnız; (4) Anne ve Baba ile; (5) Diğer]

Katılımcıların kronik hastalıklar veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumları açısından Templer ÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların Templer ÖKÖ toplam puanında ( $t(381)= -1,903$ ,  $p=0,058$ ) anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir. Kronik bir hastalığa ya da COVID-19 için risk

oluşturabilecek bir duruma sahip olmaya göre Templer ÖKÖ'den almış oldukları puanların aritmetik ortalamaları karşılaştırıldığında; hem kronik hastalığa ve COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumlara sahip olanların hem de sahip olmayan aritmetik ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmekte, yani ölüm kaygı düzeyleri birbirlerine benzediği görülmüştür (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Katılımcıların kronik hastalıklar veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	Kronik Hastalık Durumu	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	118	7,1356	3,11301	-1,903	0,058*
	Hayır	265	7,7811	3,04344		

\*\*p<0,05 istatısel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma durumlarına göre Templer ÖKÖ puan ortalamaları (t(381)=-1,106, p=0,269) incelendiğinde, katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, hem düzenli ilaç/vitamin kullananların hem de kullanmayanların aritmetik ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmekte, yani ölüm kaygı düzeyleri birbirlerine benzediği saptandı (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Katılımcıların düzenli ilaç/vitamin kullanma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	Düzenli İlaç/Vitamin Kullanma Durumu	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	163	7,3804	3,18214	-1,106	0,269*
	Hayır	220	7,7318	2,99252		

\*p<0.05 istatısel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanları (F(3,382)=0,752, p=0,522) incelendiğinde, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15.** Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	21.374	3	7.125	0.752	0.522**
	Grupiçi	3591.785	379	9.477		
	Toplam	3613.159	382			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre Templer ÖKÖ puan ortalamaları ( $F(3,382)=0,751$ ,  $p=0,522$ ) karşılaştırıldığında, toplam puana göre anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü. Sigara kullanma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı saptandı (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16.** Sigara Kullanma Durumuna Göre Templer ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	21,3542	3	7,1180	0,751	0,522**
	Grupiçi	3591,805	379	9,477		
	Toplam	3613,159	382			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 salgını sürecinde maske, mesafe ve el yıkama durumları açısından Templer ÖKÖ toplam puanı ( $F(2,382)=1,454$ ,  $p=0,235$ ) incelendiğinde, toplam puana göre anlamlı farklılaşma olmadığı görüldü (4.17).

**Tablo 4.17.** Maske-mesafe ve el yıkama durumlarına göre Templer ÖKÖ Toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	27,435	2	13,7176	1,454	0,235**
	Grupiçi	3585,724	380	9,436		
	Toplam	3613,159	382			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Erişkin aşılarını yaptırma durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanları ( $t(381)=-1,766$ ,  $p=0,078$ ) incelendiğinde, anlamlı farkın olmadığı tespit edildi. Yani erişkin aşılarını yaptırma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı görüldü (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18.** Erişkin aşılarını yaptırma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	Erişkin Aşısı Durumu	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	153	7,9216	3,31172	1,766	0,078*
	Hayır	230	7,3565	2,89312		

\* $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 aşısını yaptırma durumlarına göre katılımcıların Templer ÖKÖ toplam puanında ( $t(381)=0,981$ ,  $p=0,327$ ) anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, COVID-19 aşısını yaptırma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmamıştır (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19.** COVID-19 aşısını yaptırma durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	COVID-19 Aşısı Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	349	7,6304	3,11343	0,981	0,327*
	Hayır	34	7,0882	2,64423		

\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumlarına göre Templer ÖKÖ toplam puanları ( $t(381)=0,735$ ,  $p=0,463$ ) karşılaştırıldığında, anlamlı farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20.** COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumlarına göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	187	7,700	3,1394	0,735	0,463*
	Hayır	196	7,469	3,0168		

\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilenlerin COVID-19 enfeksiyonu tedavi biçimlerine göre Templer ÖKÖ puan ortalamalarında ( $F(2,186)=2,199$ ,  $p=0,114$ ), anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, COVID-19 enfeksiyonu tedavi biçiminin katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı bulunmuştur (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21.** COVID-19 enfeksiyonu tedavi biçimlerine göre Templer ÖKÖ Toplam puanlarını karşılaştıran ANOVA testi sonuçları

Ölçek Toplam Puan	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Templer ÖKÖ*	Gruplararası	42,794	2	21,397	2,199	0,114**
	Grupiçi	1790,436	184	9,731		
	Toplam	1833,230	186			

\*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

\*\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yakın ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilme durumuna göre katılımcıların Templer ÖKÖ toplam puanları ( $t(381)=-0,285$ ,  $p=0,776$ ) karşılaştırıldığında, anlamlı farkın olmadığı görüldü. Buna göre COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilmeyi deneyimleyenler ile deneyimlemeyenlerin Templer ÖKÖ'den almış oldukları puanların birbirlerine benzediği bulunmuştur (Tablo 4.22).

**Tablo 4.22.** Ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilme durumuna göre Templer ÖKÖ puanlarına ilişkin t testi sonuçları

Templer ÖKÖ	Yakın Ailesi Yoğun Bakım Durumu	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	137	7,6423	3,14534	0,285	0,776*
	Hayır	246	7,5488	3,04183		

\* $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat durumuna göre Templer ÖKÖ toplam puanında ( $t(381)=0,628$ ,  $p=0,628$ ) anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Buna göre katılımcıların ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat durumunu deneyimleyenler ile deneyimlemeyenlerin Templer ÖKÖ'den almış oldukları

puanların birbirlerine yakın olduğu görülmüş, yani ölüm kaygı düzeyleri birbirlerine benzemektedir (Tablo 4.23).

**Tablo 4.23.** Ailesinde COVID-19 Nedeniyle Vefat Durumuna Göre Templer ÖKÖ Puanlarına İlişkin Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

Templer ÖKÖ	Yakın Ailede COVID-19 Vefat Durumu	n	$\bar{x}$	Ss	T	p
Toplam Puan	Evet	94	7,7553	2,99349	0,628	0,531*
	Hayır	2289	7,5260	3,10469		

\*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4.2. ÖLÇEK KORELASYONLARI

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-85 yaş arası hastalara uygulanan ‘Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği’nden elde edilen toplam puan üzerinden katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyonu tespit etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşı ile Templer ÖKÖ toplam puanları arasındaki ilişki normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilerek Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Bu değerlendirme ölçütlerine göre katılımcıların klinik özellikleri ile Templer ÖKÖ toplam puanları arasındaki pearson korelasyon katsayısını ve ilişki düzeyi incelendiğinde, katılımcıların klinik özellikleri ile Templer ÖKÖ toplam puanları arasında bazı değişkenlerle (Evde Kim/Kimlerle Yaşadıkları; Kronik Hastalık; Düzenli İlaç Kullanımı; Alkol Kullanma Durumu; Sigara Kullanma Durumu; COVID-19 Enfeksiyonu Geçirenlerin Nasıl Tedavi Olduğu) pozitif yönlü bazı değişkenlerle (Yaş; Cinsiyet; Meslek; Gelir Algısı; Sigara Kullanma Durumu; Maske-Mesafe ve El Yıkama; Erişkin Aşılarını Yaptırma Durumu; COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumu; COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu; Ailenizde veya Çevrenizde, COVID-19 Enfeksiyonunu Hastane veya Yoğun Bakımda Tedavi Almayı Gerektirecek Kadar Ağır Geçirme Durumu; Ailenizde veya Yakın Çevrenizde COVID-19 Nedeniyle Vefat Etme Durumu) negatif yönlü korelasyon olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Katılımcıların klinik özellikleri ile Templer ÖKÖ

toplam puanları arasındaki pearson korelasyon katsayısını ve ilişki düzeyini gösteren sonuçları Tablo 4.25’te verilmiştir.

**Tablo 4.24.** Katılımcıları Klinik Özellikleri ile Templer ÖKÖ Toplam Puanlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Pearson Korelasyon*		Templer ÖKÖ Toplam Puan
Yaş	<i>r</i>	-0,196
	<i>p</i>	0,001
Cinsiyet	<i>r</i>	-0,188
	<i>p</i>	0,001
Eğitim Durumu	<i>r</i>	0,119
	<i>p</i>	0,020
Meslek	<i>r</i>	-0,121
	<i>p</i>	0,017
Medeni Durum	<i>r</i>	0,053
	<i>p</i>	0,300
Gelir Algısı	<i>r</i>	-0,049
	<i>p</i>	0,339
Evde Kim/Kimlerle Yaşadıkları	<i>r</i>	0,127
	<i>p</i>	0,013
Kronik Hastalık	<i>r</i>	0,097
	<i>p</i>	0,058
Düzenli İlaç Kullanımı	<i>r</i>	0,057
	<i>p</i>	0,269
Alkol Kullanma Durumu	<i>r</i>	0,038
	<i>p</i>	0,459
Sigara Kullanma Durumu	<i>r</i>	-0,070
	<i>p</i>	0,169
Maske-Mesafe ve El Yıkama	<i>r</i>	-0,040
	<i>p</i>	0,427
Erişkin Aşılarını Yaptırma Durumu	<i>r</i>	-0,090
	<i>p</i>	0,078
COVID-19 AŞISI Yaptırma Durumu	<i>r</i>	-0,050
	<i>p</i>	0,327
COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu	<i>r</i>	-0,038
	<i>p</i>	0,462
COVID-19 Enfeksiyonu Geçirenlerin Nasıl Tedavi Olduğu	<i>r</i>	0,001
	<i>p</i>	0,997
Ailede/Çevrede, COVID-19’u Hastane veya Yoğun Bakımda Gerekli Kadar Ağır Geçirme Durumu	<i>r</i>	-0,015
	<i>p</i>	0,776
Ailenizde veya Yakın Çevrenizde COVID-19 Nedeniyle Vefat Etme Durumu	<i>r</i>	-0,032
	<i>p</i>	0,531

\*Spearman korelasyon,  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemi sürecinde bireylerin ölüm kaygısı düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin araştırılmasını amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri ile ölüm kaygıları birlikte tartışılmıştır.

### 5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında; katılımcıların ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre alınan ölüm kaygısı puan ortalamaları incelendiğinde kadınların ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgunun aksine, Conte ve ark. ile Keller ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, ölüm kaygısı ile ilişkili gösterilen 'cinsiyet' değişkeninde ise yaş değişkenindeki kadar ölüm kaygı düzeyi yüksek bulunmamıştır. Ancak kadınların erkeklere oranla ölüm kaygı puan düzeylerinin yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (37,38).

Katılımcıların yaşlarına göre almış oldukları ölüm kaygısı puanları açısından karşılaştırıldığında; katılımcıların yaşları bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ölüm kaygısı puanların hangi yaş grubunda daha yüksek olduğuna ilişkin yapılan analizde, yaş ile ölüm kaygısı arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Yaş arttıkça katılımcıların ölüm kaygısı puanlarının da arttığı görülmüştür. Esen tarafından yürütülen çalışmada, yaş ile orantılı olarak (yaş ilerledikçe) ölüm kaygısının da artmasında ilişkisel bir durumun söz konusu olduğu sonucu elde edilmiştir. Diğer bir ifadeye, ileri yaşta bir bireyin kendisi hem ölüme yakın hissetmesi hem fiziksel olarak postüründe meydana gelen deformasyonlar, kişiye ölüme hatırlattığı gibi ölüm kaygı düzeyini de artırdığının altı çizilmektedir (36). Benzer bir şekilde, Conte ve ark. ile Keller ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, yaş değişkeni ile birlikte ilişkisel durumu incelenen 'cinsiyet' değişkeninde genellikle daha erken yaşlarda (20'li yaşlar) her iki cinsten de ölüm kaygısı düzeyinin yüksek olduğu ancak ilerleyen yaşlarda bu

düzeşin giderek azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu ilişkişel durum yaş ilerledikçe ölüm kaygısı düzeşinin lehine doğru artmaya başladığı sonucuna varılmıştır (37,38).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumu açısından ölüm kaygısı puanında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Şöyle ki katılımcıların almış oldukları eğitimlerin ve eğitim düzeylerinin ölüm kaygısı puanları açısından birbirlerine benzediğı saptanmıştır. Benzer bir şekilde, ölüm kaygısı ile eğitim durumu durumunun araştırıldığı literatür incelendiğinde, yaş ve cinsiyet değişkenlerinde görülen anlamlı farklılaşma, eğitim durumunda da görölmektedir. Ancak Kişilerin eğitim düzeyleri ile ölüm kaygısı arasında ters orantı saptandığı görölmüştür. Diğer bir ifadeyle, eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeyi azalmaktadır (39). Benzer bir şekilde Gürel tarafından yapılan çalışmada, hastaların öğrenim durumları ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (60).

Mesleklerine göre katılımcıların ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında; meslekleri açısından ölüm kaygısı puanları açısından anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların meslek gruplarının kişilerin ölüm kaygısı puanlarını etkilemediğı bulunmuştur. Elde edilen bulgunun tam aksine, meslek grubu ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, ölüm vakalarını birebir gören ya da yaşayan meslek gruplarının (doktor, hemşire, imam vb.) ölüm kaygısı düzeylerinin düşük olduğu görölmüştür (42). Benzer şekilde, Tanrıdağ ile Tatar tarafından yapılan çalışmada herhangi bir meslek grubunun ölüm vakarıyla sıklıkla karşılaşmaları onların ölüm kaygısı düzeylerini pozitif yönde etkilediğı saptanmıştır. Araştırma grubuna yer alan benzer meslek grupları (örneğin hemşireler) arasında ölümlü vaka ile sıklıkla karşılaşılan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım ünitelerinde çalışmayan hemşirelere oranla daha düşük ölüm kaygısı düzeylerine sahip oldukları görölmüştür (43,44). Benzer bir şekilde, Gürel (2018) tarafından yapılan çalışmada, hastaların çalışma durumları ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (60). Son olarak, Shakil ve ark. tarafından yapılan çalışmada, COVID-19 pandemisi sürecinde herhangi bir işe sahip olanlar ile işsiz olanların ölüm kaygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farka

ulaşmışlardır. Pandemi sürecinde işsiz olanların ölüm kaygı düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (75).

Katılımcıların medeni durumlarına bakımından ölüm kaygısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durumlarının ölüm kaygısı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. Buna karşın, ölüm kaygısı ile medeni hal arasındaki ilişkiye bakan literatür incelendiğinde, yaş ve cinsiyet değişkenlerinde olduğu gibi ölüm kaygısı kişinin medeni halinden etkilendiği görülmüştür. Şöyle ki medeni hali evli olan kişilerin bekar olan kişilere oranla daha az ölüm kaygısı düzeyine sahip oldukları sonucu elde edilmiştir (40,41). Son olarak, Gürel tarafından yapılan çalışmada, hastaların medeni durumları ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (60). Son olarak, Kandemir'in yürütmüş olduğu çalışmada evli ile bekar olan kişilerin ölüm kaygı düzeyleri karşılaştırılmış ve bekar olan kişilerin ölüm kaygı düzeyleri evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (76).

Katılımcıların aile gelir durumları bakımından ölüm kaygısı puanları incelendiğinde; ölüm kaygısı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Ancak Menzies ve ark. tarafından yapılan çalışmada COVID-19 pandemisinde kişinin ekonomik bir kayba uğraması hem pandemi kaygısını hem de ölüm kaygısı düzeylerini de artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (69).

Katılımcıların evde kim/kimlerle yaşadıklarına göre ölçekten elde etmiş oldukları ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında; evde yaşadıkları kişiler açısından ölüm kaygısı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, gruplar arasında yer alan değişkenler kendi aralarında karşılaştırıldığında eş (kadın-erkek) ile evin paylaşılma durumunda ölüm kaygı düzeyinin düştüğü, ancak anne-baba ile bir evin paylaşılması durumunda ise ölüm kaygı düzeyinin arttığı saptanmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, COVID-19 salgın sürecinde, araştırılan konulardan biri olan psikolojik sağlık incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ile ilişkisine bakılan değişkenin 'kiminle birlikte yaşadığı' olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlık üzerinde etkisi olan 'kiminle birlikte yaşadığı' değişkeni, hayatın her koşulunda kişiye destek veren, psikolojik sağlık özellikleri sahip, zorlu hayat şartlarına direnç gösteren psikolojik iyi oluşlarını korudukları sonuçları elde edilmiştir. Araştırmamızın sonuçların benzer bir şekilde bu özelliklere sahip kişilerle ev

paylaşmak ve yaşamının evde yaşayan diğer bireylerin kaygı, stres ve depresyon gibi durumları rahatlıkla aşabildikleri ve psikolojik sağlıklarını korudukları görülmüştür (45, 46). Diğer taraftan, COVID-19 sürecinde yaşanan sosyal kısıtlamaların da insanlara sosyal hapis hissi verdiği için kişilerin stres düzeylerinin arttığı ifade edilmektedir. Salgın süreciyle birlikte ortaya çıkan belirsizlik hali, aşı ve tedavi süreçlerine ilişkin belirsizlikler, eğer yaşadıkları sevdikleri birileriyle paylaşıyor ve onların ölümlerine gözlemliyorlarsa, bu durumlar kişilerde kaygı düzeyini artırabilmektedir (47). Uzun süren belirsizlik ve bilinmezlik hali, kişilerde anksiyete/kaygı durum bozukluklarına maruz kalabilecekleri elde edilmiştir (48). Araştırmamızda elde etmiş olduğumuz bulgulara benzer bir şekilde, Akyol Güner ve ark. tarafından Türkiye’de yapılan bir çalışma sonucunda evde yalnız yaşayan ileri yaştaki kişilerin COVID-19 sürecinde ölüm kaygısı düzeylerinin arttığına ulaşılmıştır (67). Benzer bir şekilde, Varga ve ark. tarafından yapılan çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde katılımların endişe ve kaygı düzeylerinin normal zamanlara göre arttığı tespit edilmiştir (69). Khademi ve ark. tarafından yürütülen çalışmada ise COVID-19 pandemisi sürecinde ölümlü bir vakayı deneyimleyen ve yaş ortalaması yüksek olan kişilerin ölüm kaygı düzeylerinin yaş ortalaması düşük kişilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (70).

## **5.2. KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İnsanların sahip oldukları kronik rahatsızlıkların, onlar üzerinde bir strese, psikolojik baskıya ya da kaygı neden olup olmadığı literatürün ilgisini çeken bir problem olmuştur. Bu bakımdan, herhangi bir kronik rahatsızlığı olan hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin araştırıldığı literatürde görülmektedir.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre ölüm kaygısı puanları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın olmadığı anlaşılmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sigara kullanma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı saptanmıştır. Ancak literatür incelendiğinde, Korkut ve Sevinç tarafından Karabük Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) yürütülen çalışmada, TSM’ye sigara bırakmak amacıyla başvuran hastaların ölüm kaygısı düzeyleri orta düzeyde de olsa farklılaştığı saptanmıştır (60).

Uluslararası literatür incelendiğinde, Templer tarafından yapılan çalışmada, sigara içenler ile sigara içmeyenlerin ölüm kaygısı puanlarının farklılaşmadığı ve birbirlerine yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (61). Buna karşın, Kain ve Nelson tarafından yapılan araştırmada ise eğer katılımcıların sigara içmenin ölümcül sonuçlarını bilip ölüm kaygısı ölçeğini bu bilgilerle doldurdıklarında araştırmacıların ölüm kaygısı düzeylerinin yüksek çıktığı görülmüştür (62). Benzer bir şekilde, Kasar ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşam kalitesini etkileyen alışkanlıkların (sigara, alkol vb.) ileri yaştaki hastaların ölüm kaygısı düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (63).

Araştırmaya katılanların alkol kullanma durumlarına göre ölüm kaygısı puanları incelendiğinde, ölüm kaygısı düzeyleri bakımından anlamlı farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, alkol kullanma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında istatistiksel açıdan bir farklılaşma yaratmadığı görülmüştür. Ancak Kasar ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşam kalitesini etkileyen alışkanlıkların (sigara, alkol vb.) ileri yaştaki hastaların ölüm kaygısı düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (63). Benzer bir şekilde, Kumar ve ark. tarafından alkol ile ölüm kaygısı değerlendiren çalışmada alkol ile kendini kaybeden hastaların ölüm kaygısı düzeyleri daha yüksek olduğu görülmüştür (64). Bunun aksine, Acehan ve Eker tarafından yapılan araştırmada ise alkol alan hastaların ölüm kaygısı düzeyleri yüksek bulunmasına karşın bu değişkenle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (65).

Düzenli ilaç/vitamin kullanma durumlarına göre katılımcıların ölüm kaygısı puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Düzenli ilaç kullanma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı görülmüştür. Ancak, düzenli bir şekilde ilaç kullanma duruma sahip olmaya göre ölüm kaygısı puanlarının ortalamaları analiz edildiğinde hem düzenli ilaç kullananların hem de kullanmayanların aritmetik ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmekte, yani ölüm kaygı düzeyleri birbirlerine benzediği bulunmuştur. Yel tarafından yapılan çalışmada, herhangi bir hastalık ya da tedaviye eşlik eden ilaç kullanımının (koroner anjiyografi tedavisinde kullanılan ilaçların) kişilerin yaşam kalitelerini ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerini hangi düzeyde etkilediği sonucu elde edilmiştir.

Araştırmanın sonuçların göre, koroner anjiyografi olan hastaların tedavileri boyunca ilaç kullanma rutinlerinin ve süresinin yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü ve anksiyete puanlarını da arttırdığı saptanmıştır (53). Beser ve Öz'ün yapmış oldukları araştırmada, anksiyete ve depresyonun ilaç tedavi süresince arttığı ve yaşam kalitesinin de düştüğü tespit edilmiştir. Harkness ve ark. tarafından yapılan araştırmada, kardiyak kateterizasyon için bekleyen hastaların anksiyete ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Son olarak, Arthur ve ark. yürütmüş olduğu çalışmada ise koroner anjiyografi sürecinde kullanılan düzenli ilaçların hastalarda, yaşam kalitesi kaybına ve anksiyete düzeylerini artırmaya yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (54-56).

Katılımcıların erişkin aşılarını yaptırmaya göre ölüm kaygısı puanları arasında fark olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, erişkin aşısı yaptıranlar ile yaptırmayanların ölüm kaygısı birbirlerine yakın olduğu görülme, yani ölüm kaygı düzeyleri birbirlerine benzediği söylenebilir. Elde edilen bulgular çerçevesinde ilgili literatür tarandığında erişkin aşıları ile ölüm kaygısının bir arada araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan, erişkin aşılarını yaptırma değişkenine göre elde edilen bulgular literatürde ilk kez araştırılmıştır.

COVID-19 aşısını yaptırma durumlarına göre katılımcıların ölüm kaygısı puanları incelendiğinde puanlar arasında fark olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Yani COVID-19 aşısını yaptırma durumunun katılımcılarda ölüm kaygısına ilişkin durumlarında manidar bir farklılaşma oluşturmadığı görülmüştür. Ulaşılan bulgunun aksine, Memiş Doğan ve Düzel tarafından COVID-19 aşısı ile demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmada, araştırmanın genç katılımcılarının ileri yaştaki katılımcılara kıyasla daha olumsuz bir tutum içerisinde olduğu görülmüştür. Araştırma bunun nedeni olarak ileri yaş grubunun COVID-19 pandemisinde risk grupları (yaşam tehlikesi) içerisinde yer almaları aşya karşı olumlu bir tutum geliştirmelerini sağladığı görülmüştür (77). Bendau ve ark. ile Harper ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, kişilerin COVID-19 aşısını kabul etme üzere etkili olan en temel faktörün COVID-19 kaynaklı ve sağlıkla ilgili kaygılar olduğu saptanmıştır. Kişilerin aşyayı yüksek oranlarda kabul etmeleriyle ilişki olan en zayıf faktör ise sosyal kabule ekonomik

kayıplara ilişkin kaygılar olarak bulunmuştur (78, 79). Son olarak, Awijen ve ark. tarafından Google arama trendleri doğrultusunda yapılan çalışmada, kişileri COVID-19 aşısını ikna eden en trend Google aramaların başında hayatta kalma (ölümden kaçınma), ekonomik belirsizlik ve kaygı ve komple teorileri gelmektedir. Araştırma bulguları bakımından insanları ikna eden en itici gücün hayatta kalma olduğu görülmektedir (80).

Katılımcıların kronik hastalıklar veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durumları açısından ölüm kaygı düzeyleri anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir. Kronik bir hastalığa ya da COVID-19 için risk oluşturabilecek bir duruma sahip olmanın ölüm kaygı düzeylerinin azaltmadığı ya da arttırmadığı saptanmıştır. Buna karşın, literatürde kronik hastalıkların uzun süren bir özellikte olmasından ötürü insanların biyolojik ve fizyolojik açıdan yaşam konforunu etkilemesinin yanında, güncelik yaşamlarını, psikolojilerini ve yaşam kalitelerini de etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır (49). Benzer bir şekilde, Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) elde etmiş olduğu verilerden yola çıkarak, kronik hastalık öyküsü olan kişilerde salgının daha ağır geçtiği rapor edilen hastaların, ilerleyen zamanda, salgının kronik hastalıklarla olan ilişkisi net bir şekilde ortaya konulmuştur (50). Kronik hastalıklar ile ölüm kaygısı arasında doğrudan ilişkiyi araştıran bir çalışmaya literatürde rastlanamamıştır. Ancak kronik hastalıklar ile kaygı arasında ilişkinin olup olmadığına bakan araştırmalar literatürde bulunmaktadır. Clarke ve Currie tarafından yapılan araştırmada, kronik hastalıkları olan kişilerin kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada her bir kronik hastalık türü (örneğin, kalp rahatsızlıkları, diyabet, astım, kanser vb.) ile kişilerin depresyon ve kaygı düzeyleri tek tek incelenmiş ve ilişki düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, kronik bir hastalığa sahip olan kişilerin, kronik hastalığa sahip olmayan kişilere oranla hem depresyon hem de kaygı düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (51). İnal-Emiroğlu ve Pekcanlar Akay tarafından yapılan araştırmada ise kronik hastalığa sahip olan çocuk ve adölesanların kaygı ve psikolojik bozuklukların yaşa ve gelişimsel dönemlerine (okul öncesi, okul dönemi ve ergenlik) göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan kişilerdeki kaygı düzeyi ve duygusal sorunların kronik hastalıklarla olan ilişkisi incelenirken, kronik hastalıklara sahip olma durumu değişkeninin yanı sıra yaş ve gelişimsel dönemlerin de birlikte değerlendirilerek daha sağlam bilimsel kanıtlara ulaşılabileceği

ifade edilmektedir (52). İlgili literatür ve sonuçlarının taranması neticesinde; kronik hastalıklar veya COVID-19 enfeksiyonu için risk oluşturabilecek durum değişkenin doğrudan ölüm kaygısı düzeyiyle ilişkisinin araştırılması literatür açısından da ilk bakılan bir durum olmaktadır.

COVID-19 salgın sürecinde katılımcıların maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyum durumları incelendiğinde katılımcıların ölüm kaygısı puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların aksine, Tülüce ve ark. tarafından Türkiye’de yapılan bir araştırmada COVID-19 pandemisi döneminde maske ve dezenfektan kullanan, sosyal mesafeye dikkat eden hastaların ölüm kaygısı düzeyleri düşük tespit edilmiştir (66). Benzer bir şekilde, Varga ve ark. tarafından yapılan çalışmada endişe ve kaygı düzeyleri yüksek olan katılımcıların COVID-19 pandemi tedbirlerine daha dikkatli bir şekilde uydukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum ise katılımcıların ölüm kaygı düzeylerini de artıran bir faktör olarak yorumlanmaktadır (68). Son olarak, Curşe ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde kişilerin sosyal ilişkilerinde koymuş oldukları sosyal mesafenin uzaklığı ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuş ve her iki değişken birbirlerinin anlamlı şekilde destekleyicisi olduğu tespit edilmiştir (71).

COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumlarına göre elde edilen ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında, anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Diğer taraftan, COVID-19 salgını boyunca katılımcıların ailesinde ya da yakın çevresinde COVID-19 enfeksiyonunu hastane/yoğun bakımda geçirecek kadar ağır geçirme durumuna göre ölüm kaygısı puanları değerlendirildiğinde; anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Buna göre COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastanede veya yoğun bakımda tedavi edilmeyi deneyimleyenler ile deneyimlemeyenlerin ölüm kaygı düzeylerinin birbirlerine benzediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda elde etmiş olduğumuz her iki sonuç ilgili literatürle birlikte değerlendirildiğinde, elde etmiş olduğumuz bulgulardan farklı olarak Gökdemir ve ark.’larının yapmış oldukları çalışmada, COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma korkusu ya da yakalandıktan sonraki süreçte deneyimlenen vakaların kişilerin doğrudan ölüm kaygısı düzeylerini arttırdığı görülmüştür (72). Benzer bir şekilde, Söğütlü ve Göktaş ’ın yapmış oldukları

çalışmada, COVID-19'a yakalanma ve COVID-19 hasta öykününün kişilerin ölüm kaygı düzeylerini artıran bir faktör olarak bulunmuştur (73).

Katılımcıların ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat durumuna göre ölüm kaygısı puanlarında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulguların ilgili literatür incelendiğinde, Menzies ve ark. yapmış oldukları çalışmada COVID-19 pandemisinde kişinin herhangi bir yakının kaybını deneyimlemesi, ekonomik kayıplar vb. pandemi kaygısını yükseltmesinin yanı sıra, insanlarda ölüm kaygısı düzeylerini de artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (69). Diğer taraftan, Mirhosseini ve ark. tarafından yapılan çalışmada kişilerin çevresinde görmüş oldukları COVID-19 kaynaklı genç ölümleri ile ölüm kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki elde edilmiştir (74)

Son olarak, katılımcıların klinik özellikleri ile Templer ÖKÖ toplam puanları arasındaki pearson korelasyon katsayısını ve ilişki düzeyi değerlendirildiğinde, katılımcıların klinik özellikleri ile Templer ÖKÖ toplam puanları arasında bazı değişkenlerle (Evde Kim/Kimlerle Yaşadıkları; Kronik Hastalık; Düzenli İlaç Kullanımı; Alkol Kullanma Durumu; Sigara Kullanma Durumu; COVID-19 Enfeksiyonu Geçirenlerin Nasıl Tedavi Olduğu) pozitif yönlü bazı değişkenlerle (Sigara Kullanma Durumu; Maske-Mesafe ve El Yıkama; Erişkin Aşılarını Yaptırma Durumu; COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumu; COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu; Ailenizde veya Çevrenizde, COVID-19 Enfeksiyonunu Hastane veya Yoğun Bakımda Tedavi Almayı Gerektirecek Kadar Ağır Geçirme Durumu; Ailenizde veya Yakın Çevrenizde COVID-19 Nedeniyle Vefat Etme Durumu) negatif yönlü korelasyon olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın, Aday (1985) tarafından yapılan çalışmada, ölüm kaygısı ile hem pozitif hem de negatif yönde anlamlı ilişkili bulunan değişkenler 'cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, aile ekonomik durumu, herhangi bir kiliseye üyeliği, kiliseye gitme sıklığı, dindarlık düzeyi' olarak saptanmıştır (35).

### **5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI**

Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonunu hastane veya yoğun bakımda tedavi almayı gerektirecek kadar ağır geçiren ailesinde ya da çevresindeki kişilere ilişkin

bilgiler ile ailesinde ya da yakın çevresinde COVID-19 nedeniyle vefat eden kişilere ilişkin bilgilere ulaşılmasına rağmen istatistiksel olarak verinin az olmasından ötürü hesaplama yapılamamış ve bu değişkenlere ilişkin ölüm kaygısı puanları değerlendirilememiştir.



## 6. SONUÇLAR

Katılımcıların yaş ve cinsiyetlerine ölüm kaygısı düzeyleri açısından fark olması ile birlikte kadınların erkeklere oranla ölüm kaygı puan düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ile ölüm kaygı düzeyi incelendiğinde yaş ile ölüm kaygısı arasında doğrusal bir ilişki vardır. Yani yaş arttıkça katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri de artmaktadır. Buna karşın, katılımcıların medeni durumları ve eğitim durumlarına göre ölüm kaygısı düzeyleri değişmemektedir. Şöyle ki katılımcıların almış oldukları eğitimlerin ve eğitim düzeylerinin ölüm kaygısı puanları açısından birbirlerine benzemektedir.

Yapılan mesleklere göre ölüm kaygısının değişmediği görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, insanların yapmış oldukları meslek gruplarının ölüm kaygısı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmamaktadır. Mesleklerle bağlantılı olduğu düşünülen katılımcıların gelir algılarına göre ölüm kaygısı düzeyleri meslek gruplarına benzer bir şekilde değişmemektedir. Araştırmaya dahil edilenlerin evde kim ya da kimlerle yaşadıkları açısından ölüm kaygı düzeylerine ilişkin bir fark görülmüştür. Bu bakımdan, eş (kadın-erkek) ile evin paylaşılma durumunda ölüm kaygı düzeyi düşerken, daha ileri yaşta olan anne-baba ile bir evin paylaşılması durumunda ise ölüm kaygı düzeyi artırmaktadır.

Katılımcıların klinik özellikleri açısından sonuçlar değerlendirildiğinde, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı ile ölüm kaygısı düzeyi değişmediği görülmüştür. Katılımcıların düzenli olarak kullandıkları ilaç/vitamin durumuna göre ölüm kaygı durumlarına bakıldığında benzer şekilde ölüm kaygı düzeylerinde bir değişiklik yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların erişkin aşılarını yaptırma durumlarına ilişkin sonuçlara bakıldığında, düzenli ilaç/vitamin durumuna benzer sonuçlar, yani ölüm kaygı düzeylerinin erişkin aşılarını yaptıranlar ile yaptırmayanları benzerdir. Katılımcıların aşı durumlarında görülen sonuçlara benzer bir şekilde COVID-19 aşısı yaptırma durumunun da ölüm kaygısı açısından bir etkisinin olmamıştır.

Katılımcıların COVID-19 sürecinde almış oldukları tedaviler ve süreçte edinmiş oldukları tecrübeler temelinde ölüm kaygısına bakıldığında, herhangi bir

kronik hastalığa veya COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirmeye neden olabilecek riskli bir duruma sahip olmanın ölüm kaygısında etkili bir faktör olmadığı görülmüştür. Diğer taraftan, benzer şekilde katılımcıların maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyum durumları da ölüm kaygısı üzerinde etkili bir faktör olmadığı tespit edilmiştir.

Ölüm kaygısı düzeyleri, COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma durumu açısından incelendiğinde, COVID-19 enfeksiyonunu geçiren katılımcılar ile geçirmeyen katılımcılar arasında ölüm kaygısı düzeyleri benzerdir. Diğer taraftan, COVID-19 salgını boyunca katılımcıların ailesinde ya da yakın çevresinde COVID-19 enfeksiyonunu hastane/yoğun bakımda geçirecek kadar ağır geçirme durumuna göre ölüm kaygısı değerlendirildiğinde; benzer bir şekilde çevresinde COVID-19 enfeksiyonunu hastane/yoğun bakımda geçirecek kadar ağır atlatan bir vakayı tecrübe etmelerine karşın ölüm kaygısında bir değişiklik olmamaktadır. Katılımcıların COVID-19 kaynaklı ailesinde ya da yakın çevresinde ölümlü bir vaka durumu karşısında da yine benzer bir şekilde ölüm kaygı düzeylerinin aynı kaldığı görülmüştür.

Son olarak, katılımcıların klinik özellikleri ile ölüm kaygı düzeyleri arasındaki ilişki durumuna bakıldığında, klinik değişkenler hem negatif hem de pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak ilişkinin ölüm kaygısı düzeylerine istatistiksel olarak bir katkısı olduğu sonucu elde edilememiştir.

## 7. KAYNAKLAR

1. WHO Organization. Responding to Community Spread of COVID-19 (2020). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/responding-to-community-spread-of-covid-19> (Erişim Tarihi: 12.04.2022)
2. Karaca AS, Özmen MM, Uçar AD, Yastı AÇ, Demirer S. COVID-19'lu hastalarda genel cerrahi ameliyathane uygulamaları. Turk J Surg. 2020;36(1): 6-10.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public (2020). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html> (Erişim Tarihi: 15.04.2022).
4. Şiraz MF, Değirmenci A, Bozdaş MS. COVID-19 pandemi sürecinde bireylerin duygusal özyeterlik ve pozitif dini tutumlarının ölüm kaygısı ile ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2020;4(1): 77-88.
5. Çetin SB, Sözel H. COVID-19 sürecinde sağlık çalışanlarının ölüm kaygısı düzeyleri. Eskisehir Medical Journal. 2021;2(2): 74-81.
6. Sakaoğlu HH, Orbatu D, Emiroglu M, Çakır Ö. COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik hastanesi örneği. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi. 2020;30(Ek sayı):1-9.
7. Lázaro-Pérez C, Martínez-López JÁ, Gómez-Galán J, López-Meneses E. Anxiety about the risk of death of their patients in health professionals in Spain: Analysis at the peak of the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(16):5938.
8. Langs R, Giovacchini, PL. Death anxiety and clinical practice. Routledge, 2018.
9. Wass H, Neimeyer, RA. Dying: Facing the facts. Taylor ve Francis, 1995.
10. Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
11. Bauman Z. Mortality, Immortality, and Other Life Strategies. Polity Press, 1992.
12. Deren S. Angst ve ölümlülük. Doğu Batı Yayınları. 1999;2(6).
13. Dağ İ. Psikolojinin ışığında kaygı. Doğu Batı Yayınları. 1999;2(6).
14. Manav F. Kaygı kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi. 2011;5(9).
15. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. Stanford. Co., Psychoanalytic Institute, 1927.
16. May R. The meaning of anxiety. New York: W. W. Norton ve Company, 1950.

17. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21(1):42-79.
18. Akça F, Köse İA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008; 11(1).
19. Tallis F. How to stop worrying. Sheldon Press, 2014.
20. Toptaş Şahin A. Türkiye’de Alman dili ile ilgili bölümlerde öğrenim görmekte olan öğrencilerin Almanca konuşma kaygısı. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.
21. Popovic N. Existential anxiety and existential joy. Practical Philosophy. 2002;32-39.
22. Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. Death Studies. 1996; 20:343-365.
23. Kierkegaard S. Fear and trembling and the sickness unto death. New York: Doubleday-Anchor, 1953.
24. Karaca F. Ölüm psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
25. Hökelekli H. Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. İstanbul: Dem Yayınları, 2008.
26. Lehto RH, Stein, KF. Death anxiety: An analysis of evolving concept. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal. 2009;23(1): 23- 41.
27. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. Death Studies. 2005;29: 251–259.
28. Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of Clinical Psychology. 1988;44: 691-701.
29. Lonetto R, Templer DI. Death anxiety. Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1986.
30. Barrett C. Death anxiety. M. D. Gellman, ve J. R. Turner (Ed.), Encyclopedia of behavioral medicine içinde (pp. 541-542). New York: Springer, 2013.
31. Langs R. Adaptive insights into death anxiety. The Psychoanalytic Review. 2003;90: 565-582.
32. Kastenbaum RJ, Costa PT. Psychological perspectives on death. Annual Review of Psychology. 1977;28: 225-249.
33. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. Journal of Medical Virology. 2020;92(4): 441-447.
34. Pollak JM. Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. OMEGA Journal of Death and Dying. 1980;10(2): 97-121.
35. Aday RH. Belief in afterlife and death anxiety: Correlates and comparisons. OMEGA-Journal of Death and Dying. 1985;15(1): 67-75.

36. Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2011;4(1-2): 67-79.
37. Conte HR, MB Weiner, R Plutchik. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982;43(4): 775.
38. Keller JW, D Sherry, C Piotrowski. Perspectives on death: a developmental study. *The Journal of psychology*. 1984;116(1): 137-142.
39. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(1): 37-43.
40. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21(1).
41. Koç M. Yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine bir alan araştırması. *KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2003;2: 117-143.
42. Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. *Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2008*.
43. Tanrıdağ ŞR. Hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;2(8).
44. Tatar Ü. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998*.
45. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008;3(29): 1-11.
46. Zautra A, Hall JS, Murray K. Resilience: A new definition of health for people and communities. J. R. Reich, A. Zautra, ve J. S. Hall içinde, *Handbook of Adult Resilience* (s. 3- 30). New York: Guilford, 2010.
47. Poyrazlı Ş, Ahmet CAN. Çevrim içi psikolojik danışma: Etik kuralları, COVID-19 süreci, öneriler. *Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*. 2020;3(1): 59-83.
48. Allen L. 4 Questions for Steven Taylor. *Monitor on Psychology*. 2020;51(4).
49. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *Flora*. 2020;25(5).
50. WHO Organization. Noncommunicable diseases 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 13.04.2022).
51. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*. 2009;190: 54-60.

52. İnal-Emiroğlu FN, Akay AP. Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;22(2): 99-105.
53. Yel S. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2009.
54. Beser N, Öz C. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete- depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7(1): 47-58.
55. Harkness K, Morrow L, Smith K, Kiczula M, Arthur HM. The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2003;2(2): 113-121.
56. Arthur HM, Smith KM, Natarajon MK. Quality of Life At Referral Predict Outcome of Elective Coronary Artery Angiogram. International Journal of Cardiyoloji. 2007.
57. Büyüköztürk Ş, Kılıç-Çakmak E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2010.
58. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, MA: Pearson, 2007.
59. Korkut B, Sevinç N. Ölüm kaygısı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. The Journal of Turkish Family Physician. 2021;12(2): 76-83.
60. Gürel S. Lobektomi ve pnömonektomi olacak hastalarda ölüm kaygısı. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018.
61. Templer DI. Death anxiety: Extraversion, neuroticism, and cigarette smoking. OMEGA-Journal of Death and Dying. 1972;3(1): 53-56.
62. Kain K, Nelson LJ. Cigarette smoking and fear of death: Explaining conflicting results in death anxiety research. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2001;43(1): 43-61.
63. Sayın Kasar K, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(2): 48-55.
64. Kumar A, Vaidya AK, Dwivedi CB. Death anxiety as a personality dimension of alcoholics and non-alcoholics. Psychol Rep. 1982;51: 634.
65. Acehan G, Eker F. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2013;4(1).
66. Tülüce D, Kaplan Serin E. The death anxiety experienced by cardiac patients in the covid-19 pandemic and its affecting factors. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2022;0(0): 1-14.

67. Guner TA, Erdogan Z, Demir I. The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2021;0(0): 1-21.
68. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, Rod NH. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health-Europe*. 2021;2: 1-9.
69. Menzies RE, Neimeyer RA, Menzies RG. Death anxiety, loss, and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change*. 2020;37(3): 111-115.
70. Khademi F, Moayedi S, Golitaleb M. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020; 1-4.
71. Curşeu PL, Coman AD, Panchenko A, Fodor OC, Raţiu L. Death anxiety, death reflection and interpersonal communication as predictors of social distance towards people infected with COVID 19. *Current Psychology*. 2021; 1-14.
72. Gokdemir O, Pak H, Bakola M, Bhattacharya S, Hoedebecke K, Jelastopulu E. Family physicians knowledge about and attitudes towards COVID-19: A crosssectional multicentric study. *Infection ve Chemotherapy*. 2020;52(4): 539–549. <https://doi.org/10.3947/ic.2020.52.4.539>.
73. Söğütlü L, Göktaş SŞ. The effect of COVID-19 pandemic on health anxiety, death anxiety and somatic symptoms in university students. *Journal of Contemporary Medicine*. 2021;11(3): 323–327. <https://doi.org/10.16899/jcm.878671>.
74. Mirhosseini S, Dadgari A, Basırnezhad MH, Mohammadpourhodki R, Ebrahimi H. The proportion of death anxiety and its related factors during the COVID-19 pandemic in the Iranian population. *Family Medicine ve Primary Care Review*. 2021;23(1): 36–40.
75. Shakil M, Ashraf F, Muazzam A Amjad M, Javed, S. Work status, death anxiety and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory. *Death Studies*, 2021:1–6. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865479>.
76. Kandemir F. Bazı demografik değişkenler bağlamında COVID-19 pandemi neslinin dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma [An empirical research on the relationship of COVID-19 pandemic generation's religiosity and death anxiety in the context of some demographic variables]. *Tokat İlmîyat Dergisi*. 2020;8(1): 99–129. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3876200>.
77. Memiş Doğan M, Düznel B. COVID-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(4).
78. Bendau A, Plag J, Petzold MB, Ströhle A. COVID-19 vaccine hesitancy and related fears and anxiety. *International immunopharmacology*. 2021;97.

79. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International journal of mental health and addiction*. 2021;19(5): 1875-1888.
80. Awijen H, Zaiied YB, Nguyen DK. COVID-19 vaccination, fear and anxiety: Evidence from Google search trends. *Social Science ve Medicine*. 2022;297.
81. Hökelekli H. Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. 2008: Dem Yayınları.
82. Gündüzalp İ. İnsanların ölüm karşısında gösterdiği psikolojik tepkiler 2012. [www.pdrgunlugu.net](http://www.pdrgunlugu.net). (Erişim Tarihi: 13.05.2022).
83. Solomon RC, Malpas J. Ölüm ve felsefe. İstanbul: İthaki Yayınları. 2006.
84. Csikszentmihalyi M. Akış-Mutluluk Bilimi. Ankara: HYB Yayıncılık. 2005.
85. Ögün SS. Ölümüne inanıyor musunuz? *Düşünen Siyaset Dergisi*. 1999: 33-36.
86. Kılıçbay MA. Yaşamın amacı olarak ölüm, *Düşünen Siyaset Dergisi*. 1999: 57-62.
87. Bernasconi R. Felsefe ve ölüm kültürleri, *Cogito*. 2004;40: 177-190.
88. Illich I. Ölümüne karşı ölüm. *Cogito*. 2004;40: 107-120.
89. Abdel-Khalek AM. Single- versus multi-item scales in measuring death anxiety. *Death Studies*. 1988;22(8): 763-772.
90. Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*. 2004;28: 435-457.
91. Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety: Some results from east and west. *Omega*. 2009; 59(1): 39-50.
92. Tanhan F. Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty)*. 2013;10(1): 184-200.
93. Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*. 1969;72: 179-181.
94. Sarıkaya Y. Ölüm kaygısı ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması, üniversite öğrencilerinin ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi ve farklı değişkenlerle ilişkilerinin ortaya konması. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Sonuç Raporu (2013). <http://earsiv.gop.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12881/2414/P00361.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 16.06.2022).

## 8. EKLER

### EK-1. ÇALIŞMA İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.02.2022-99588



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--99588  
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme  
Akademik Kurulu Kararları

01.02.2022

#### DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 27.01.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 108 (yüz sekiz) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK  
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı  
Başkanlığına  
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
Başkanlığına  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
Başkanlığına  
İç Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığına  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına  
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı  
Başkanlığına  
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı  
Başkanlığına  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık  
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : \*BSUB04LLTC\* Pin Kodu : 91872

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Bilgi için: I event YILDIZIM

Edik/Keçiören/ANKARA

Unvanı: Uzman

Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90

Web: <http://sbu.edu.tr>

Keş Adresi: [sbu@hs01.kep.tr](mailto:sbu@hs01.kep.tr)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne  
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk  
Sağlığı ve Hastalıkları Sağlık Uygulama ve  
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne  
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma  
Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma  
Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne  
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma  
Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Ulucanlar Göz Sağlık Uygulama ve  
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : \*BSUB04LLTC\* Pin Kodu : 91872

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Etlik/Keçiören/ANKARA

Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90

Web: <http://sbu.edu.tr>

Kep Adresi: [sbu@hs01.kep.tr](mailto:sbu@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Levent YILDIRIM

Unvanı: Uzman



	ADI SOYADI	GÖREVLİ OLDUĞU SUAM	TEZ KONUSU	AÇIKLAMA
1	Dr. Yaşar KILINÇ	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD. Bşk. İliği	Polistemi nedeniyle Çocuk Hematoloji polikliniğine başvuran hastaların etyolojik faktörlerin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
2	Dr. Deniz HONAMLI	Ankara Sağlık SUAM	6 ay-beş yaş arası febril konvülsiyon geçiren çocuklar ile ateşli olup konvülsiyon geçirmeyen çocukların seruloplazmin düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak	Kabul Edildi.
3	Dr. Hulusi BERÇİN	Ankara Şehir SUAM	Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaları sigara bırakmaya teşvik eden etkenler	Kabul Edildi.
4	Dr. Arif Bedirhan BAYRAKTAR	Ankara Sağlık SUAM	Mesane tümörlerinde tümör tabanı boyutunun grade rekürrens ve progresyon ile ilişkisinin belirlenmesi	Kabul Edildi.
5	Dr. Batuhan ÖZDEMİR	Ankara Sağlık SUAM	Pandemi döneminde 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşam kalitesi etkileyen psikososyal faktörlerin incelenmesi	Kabul Edildi.
6	Dr. Dursun Buğra DEREYURT	Ankara Sağlık SUAM	Covid-19 pnömonisi tanımlı hastaların yatış taburculuk gereksinimleri ile PSI/PORT_CURB65_DECAF_PRIEST skorları arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
7	Dr. Mahmut Can DAL	GTF Anestezi ve Rea AD. Bşk. İliği	Lomber Spinal Stabilizasyon öncesi yapılan biletoral erektektör spina plan bloğunun postoperatif hasta derlenme kalitesi üzerine etkisi	Kabul Edildi.
8	Dr. Barış Çağlar KANAT	Ankara Şehir SUAM	Endoskopik pilonidal sinüs rezeksiyon yöntemi ile opere edilen pilonidal sinüs hastalarında operasyon sonrası oluşan pilonidalsinüs kaavitesine uygulanan fenol ve otolog plateletten zengin plazmanın prospektif olarak karşılaştırılması	Kabul Edildi.
9	Dr. Gamze GÜRSOY	Ankara Şehir SUAM	Yeni Tanı ve Relaps Akut Lenfoblastik Lösemi Hastalarının Kemik İliği Mezenkimal Hücrelerinin Mitokondrial Biyogenez Özelliklerinin İncelenmesi	Kabul Edildi.
10	Dr. Merve ÖĞRETİCİ	Ankara Şehir SUAM	Ankara Şehir Hastanesi'nde Çalışan 40 Yaş ve Üzeri Doktorların Kanser Tarama ve Periyodik Sağlık Muayenelerini Yaptırma Durumları	Kabul Edildi.
11	Dr. Nilufar İMANLI	Ankara Şehir SUAM	Splenomegali, hepatomegali ve/veya trombositopenili olgularda gaucher sıklığı	Kabul Edildi. Hasta popülasyonu tam tanımlanmamış. Bu üç ögenin herhangi birisini taşıyanlar mı çalışmaya alınacak? Bu hususun gözden geçirilmesi koşuluyla
12	Dr. Ecehan KÜÇÜK	Ankara Şehir SUAM	Kemik iliği transplantasyonu yapılan pediatrik hastalarda immün sistemin yeniden yapılandırılmasında etki eden faktörlerin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
13	Dr. Nimet KILIÇ	Ankara Sağlık SUAM	COVID-19 pandemi sürecinde yetişkin bireylerde ölüm kaygısı düzeyi ve etkileyen faktörler	Kabul Edildi.
14	Dr. Abdullah Buğra CAN	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 12 yaş ve üzeri kişilerde Covid-19 aşılama durumlarının incelenmesi	Kabul Edildi.
15	Dr. Sevdenur ÇULHA	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuranları Covid-19 deneyimlerine göre Covid-19 aşısına yaklaşımlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
16	Dr. Şerife Merve BÖLÜK	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Kalıcı Hemodiyaliz Katater ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu olan vakaların geriye dönük olarak değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
17	Dr. Mine TURKAY	Ankara Ulucanlar Göz SUAM	Pakikoroideovaskülopati ve neovasküler yaşa bağlı yaşa bağlı makula dejenerasyonu olgularında ön kamarada bulunan vasküler endotelial büyüme faktörü seviyelerinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.

## EK-2. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
17/01/2022 11:55 - E-93471371 - 514.99 - 907  
00156704895

Sayı : E-93471371-514,99  
Konu : E.Kurul – E-22-868- Etik Kurul  
Kararı

868 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden "Covid-19 Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

12/01/2022  
Prof. Dr. Uğur KOÇER  
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Belge Doğrulama Kodu: [4967c41b4b7b8566115794d810c](https://www.turkiyc.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys) - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiyc.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Birimi, Hacıtepe Mah.  
Ulucanlar Cad. No:89 Altındağ / ANKARA  
Telefon: Faks No: 0312 363-33 96  
e-Posta: [ayse.ozkul1@saglik.gov.tr](mailto:ayse.ozkul1@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: [ayse.ozkul1@saglik.gov.tr](mailto:ayse.ozkul1@saglik.gov.tr)  
Bilgi için: Ayşe ÖZKUL  
TIBBİ SEKRETER  
Telefon No: (0 312) 595 31 89

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Covid-19 Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	aeahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel Çalışma	a-	<input checked="" type="checkbox"/>	
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	b-	<input type="checkbox"/>	
		b-)Prospektif Çalışma	c-	<input type="checkbox"/>	
		c-)Retrospektif Çalışma			
		FAZ 1			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
Diger ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER  
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Covid-19 Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 868/2022	Tarih: 12/01/2022					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ tarafından yapılması planlanan ve Dr. Nimet KILIÇ' ın Tez çalışması olan "Covid-19 Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmancının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmancının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Uğur KOÇER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağzı Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Grv.Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER  
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Covid-19 Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aziz Mutlu BARLAS	Genel Cerrahi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Muhammed KARABIYIK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER  
İmza:

### **EK-3: VERİ TOPLAMA ARACI**

## **COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE YETİŞKİN BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların COVID-19 pandemi sürecinde ölüm kaygısı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılacaktır.

Araştırma gönüllülere verilen anket formu ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmanız tamamen isteğe bağlıdır. Anketimizde kimlik bilgileri istenmeyecektir. Katılıp katılmama kararınız nedeniyle herhangi bir risk ile karşılaşmayacaksınız. Soruların tamamına eksiksiz yanıt vermeniz araştırmamızın doğruluğu açısından çok önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

**Dr. Nimet KILIÇ**

**Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ**

Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği

### **Anket Katılımcısı Onay Formu**

Araştırmacılar tarafından ‘Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların COVID-19 pandemi döneminde ölüm kaygısı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin araştırılması’ konulu anket çalışması hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılımcı olarak davet edildim.

Çalışmaya katılırsam bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğin korunacağına ve özenle yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim. Katılmam konusunda zorlanmadım. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum. Adı geçen çalışmada katılımcı olmayı;

- Kabul ediyorum
- Kabul etmiyorum

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

## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

3) Eğitim Durumunuz nedir?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise

d) Önlisans e) Lisans f) Lisansüstü (doktora, yüksek lisans)

4) Mesleğiniz nedir?

a) İşçi b) Memur c) Çifçi d) Öğrenci

e) Esnaf f) Ev Hanımı g) Emekli h) İşsiz

5) Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşi vefat etmiş

6) Ailenizin gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7) Evde kim/ kimlerle yaşıyorsunuz?

1) Eş ile

2) Eş ve çocuk/çocuklarla

3) Yalnız

4) Anne ve baba ile

5) Diğer .....(Lütfen belirtiniz)

8) Kronik bir hastalığınız veya COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçirmenize neden olabilecek riskli bir durumunuz var mı? (Obezite, gebelik, hipertansiyon, koah, astım, diyabet, kanser, koroner arter hast. vb)

1) Evet ..... (Lütfen belirtiniz)

2) Hayır

9) Düzenli kullandığınız ilaç/ vitamin var mı?

1) Evet

2) Hayır

10) Alkol kullanıyor musunuz?

1) Düzenli içiyorum 2) Ara sıra içiyorum

3) Eskiden içiyordum, bıraktım 4) Hiç kullanmadım

**11) Sigara kullanma durumunuzla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi size en çok uymaktadır?**

- 1) Pandemi öncesi dönemde sigara kullanmıyordum, şu anda sigara kullanmıyorum.
- 2) Pandemi öncesi dönemde sigara kullanmıyordum, şu anda sigara kullanıyorum.
- 3) Pandemi öncesi dönemde sigara kullanıyordum, halen kullanıyorum.
- 4) Pandemi öncesi dönemde sigara kullanıyordum, şu anda sigara kullanmıyorum, bıraktım.

**12) Genel olarak maske, mesafe ve el yıkama gibi koruyucu tedbirlere uyumunuz nasıldır?**

- 1) İyi 3) Kötü
- 2) Orta 4) Diğer.....

**13) Erişkin aşılarınızı yaptırıyor musunuz/yaptırdınız mı? (Grip, zatürre, tetanoz, hepatit b, hepatit a vb)**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**14) COVID-19 aşısı oldunuz mu?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**15) COVID-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**16) COVID-19 geçirdi iseniz nasıl tedavi aldınız?**

- 1) Hastane / yoğun bakımda yatarak
- 2) Ayaktan /evde tedavi aldım
- 3) Herhangi bir tedavi almadım
- 4) Diğer.....

**17) Ailenizde veya çevrenizde, COVID-19 enfeksiyonunu hastane veya yoğun bakımda tedavi almayı gerektirecek kadar ağır geçiren oldu mu?**

- 1) Evet ise Yakınlığınız: .....
- 2) Hayır

**18) Ailenizde veya yakın çevrenizde COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi oldu mu?**

- 1) Evet .....(Lütfen yakınlık derecesini belirtiniz)
- 2) Hayır

## Ölüm Kaygısı Ölçeği

Lütfen, aşağıda verilen 15 ifadeyi okuyunuz. Sizin için uygun olan ifadeye Doğru ise 'D'; Yanlış ise 'Y' şeklinde belirtiniz.

Doğru (D)	Yanlış (Y)	
0	0	1. Ölmekten çok korkuyorum.
0	0	2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.
0	0	3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.
0	0	4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.
0	0	5. Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.
0	0	6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.
0	0	7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.
0	0	8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.
0	0	9. Acı çekerek ölmekten korkarım.
0	0	10. Ölmekten hiç korkmuyorum.
0	0	11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.
0	0	12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.
0	0	13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.
0	0	14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.
0	0	15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı soyadı : Nimet KILIÇ  
Doğum tarihi :  
Yabancı dil bilgisi : İngilizce – Orta Seviye  
Görev yeri : Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
E-posta adresi :

### II. Eğitim Bilgileri

**Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz:** 2015

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Asistan Doktor

### III. Mesleki Ünvanları

- 2019-2022 – Aile Hekimliği Asistanı
- 2015-2019 – Pratisyen Hekim

### IV. Mesleki Deneyim

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

- Mucur Toplum Sağlığı Merkezi - Kırşehir
- Nasuhdede Aile Sağlığı Merkezi - Kırşehir
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Ankara