

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**COVID-19 VİRÜS SALGINI SIRASINDA YETİŞKİN
BİREYLERDE SAĞLIK ANKSİYETESİ, ÖLÜM
ANKSİYETESİNİN YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Aysun ALİOĞULLARI

**Danışman
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN**

İstanbul - 2021

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI : Aysun Alioğulları
SOYADI

TEZİN DİLİ : Türkçe

TEZİN ADI : Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi

ENSTİTÜ : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

ANABİLİM DALI : Psikoloji

TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİN TARİHİ : 18.12.2020

SAYFA SAYISI : 64

TEZ DANIŞMANI : Prof. Dr. Ayten Erdoğan

DİZİN TERİMLERİ : Covid-19, Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesi, Anksiyete

TÜRKÇE ÖZET : Yaptığımız Araştırmanın Amacı

DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**COVID-19 VİRÜS SALGINI SIRASINDA YETİŞKİN
BİREYLERDE SAĞLIK ANKSİYETESİ, ÖLÜM
ANKSİYETESİNİN YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Aysun ALİOĞULLARI

Danışman

Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN

İstanbul - 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

AYSUN ALIOĞULLARI

... / ... / ...



T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Aysun Alioğulların'nın "Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir

Başkan _____

Prof. Dr. Ayten Erdoğan
(Danışman)

Üye _____

Doç. Dr. Nurhan Fıstıkçı

Üye _____

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Sezeroğlu

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / ...

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş; Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal örüntüleri bulunan, tanımı olmayan ve belirsiz tehdit ve tehlikelere karşı verilen tepki olarak tanımlanmaktadır ve insanın bütün sistem ve varlığını etkilemektedir. Anksiyete bozukluklarında yer alan sağlık anksiyetesi ise kişinin sağlığına karşı aşırı endişe duyması ya da vücudunda gerçekleşen değişimleri ciddi bir hastalığın habercisi gibi algılaması olarak ifade edilmektedir. Stres dolu yaşam olayları karşısında bireyler sağlık kaygısı yaşadıkları gibi beraberinde ölüm korkusu yaşamakta ve ortaya ölüm anksiyetesi çıkmaktadır. Ölüm anksiyetesi insanların kendisini, sevdiklerini kaybedebileceğini ve ölüm sonrasındaki bilinmezliğin bilincinde olması sonucunda ortaya çıkan duygu olarak da tanımlanmaktadır.

Amaç; Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş Ve Cinsiyete Göre incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. Örneklem seçimi seçkisiz örneklem seçimi türü kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise Türkiye'nin İstanbul ilinde yaşayan 18 yaş üstü 334 yetişkin birey oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçekler, sosyodemografik bilgi formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeğidir. Veriler WhatsApp, Facebook, Instagram ve diğer sosyal medya araçları üzerinden toplanmıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgulara göre sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutları ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Ölüm anksiyetesi ve Sağlık anksiyetesi kadınlarda erkeklere kıyasla yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutları 20-30 yaş bireylerde diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutları, İlköğretim mezunu kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla bulunmuştur. Ölüm anksiyetesi Asgari Ücret ve Altı geliri olan gruplarda Asgari Ücret üstü olanlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık alt boyutu 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı grupta

(Asgari Ücret) 2350TL- 10.000 TL geliri olan grup ile 10.000 TL ve üzeri olan gruplardan daha fazla bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamızdan elde edilen bulgular, daha önce aynı ölçeklerle yapılan çalışma bulgularıyla kıyaslandığında covid-19 salgını sırasında kişilerin ölüm kaygısı ve sağlık anksiyetesi ölçek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölüm anksiyetesi ve Sağlık anksiyetesi kadınlarda erkeklere kıyasla yüksek olduğu bulunmuştur. Bu konularda yapılacak araştırmalarda kontrol grubunun da bulunduğu daha büyük bir örneklem grubunda çalışılması daha genel sonuçların elde edilmesi adına yararlı olacaktır. Elde edilen bulguların örneklem grubunun niteliği, örneklem sayısı, katılımcıların sorulara samimi cevap vermesi gibi faktörlerden dolayı literatür çalışmaları ile benzer ya da farklı sonuçlar gösterdiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesi, Anksiyete

SUMMARY

Introduction; Anxiety is defined as a reaction to undefined and ambiguous threats and dangers with physiological, psychological and behavioral patterns and affects the whole system and existence of the human being. Health anxiety, which is included in anxiety disorders, is expressed as an excessive concern for the health of the person or perceiving the changes in his body as a harbinger of a serious illness. In the face of stressful life events, individuals experience health anxiety as well as fear of death and death anxiety arises. Death anxiety is also defined as the feeling that people may lose themselves, their loved ones and the result of being aware of the unknown after death.

Aim; During the Covid-19 Virus Outbreak, it was aimed to examine Health Anxiety and Death Anxiety in Adult Individuals by Age and Gender. The research was applied based on the relational screening model. Sample selection was made using random sample selection type. The sample of the study consisted of 334 adults over the age of 18 living in Turkey's Istanbul province. The scales used in the study are the Health Anxiety Scale and the Death Anxiety Scale. The data was collected through WhatsApp, Facebook, Instagram and other social media tools.

Method: According to the findings, a positive correlation was found between the sub-dimensions of health anxiety, Hypersensitivity to Physical Symptoms, Negative Consequences of the Disease and death anxiety. Death anxiety and Health anxiety were found to be higher in women compared to men. Sub-dimensions of health anxiety, Hypersensitivity to Somatic Symptoms, and Adverse Consequences of Disease were found to be higher in individuals aged 20-30 compared to other age groups. Sub-dimensions of health anxiety, Hypersensitivity to Somatic Symptoms, Negative Consequences of the Disease were found to be higher in women with primary education than men was higher in the group with income above the Minimum Wage than in the groups with lower income.

Result: When the findings obtained from our study were compared with the findings of previous studies with the same scales, it was observed that the mean scores of death anxiety and health anxiety were higher in people during the covid-19 epidemic. Death anxiety and health anxiety were found to be higher in women

compared to men. It will be beneficial to study with a larger sample group including the control group in studies to be conducted on these issues. It will be useful to obtain more general results can be said.

Keywords: Covid 19, Health Anxiety, Death Anxiety, Anxiety



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	3
ALT PROBLEMLER	3
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	3
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI	4
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	4
1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1. Anksiyete Kavramı	5
2.1.1. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar.....	7
2.1.1.1. Bilişsel Kuram.....	7
2.1.1.2. Psikanalitik Kuram	8
2.1.1.3. Öğrenme Kuramı.....	8
2.1.1.4. Biyolojik Yaklaşım.....	9
2.1.1.5. Varoluşçu Yaklaşım	9
2.1.2. Anksiyete Bozukluğu Tedavisi.....	9
2.2. Sağlık Anksiyetesi Tanım	10
2.2.1. Tanı.....	13
2.2.2. Etiyoloji	14
2.2.3. Kuramlara Göre Sağlık Kaygısı.....	15
2.2.4. Sağlık Kaygısı İle İlgili Yapılan Araştırmalar	17
2.3. Ölüm Anksiyetesi	18

2.3.1. Ölüm Karşısında Bireylerin Tutumları.....	21
2.3.1.1. Ölümüne Meydan Okuma.....	21
2.3.1.2. Ölümüne Kabullememe.....	21
2.3.1.3. Ölümüne İsteme	22
2.3.1.4. Ölümüne Kabulleme	22
2.3.1.5. Yas Tutma.....	22
2.3.2. Kuramlara Göre Ölüm Anksiyetesi.....	23
2.3.3. Ölüm Ve Cinsiyet.....	24
2.3.4. Ölüm ve Yaş	25
2.3.5. Ölüm Anksiyetesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	26
2.4. Sağlık Anksiyetesi ve Ölüm Anksiyetesi İlişkisi	28
2.5. Covid-19 Virüsü	29
2.5.1. Bulaşma Şekli	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	31
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	31
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	31
3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	31
3.3.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	32
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	32
3.4.1. İstatistiksel Değerlendirme.....	32

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri	34
Tablo 4.3 Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri.....	35
Tablo 4.4 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu	35
Tablo 4.5 Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine Etkisini Ölçek İçin Yapılan Çoklu Regresyon Sonuç Tablosu	35
Tablo 4.6 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu	36

Tablo 4.7 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu	36
Tablo 4.8 Örneklemin Yaş Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	37
Tablo 4.9 Örneklemin Yaş Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu	37
Tablo 4.10 Örneklemin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu	38
Tablo 4.11 Örneklemin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu	39
Tablo 4.12 Örneklemin Maddi Durum Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu	40
Tablo 4.13 Örneklemin Maddi Durum Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu	40

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKÇA	50
EKLER.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	64

KISALTMALAR LİSTESİ

SAE	: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ
DSÖ	: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
SYBDÖ	: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ



EKLER LİSTESİ

EK-A KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-B SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

EK-C ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ



ÖNSÖZ

Öncelikle bu çalışmanın tüm aşamalarında gösterdiği, bilimsel iş birliği, gerekli izinlerin alınması, desteği, yol göstericiliği, karşılaştığım tüm zorluklardaki rehberliği, yardımları ve ayırdığı zaman için tez danışmanın Değerli Hocam Prof. Dr. Ayten Erdoğan'a emeği ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yaptığım çalışmayı tez izlemede izleyerek katkı sağlayan öneri ve desteklerini veren jüri üyelerim Doç. Dr. Nurhan Fıstıkçı ve Dr. Öğretim Üyesi Hasan Sezeroğlu'na teşekkür ederim.

Tez çalışmamda bana gerekli desteği ve anlayışı gösteren başta sevgili eşim Efendi Alioğulları'na, çocuklarım Efe ve Ece Alioğulları'na, aile dostumuz Serpil Mat Ergen ve eşi Yaşar Bülent Ergen'e, Doç. Dr. Ayşe Duran Ünüvar ve Yüksek Lisansım sırasında dersleri beraber takip ettiğim can dostum Klinik Psikolog Tuba Eker Ünal'a kalpten teşekkür ederim.

Çalışmamın veri toplama aşamasında uyguladığım ölçekleri sabır ve içtenlikle yanıtlayan herkese buradan teşekkür ediyorum.

Son olarak beni bu günlere getiren, her türlü konuda destekleyip, yüreklendiren adını yazamadığım çok kıymetli hocalarıma, anneme, kardeşlerime ve rahmetli babama teşekkür ediyorum.

Aysun Alioğulları

GİRİŞ

Anksiyete bilinmeyen, içten gelen sıkıntı, korku, kaygı ve kötü bir olayın olacağına dair düşünme olarak tanımlanmaktadır. İçten ve dıştan gelen tehlike durumu beklentisi durumlarında oluşan işlev bozucu tepkiler olarak da ifade edilmektedir (Nolen-Hoeksema , 2009). Anksiyete durumu fizyolojik olarak bedensel semptomlar ile, bilişsel olarak düşünce, inanç ve beklentilerin etkilenmesi ile duygusal olarak ise dehşet, panik ve korku duyguları ile kendini göstermektedir. Bu sistemler kişinin anksiyete seviyesini ve tehlike durumunu azaltmaya yönelik kullanılan mekanizmalardır (Işık & Işık, 2006).

Sağlığının tehlike altında olduğu durumlarda ortaya çıkan sağlık anksiyetesi ise zararsız bedensel belirtilere ve yanlış duyum algılarına dayanan, aşırı korku hali olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz & Braddock, 2008). Asmundson, Taylor ve Stapleton sağlık anksiyetesinin şiddetli ve hafif arasında değişiklik gösterdiğini ve şiddetli anksiyete durumunun uyumsuz kabul edildiğini söylemektedirler (Asmundson , Stapleton , & Taylor, 2004). Sağlık anksiyetesinde altta yatan temel bilişsel inanç ve düşünce bedendeki farklılaşmaların kötü bir hastalığın belirtisi olduğuna karşı kişinin kendini inandırmasıdır. Kendini güçsüz olarak görme ya da hasta olmaya yatkın hissetme gibi işlevsiz inançlar ile kendini ikna etme durumu da eşlik etmektedir. Sağlık anksiyetesi ile beraber tetiklenen ölüm anksiyetesi ise bireyin doğduğu andan başlayan ve yaşam boyu devam eden korkuların temelini oluşturmaktadır (Yıldız, 2001)

Ölüm düşüncesine bağlı olarak geliştirilen davranışlar istikrar ve devamlılığını sona erdirmedikçe kişideki anksiyete seviyesinde yükselme meydana gelmekte ve bu durumu kişinin günlük yaşamındaki işlevselliğini ve uyumluluğunu olumsuz etkilemektedir. Ölüm düşüncesi bazı insanlar için stres yaratırken, bazı insanlar için de stresten kurtulma alternatifidir; bazıları için yok oluş, bazıları için ise ölümsüz yaşamın başlangıcı olarak görülmektedir. Ölüm düşüncesinin etkisi insan yaşamında kaçınılmaz olan bir faktördür. Fakat ölçüsüz, şiddetli olan patolojik biçimde görülen ölüm düşüncesi bireyin psikolojisini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple insanın psikolojik sağlığı ve dengesi açısından ölüm düşüncesinin sınırını belirlemenin önemli olduğu görülmektedir. Ölüm anksiyetesi çok şiddetli, dehşet, korkunç ve sonluluk gibi ifadeler ile kullanılmaktadır. İncelenen literatür çalışmalarına göre ölüm anksiyetesinin çok boyutlu bir kavram olduğu görülmektedir (Dökmen, 2003). Sing,

ve Nizamiye, ölüm anksiyetesini normal yaşam deneyimleri altında var olan korku, düşünce, hayatın sonlanacağı inancı olarak tanımlamaktadırlar. Kişinin ölüm düşüncesi ve varoluşsal tehditler karşısındaki denge, tavır ve uyumunu kaybetmesiyle belirsizlik durumu artış göstermekte ve bununla beraber anksiyete düzeyinde de artışlar meydana gelmektedir (Kaloğlu, 2010).



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi

ALT PROBLEMLER

1. Sağlık anksiyetesi ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Sağlık anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Ölüm anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Ölüm anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
6. Ölüm anksiyetesi ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Sağlık anksiyetesi ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılık vardır.
2. Sağlık anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.
3. Sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.
4. Ölüm anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.
5. Ölüm anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.
6. Ölüm anksiyetesi ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yaptığımız araştırmanın amacı covid-19 virüs salgını sırasında yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, ölüm anksiyetesinin yaş ve cinsiyete göre incelenmesidir. Sağlık ve ölüm anksiyetesi yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmiştir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Covid-19 virüs salgını sırasında yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, ölüm anksiyetesinin yaş ve cinsiyete göre incelenmesi amacıyla yapılan araştırma, covid-19 salgını sürecinde ortaya çıkan ölüm kaygısı ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin yaş ve cinsiyete göre farklılıklarını ortaya koymak, aynı zamanda salgına dair yetersiz olan çalışmalarla katkı sağlamak açısından önem arz etmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

AraŐtırmamızın varsayımları;

1. Araştırmaya katılacak kişilerin soruları içtenlikle cevaplayacakları varsayılmaktadır.
2. AraŐtırmamızın evrenini Türkiye'nin İstanbul ilinde yaşayan 18 yaş üstü yetişkin bireyler oluşturmaktadır.
3. AraŐtırmamızın ölçekleri Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği ile ilgili değişkenleri geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Bu araŐtırmmanın evreni Türkiye'nin İstanbul ilinde yaşayan 18 yaş üstü yetişkin bireyler ile sınırlıdır.
2. Araştırmada kullanılan ölçekler, Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Anksiyete Kavramı

Terim olarak Yunancaya dayanan anksiyete kavramı daralma ve gerginlik olarak ifade edilen ‘’angh’’ kelimesinden meydana gelmiştir. Almanca terim kökenli olan korkunç geleceği ifade eden ‘’angst’’ kelimesinde esinlenerek anksiyete; sürekli veya düşük derecedeki korku anlamı olarak ifade edilmektedir (Bannister, 1985).

Anksiyete uzak, belirsiz, tanımı bulunmayan tehlikeler karşısında gösterilen bir tepki olarak görülmekle beraber kişinin bütün varlığını ve sistemini etkilemektedir. Bütün bireylerde vücudun alarmı olarak görülen potansiyel anksiyete mevcuttur ve bu anksiyete durumu tehdit edici düşüncelerden kaynaklı ortaya çıkmaktadır (Riskind , 2007). Anksiyete psikolojik, fizyolojik ve davranışsal örüntüleri bulunan bir reaksiyondur. Fizyolojik olarak anksiyete, kas gerginliği, ağız kuruluğu, hızlı kalp atışı ve terleme gibi bedensel reaksiyonlardan oluşmaktadır. Psikolojik boyutta ise huzursuzluğa ve endişeye yol açan öznel reaksiyonlar gözlemlenmektedir. Son olarak davranışsal boyutta ise kişinin kendini ifade etme becerisini, hareket yeteneğini ya da günlük rutin faaliyetler ile başa çıkabilme becerisini etkileyebilmektedir. Bu boyutlarla beraber en üst düzeye ulaşmış olan anksiyete durumu kişiyi kendinden ayırıştırarak delirmek ya da ölmeye kadar varan aşırı korku durumuna neden olabilmektedir.

Anksiyete sübjektif, evrensel ve gözlemlenebilir bir olgudur. Bu sebeple anksiyete durumunun fark edilmesi ve semptomlarının gözlemlenmesi ile fark edilebilmektedir (Tütüncü & Günay, 2011) (Charles, 2007). Yoğun anksiyeteye sahip kişilerde; kas gerilmesinde artma, ayak ve ellerde karıncalanma hissiyatı, konsantrasyonda bozukluk, dikkatsizlik, uykusuzluk, üriner ve gastrointestinal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Sertbaş & Bahar , 2004).

İlk anksiyete durumu doğum anında ortaya çıkmaktadır. Doğum sırasında vücudun göstermiş olduğu reaksiyonlar anksiyete nöbetlerinde şahit olunan ağlama, sık sık soluk alıp verme ve kalp çarpıntısı gibi olduğu gözlemlenmektedir. Freud anksiyeteyi kişinin dış çevreden gelen tehlikeler karşısında ortama uyum sağlaması, hayatta kalması ve korunması olarak tanımlamaktadır. Karen Horney ise anksiyeteyi

var olan durumdan ilişkisiz olarak var olan tehlike karşısında sergilenen tepki olarak ifade etmektedir. Anksiyete, yanlış öğrenme ve koşullanma sonrası bireyin kendini tehlikeli durumun içinde hissetmesi durumudur (Geçtan, 1981).

Anksiyete, sürekli ve durumluluk olarak iki şekilde görülmektedir. Süreklilik anksiyetesi kişinin kaygıya olan eğilimini ifade etmektedir. Durumluluk anksiyetesi ise yaşanan olay veya duruma karşı verilen tepkiler olduğu bilinmektedir (Peter , 1995). Bireyler yaşadığı durumlar veya içinde var olunan ortamın stresi yaşamalarının sonucu olarak sürekli kaygı durumundan mutsuzluk duygusu yaşamaktadırlar. Bu kişiler karamsar bir yapıdadırlar ve çok kolay incinmektedirler. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan kişilerin aynı zaman da durumluluk kaygı seviyeleri de yüksek olmaktadır (Öner & Compte, 1983).

Anksiyete bozuklukları toplumda en yaygın gözüken ruhsal bozukluklardandır. Anksiyete bozukluğu yetişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde sıklıkla görülmektedir (Hsu & Marshall, 1987) 1990 yıllarından bu zamana kadar anksiyete ve bozuklukları üzerinde daha fazla araştırmalar yapılmış ve durulmuşlardır. Bu yaygınlık çeşitli ülkelerde de aynı oranda olduğu tespit edilmiştir. Amerika'da yapılmış olan bir araştırmada Amerika toplumunun bireylerinin dörtte birinde anksiyete olduğu görülmüştür (Sadock , Sadock , & Ruiz, 2000).

Freud anksiyeteyi 3 türde açıklamaktadır:

Reel Anksiyete: Günlük yaşantıda, ara sıra herkesin yaşadığı anksiyete durumudur. Bu anksiyete türü korku ile eş anlam taşımaktadır. Temel sebebi dıştan gelen uyarıcılardan kaynaklanmaktadır ve ortaya çıkan anksiyetenin şiddet düzeyi, dışardan gelen tehlikenin büyüklüğü veya önemine göre şekillenmektedir.

Moral Anksiyete: Egoda utanç veya suçluluk duygusunu ortaya çıkaran, süper egonun vicdan kısmı tarafından onay görmeyene anksiyete durumudur.

Nevrotik Anksiyete: İdin içgüdülerinde tehlikenin var olmasıyla ortaya çıkan anksiyete türü olarak tanımlanmaktadır. Bu anksiyete türü agresif ve cinsel dürtülerin ortaya çıkardığı tehlikelerden kaynaklı oluşmaktadır (Geçtan, 1981)

Anksiyetenin dört klinik özelliği şunlardır;

1. Bilişsel semptomlar; kişinin kontrolünün elinden gideceğine yönelik düşüncelerinin ortaya çıkması sonucunda yaşanan dikkatsizlik,

konsantrasyonu kaybetme, endişe ve fiziksel olarak tehditte olduğuna dair kaygılarını içermektedir.

2. Affektif semptomlar; kişinin endişe ve korku duyması, kendisini çaresiz, huzursuz hissetme ve panik halinde olması durumudur.

3. Davranışsal semptomlar; kişiyi anksiyete durumu içerisine sokan herhangi bir durumdan kaçınması ile donakalma durumudur.

4. Fizyolojik semptomlar; kişide ortaya çıkan cinsel isteksizlik, nefes darlığı, bayılma, terleme ve kalp çarpıntısı problemleridir (Tural, 2012).

Anksiyete bozuklukları kişinin davranış, his ve düşüncelerini etkilemektedir. Tedavi edilmediği takdirde bireyin yaşantısında ciddi aksama ve problemler meydana gelmektedir. Anksiyetenin kanıtlanmış tedavileri arasında farmakoterapi ve Bilişsel Davranışçı terapiler yer almaktadır (Bandelow & Michaelis , 2015).

2.1.1. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar

Anksiyeteyi açıklayan kuramlar şu şekildedir;

2.1.1.1. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre bireyin sergilediği davranış; kişinin yaşantısı ve yaşadıklarını nasıl algıladığı ve şemalaştırdığı ile ilgilidir. Kişinin doğru olmayan şekilde gerçekleşen problemleri var olan gerçeği çarpıtmasından kaynaklı ortaya çıkmaktadır. Bilişsel Kuramın kurucusu olan Beck bilinçdışını hiçe sayarak, ruhsal problemlerin kökeninin bilinçte olduğunu ortaya koymuştur. Beck'in kuramına göre bilinç süreçleri çok önemlidir ve kişi için problem olan, rahatsızlık veren duygu ve düşünceler model değiştirerek oluşmaktadır (Sümer, 2008)

Beck anksiyeteyi kişinin tehlikeli bir durum karşısında ortaya çıkan korku hali olarak tanımlamaktadır. Bireyin var olan gerçek bir tehdit durumu ile karşı karşıya gelmesi sonucunda bireyi savaşıma ve kaçma davranışına hazırlayan anksiyete durumu bu özelliği ile hayatı sürdürmeyi kolaylaştıran bir etkiye sahiptir. Fakat dünyanın değişmesi ile koşullarda da farklılıklar meydana gelmiştir. Farklılaşan bu koşullarda kişinin fiziksel tehlikelere maruz kalma oranında düşüş meydana gelmektedir. Bu duruma paralel olarak gerçek olmayan bir tehdit durumu karşısında kişinin bu olayı tehlike durumu olarak algılaması sonucu organizmanın istemsiz olarak anksiyete yaşaması kişinin işlevselliğini olumsuz etkilemekte ve sorun ortaya çıkarmaktadır.

Beck ve arkadaşları 1985 yılında anksiyete hisseden kişilerin sürekli olarak zihinlerini tehlike durumları ile meşgul ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu sebeple bireyler, var olan tehlike durumunu abartarak, anksiyeteyi fazla yaşamaktadırlar. Bu durum şemalarda ve otomatik düşüncelerde tehlike durumunun gündemde olmasına zemin hazırlamaktadır (Beck , Emery , & Greenberg, Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, 1985)

2.1.1.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın gelişmesinde anksiyetenin büyük bir katkısı olduğu bilinmektedir. Freud, 1985 yılında yayınladığı “Obsesyonlar ve Fobiler”, “Histeri Üzerine Çalışmalar” ve 1926 yılında yayınladığı “İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete” kitaplarında anksiyete ile ilgili ilk görüşlerini belirttiği görülmektedir. Freud İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete kitabında anksiyeteyi baskılanan dürtülerin bilinç seviyesine çıkmak için represente olması ve deşarj için egoyla savaş vermesi olarak ifade etmektedir. Bu sistem ile bilinçdışında yer alan duygu ve dürtüler bilince çıkmak istemektedir. Bu basınç sisteminde artışlar meydana geldikçe aynı oranda anksiyete yoğunluğunda da artma meydana gelmektedir. Basınç durumu, anksiyete durumunu kritik şiddet seviyesini aştığında, ortaya panik atak durumu çıkmaktadır. Represyonun tek başına bir savunma mekanizması olarak işlev sağlaması, egonun savunma mekanizmalarında semptom farklılaştırma ya da eşdeğer bir türevi olmadan çözüm olarak başvurulan bir yol olarak görülmektedir. Bu durum gerçekleştiğinde represyonun sayesinde bilinçdışı fanteziler, dürtüler, duygular ve bağlantıları bilinçdışına geri gönderilmektedir. Represyon başarısız olur ise, diğer savunma mekanizmaları devreye girmektedir. Başarı göstermeyen represyon sonrasında meydana gelen savunma mekanizmaları ile semptom profili oluşmaktadır. Oluşan semptom profili nevroz hastalığının klinik görünümünü ortaya koymaktadır. Ve sonuç olarak ortaya fobi, histeri ve obsesif-kompulsif nevroz çıkmaktadır (Özakkaş, 2014).

2.1.1.3. Öğrenme Kuramı

Öğrenme kuramına göre; anksiyete öğrenilen emosyon olarak ifade edilmektedir. Anksiyete organizmanın acı verici veya tehlike doğuran bir durum ve olay karşısında gösterdiği koşulsuz tepki olduğu ancak bazı durumlarda korku ve acı

veren tehlikesiz durum ve olaylarda da ortaya çıkabilen ve nevrotik kaygı semptomlarını tetikleyen bir durum olduğu düşünülmektedirler (Ertürk, 1994).

2.1.1.4. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşıma göre bireyin yaşadığı anksiyete durumunun temelinde beyin fonksiyonlarının ve nörotransmitlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde anksiyetenin oluşumunda temporal serebral lob ve frontal serebral lobun önemli rol oynadığı görülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde bazı çalışmaların panik bozukluğu tanısı alan kişilerin kan bağı bulunan yakın aile bireylerinde tanı ölçütleri tam karşılanmıyor olsa da belirtilere benzer semptomların görülmesi ve birinci derece yakını olan bireylerde risk oranının 3-17 kat artış göstermesi genetik faktörlerin anksiyetede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

2.1.1.5. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşıma göre, anksiyete durumu kişide varoluşsal bir risk taşımakta ve kişi varoluşuna dair korku ve tehdit duyduğu zaman hiçlik ve yok olma düşünceleri ile karşı karşıya gelmektedir. Yalom, bireyler için kaygının vazgeçilmez nitelikte bir duygu özelliği olduğunu düşünmekte ve 4 kaygı türünden bahsetmektedir. Bu kaygı türleri; özgürlük, anlamsızlık, ölüm ve yalıtımdır (Gülnehal, 2017).

May kaygı durumunu kişiyi hiçliğe yaklaşma korkusuyla karşı karşıya getiren tehdit olarak tanımlamaktadır. Rolla May'e göre kaygı mevcut zamandaki oluş şekli olarak ifade edilmektedir. Katlanılması zor olan duygudan kurtulmak ya da arınmak için kişilerin özgürlüklerinden fedakârlık yaptıklarını savunmaktadır. Özgürlük yok olma ve hiç olma tehdidini barındırmaktadır. Bu yaklaşıma göre kaygı durumu yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır ve hayatın sonuna kadar varlığını devam ettiren bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Bununla beraber dağılan benliğin ve anlamsızlığın nörotik kaygıyı ortaya çıkardığını savunmaktadırlar (Tanrıverdi, 2015).

2.1.2. Anksiyete Bozukluğu Tedavisi

Şiddetli anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerde bilişsel davranışçı terapi eşliğinde antidepressan ilaç kullanımı uygulanmaktadır. Bu iki yöntemin beraber kullanılması ile uzun süreli iyileşme sağlanmaktadır. Sağlıklı bir tedavi yolu izlemek adına ilk olarak doğru tanı koymak ve fiziksel semptomlar ile ayırıcı tanıyı ortaya koymak çok önemli olarak görülmektedir. Tanı koyduktan sonraki en önemli ikinci adım ise hastanın ilaç tedavisine olumlu tepki vermesi ve düzenli kullanım

göstermesidir. Yapılan araştırmalar hastaların ilaç kullanımına başladıktan bir süre sonra ilaç almayı bıraktıkları, bazılarının ise hiç ilaç almadıkları ve tedaviye başlamadıkları görölmektedir. Bütün psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da tedaviye uyum sağlamak ve devam ettirmek çok önemli olarak görölmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ile tedavi süreci ve hastalık adına tüm soru ve tedirginlik durumları açık ve net olarak konuşulmalıdır. Tedavi yolu doğru ve uygun belirlenmeyen hastalar sık sık hastaneye başvurma eğiliminde olacaklardır. Özellikle panik bozukluğu tanısı almış olan hastalar aile sağlık merkezlerine ve hastanelerdeki kardiyoloji bۆlümüne sıkça başvurmaktadırlar. Bu nedenle aile sağlık merkezi ve acil serviste bulunan doktorlar tüm anksiyete bozukluklarını tanımalı ve gerekli tedavi yolunu izlemelidirler (Kocabaşoğlu, Doksat, & Doğangün , 2004).

2.2. Sağlık Anksiyetesi Tanım

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık, kişinin sadece sakatlık ya da hastalık durumunun olmaması değil, aynı zamanda sosyal, fiziksel ve ruhsal olarak da tam bir iyilik haline sahip olması olarak tanımlanmaktadır (World Health Statistics , 2013). Hipokrat etkileşim kuramında beden ile aklın birbirini etkileyen iki kavram olduğunu ortaya atmıştır. 1926'da Kuzey Afrikalı Dr. Christian Smits sağlık kavramına "holistik" yaklaşımı getirerek kişinin sosyal, biyolojik ve psikolojik yönleriyle bir bütün olduğunu ortaya koymuştur (Ocakçı, 2003).

20. yüzyılda psikanalitik ve dinamik yaklaşımların kavramsallaştırmaları hipokondriazisin tedavisinde önemli rol oynamıştır. Hipokandriazis yeterli olarak belirlenememiş olduğu için psikoterapide dirençli olarak yerini almıştır. Bununla beraber son yirmi yıllık zaman diliminde sağlık anksiyetesi olarak isimlendirilen hipokandriazis modeli, diğer anksiyete rahatsızlıklarındaki (güvenlik ve kaçınma) ve bilişsel (yani belirsizlik tolerans, işlevsiz inançlar, kaygı duyarlılığı, bedensel farkındalığı) süreçlerden faydalanılarak geliştirilmiştir (Abramowitz & Braddock, 2008).

Gullickson, Jones ve Hadjistavropoulos'a göre sağlık anksiyetesi, bireyin bedeninde görölen semptomların tehlikeli ve ciddi bir hastalığın habercisi olarak algılanması neticesinde oluşan hastalık korkusu olarak ifade edilmektedir. Sağlık anksiyetesi bozukluğu semptomları ve şiddeti bireyden bireye farklılık gösterdiği için

son zamanlarda ortaya çıkan modeller tarafından bu durum hafif düzeyden şiddetli düzeye doğru ilerleyen süreklilik çizgisinde tanımlanmaktadır (Salkovskis & Warwick, Morbid preoccupations health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis, 1986).

Anksiyete bozukluklarında yer alan sağlık anksiyetesi aynı zamanda klinik görünümü de şekillendirmektedir. Özellikle panik bozukluğunda sağlık kaygısının ayrı bir önemi ve yeri vardır. Aynı zamanda komplikasyonların oluşumunda da etkisi olduğu bilinmektedir. Obsesif-kompulsif bozukluk ve sosyal fobide görülen bedensel duyum ve belirtilerin şiddetindeki artışta da sağlık anksiyetesinin varlığı olduğu bilinmektedir (Norton, Sexton, Walker , & Norton , 2005). Salkovskis ve arkadaşları sağlık anksiyetesinin ölçülmesi için Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni (SAE) geliştirdikleri görülmektedir (Salkovskis , Rimes , & Clark, The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis, 2002). 2002'de geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Envanteri'nin geçerlilik ve güvenilirliği Ayder ve ark. tarafından yapılmıştır. Ciddi bir anlam taşımayan geçici semptomlara karşı abartılı ve devamlı endişe duyulan hipokondriyaklar sıklıkla muayene olmaya gitmekte ve çıkan sonuçlardan da tatmin olmamaktadırlar. Sürekli tekrarlanan testler, muayene ve endişe durumu bireylerin sosyal, iş ve aile hayatını da olumsuz etkilemektedir. Sağlık anksiyetesi bireyin sağlık durumuna karşı aşırı olarak korku ve endişe duyması ya da vücuttaki farklılaşmaları ciddi bir hastalık belirtisi olarak görmeleri ve düşünmeleri olarak ifade edilmektedir. Bu kaygı ve endişeler hayatlarını kaybetmelerine karşı direnç göstermelerinin yanında muayene sonuçlarının temiz çıkmasında dahi korku ve endişe durumu devamlılığını sürdürmektedir (Lucock & Morley , 1996).

Sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerde herhangi bir olumsuz sağlık durumları olmamasına rağmen sürekli hastalığı varmış ve tehlikeliymiş gibi düşünceler olmaktadır. Sağlık anksiyetesi olan kişiler bedenlerinde farklılaşan fiziksel görüntüyü fark ederler ve bu durumu abartarak aşırı kaygı ve korku yaşamaktadırlar (Gül, Özdemir , & Börekçi, 2016). Sürekli olarak nefes alıp verişlerini, en küçük bir ağrıyı ve kalp atışlarını takip ve kontrol etmektedirler. Hastalık ve sağlıkla ilgili çıkan haber ve duyumlara karşı çok duyarlı oldukları ve hemen telaşlandıkları bilinmektedir. Bu bilişsel ve fiziksel uyarılar sağlık anksiyetesine sahip olan bireylerin sürekli muayene

olmaya ve bedenlerine dair tetkiklere yönlendirmektedir. Sağlık anksiyetesinin iki yönü olduğu bilinmektedir. Bu yönlerden ilki kişinin,kötü bir hastalığa dair kafa yorması iken ikincisi ise sağlık anksiyetesi olan bireylerin kötü bir hastalığa yakalanacağı ve olumsuz sonuçlar doğuracağıdır. Kavramsal açıdan bakıldığında bu durum hastalık hastası olarak tanımlanan hipokondriyazis olarak adlandırılmaktadır (Gül, Özdemir , & Börekçi, 2016).

Sağlık anksiyetesi durumu somatoform ve anksiyete bozukluklarının bir bileşeni olarak görülmektedir. Sağlık kaygısı, kişinin herhangi bir rahatsızlığı bulunmadığı halde ciddi bir rahatsızlığı varmış gibi hissetmesi ve olduğunu düşündüğü hastalığın olumsuz sonuçlar ortaya çıkaracağına dair olan inancı olarak da yorumlanmaktadır. Şiddetli görülen sağlık anksiyetesi hipokandriyazis olarak tanımlanmaktadır (Kapapıçak, Aktaş , & Aslan, 2012).

Son zamanlarda yapılmış olan araştırmalarda, sağlık anksiyetesi ile hastalık/sağlık bilgisine ulaşma düzeyi ve ulaşım kaynağı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre sağlık anksiyete düzeyleri yüksek çıkan bireylerin hastane muayenelerinden az memnun oldukları ve bu sebeple sağlıkla ilgili merak ettiklerini ve bilgileri internet aracılığı ile öğrenmeye çalıştıkları görülmüştür. Yüksek anksiyeteye sahip kişilerin, yaşadıkları belirtilere dair bilgi edinmek için internetten yararlanmalarının kendilerinin kötü hissetmelerine ve işlevselliklerini kaybetmelerine neden olduğu bilinmektedir. Birey şu anda ve gelecekte yaşayabileceği hastalıklara karşı endişe yaşamaktadır (Thorgaard, Frostholm, & Rask, 2018). Bu durum her yaş döneminde görülebilmekle beraber daha çok erken yetişkinlik döneminde gelişim gösterdiği gözlemlenmektedir (Association, 2013).

Sağlık anksiyetesinin daha az şiddetli olan hafif düzeyi klinik müdahalenin olması gerektiği zamanlarda hayat kurtarabilmekte fakat endişe duygusunun da yer aldığı zamanlarda zarar gören sosyal yaşantıya, acılara ve sağlık kurumlarına sıklıkla başvurmaya neden olmaktadır (Taylor & Asmundson, Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach, 2004).

Sağlık anksiyetesi birçok bireyi yaşamının bir kısmında etkileyebilmektedir. Yeni ve beklenmeyen veya fiziksel hastalık, bedensel semptomlar ve testlere veya hastalığın sosyal medyada görülmesine karşı verilen tepki olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık anksiyetesinin sıklıkla geçici olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan belirtiler azalmaya geçtiğinde veya uygun olan tıbbi destek ile beraber kolayca baş edilebilmektedir (Deale, 2007).

Şiddetli düzeyde sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sağlıkları ile ilgili çok ilgilenmekte ve ciddi bir rahatsızlıklarının olduğunu ya da ciddi olan bir hastalığa yakalanma riski taşıdıklarını düşünmektedirler (Rachman , 2012). Bedensel hislerde, fiziksel farklılaşmalarda, fonksiyonlarda, rahatsız eden düşünceler olduğundan farklı yorumlanarak gerçek veya olası bir hastalığın habercisi olarak görülmektedir. Bu bireyler, genel hastalıklara ya da bazı hastalıklara karşı bedenlerinin güçsüz olduklarını savunmaktadırlar. Bu faktörler ile beraber çeşitli değişkenlerde sağlık anksiyetesini tetiklemekte ve ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bedensel semptomlar, fiziksel değişimler, beden sistemindeki farklılaşmalar, yaralanmalar, sağlık durumlarını risk altına alan bilgi ve kaynaklar, sağlığı olumsuz etkileyen, risk taşıyan bilgiler, hastalığa yakalanacağına dair düşünce ve semptomlar, çevresel tehlikelere yakınlık, tuhaf davrandığını düşünme, hastalığı olan insanlara yakın olma, kontrol kaybı, depresyon, ruhsal olarak sağlıklı olamayan bireylere yakınlık, kronik ağrılar, tekrarlayan düşünceler ve hastalık haberleri tetikleyiciler arasında yer almaktadır (Rachman , 2012)

2.2.1. Tanı

DSM-V’te hastalık kaygısı bozukluğu ismiyle geçen bozukluğun tanı kriterleri şunlardır;

- A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.
- B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
- C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.
- D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E. Hastalıkla uğraşp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (Association, 2013) (Fink, ve diğerleri, 2004). DSM-IV'e göre hipokondriasis, ICD-10'a göre ise hipokondriak bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Yukarıda yer alan tanı ölçütleri yeterli şekilde tanımlayıcı olmadığından ötürü çok fazla eleştiriye uğradığı bilinmektedir. Bu sebeple çok az bireyin bu tanıları karşıladığı görülmektedir. Hastalığa dair belirtilerin varlığı ve düzeyine bağlı olarak şiddetli ya da hafif sağlık anksiyetesi olarak tanımlanması alternatif ölçüt olarak kabul edilmiştir (Fink, 2004, s.1680-1691). Çok fazla eleştirilen ve tartışma konusu olan diğer bir yargı da hipokondriasisin somatoform bozukluk mu yoksa anksiyete bozukluğu mu olduğuyla ilgilidir. Somatik semptomların görülmesine rağmen, ortaya çıkan korkunun yanlış yorumlanması ile anksiyeteye benzer bir yanı olduğu görülmektedir (Warwick & Salkovskis , 1990). Somatoform bozukluklar ve sağlık anksiyetesi arasında bireyin bedensel semptomlarını abartılı ve olumsuz yorumlaması, hastalık ve sağlık konularında fazla endişe yaşıyor olması, sık sık muayene olması ve tıbbi tanısı olmayan semptomlara sahip olması gibi davranışlar görülmektedir. Fakat birçok özellik bakımından birbirlerinden ayrılmamaktadır. Somatizasyon veya kronik ağrısı olan birey ağrıya sonlandıracak ilaç ve tedavileri kabul etmektedirler.

Sağlık anksiyetesine sahip olan bireyler hastalığın ölümcül olmadığını farkındadırlar. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler tedaviyi kabul etmemektedirler. Bedensel değişimlerinin temel sebebinin ölümcül nitelikte ve ciddi olmadığını öğrendiklerinde, ortaya çıkan belirtiler bireyleri kaygılandırmayacaktır. Diğer farklı bir özellik ise somatizasyon rahatsızlığında ikincil kazançlar daha önemli iken sağlık anksiyetesinde ikincil kazançlar daha düşük derecede önem taşımaktadır (Wilhelmsen , 2017).

2.2.2. Etiyoloji

Sağlık anksiyetesi bozukluğunun ortaya çıkma oranı birey stres durumunda olduğunda, ciddi bir hastalığı bulunduğunda, yakın çevresinden birilerinin kaybı gerçekleştiğinde yükselişe geçmektedir. Aynı zamanda, sosyal medyada hastalık popülerlik kazandığında ve gündeme geldiğinde de artış gösterebilmektedir (Taylor & Asmundson, Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach, 2004).

Warwick ve Salkovskis sağlık anksiyetesi adına bilişsel davranışçı bir model geliştirmişlerdir.

Bu modele göre;

- a) ağır ve ciddi rahatsızlıkların bulaşıcı ya da yaygın olması,
- b) bedensel semptomların anlamı
- c) hastalığın tedavisi ve ilerleyişi hakkında işlevselliği bulunmayan varsayım ve düşünceler sağlık anksiyetesine neden olan ve arttıran risk etmenleri arasında yer almaktadır (Salkovskis & Warwick, Morbid preoccupations health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis, 1986).

Hastalığa dair gelişen düşüncelerin gizil olduğu görülse de yakın çevreden birilerinin hastalıkla mücadele ettiğini öğrenmek ve medyanın hastalığa dair bulaşıcı olduğunu yansıtmaması ya da basılı yazılardan bu haberleri okumak, bedensel birtakım semptomlara sahip olmak kişinin sağlık anksiyetesini ortaya çıkartabilmektedir. Tetiklenen anksiyete, bireyin vücuduna ve kendine aşırı odaklanması ile beraber düşüncelerin hipokondriyal düşüncelere dönüşmesine neden olmaktadır. Düşüncelerin hipokondriyal düşüncelere dönüşmesi ile bireyler bedenlerindeki değişim ve belirtilere abartılı bir şekilde yaklaşmakta ve oluşan bu durumu olumsuz yorumlama eğilimine sahip olmaya başlamaktadırlar.

Hastalıkla ilgili kaygı ve korkuların yaşamın ilerleyen zaman dönemlerinde daha fazla artış göstereceği (yakın çevreden insanların hastalık ve kayıplarına şahit olma, güç kaybı vb.) göz önüne alındığında, sağlıkla ilgili kaygılı düşüncelerin de aynı oranda artış göstereceği ve bu durumun yaşlı bireylerde sağlık anksiyetesi bozukluğunu ortaya çıkaracağı düşünülmektedir. Literatür çalışmalarında yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşlı bireylerde %88 oranında sağlık anksiyetesi bozukluğunun olduğu görülmektedir (Hoffman, Rice, & Sung, 1996).

2.2.3. Kuramlara Göre Sağlık Kaygısı

Yakın zamanda yapılan araştırmaların sağlık anksiyetesi ve hipokandriyazis bozukluklarında daha çok bilişsel ve algısal etkenler ön plana çıkarılsa da, hipokandriyazise dair psikodinamik yaklaşımların da öne sürüldüğu görülmektedir. Diğer bir deyim ile hipokandriyazisin psikodinamik formülasyonları, hipokandriyazise yeni bir açıklama getiren ilkler arasında yer almaktadır. Rimes,

psikanaliz ile birlikte hipokondriyazis durumunun paranoya bozukluğu ile yakından bağlantılı narsistik durum ve dış çevreden iç organlara libido çekimi olarak algılandığı, Freud Hipokondriyazis görüşünün ön planda olduğu ortaya koyulmuştur. Fakat Freud Hipokondriyazisin tam anlamıyla açıklanmadığını belirtmektedir ve bu eksikliği psikanalitiğin utanç veren boşluğu olarak ifade etmektedir (Sorensen , 2005).

Williams, hipokondriazis ve sağlık anksiyetesini anlayabilmek ve tedavi edebilmek adına en uygun ve doğru modelin bilişsel modeller olduğu öne sürmektedir. Bu kuram, sağlık anksiyetesinin seyri, bulaşıcılığı, görülme oran ve sıklığını, prognozu ve bireyde ortaya çıkan bedensel semptomların anlamı ile ilgili işlevselliği bulunmayan düşünce ve inançların hipokondriazis ve sağlık kaygısı için risk etmeni olduğunu belirtmektedir. Bu düşünce ve inançlar gizil olabilmekte ve var olduğu düşünülen hastalıkla ilgili haber almak, okumak veya bedensel farklılaşmalar ve duyular ile tekrar gün yüzüne çıkabilmektedir. Bu düşünce ve işlevsel olmayan inançların tetiklenmesiyle hipokondriak düşüncelerde tetiklenmektedir. Böylece birey, hastalığın belirtisi olarak nitelendirilen herhangi bir semptoma karşı sürekli tetikte olma durumuna girmektedir. Ve bu durum giderek anksiyöz bir hal almaktadır (Karapıçak , Aktaş, & Aslan, 2012).

Sağlık anksiyetesinin bilişsel davranışçı ekolü bu değişkenleri bir arada toplayarak, sağlık anksiyetesinin devam etme, oluşma ve tetiklenme sürecini dair varsayım ve inançlara yol açtığı gibi hastalığı yanlış yorumlamaya da sebebiyet vermektedir. Bu kanılar erken veya yaşlılık döneminde oluşabilmektedir ve devam eden deneyimler ile değişiklik gösterebilmektedir. Aynı zamanda süregelen anksiyeteye sebep olabilmekte ya da tetikleyici durumlar sebebi ile etkin hale gelebilmektedirler. Bu inançlar tetiklendiğinde anksiyete de artışa, bedensel semptomlara karşı aşırı odaklanma ve ciddi bir hastalık belirtisini taşıdığını ortaya koyan kanıtlar arayarak belirtilerin yanlış bir şekilde yorumlanmasına neden olmaktadır (Deale, 2007). Kişiler arası modele göre sağlık anksiyetesi bebeklik dönemindeki bağlanma stillerine göre gelişme göstermektedir. Bu kurama göre sağlık durumunu kontrol altına almaya yönelik sürekli fakat etkisiz istek ve davranışlarının, bireyin sağlık anksiyetesinin varlığına dair önemli ipucu oluşturmaktadır. Sürekli olarak sağlığa karşı geri bildirim alma davranışları, kişinin sağlığına karşı yabancılaşması ve dış çevrenin kişinin sağlığını önemsemediğine dair düşünceler geliştirmesine neden olmaktadır. Bu

kişilerde bireylerin anksiyetelerinde de artışlar meydana gelmektedir. Artan anksiyete, kişinin günlük yaşam becerilerini olumsuz etkilemekte ve genellikle sağlıklarına karşı teyit alma davranışları ile (sürekli doktora gitme, sağlık muayenesi yaptırma, günün büyük bir kısmını hastalığa dair bilgi araştırarak geçirme) sonuçlanmaktadır (Birnie , Sherry , & Doucette , 2013).

2.2.4. Sağlık Kaygısı İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Sağlık anksiyetesi ile ilgili yapılan bir çalışmada 67 panik bozukluk hastası ve 44 kontrol grubu ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Panik Agorafobi ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri (Kısa Form) kullanılmıştır. Uygulanan ölçeklerden bir hafta sonra tekrar Sağlık Kaygısı Envanteri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgu sonuçlarına göre hasta bireylerin Sağlık Kaygısı Envanteri toplam puanı ile kontrol grubunun puanları arasında yüksek oranda anlamlı derecede bir ilişki olduğu görülmektedir (Karapıçak , Aktaş, & Aslan, 2012).

Şimşekoğlu'nun (2016) Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık kaygısı düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışma 206 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği (SYBDÖ), Kişisel Bilgi Formu, ve Sağlık Kaygısı Envanteri (SKE) kullanılmıştır. Elde edilen bulgu sonuçlarına göre sağlık anksiyetesi puan ortalamasının 54.5 ± 0.78 olduğu görülmüştür. Sağlık yaşam biçimi davranış ölçeğinin medeni durum, çocuk sayısı, çalışma süresi, hastalık durumu, yaş, ikametgâh yeri, tutulan aylık nöbet miktarı, ekonomik durum ve işten alınan doyum düzeyine göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Erkek bireylerin kaçınma davranışlarının, kadın bireylerin ise güvenlik arayışı davranışlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği ile sağlık kaygısı ölçeği arasında anlamlı derecede bir ilişki olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde ki hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışların orta seviyede sağlık anksiyetelerinin ise düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Şimşekoğlu & Mayda , 2006).

Karaçadır ve Çelik'in (2019) devlet üniversitesi öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmanın örneklem grubunu

devlet üniversitesindeki 353 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 2002 yılında Salkovskis ve arkadaşlarının geliştirdiği Aydemir tarafından 2013 yılında Türkçeye uyarlanan Sağlık Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre katılımcı olan öğrencilerin aylık geliri, babalarının meslekleri, sınıf, yaş, bölüm ile sağlık anksiyete seviyeleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon olmadığı görülmüştür. Sağlık anksiyete düzeyi ile katılımcıların kendileri için belirledikleri sağlık puanları, anne-babanın mesleki ve eğitim durumları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadın bireylerin sağlık anksiyete düzeylerinin erkek bireyler sağlık anksiyete düzeylerine oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde; katılımcıların %53.8'inin sağlık anksiyete seviyelerinin düşük olduğu ve %47.2'sinin de sağlık anksiyete seviyesinin yüksek olduğu görülmektedir (Karaçadır & Çelik , 2019).

2.3. Ölüm Anksiyetesi

Korku ve kaygı kavramları, ölüm korkusu ve ölüm anksiyetesi açısından incelendiğinde ölüm korkusunun diğer korkuların temelinde yer aldığı görülmektedir (Irvin, 2013). Ölüm anksiyetesinin dünyaya gelinen ilk andan itibaren sahip olunan bir duygu olduğu bilinmektedir. Bu duygu insanın hayatında yaşam boyu var olmakla beraber bütün korkuların da temelinde yer almaktadır. Temelde yerini alan bu korkunun yüzeyde olması veya bastırılması kişinin karakter yapısının oluşumunda çok etkili bir faktör olarak görülmektedir. Bireyin hayattan kopacağı ve hiçlik duygusunu hatırlatan bir duygu olması sebebi ile insan yaşamı üzerindeki etkisinin büyük olduğu görülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde ölüm anksiyetesi, kişinin ölüm ya da ölüme dair kaygı, endişe ve korku duyması, varlığını tehdit altına olan hayali veya gerçek algıların ortaya çıkardığı korku, tedirginlik, var olamama, yok olma, hiçlik korkusu, hayalin dışında yer alan korku, yaşamın erken zaman diliminde ortaya çıkan korku gibi farklı biçimlerde tanımlanabilmektedir (Kaloğlu, 2010).

Ölüm anksiyetesi, her bireyde yer alan, her korkunun özünde gizli olduğu varsayılan, kişinin kendisini, sevdiği bireyleri ve yaşamını kaybedeceğini, bu dünyada bir daha var olmayacağını, ölüm sonrasındaki bilinmez hayatın farkındalığı sonucunda oluşan bir duygu olarak da ifade edilmektedir. Yaşam ve ölüm iç içe olan iki olgu olmaları sebebi ile ölüme farklı anlamlar yüklenmektedir ve bu yüklenen anlamlar ışığında duygular oluşmaktadır. Ölüm daha önceden deneyimlenemeyen bir olgu

olması, belirsizlik, acı yaratacağının düşünülmesi, bedenini ve yaşamını kaybetme korkusu, var olamamaktan ve hiçlikten korkma, ölümün ardından cezalandırılma, yalnızlık, sevdiği insanları geride bırakma kaygısı, kimliği ve denetimi kaybetme ölüm anksiyetesinin temelini oluşturan duygu ve durumlar olarak yer almaktadır (Esen, 2011).

Bireyler günlük hayat akışı içerisinde ölümü hatırlatan ya da anımsatan birçok olay ve durumlara maruz kalmaktadır. Bu olaylardan en önemlisi ölümcül olduğu bilinen hastalıklardır. Diğer bir durum ise karşı karşıya gelen ölüm vakaları yani kayıplardır. Bu durum özellikle yakın çevreden birinin ya da önemsenen birinin kaybı ile tetiklenmektedir. Cenaze törenlerine katılım göstermek, doğa olaylarına, kazalara, bedende farklılaşan fiziki değişimlere, ölüm içerikli konuşmalara ve savaşlara şahit olmak bireyleri doğrudan etkileyen faktörler arasında yerini almaktadır (Akçetin, 2010). Ölümün uyandırdığı tutum ve davranışlar kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Ölüm sonucunda kişilerin göstermiş oldukları tepkiler kişinin hayata karşı bakışını ve duruşunu ifade etmektedir. Bu tutumların kişiden kişiye farklılık göstermesinde ideolojik, ekonomik, dini sebepler, kişinin dış çevresinin ölüme karşı vermiş oldukları tepkiler ve duygusal gelişimin etkisi ve öneminin büyük olduğu bilinmektedir (Hökelekli , 2008). Farklı dini inanışların ölüme karşı bakış açıları kişilerin davranışlarını etkilemektedir (Erdoğan & Özkan, 2007).

Yaşam ile ölüm kavramları birbirinde bağımsız görünen fakat birbirini tamamlayan ve bütünü oluşturan iki temel olgudur. Ölüm kavramı yaşamın temel amacı ve tamamlayıcısı olarak görülmektedir (Jung, 1997). Kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesi, ölüme karşı cesaret göstermesi, kabul görmesi ve ölümü deneyimleri ile bütünleştirebilmesi bireyin yaşam deneyim sürecine bütünlük ve zenginlik katan psikolojik süreçler olarak görülmektedir (Koestenbaum, 1998).

Ölümün klinik anlamdaki tanımı ise bütün olan bir organizmanın bütünlüğünün parçalanması olarak ifade edilmektedir. Beyin sapı beden organizmasının bütünlüğünü oluşturmaktadır. Beyin ölümünün gerçekleşmesi ile beraber organizmanın canlılığı da sona ermektedir. Bu kapsamda ifade edilen ölüm, beyin fonksiyonlarının eski haline dönemeyecek şekilde son bulması olarak ifade edilmektedir (Kerridge, Lowe , Mcphee, & Williams , 2002).

Ölüm kaygısı, dünyaya gelinen anda kazanılan, kişilik özelliklerinin gelişimine katkı sağlayan, korku duygusunun alt sistemini oluşturan, sonluk bilincini kazandıran bir duygu olarak da tanımlanmaktadır. Yaşamın sona ermesi düşüncesinin ortaya çıkardığı anksiyetenin sağlıklı bir şekilde patolojik boyuta varması kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyen ve işlevselliğini bozan bir durum ortaya çıkartacağından, bu düşüncelerin sağlıklı boyutta olması büyük önem taşımaktadır (Yıldız, 2001).

Ölüme karşı geliştirilen düşünce ve tutumlar ahenk ve istikrardan şaşıtığında bireyin anksiyete düzeyi şiddetlenmekte, günlük yaşam uyumu ve işlevselliği zarar görmektedir. Aynı zamanda ölümü normal gören ve ölüme yönelik hafif düzeyde hissedilen kaygı bireyi hayata bağlamakta, yaşamdan doyum sağlanmasına olanak sağlamakta ve yaşama anlam yüklemesini de kolaylaştırmaktadır. Yaşamın bir gün sona ereceğini kabul eden birey, hayatından doyum alma çabası içerisine girmektedir. Bu bireylerde anksiyöz bir tavırdan ziyade potansiyeli kullanma ve geliştirmeye yönelik bir tavır durumu benimsenmektedir. Varoluşçu terapi için kişinin yaşamın sona ereceğine dair bilinçli olması ve bu durum ile cesaretle yüzleşebilmesi, kendini gerçekleştirme yolunda motivasyonu olumlu etkileyen bir tutum olduğu düşünülmektedir (Dökmen, 2003).

Langs ve Tanhan ölüm anksiyetesini üç şekilde sınıflamaktadır. Bu üç sınıflama ölüme karşı hissedilen varoluşsal ölüm kaygısı, tehdit edici durumlar karşısında ortaya çıkan kaçınmacı ölüm kaygısı ve bireyin fiziksel ya da ruhsal olarak zarar görebileceği durumlar karşısında ortaya çıkan korumacı ölüm anksiyetesidir (Tanhan, 2007).

Jacques Choron üç ölüm anksiyetesinin olduğunu söylemektedir. Bu üç anksiyetenin ölüm korkusu ile ilgili olduğu görülmektedir;

1. Ölümünden sonra meydana gelen şeyler
2. Ölmenin kendisi yani ölme olayı
3. Varoluşun sona ermesi, yok olma (Irvin, 2013).

Ölüm anksiyetesinin psikopatoloji ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada ölüm anksiyetesinin şiddetli görülmesi durumunda kişilerde gerginlik ve ruhsal değişimlerde artış olduğu düşünülmektedir. Çalışmada ölüm anksiyete düzeyi ile anksiyete semptomları ve duyarlılık temelde olmak üzere fobik kaçınma ve somatizasyon semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Erdoğdu & Özkan, 2007).

Eric Fromm ölüm anksiyetesini iki farklı şekilde ifade etmektedir. İlk olarak bir gün ölmeye karşı hissedilen normal görülen korku; ikinci tanım ise bireyi sürekli tetikleyen ve tedirgin hale sokan ölüm anksiyetesi olarak dile getirmektedir. İkinci durumda oluşan korku durumu kişinin hayatını doğru değerlendirememesini ve yaşamda başarısız olması sonucunda kendini suçlamasından kaynaklanmaktadır. Fromm'a göre hissedilen korkunun temelinde ölüm duygusu değil sahip olunan benliği, bedeni ve mal varlığını kaybetme korkusu yatmaktadır. Birey benmerkezci bir hayat biçiminden uzaklaştığı takdirde ölüm kaygısını azaltabilecektir (Fromm, 1994).

2.3.1. Ölüm Karşısında Bireylerin Tutumları

Ölüme karşı tutumlar; ölüme kabullenmeme, ölüme karşı meydan okuma, ölüme isteme, ölüme kabullenme, yas tutma olarak görülmektedir. Ölüm olgusu karşısında ortaya çıkan bu tutumlar birbirleri ile uyum içerisinde olmadığı zaman bireylerin ölüm karşısında anksiyete düzeylerinde artışlar meydana gelmekte ve toplumsal çevre ile olan uyumda da azalmalar meydana gelmektedir (Aksu & Okçay, 2010).

2.3.1.1. Ölüme Meydan Okuma

İnsan ölümsüz olmayı psikolojik olarak çoğu zaman arzulamaktadır. İnsanoğlu ölümsüz olmayı istemektedir. Yaşamını kesintisiz ve sonsuzluk içinde devam etme isteği içerisinde. Birçok inanç ve törenlerde insan vücudunun muhafaza edilip saklanması, ölümsüzlük istek ve arzusunun en somut örneği olarak görülmektedir (Dağlı, 2010). Ölüm düşüncesine karşı duyulan anksiyeteyi aza indirmek ve bastırma adına sergilenen, ölen bireyi gömmeden güzelleştirme ölümsüz olma ve sonsuzluğa duyulan özlemi ifade etmektedir.

2.3.1.2. Ölüme Kabullenmeme

Ölüme anımsatan her davranış ya da eylemden uzak durmak çağdaş davranış olarak nitelendirilmektedir. Sosyal yaşamda ölüme ilgili konuşmak normal karşılanmamakta ve bu durum tabu haline dönüşmektedir. Ölüme bahsetmeyerek, sosyal ilişkilerde yer vermeyerek yaşamın sınırlarından uzaklaştırılan ölümün, duygusal ağırlığından kurtulmaya çalışılmaktadır. Ölüm durumu iki şekilde inkâr edilmektedir. İlk yöntemin bastırma olduğu bilinmektedir. Bu yöntemde kişi ölüme bilincinden çıkartarak etkisiz hale getirmektedir. İkinci bir yöntem ise maskeleyen yöntemidir. Bu yöntemde ise kişi ölüm düşüncelerinden kurtulmak ve soyutlanmak için kendini günlük işlerin yoğunluğuna kaptırmaktadır (Hökelekli , 2008).

2.3.1.3. Ölümü İsteme

Bireyin zihinsel olarak bilinçli veya bilinçdışı olarak ölümü arzulasıdır. Bireyin yaşamında sessizliği, dengeyi, huzuru, sakinliği, rahatlığı ve tamamlanmayı beklemesi aslında ölüme karşı duyulan hasret ve özlemin bir sonucudur. Freud'un ölüm içgüdüleri kavramı ile ifade ettiği bu durum kişinin yaşamak istediği kadar cansız bir bedene, ölüme kavuşma eğilimi olduğu da görölmektedir. Jung ise ölümü isteme durumunu manevi hayata dayanan bir içgüdü sebebine yormaktadır (Öztürk, Karakuş , & Tamam, 2011).

2.3.1.4. Ölümü Kabullenme

Ölümü kabullenen bireyler, ölüm durumunu hayatın yadsınamaz bir gerçeği olarak algılamaktadırlar. Hayatı sürdürmenin temel nedeni ölüm olarak görölmektedir. Yaşamını etkin ve olumlu değerlendirdiği düşüncesine sahip kişiler, ölümü kabullenme davranışı sergilemektedirler. Dini inanç bakışının ölüme doğru yaklaşımda kabul ve boyun eğme davranışlarını meydana getireceği düşünölmektedir. Tabi ki bütün inançlı bireylerde aynı sonucu çıkaracağı görüşünü benimsemek gerçekçi görölmemektedir. Benimsenen ve inanılan dinin özellikleri ve bireyin inancı doğrultusunda yaşayış şekline göre farklılık göstermektedir (Dağlı, 2010).

2.3.1.5. Yas Tutma

Bireyin sevdiği ve tanıdığı kimselerin ölümüne şahit olması kişilerde psikolojik travmalara neden olmaktadır. Psikolojik travma, yakın birinin kaybı sonrasında gerçekleştiğinde doğal bir tepki olarak karşılanmaktadır. Yas süreci 4 evreden meydana gelmektedir. İlk evrenin süresi birkaç saat ya da birkaç hafta arasında değişiklik göstermektedir. Bu evrede birey ölümün gerçekliğini idrak etmede güçlük yaşamaktadır. Şahit olduğu ölüm durumu karşısında donuk, şaşkın ve tepkisiz kalabilmekte, gerçek dışı, boşluk duygularına maruz kalabilmektedir. Bu evrede bedensel semptomlar ve bilişsel-zihinsel güçlükler ortaya çıkmaktadır. İkinci evrede ise birey sürekli olarak ölen kişiye odaklanmaktadır. Bu evre günler veya haftalarca sürebilmektedir. Hayatını kaybeden kimseye karşı özlem ve acı duyguları bireyin psikolojik iyi oluş halini olumsuz yönde etkilemektedir. Üçüncü evrede birey, ölen kişinin geri gelmeyeceğini kabule geçmektedir. Kişi bu dönemde sosyal çevresine karşı yenide ilgi göstermeye başlamaktadır. Son evre olan dördüncü evrede ise, kaybedilen kişiye karşı acı ve özlem duygusu azalmaktadır. Birey son olan bu evrede

kayıp gerçekleşmeden ki olduğu haline geri dönmekte, yaşamını tekrar düzen içerisine koymakta ve kayıp sonrasında yaşamına dair dersler çıkarmaktadır (Yıldız, 2001).

2.3.2. Kuramlara Göre Ölüm Anksiyetesi

Bilişsel kurama göre ölüm anksiyetesi, kişinin ölüme dair olumsuz inançları, genellemeleri ve koşullanmaları olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar tehdit niteliğinde algıladıkları ölümü, korkutucu, kontrolleri dışı ve baş edilemeyen gibi negatif atıflar yüklemektedirler. Bu davranışları sonucunda da ölüme karşı kaygı ve korkularında artışlar meydana gelmektedir (Öztürk, Karataş, & Tamam, 2011).

Varoluşçu kurama göre her şeyin özünde ölüm anksiyetesi yer almaktadır. Ölüm var olmanın tersini ifade etmektedir ve kişinin var olduğunu hissettiği her an ölüm anksiyetesini de arttırmaktadır. Kaçışı olmayan bir sonunun olduğunu bilmek kişiye özgürlük tercihlerinde bulunarak yaşamını anlamlı kılma sorumluluğunu getirmektedir. Hiç olma ve varoluş arasında yaşamını sürdürmek için çabalayan kişinin ölüm anksiyetesine varması doğal bir sonuç olarak görülmektedir (Irvin, 2013).

Varoluşçu yaklaşımın temel kavramlarında yerini alan ölüm, varoluşçu kuramın temsilcileri tarafından kişinin yaşadığı ikilem olarak tanımlanmaktadır. Varoluş akımına göre kişi istediği taktirde ölümü seçebilmektedir. İstemediğinde ise ölümü tadacaktır. Bu yüzden birey ölüm anksiyetesi ile cesaretle yüzleşerek, ölümü kabul etmelidir. Kişinin yüzleşemediği ölüm anksiyete düzeyini arttıracak ve bireyin yaşamını olumsuz düzeyde etkileyecektir. Veya kişi ölüm ile yüzleşerek anlamlı bir hayat sürdürmeyi tercih edecektir. Bu sebeple ölüm aslında var olmanın çözüm getiremediği, yaşanılması zorunlu olan, gizemi hayatın anlamında saklı olan bir kavram olarak ifade edilebilmektedir (Mutlu, 2013).

Freud ölümü deneyimlenemeyen, bilinçaltında karşılığı bulunmayan bir olgu olarak tanımlamaktadır. Psikanalitik kurama göre ölüm anksiyetesi, tecrübe ile bağlantısı bulunan korkulara ve tecrübelerin meydana getirdiği ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm kaygısının altında var olan neden, çözülememiş erken yaşam deneyimlerine kadar uzanabilmektedir.

Greenberg'in öne sürdüğü Dehşet yönetim kuramına göre ölüm anksiyetesi bilişsel ve duygusal bileşenlerden meydana gelmektedir. Genellikle ölüm düşüncesini akla getirme, ölümü hatırlatan konuları ilgi odağına alma, bilişsel özellikler arasında

yer almaktadır. Duygusal özellikler arasında ise kişinin var olamamayı düşünmesi sonucunda ortaya çıkan duygusal gerginlik yer almaktadır (Gençtan, 2003).

İbn-i Sina ve Fromm bireyin ölüme dair hissettiklerini kişinin ölüm ile karşı karşıya geldiğinde hissettikleri normal kabul edilen korku ve bireyleri hayatları boyunca rahatsız eden ölüm anksiyetesi olarak iki biçimde ele almaktadırlar. Hayat boyunca tedirginlik uyandıran anksiyete irrasyonel bir olgudur ve bu durum kişinin iyi ve tatmin edici bir hayat geçirememesinden dolayı kaynaklanmaktadır. Fromm ölüm anksiyetesini kişinin sahip olduklarından kopması ile ilişkilendirmektedir. Sahip olma ve kaybetme korkusunun ölüm anksiyetesinin sebebi olarak görmektedir. Olmak anlayışını benimseyip sahip olmaktan uzaklaşan bireylerin ölüm anksiyetesinden kurtulacaklarını da öne sürmektedir (Hökelekli , 2008).

2.3.3. Ölüm Ve Cinsiyet

İncelenen literatür çalışmaları cinsiyet değişkeninin ölüm anksiyetesini etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir. Kastenbaum erkek ve kadınların ölüm anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı derece bir farklılık olmadığı görüşünü savunurken, kadınların ölüm kaygılarını erkek bireylere oranla daha fazla dışa vurduklarını ifade etmektedir. Kastenbaum (2007) yapmış olduğu araştırmada erkek bireylerin soylarının devam etmeyeceği ve hayatlarının sona ereceği düşüncelerinden; kadın bireylerin ise dünyadan ayrıldıklarında ailelerin düzeninin bozulacağından ve ihmal edileceğinden yana kaygıları olduğu sonuçlarını elde ettiği görülmektedir (Kastenbaum , 2007).

Genel olarak çalışmalara bakıldığında ölüm anksiyetesi ile ilgili çalışmalarda anlamlı bir korelasyon olmadığı görülmesine rağmen, bu sonucun aksini ortaya koyan çalışmalarda kadınların ölüm anksiyetesi puanlarının erkek bireylere oranla daha fazla olduğu saptanmaktadır (Wass , 1995). Middleton (1936) kadın bireylerin erkek bireylere oranla ölümü daha çok düşündüklerini söylemektedir. Ölüm kaygısını düşül fenomen olarak kavramsallaştıranlarda bulunmaktadır. Kadın bireylerde ölüm korku ve anksiyetesinin daha yüksek görülmesi, erkek ve kadın bireyler için bu durumun farklılık göstermediği fakat kadın bireylerin ölüm kaygı ve anksiyetelerini daha çok belli ettikleri ve dışa yansıttıkları sebebi ile puanlarının da yüksek olduğu şeklinde açıklanmaktadır. Kadın bireyler anksiyete ve korkularını anketler ile ifade edebilirken

erkek bireylerin nonverbal ifade eğilimi gösterdikleri düşünülmektedir (Assari & Lankarani , 2016).

Ölüm anksiyetesi bakımından cinsiyet faktörü yaş faktöründen görüldüğü gibi kadın bireylerde erkek bireylere oranla daha fazla görülmektedir. Kadın bireylerin ölüm anksiyetesi puanlarını yüksek bulan araştırmalarda kadınların ölüm kaygısı açısından daha kaygılı olduklarını; ya da erkeklerin kaygılarını yansıtmamalarından ötürü kadın bireylerde bu oranın yükseldiği görüşleri de ortaya atılmıştır (Dağlı, 2010).

2.3.4. Ölüm ve Yaş

Genç bireyler için ölüm kavramı, sağlıklı bedenin kaybedilip, geleceğe dair planların yerine getirilemeyecek olmasından kaynaklı bir korku ve kaygı durumunu ortaya çıkarırken orta ve ileri yaştaki bireyler için yarım kalan iş ve uğraşları tamamlayamama ve yakın çevreye karşı var olan sorumluluğun eksik kalacağı biçiminde kaygı ortaya çıkarmaktadır (Özen, 2008).

Yaş ile ölüm arasındaki anlamlılık birçok çalışmaya göre farklı sonuçlar vermektedir. Birçok araştırma yaşlı bireylerin genç bireylere oranla daha çok ölüm kaygısı yaşadıklarını savunmaktadır. Ölüm kaygısına birçok araştırmasında yer veren Templer'e göre ise yaş ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını vurgulamaktadır (Templer , 1970). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısının genç bireylere oranla daha az olduğu sonucunu ortaya koyan çalışmalar, bu durumun psikolojik, sosyal ve daha birçok değişken ile açıklanabileceğini savunmaktadırlar. Dolu bir yaşam sürdürmek, diğer insanların ölümü ile karşı karşıya gelmenin sonucu olarak ölümün ve normların kabul görülmesi gibi tanımlamalar bu faktörlerden bazıları arasında sayılabilmektedir (Kalish , 1985).

Yapılan bazı araştırmalar yaşlı bireylerin yaşayamadıkları durumlar ve pişmanlıkları sebebi ile ölüme karşı kaygı duyma oranlarının genç bireylere oranla yüksek olduğunu göstermektedir. Birçok araştırmadan elde edilen bulgu sonuçları ise gençlerde var olan ölüm kaygısının orta ve ileri yaştaki bireylere oranla daha yüksek olduğunu saptamaktadır. Ölüm kavramı genç bireylerde bedeninin yok olması ve geleceğe dair hayallerinin yarım kalması biçimde kaygı yaratırken yaşlı bireylerde sorumlulukların eksik kalması, ailelerini geride bırakmak istememe şeklinde görülmektedir. Yaşlılar ölüme daha çok yaklaştıklarını düşünerek zamanla bu duruma alışır ve kabullenişe geçerler genç bireyler ise bu durumun aksine ölüm ihtimalini çok

uzak görürler ve ölüm hakkındaki paylaşımlarının da aynı oranla az olduğu görülmektedir (Mutlu, 2013).

2.3.5. Ölüm Anksiyetesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Öztürk'ün (2011) bir üniversite hastanesinde çeşitli polikliniklerden konsültasyonla psikiyatri polikliniğine yönlendirilen yaşlı bireylerde ölüm kaygısı düzeyinin belirlenerek bazı sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesini incelediği araştırma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı polikliniğine başvuran 60 yaş üstündeki 200 hasta ile yapılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yaşlılık Depresyon Ölçeği, Ölüme ilişkin Depresyon Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Form-36 kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüm Depresyon Ölçeği ile eğitim arasında negatif, çocuk sayısı bakımından pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel hastalıklar ile ilişkisi bakıldığında ölüm kaygısı ölçeği ve ölüm depresyon ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Son 1 yıl içinde yaşanan yas durumu ile ölüm kaygısı ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ölüm düşüncesinin artış göstermesi ile ölüm kaygı puanının artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlı insanlarda ölüm kaygısının çocuk sayısı, eğitim süresi ve ölüm düşüncesi ile anlamlı yönde ilişkisi olduğu, fiziksel rahatsızlıklar ile ise ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Öztürk A. , 2014). Ünsal'ın 2018'de Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm karşısındaki anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla yapmış olduğu bu araştırma 80 hemşire ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Spielberger'in Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre hemşirelerin yaş, ölümle karşılaşma olasılıkları, medeni durum ve çalışma sürelerinin sürekli anksiyete düzeyleri ile anlamlı yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Dahiliye ve cerrahi yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin sürekli ve ölüm anksiyete puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Ünsal, 2008).

Koca'nın (2019) engelli çocuğa sahip olan annelerle, engelli çocuğa sahip olmayan annelerin Ölüm Kaygısı düzeyi ile Durumluk-Sürekli Kaygı düzeylerindeki farklılaşmasını incelediği bu araştırma engelli çocuğu olmayan 78 anne ve engelli çocuğu olan 80 anne ile yapılmıştır. Araştırma nedensel karşılaştırmalı nicel bir

çalışmadır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre ölüm anksiyetesi “Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku” boyutunda, engelli çocuğu olmayan annelerin yüksek puan aldıkları görülmüştür. “Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku” alt boyutu ile engelli çocuğu olan annelerin puanları arasında anlamlı yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Ölüm kaygısının diğer alt boyutları incelendiğinde ise engelli çocuğu olmakla alakalı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Durumluluk ve süreklilik kaygısı incelendiğinde engelli çocuğa sahip olanların, engelli çocuğu olmayanlara göre kaygı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Koca, 2017). Acehan’ın (2013) Düzce ilindeki acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin kaygı ve depresyon durumları ile kullandıkları başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma 63 erkek, 78 kadın toplamda 141 sağlık personeli ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği, Tanıtım Formu ve Templer’in Ölüm Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre acil tıp personellerinin ölüm kaygı puanlarının düşük olduğu ve ölüm depresyon puanlarının orta seviyede olduğu görülmektedir. Kadın bireylerin ölüm depresyon ve ölüm anksiyete puanlarının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Uygun olmayan başa çıkma stratejilerinden yararlanan bireylerin ölüm anksiyetsi ve ölüme dair depresyon düzeylerinin uygun başa çıkma yöntemini kullanan bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ölüm anksiyetesi ile depresyon düzeyi arasında ve acil tıp bölümünde çalışma zaman aralığı ile ölüme dair depresyon düzeyi arasında anlamlı yönde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Sonuç olarak bu çalışma sağlık personellerinin ölüm düşüncesi karşısında başa çıkma stratejileri hakkında eğitime ve psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğu sonucu saptanmıştır (Acehan & Eker, 2013). Ayten’in (2019)ölüm anksiyetesinin iki farklı kültürdeki değişimi, cinsiyet, yaş, sosyal çevre, sosyo-ekonomik durum ve öznel dindarlık algısıyla olan ilişkisini incelediği araştırma Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesinde öğrenim gören 126 kişi ve Yermük Üniversitesi İlahiyat Fakültesi’nde öğrenim gören 121 öğrenci ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada anket tekniği kullanılmıştır. Elde edilen bulgu sonuçlarına göre ilk yetişkinlik ve ergenlik döneminde olan bireylerde ölüm anksiyetesinin ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin savaş sonrası hayatlarını kaybetme kaygılarının düşük

olduğu görülürken, acı çekerek yaşamlarına son verilmesi kaygılarının yüksek olduğu görülmüştür. Ürdünlü üniversite öğrencilerinin ölüm anksiyete oranlarının Türk üniversite öğrencilerine oranla yüksek olduğu görülmüştür. Kız öğrencilerin ölüm anksiyete düzeylerinin erkek bireylere oranla yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son ergenlik döneminde yer alan bireylerin ilk yetişkinlik döneminde olan bireylere oranla ölüm anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dini inanç incelendiğinde ölümü kabullenmeye ve ölüm kaygısı azaltmaya dair önemli rol oynadığı görülmektedir (Ayten, 2009).

2.4. Sağlık Anksiyetesi ve Ölüm Anksiyetesi İlişkisi

Erişkinlik döneminde görülen sağlık anksiyetesi çocukluk döneminde geçirilen şiddetli hastalıklara ve aile fertlerinin birinde var olan hastalığa bağlı olarak geliştiği bilinmektedir (Association, 2013). Çocukluk döneminde özellikle huzursuzluk ve acı yaratan şiddetli hastalıklar, gelecek dönemde yaşanılacak hastalıklara karşı anksiyete durumunu arttırmaktadır. Özellikle birey bağlanma döneminde bakım verenine bağımlı bir yapı geliştirdiyse, uzun süre hastane ortamında tedavi gördüyse bu durumlarda anksiyete düzeyinde artışa sebep olabilmektedir (Taylor & Asmundson, Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach, 2004). Bireyin yakın çevresinden birini kaybetmesi, bazı kişilerde anksiyete durumunu tetiklediği gözlemlenmektedir (Association, 2013). Sevilen bir kimsenin trafik kazası yolu ile kaybedilmesi bireyde hayatta her zaman tehlikelerin var olduğu inancını ortaya çıkarmaktadır. Bu gibi durumlar kişide vücuduna dair zihinsel artış ve sağlığı ile ilgili korku ve endişe durumları yaratmaktadır. Hastalardan alınan geçmiş yaşam bilgileri, hastalık fobisinin oluşumunda birçok etken olduğunu göstermektedir. Bu etkenler; geçmişte deneyimlenen hastalık, sürekli hastalıklara maruz kalan yakın aile bireylerini gözlemlemektedir. Sonuç olarak sevilen kimsenin hastalığı veya kaygı ile ilgili geçmiş yaşam deneyimleri, sağlık anksiyetesi bozuklukları ile doğrudan ilişkili olan etmenler arasında yer almaktadır. Fakat yaşanan hangi deneyimin hastalığın oluşumuna özgü olduğu önemli bir konu olarak görülmektedir. Sevilen bir kimsenin kaybı hipokondriasis için özgü değilken; çocukluk döneminde yaşanan ağır ve şiddetli hastalık deneyimi sağlık anksiyetesi bozukluklarına özgü olabilmektedir. Stresli yaşam olayları yalnızca ölüm ya da hastalık değil beraberinde sağlık anksiyetesi, doktor muayeneleri ve bedensel semptomlar ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Bu

artışların gerçek morbidite ile orantılı olmadığı görülmektedir. Stres yaratan faktörler, kimi bireylerin ciddi bir hastalığına işaret olarak yorumlandığında beraberinde bedensel semptomlarda ortaya çıkabilmektedir. Hipokondriak hastaları muayeneler için çok fazla maddiyat harcayarak kendilerini ekonomik krizlere sürüklemektedirler. Tekrarlı olarak yapılan müdahale ve tetkikler sağlık anksiyetesini olumsuz yönde etkilemektedir (Taylor, 2004).

2.5. Covid-19 Virüsü

Covid-19 virüsünün pozitif polariteli, tek zincirli zarflı bir RNA virüsü olduğu bilinmektedir. Bu virüslerin pozitif polariteli olmaları RNA polimera enzimi içermediklerini fakat genomlarında bu enzimi kodladıklarını düşündürmektedir. Corona virüslerinin yüzeylerinde çubuksu uzantılar yer almaktadır. Bu uzantıların Latince'deki karşılığı "corona", yani "taç" anlamından esinlenerek Coronavirus (taçlı virüs) olarak adlandırılmışlardır.

Bireylerin bu virüse neden yakalandığı hastalık spektrumu basit soğuk algınlığından ağır akut solunum sendromuna (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) kadar farklılık göstermektedir. Hayvanlarda ve insanlarda çeşitli biçimde enterik, nörolojik, respiratuar, nefrotik ve hepatik tutumlar seyreden klinik durumlara sebep olmaktadır.

Bu virüs ilk olarak 31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan şehrinde sebebi bilinmeyen pnömoni vakaları ile ortaya çıkmıştır. Wuhan'ın güneyinde yer alan Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı (farklı hayvan türleri satan bir toptan balık ve canlı hayvan pazarı) çalışanlarında kümeleme olduğu görülmüştür. Vakalarda dispne, ateş ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait COVID-19 raporuna göre ölüm vakalarının çoğunlukla ileri yaş döneminde olan veya eşlik eden diyabet, kanser, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer rahatsızlığı ve diğer immünsüpresif durumlardaki kişilerde olduğu görülmüştür. 13 Ocak 2020 yılında Tayland'da ilk importe vakanın 61 yaşında Çinli bir kadın olduğu bilinmektedir. İlerleyen zamanlarda importe vaka tanısı koyan ülkeler artış göstermiştir. 2020 mart ayı itibari ile Çin' de virüsün yayılması azalmaya geçerken, Kore Cumhuriyeti, İtalya ve İran'da virüsün yayılması hızlanmakta ve bu duruma bağlı olarak ölümlerde artışlar meydana gelmektedir. Aynı zamanda 2020

mart ayı başında Dünya genelinde virüsün varlığı yayılmaya başlamıştır (Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, 2019).

2.5.1. Bulaşma Şekli

Covid-19 virüsünü damlacık yolu ile bulaştığı bilinmektedir. Hastaların hapşırma ve öksürme yolu ile ortaya saldıkları damlacıklara diğer bireylerin elleri ile temas etmeleri sonrasında ellerini burun, göz ya da ağız mukozasına götürerek temas etmeleri ile bulaştığı görülmektedir. Asemptomatik bireylerin solunum yollarında virüsün olduğu görülmekte, fakat esas bulaşmanın hastalardan olduğu da düşünülmektedir. Çin'deki vakaların epidemiyolojik olarak incelenmesi sonucunda inkübasyon vaktinin 5-6 gün ile 2-14 arasında olduğu, bazı vakalarda ise 14 güne kadar devam ettiği gözlemlenmektedir. Covid-19 virüsünün bulaştırma süresi tam olarak tespit edilememiştir. Semptomatik dönemde 1 ya da 2 gün önce başlayarak belirtilerin yok olması ile sona erdiği gözlemlenmektedir. Covid-19 virüsleri çok fazla dış ortama dayanıklı değildir. Dışarıya atılan organik maddenin ölçüsüne, ortamın sıcaklık ve nemine, kontamine ettiği yüzeyin doku türü gibi değişkenlere göre farklılaşan bir dayanma söz konusu olduğu bilinmektedir. Fakat cansız yüzeylerde birkaç saat içerisinde etkisini kaybettiği kabul edilmektedir. Bu noktada virüsün değil temas zamanının önemli bir etken olduğu unutulmamalıdır. Şu an için halen daha virüsün bulaşma süresi ve dış ortama dayanma gücü tam olarak netlik kazanmamıştır (World Health Statistics , 2013).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak hazırlanmıştır. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. Örneklem seçimi seçkisiz örneklem seçim türüne göre yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin İstanbul ilinde yaşayan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Türkiye'nin İstanbul ilinin çeşitli ilçelerinde yaşayan 18 yaş üstü 334 yetişkin birey oluşturmaktadır. Katılımcıların aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır.

Araştırma veri toplama süreci 2020 yılında gerçekleşmiştir. Katılımcı olma kriterleri; Türkiye'nin İstanbul ilinde yaşamak ve 18 yaş üstü olmak olarak belirlenmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Veriler WhatsApp, Facebook, Instagram ve diğer sosyal medya hesapları üzerinden katılımcılardan online olarak alınmıştır. Çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmektedir. Veri toplama süreci her bir katılımcı için 15 dakika olarak belirlenmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar hakkında tanımlayıcı bilgiler edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Formdaki 6 soru aracılığıyla katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, gelir seviyesi ve kronik rahatsızlıkları hakkında bilgi edinilmesi hedeflenmiştir.

3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Salkovskis ve arkadaşları tarafından sağlık anksiyete düzeyini belirlemek amacı ile geliştirilmiş olan sağlık anksiyetesi ölçeği 18 maddeden oluşan sağlık anksiyetesi

öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte bulunan 14 madde hasta bireylerin ruhsal durumlarını ortaya koyan dörtlü sıralı cevapları içeren maddelerden meydana gelmektedir. Diğer 4 madde ise hasta bireylerden var olan ciddi bir hastalık düşünceleri ile ilgili ruhsal durumları hakkında fikir yürütebilmek amacıyla yer almaktadır. Ölçeğin Puanlaması ise her madde için 0-3 aralığındadır. Maddelerden yüksek puan alınması sağlık anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan olarak 54 puan alınabilmektedir (Aydemir, Kırkpınar, Uykur, & Cengisiz, 2013).

Karaer ve arkadaşları tarafından Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe sürümünün panik bozukluğu hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İç tutarlılık kat sayısı 0.91 olarak saptanmıştır. Sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği güvenilir ve geçerli biçimde kullanılabilecek bir değerlendirme aracı olarak Türkçe dilinde kullanılabileceği gösterilmiştir (Kapapıçak, Aktaş, & Aslan, 2012).

3.3.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm kaygısı şiddet ve düzeyini belirlemek amacıyla 15 maddeden oluşan doğru/yanlış biçiminde yanıtlanan bir ölçektir.

Product-moment korelasyon katsayısı 0.83, Güvenilirlik katsayısı 0.76, olarak bildirilmiştir. Türkçeye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe çevirisinin güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (Ertufan, 2000).

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

3.4.1. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizi yapılırken, veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 25.0) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Bütün ölçekler ve alt ölçeklerde değerler -2, +2 arasında olduğundan kaynaklı normal dağılımı göstermektedir. Uygulanan analizinde %95 güvenilirlik düzeyi esas alınmıştır. Parametrik iki grup arasındaki farkı analiz

etmek için uygulanan T-Testi kullanılmıştır. Parametrik çoklu grup arasındaki farkı analiz etmek için uygulanan ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini ölçmek için Çoklu Doğrusal Regresyon kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak alındı.

Cohen'in Korelasyon gücünün referans değerleri;

0.10 - 0.29 Zayıf

0.30 - 0.49 Orta

0.50 - 1.00 Yüksek



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		F	%
Cinsiyet	Kadın	258	77,2
	Erkek	76	22,8
	Total	334	100,0
Yaş	20-30	141	42,2
	31-40	84	25,1
	41-50	60	18,0
	50 üstü	49	14,7
	Total	334	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	10	3,0
	Lise mezunu	44	13,2
	Üniversite mezunu	280	83,8
	Total	334	100,0
Maddi Durum	2350TL(Asgari Ücret) ve altı	67	20,1
	2350-10.000 TL arası	237	71,0
	10.000 TL ve üzeri	30	9,0
	Total	334	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklemin %77.2'si kadın, %22.8'i erkek, %42.2'si 20-30 yaş arası, %25.1'i 31-40 yaş arası, %18.0'ı 41-50 yaş arası, %14.7'si 50 yaş üstü, %3.0'ı ilköğretim mezunu, %13.2'si lise mezunu, %83.8'i üniversite mezunu, %20.1'i 2350(Asgari Ücret) ve altı gelire sahip, %71.0'ı 2350-10.000 TL arası geliri sahip, %9.0'ı 10.000 TL ve üzeri gelire sahiptir.

Tablo 4.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel

İstatistikleri

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	334	0,00	41,00	14,28	7,01
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	334	0,00	34,00	11,46	5,75
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	334	0,00	9,00	2,83	2,15

Tabloda görüldüğü üzere, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ortalaması 14,28 (ss=7,01), Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık ortalaması 11,46 (ss=5,75), Hastalığın Olumsuz Sonuçları ortalaması 2,83 (ss=2,15)dür.

Tablo 4.3 Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	334	0,00	14,00	7,36	2,90

Tabloda görüldüğü üzere, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ortalaması 7,36(ss=2,90)dır.

Tablo 4.4 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarıyla Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

	Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	R	,519**
	P	0,000
	N	334
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	R	,493**
	P	0,000
	N	334
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	R	,373**
	P	0,000
	N	334

Tabloda görüldüğü üzere Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ölüm Anksiyetesi Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanı arasında yüksek seviyede ve pozitif yönlü ilişki görülmektedir ($r=,519$ $p<.01$).

Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutu toplam puanı ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanı arasında orta seviyede ve pozitif yönlü ilişki görülmektedir ($r=,493$ $p<.01$).

Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu toplam puanı ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanı arasında orta seviyede ve pozitif yönlü ilişki görülmektedir ($r=,373$ $p<.01$).

Tablo 4.5 Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine Etkisini Ölçek İçin Yapılan Çoklu Regresyon Sonuç Tablosu

	Standart							
	B	Hata	Beta	T	p	R ²	F	p
(Sabit)	4,310	0,309		13,940	0,000	0,269	61,035	0,000

Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	0,205	0,027	0,407	7,673	0,000
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	0,249	0,072	0,185	3,482	0,000

Tabloda görüldüğü üzere Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Alt Boyutları ölüm anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ($R^2=0,269$ $p<0.01$). Adı geçen değişkenler ölüm anksiyetesindeki toplam varyansın yaklaşık %27'sini açıklamaktadır. β 'ya göre etki gücünün sırası Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları şeklindedir Regresyon katsayılarının t- testi sonucunda Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları ölüm anksiyetesi için anlamlı bir yordayıcı ve etkilerinin pozitif yönde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6 Örneklem Cinsiyet Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.	T	Sd.	P
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	Kadın	258	7,73	2,91	4,376	332	0,000
	Erkek	76	6,12	2,48			

Tablodan da anlaşılacağı üzere; örneklem grubunun Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinden aldıkları puanın, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Kadın grubun daha fazla olduğundan dolayı istatistiksel açıdan $p<0,05$ seviyesinde anlamlı fark olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7 Örneklem Cinsiyet Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.	T	Sd.	P
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Kadın	258	15,03	7,19	3,674	332	0,000
	Erkek	76	11,74	5,70			
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	Kadın	258	12,12	5,97	4,006	332	0,000
	Erkek	76	9,18	4,24			
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Kadın	258	2,91	2,11	1,280	332	0,201
	Erkek	76	2,55	2,26			

Tablodan da anlaşılacağı üzere; örneklem grubunun Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinden aldıkları puanın, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Kadın grubun puanları

daha fazla olduğundan dolayı istatistiksel açıdan $p<0,05$ seviyesinde anlamlı fark olduğu görülmektedir.

Tablodan da anlaşılacağı üzere; örneklem grubunun Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutundan aldıkları puanın, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Kadın grubun puanları daha fazla olduğundan dolayı istatistiksel açıdan $p<0,05$ seviyesinde anlamlı fark olduğu görülmektedir.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutundan aldıkların puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan t-testi sonucuna göre, gruplar arasında istatistiksel açıdan $p>0,05$ seviyesinde anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.8 Örneklem Yaş Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

	N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	P
20-30	141	8,11	2,97	G.Arası	147,333	3	49,111	6,130	0,000
31-40	84	7,07	2,72	G.İçi	2643,831	330	8,012		
41-50	60	6,77	2,94	Total	2791,165	333			
50 üstü	49	6,45	2,42						
Total	334	7,36	2,90						

Örneklem grubun yaş değişkenine göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=6.130$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.243$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 20-30 yaş grubu diğer gruplardan daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir($p<0.05$).

Tablo 4.9 Örneklem Yaş Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	20-30	141	16,03	7,35	G.Arası	1335,288	3	445,096	9,784	0,000
	31-40	84	14,98	6,93	G.İçi	15012,691	330	45,493		
	41-50	60	11,87	5,37	Total	16347,979	333			
	50 üstü	49	11,04	6,08						
	Total	334	14,28	7,01						
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	20-30	141	12,79	6,23	G.Arası	743,580	3	247,860	7,973	0,000
	31-40	84	11,87	5,51	G.İçi	10259,247	330	31,089		
	41-50	60	9,77	4,44	Total	11002,826	333			
	50 üstü	49	8,96	4,88						
	Total	334	11,32	5,39						

	Total	334	11,46	5,75							
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	20-30	141	3,23	2,13	G.Arası	88,887	3	29,629	6,769	0,000	
	31-40	84	3,11	2,27	G.İçi	1444,386	330	4,377			
	41-50	60	2,10	1,73	Total	1533,272	333				
	50 üstü	49	2,08	2,05							
	Total	334	2,83	2,15							

Örnekleme grubun yaş değişkenine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=9.784$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.405$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 20-30 yaş grubu 31-40, 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 31-40 yaş grubu, 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Örnekleme grubun yaş değişkenine göre Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutunda anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=7.973$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.161$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 20-30 yaş grubu 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 31-40 yaş grubu, 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Örnekleme grubun yaş değişkenine göre Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutunda anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=6.769$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.168$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 20-30 yaş grubu 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 31-40 yaş grubu, 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.10 Örneklemin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

N	\bar{X}	Ss.	K.T	df	K.O	F	P
---	-----------	-----	-----	----	-----	---	---

İlköğretim mezunu	10	9,00	2,36	G.Arası	27,727	2	13,863	1,661	0,192
Lise mezunu	44	7,27	3,04	G.İçi	2763,438	331	8,349		
Üniversite mezunu	280	7,32	2,88	Total	2791,165	333			
Total	334	7,36	2,90						

Tablodan anlaşılacağı gibi Ölüm Anksiyetesi Ölçeği sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.11 Örneklemın Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	P
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	İlköğretim mezunu	10	18,10	6,82	G.Arası	150,152	2	75,076	1,534	0,217
	Lise mezunu	44	14,20	7,34	G.İçi	16197,827	331	48,936		
	Üniversite mezunu	280	14,16	6,95	Total	16347,979	333			
	Total	334	14,28	7,01						
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	İlköğretim mezunu	10	14,30	5,79	G.Arası	84,330	2	42,165	1,278	0,280
	Lise mezunu	44	11,50	6,19	G.İçi	10918,496	331	32,986		
	Üniversite mezunu	280	11,35	5,67	Total	11002,826	333			
	Total	334	11,46	5,75						
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	İlköğretim mezunu	10	3,80	2,66	G.Arası	10,171	2	5,085	1,105	0,332
	Lise mezunu	44	2,70	2,16	G.İçi	1523,102	331	4,602		
	Üniversite mezunu	280	2,81	2,12	Total	1533,272	333			
	Total	334	2,83	2,15						

Tablodan anlaşılacağı gibi Sağlık Anksiyetesi Ölçeği sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Örneklemin Maddi Durum Değişkenine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

	N	\bar{X}	Ss.		K.T	Df	K.O	F	P
2350TL(Asgari Ücret) ve altı	67	8,12	3,04	G.Arası	56,685	2	28,343	3,431	0,034
2350-10.000 TL arası	237	7,24	2,84	G.İçi	2734,479	331	8,261		
10.000 TL ve üzeri	30	6,67	2,77	Total	2791,165	333			
Total	334	7,36	2,90						

Örneklem grubun maddi durum değişkenine göre Hastalığın Ölüm Anksiyetesi Alt Boyutunda anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=3,431$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.669$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı geliri olan grup diğer gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir($p<0.05$).

Tablo 4.13 Örneklemin Maddi Durum Değişkenine Göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	\bar{X}	Ss.		K.T	Df	K.O	F	p
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	2350TL(Asgari Ücret) ve altı	67	16,96	7,81	G.Arası	822,974	2	411,487	8,773	0,000
	2350-10.000 TL arası	237	13,94	6,76	G.İçi	15525,005	331	46,903		
	10.000 TL ve üzeri	30	11,03	4,94	Total	16347,979	333			
	Total	334	14,28	7,01						
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık	2350TL(Asgari Ücret) ve altı	67	13,67	6,54	G.Arası	542,352	2	271,176	8,581	0,000
	2350-10.000 TL arası	237	11,15	5,52	G.İçi	10460,474	331	31,603		
	10.000 TL ve üzeri	30	8,93	3,89	Total	11002,826	333			
	Total	334	11,46	5,75						
	2350TL(Asgari Ücret) ve altı	67	3,28	2,22	G.Arası	30,091	2	15,046	3,313	0,038

Hastalığın Olumsuz Sonuçları	2350-10.000 TL arası	237	2,79	2,14	G.İçi	1503,181	331	4,541
	10.000 TL ve üzeri	30	2,10	1,86	Total	1533,272	333	
	Total	334	2,83	2,15				

Örnekleme grubun maddi durum değişkenine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=8,773$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir. ($p=0.88$) Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı grup diğer gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL- 10.0000 TL geliri olan grup 10.000 TL üzeri geliri olan gruptan daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Örnekleme grubun maddi durum değişkenine göre Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutunda anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=8,581$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.059$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı geliri olan grup diğer gruplarından daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL-10.0000 TL geliri olan grup 10.000 TL üzeri geliri olan gruptan daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Örnekleme grubun maddi durum değişkenine göre Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutunda anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F=3,313$, $p<0.05$). Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p=.491$). Yapılan Scheffe testi sonucunda 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı grup 10.000 TL üzeri olan gruptan daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın amacı covid-19 virüs salgını sırasında yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi, ölüm anksiyetesinin yaş ve cinsiyete göre incelenmesidir. Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel hedefleri bağlamında elde edilen bulgular ve istatistiksel analiz sonuçları ilgili yazın çerçevesinde ele alınacaktır. Elde edilen bulguların örneklem grubunun niteliği, örneklem sayısı, katılımcıların sorulara samimi cevap vermesi gibi faktörlerden dolayı literatür çalışmaları ile benzer ya da farklı sonuçlar gösterdiği söylenebilir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgular sonucunda ölüm kaygısı ölçek puanının 7.36 olduğu görülmüştür. Covid-19 salgını esnasında ve salgın öncesi zaman diliminde ölüm kaygısı düzeyinde farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde; Öztürk'ün (2011) yapmış olduğu araştırma bulguları sonucunda ölüm kaygısı ölçek puanının 7.7 olduğu görülmüştür (Öztürk, Karakuş , & Tamam, Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı, 2011). Araştırmamızdan elde edilen bulgular sonucunda sağlık anksiyetesi ölçek puanının 14.28 olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 salgını esnasında ve salgın öncesi zaman diliminde sağlık anksiyetesi düzeyinde farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde; Özdelikara'nın (2018) yapmış olduğu çalışma bulguları sonucunda sağlık anksiyetesi ölçek puanının 6.50 olduğu görülmüştür. Yılmaz'ın yapmış olduğu çalışma bulguları sonucunda sağlık anksiyetesi ölçek puanının 8.45 olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz, Ayvat , & Şiran, 2018). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, daha önce aynı ölçeklerle yapılan çalışma bulgularıyla kıyaslandığında covid-19 salgını sırasında kişilerin ölüm kaygısı ve sağlık anksiyetesi ölçek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Alt Boyutları ölüm anksiyetesini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. Çocukluk çağında acı ve huzursuzluk yaratan hastalık ve olumsuz yaşam olayları kişilerin gelecekte başlarına gelebilecek hastalıklara karşı anksiyete durumunu arttırabildiği bildirilmektedir. Kişinin bağlanma zaman diliminde bakım veren kişiyle bağımlı yapı geliştirdiyse ve küçük yaşta uzun süre hastane deneyimine şahit olduysa sağlık anksiyetesi, hastanede ya da yakınlarında kayıp durumlarına şahit olduklarında da

beraberinde ölüm anksiyetesi artış göstermektedir (Taylor, 2004). Kişi için sevilen ve yakın görülen kişinin hasta olması ve ölümü kişilerin sağlık ve ölüm kaygılarını tetiklemektedir. Olumsuz sağlık koşulları sağlık anksiyetesini arttırırken, beraberinde ölüm kaygısını da arttırabileceği bildirilmiştir (Fallon, ve diğerleri, 1996).

Sağlık anksiyetesi toplam puanı kadın bireylerde 15,09, erkek bireylerde ise 11,74 olarak bulunmuştur. Covid-19 salgını esnasında ve salgın öncesi zaman diliminde sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiğinde; Karaman'ın yapmış olduğu araştırma bulgularında (2019) kadın bireylerde sağlık anksiyetesi toplam puanının 14,97 erkek bireylerde ise 10,69 olarak saptanmıştır. Altay'ın yapmış olduğu çalışma bulgularına göre kadın bireylerde sağlık anksiyetesi toplam puanının 7,10 erkek bireylerde ise 6,37 olduğu görülmüştür (Altay, 2019). Araştırmamızdan elde edilen bulgular sonucunda ölüm kaygısı kadın bireylerde 7,73, erkek bireylerde ise 6,12 olarak bulunmuştur. Covid-19 salgını esnasında ve salgın öncesi zaman diliminde ölüm kaygısı düzeyi cinsiyet puanlarında yükselme olup olmadığı incelendiğinde; Ayten'in yapmış olduğu araştırma bulguları ölüm anksiyetesinin kadın bireylerde 3,3 erkek bireylerde ise 3.0 olduğunu saptamıştır (Ayten, 2009). Top ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma sonucuna göre ölüm anksiyetesinin kadın bireylerde 3,1 erkek bireylerde ise 2,7 olduğu bulunmuştur (Üstüner, Saraç, & Yaşar, 2010). Dağlı'nın yapmış olduğu araştırma bulgularına göre ölüm anksiyetesinin kadın bireylerde 3,17 erkek bireylerde ise 2,8 olduğu bulunmuştur (Dağlı, 2010). İncelenen bu literatür çalışmalarına ve araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre covid-19 salgını sonrasında kadın ve erkek bireylerin ölüm kaygısı puanlarında yükselmeler meydana geldiği görülmektedir. İncelenen bu literatür çalışmalarına göre covid-19 salgını sonrasında kadın ve erkek bireylerin sağlık anksiyetesi puanlarında yükselmeler meydana geldiği görülmektedir. Bu araştırma bulgularına ve araştırmamızdan elde edilen sonuca göre covid-19 salgını öncesinde ve sonrasında kadın bireylerde ki sağlık anksiyetesinin erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda Sağlık anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yaş değişkenine göre sağlık anksiyetesi yaşlı bireylerde az görülürken, genç bireylerde daha çok görülmektedir. Analizde 20-30 yaş grubu 31-40, 41-50 ve 50 üstü yaş gruplarından daha fazla puan aldığı görülmüştür. Bu bulgularla

uyumlu olarak bazı çalışmalarda yaş artışı ile paralel olarak sağlıklı beslenme ve yaşam koşullarının artması, yaşlı bireylerin sağlık ile ilgili daha fazla bilgi ve deneyimlerinin olması nedeniyle bu bireylerde sağlık anksiyetelerinin daha az olabileceğini, genç bireylerin ise sağlıklı vücutlarını kaybetme ve planlarını gerçekleştiremeyecek olmaları gibi düşünceleri nedeniyle sağlık anksiyetelerinin daha fazla olabileceğini vurgulanmıştır (Şimşekoğlu, 2013) (Yılmaz & Özkan , 2006). Literatürdeki bu alanda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; 2014 yılında Taylor'un yapmış olduğu araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre sağlık anksiyetesinin genç bireylerde yaşlı bireylere oranla daha çok bulunduğu gözlemlenmiştir (Taylor, 2004). Karapıçak ve arkadaşlarının çalışma sonuçları 36-45 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (Karapıçak, Arslan, & Utku, 2010). İncelenen bu çalışmalar, sağlık anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Altay'ın yapmış olduğu araştırma sonucuna göre sağlık anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Altay, 2019). Şimşekoğlu ise yapmış olduğu çalışmada yaş değişkeni ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir fark olduğu sonucunu saptamıştır (Şimşekoğlu, 2013). Selçuk 2010 yılında yaş değişkeni açısından sağlık anksiyetesi ve olumsuz sonuçlarını araştırdığı araştırma sonucunda 36-45 yaş grubundaki bireylerin sağlık anksiyeteden aldıkları puanın yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Aslan, 2010). Yapılan bu araştırmalardan elde edilen bulgu sonuçları ile hipotezimizin benzer sonuçlar göstermemesinin zamansal farklılık, örneklem grubunun azlığı, katılımcıların ölçek yanıtlarına samimi cevap vermemesi ve örneklem grubundaki katılımcıların farklılığı gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda kadın grubun Sağlık anksiyetesi ölçeği puanları erkek grubun puanlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu duruma göre cinsiyet değişkeni ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Kadın bireylerde sağlık anksiyetesi puanlarının daha yüksek çıkması daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Kadınlarda duygularının dışavurumunun daha fazla olduğu, bu açıdan anksiyete bozukluklarına erkeklerden daha fazla yatkın oldukları bilinmektedir (Özdemir, 2014). Biyolojik olarak daha yatkın olmalarına ek

olarak kadınlar ailenin yük ve sorumluluğundan dolayı sağlıklarını tehdit eden bir sağlık durumu ile karşı karşıya geldiklerinde aile fertleri ve sorumluluklarının yarım kalacağı kaygısı ile yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi yaşayabilecekleri öne sürülmüştür (Turgay, 2003).

Literatür çalışmaları incelendiğinde; Altay'ın yapmış olduğu araştırma sonucuna göre kadın öğrencilerde sağlık anksiyetesinin erkek öğrencilere göre daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Altay, 2019). Noyes ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre ise kadın bireylerde sağlık anksiyetesi ve güvence arama puanlarının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Noyes, ve diğerleri, 2003). Şimşekoğlu'nun yılında yapmış olduğu çalışmadan elde edilen bulgu sonuçları hipotezimizle benzer olup, cinsiyet değişkeni ile sağlık anksiyetesi arasındaki anlamlı ilişkiyi destekler niteliktedir (Şimşekoğlu, 2013). Yılmaz ve arkadaşlarının hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmadan elde edilen bulgular sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Yılmaz, Ayvat , & Şiran, 2018). 2009 yılında MacSwain ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırma sonucu da hipotezimizi destekler nitelikte sonuçlar saptamıştır (Macswain , Sherry, Stewart, Watt, & Graham, 2009). İncelenen bu araştırmalar Sağlık anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezini destekler niteliktedir.

Elde ettiğimiz sonucun aksine Selçuk'un yapmış olduğu araştırma sonuçları da cinsiyet değişkeni ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamaktadır (Aslan, 2010). Aynı şekilde Karapıçak ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonuçları cinsiyet ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı derecede bir farklılık olmadığını destekler niteliktedir (Kapapıçak, Aktaş , & Aslan, 2012).

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre 20-30 yaş grubundaki bireylerin sağlık anksiyetesi puanlarının diğer yaş gruplarının puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Yaşlı kişiler yakın çevrelerinin kayıplarına şahit oldukça ölüme maruz kaldıkları ve ölüm düşüncesinin ortaya çıkardığı travmatik etkilere dayanıklılık geliştirmiş olabilecekleri bildirilmektedir (Cicirelli , 2003). Ölüm kaygısı her yaş grubundaki insanın yaşam döngüsünü ve kalitesini etkileyen bir olgudur (Öztürk A. , 2014). Ölüm kaygısı ile ilişkisi önem arz eden yaş değişkeninin ilerlemesi ile kişinin

olgunlaşması ölümü kabullenmede aktif rol oynamaktadır. Bazı yaşlı bireylerde yaş arttıkça fiziksel rahatsızlıklarında aynı oranda yükselişe geçmesi ölümüne değil uzun yaşamaya karşı kaygı yaratmaktadır. Genç bireylerin ölümü sağlıklı olan bedenlerini kaybetme ve gelecek planlarını gerçekleştirememeleri olarak gördükleri için ölüm kaygısını daha fazla yaşayabilecekleri öne sürülmüştür. Yaşlı grupta yapılan çalışmalar yaşama korku düzeylerinin ölüm korku düzeylerinden gençlere göre daha yüksek olduğu, bunun nedeninin bakımları ve hayattan izole olma kaygısında dolayı yaşamaya dair korku yaşıyor olabilecekleri olduğu iddia edilmektedir (Dağlı, 2010). Çınar kişilerin yaşlarının ilerledikçe ölüm kaygısının tetiklenmediğini, aksine ölümün kaçınılmaz bir son olduğu gerçeğini kabule geçtiklerini ortaya koymaktadır (Çınar, 2015). Yaş ve ölüm kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde;

Fortner'in (1999) yapmış olduğu araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre yaş arttıkça ölüm kaygısının artmadığı, aksine yaş değişkeninin azalması ile birlikte ölüm kaygısının da azaldığı sonucu saptanmıştır (Fortner & Neimeyer , 1999). Wink ve Tang'ın 2005'deyapmış olduğu araştırma sonuçları da Fortner'in 1999 yılında yapmış olduğu çalışma sonucunu destekler niteliktedir (Wink & Scott , 2005). (Tang , Wu , & Yan , 2002). Russac'ın 2007'de 18-87 yaşları arasındaki 304 kişide ölüm kaygısının incelendiği araştırmasında her iki cinsiyette de ölüm anksiyetesinin 20'li yaşlarda en üst seviyeye çıktığı sonucunu elde etmiştir (Russac , Gatliff , Reece, & Spottswood, 2007). Erdoğan 2007 yılında, Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelediği araştırmanın sonucunda ölüm anksiyetesi ve sosyo demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (Erdoğan & Özkan, 2007). Turgay'ın 2003'de ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişkiyi incelediği araştırma sonucundan elde edilen bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir (Turgay, 2003). Fortner ve Neimeyer'in (1999) in ölüm kaygısı ile ilgili verileri derledikleri çalışmalarının sonucunda elde edilen bulgular orta yaşlı bireylerin yaşlı bireylere göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir (Fortner & Neimeyer , 1999). İncelenen araştırmalar Ölüm anksiyetesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezini destekler niteliktedir. Bazı araştırmalar ölümüne yaklaşmanın kaygıyı seviyesini arttıracaklarını ortaya koyarken bazı araştırmalar ise yaşlı yaş grubunun ölümü

kabullendiklerini fakat ölüm anında anksiyete yaşadıklarını savunmaktadır (Cicirelli , 1999).

Tüm bu bulguların aksine yaşla ölüm kaygısının arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Türkiye’de yapılan Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular adlı çalışma sonucundan elde edilen bulgular 60-64 yaş aralığındaki bireylerin ölüm kaygılarının 65-69 ve daha üst yaş gruplarına oranla yüksek olduğu görülmüştür (Şenol, 1989). Templer (1970) ölüm kaygısı ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir korelasyon olmadığını söylerken birçok araştırmasında da ilişki olduğunu belirtmiştir. Bu ilişki arasında eğrisel ya da doğrusal bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir (Templer , 1970).

Araştırmamızda kadınlarda Ölüm anksiyetesi ölçek puanlarının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölüm kaygısının kadın bireylerde erkek bireylere oranla daha fazla olmasının bir nedeni kadınların çocuk ve eşlerine karşı olan sorumlulukları nedeni ile öldükten sonra her şeyin yarım ve eksik kalacağı düşünceleri olabileceği şeklinde yorumlanabileceği belirtilmektedir (Turgay, 2003). (Erdoğan & Özkan, 2007). Ölüm kaygısının kadın bireylerde erkek bireylere oranla daha fazla olmasının diğer bir nedeni ise de kadın bireylerin erkeklere kıyasla duygularını daha yoğun yaşamalarından kaynaklanıyor olabileceği ifade edilmektedir (Özdemir, 2014).

Yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde; kadınlarda ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi erkeklerde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur. Bizim araştırma sonuçları ile paralel şekilde Madnawat ve Depeolan'ın (2007) yapmış oldukları araştırmadan elde edilen bulgu sonuçlarına göre kadın bireylerde ölüm kaygısının erkek bireylere oranla yüksek olduğu görülmektedir (Madrawat & Kachhawa , 2007) (Depaola, Griffin, & Young , 2003). Benzer şekilde Özen (2008) huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi üzerine yapmış olduğu çalışma sonucuna göre kadın bireylerde ölüm anksiyetesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Özen, 2008). İncelenen araştırmalar ölüm anksiyetesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezini destekler niteliktedir. Bilge sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölümüne karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenleri araştırdığı araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre kadın bireylerin yaşamın kaybolmadığı inancı ile ölümü kabullendikleri, erkek bireylerin ise

ölümü bir tehdit olarak algılayarak daha yüksek ölüm kaygısı yaşadıkları saptanmıştır (Bilge, Demircan, & Mutlu, 2006).

Araştırmamız sonuçları eğitim durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. İncelenen bazı araştırmalar ölüm anksiyetesinin birçok sosyo demografik özellikten etkilenirken eğitim durumundan etkilenmediğini destekler niteliktedir (Öztürk, Karkuş , & Tamam, Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı, 2011). Bilge ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırma sonucuna göre eğitim durumu değişkeni ile bireylerin ölüm kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Bilge, Demircan, & Mutlu, 2006). Erdoğan'ın yapmış olduğu çalışmasından elde edilen bulgu sonucuna göre eğitim düzeyinde yükselme oldukça ölüm anksiyetesinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Erdoğan & Özkan, 2007).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgulara göre sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutları ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Ölüm anksiyetesi puanlarını kadın bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi puanları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi alt boyutlarından Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık Alt Boyutundan kadın bireylerin daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.

Ölüm anksiyetesi 20-30 yaş grubu bireylerde daha fazla bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutları 20-30 yaş bireylerde daha fazla bulunmuştur.

Eğitim durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık, Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutlarından her eğitim kademesindeki bireylerin benzer puanları aldıkları bulunmuştur.

Ölüm anksiyetesi 2350 TL (Asgari Ücret) ve Altı geliri olan grupta daha fazla bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin, Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık alt boyutundan 2350 TL-10.000 TL geliri olan grup 10.000 TL üzeri geliri olan gruptan daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı kesitsel olması ve veri toplama araçlarının öz bildirim ölçeklerine dayanmasıdır. Kesitsel araştırmalarda neden sonuç ilişkisi bulunamayacağı için daha büyük örnekleme izlem çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde ortaya çıkan kaygı ve korku durumu kişilerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bizden sonra bu konularda yapılacak araştırmalarda kontrol grubunun da bulunduğu daha büyük bir örneklem grubunda çalışılması daha genel sonuçların elde edilmesi adına yararlı olacaktır. Aynı zamanda bu konuyla ilgili yapılacak araştırmalarda medeni durum, aile tipi, anne-baba eğitim durumu gibi değişkenler ile çalışmaları önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, S. J., & Braddock, E. A. (2008). Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis: A Biopsychosocial Approach.
- Acehan, G., & Eker, F. (2013). Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin sağlık kaygısı. *Ölüme İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1) 27-35.
- Akçetin, Ç. N. (2010). Heidegger'in Düşüncesinde Ölüm. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3, 1-7.
- Aksu, T., & Okçay, H. (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5, 6-113.
- Altay, D. (2019). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ve ciddi ebeveyn hastalıklarının sağlık kaygısı ile ilişkisinde sağlık bilişlerinin negatif duygu sürekli kaygı ve somatik duyarlılığın aracı rolünün incelenmesi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Aslan, S. (2010). Panik Bozukluğu somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 55-71.
- Asmundson , J. G., Stapleton , A. J., & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct ptsd symptom clusters. *Journal Of Traumatic Stress*, 17(6), 467-475.
- Assari , S., & Lankarani , M. M. (2016). Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the united states. *Iranian Journal Of Psychiatry And Behavioral Sciences*, 10(2).
- Association, A. P. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. *American Psychiatric Publishing*.
- Aydemir, Ö., Kırkpınar, İ., Uykur, B., & Cengisiz , C. (2013). Reliability and vakidity of theTurkish version of the health anxiety inventory. *Arch Neuropsychiat*, 50, 31-325.
- Ayten, A. (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırılmalı bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 4.
- Bandelow , B., & Michaelis , S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.

- Bannister, D. (1985). The free-floating concept of anxiety. *Current Issues In Clinical Psychology*, 227-238.
- Beck , T. A., Emery , G., & Greenberg, L. R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck , T. A. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12, 1139–1141.
- Bilge , A., Embel, N., & Kaya, F. G. (2013). Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 119-124.
- Bilge, K. A., Demircan, S., & Mutlu, Ç. (2006). Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 29(6), 619–626.
- Birnie , A. K., Sherry , B. S., & Doucette , S. (2013). The interpersonal model of health anxiety: testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences*, 54, 856–861.
- Charles, A. E. (2007). The coexistence of neuropathic pain sleep and psychiatric disorders. *Clin j pain*, 23(1), 15-22.
- Cicirelli , G. V. (2003). Older adults' fear and acceptance of death: a transition model. *Ageing International*, 28(1), 66–81.
- Cicirelli , G. V. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*, 39(5), 569–579.
- Çınar, M. (2015). Yetişkin ve yaşlılarda Tanrı'ya bağlama tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. Erzurum: Atatürk Üniversitesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Dağlı, E. N. (2010). Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Deacon, B., Lickel, J., & Abramowitz , S. J. (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 344-350.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6) 240-246.

- Depaola, J. S., Griffin, M., & Young, R. J. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Stud*, 27, 335-354.
- Doherty-Torstrick, E., Walton, E. K., & Fallon, A. B. (2016). Cyberchondria: parsing healthy anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57, 390-400.
- Dökmen, Ü. (2003). *Evrenle uyumlaşma sürecinde var olmak gelişmek uzlaşmak*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Erdoğan, M. Y., & Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14, 171-179.
- Ertufan, H. (2000). Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Ertufan, H. (2008). Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ertürk, S. (1994). Anksiyete bozukluklarında işlevsel olmayan tutumların ölçülmesi. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Esen, D. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 67-79.
- Fallon, A. B., Scheneier, R. F., Marshall, R., Campeas, R., Vermes, D., & Goetz, D. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull*, 32(4), 607-11.
- Fink, P., Ornbol, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Oleson, F. (2004). A new empirically grounded hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry*, 161, 1680-91.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, A. R. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Stud*, 23, 387-411.
- Fromm, E. (1994). *Kendini savunan insan*. İstanbul: Say Yayıncılık.
- Geçtan, E. (1981). *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar*. Ankara: Maya Yayınları.
- Geçtan, E. (2003). *İnsan olmak*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Gesser, G., Wong, P., & Reker, T. G. (1987). Death attitudes across the life span. *The Development Andvalidationof Thedeathattitude Profile*, 18, 109-124.

- Gül, İ., Özdemir, T., & Börekçi, E. (2016). Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, 7(4), 9-437.
- Gülnehal, E. Z. (2017). Evlilik Kavramı Üzerinden, Anksiyete ve Depresyonun İlişki Doyum Açısından İncelenmesi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.
- Haenen, M., De, J. P., Schmidt, A., & Stevens, S. V. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behav Res Ther*, 38(8), 819-33.
- Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H. Y. (1996). Persons with chronic conditions, their prevalence and costs. *The Journal of the American Medical Association*, 276(18), 1473-1479.
- Hökelekli, H. (2008). *Ölüm ötesi psikolojisi ve din*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Hsu, K., & Marshall, V. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of canadian residents interns and fellows. *Am J Psychiatry*, 144, 1561-1566.
- İnci, F., & Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı ölümüne ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-60.
- Irvin, Y. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*. Kabalıcı Yayınları.
- Irvin, Y. (2013). *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalıcı Yayınevi.
- Işık, E., & Işık, T. Y. (2006). *Çocuk ergen ve erişkenlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları.
- Işıl, Ö., & Karaca, S. (2009). Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 82-88.
- Jung, G. C. (1997). *Ruh ve ölüm*. İstanbul: Payel Yayınevi.
- Kalish, A. R. (1985). The social context of death and dying. *Handbook of Aging and The Social Sciences*, 2, 149-170.
- Kaloğlu, Ö. Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi).

- Karapıçak, K. Ö., Aktaş, K., & Aslan, S. (2012). Sağlık anksiyetesi envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 41-8.
- Kapucı, Ö. (2016). Evlilik kavramı üzerinden anksiyete ve depresyonun ilişki doyum açısından incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.
- Kapucı, Ö. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İnternet Kullanım Amaçları ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı.
- Karaçadır, V., & Çelik, R. (2019). Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 16(7), 225-238.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karapıçak, K. Ö., Aktaş, K., & Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 41-48.
- Karapıçak, K. Ö., Arslan, S., & Utku, Ç. (2010). Panik Bozukluğu Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Kastenbaum, R. (2007). Death anxiety. *Arizona State University*.
- Kerridge, H. I., Lowe, M., Mcphee, J., & Williams, D. (2002). Death dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death. *Journal Of Medical Ethics*, 28, 2, 89-95.
- Koca, A. (2017). Engelli çocuğa sahip olan ve engelli çocuğa sahip olmayan annelerin ölüm kaygısı ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri arasındaki farklılaşmanın incelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 1-71.
- Kocabaşoğlu, N., Doksat, M. K., & Doğangün, B. (2004). Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. *Yeni Symposium*, 168-176.
- Koestenbaum, P. (1998). *Ölüme yanıt var mı*. İstanbul: Mavi Yayınları.

- Lucock , P. M., & Morley , S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 50-137.
- Macswain , K. L., Sherry, B. S., Stewart, H. S., Watt, C. M., & Graham, R. A. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 43-938.
- Madnawat, S., & Kachhawa , P. S. (2007). Age gender and living circumstances: discriminating older adults on death anxiety. *Death Stud*, 31, 763-769.
- Mutlu, E. (2013). İç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü, 21-27.
- Nolen-Hoeksema , S. (2009). Abnormal psychology. *McGraw Hill Higher Education*.
- Norton, J. P., Sexton, A. K., Walker , R. J., & Norton , G. R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. *Cogn Behav Ther*, 34, 50-63.
- Noyes, R., Stuart, S., Lansbeghn, D., Happel, R., Longley, S., & Muller, B. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292-300.
- Ocaçcı, A. (2003). Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*, 10(2), 20-7.
- Öner, N., & Compte, A. L. (1983). *Durumluluk süreklilik kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete bozuklukları ve tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özdemir, K. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi.
- Özen, D. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi.
- Öztürk, A. (2014). Sosyal kaygıyı açıklayan yaklaşımlar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 15-26.
- Öztürk, Z., Karakuş , G., & Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 37-43.
- Öztürk, Z., Karataş, G., & Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 37-43.

- Peter , D. M. (1995). How does anxiety affect second language learning A Reply to Sparks and Ganschow. *The Modern Language Journal*, 79(1).
- Rachman , S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 502-512.
- Riskind , H. J. (2007). *Genellenmiş anksiyete bozukluğu*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Russac , J. R., Gatliff , C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Stud*, 31, 549-561.
- Sadock , J. B., Sadock , A. V., & Ruiz, P. (2000). *Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry*. İstanbul: Günes Kitabevleri.
- Salkovskis , M. P., & Warwick, C. H. (1986). Morbid preoccupations health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Salkovskis , M. P., Rimes , A. K., & Clark, M. D. (2002). The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-53.
- Salkovskis , M. P., Warwick , C. H., & Deale , C. A. (2003). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *Treatment and Crisis Intervention*, 3, 353-367.
- Sertbaş , G., & Bahar , A. (2004). Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 39-44.
- Singh , A., Singh , D., & Nizamie, S. H. (2003). Death and dying. *Mental Health Reviews*.
- Sorensen , H. P. (2005). Predictors of objective and subjective career success. *A Meta-Analysis*, 367-408.
- Sümer, S. A. (2008). Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Şenol, C. (1989). Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Ankara: Ankara Üniversitesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Şimşekoğlu , N., & Mayda , A. S. (2006). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.

- Şimşekoğlu, N. (2013). Düzce üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 41-87.
- Tang , C. S.-K., Wu , M. A., & Yan , E. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among chinese college students. *Death Stud*, 26, 491-499.
- Tanhan, F. (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi, (Yayımlanmamış Doktora Lisans Tezi).
- Tanis , M., Hartmann , T., & Poel , T. F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: a quantitative exploratory study on their relations. *Patient Educ Couns*, 99, 32-1227.
- Tanrıverdi, B. (2015). İstanbul ili küçükçekmece ilçesi'nde engelli çocuğa sahip anne ve babaların durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ebeveyn stilleri arasındaki ilişki. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 112-123.
- Taylor, S., & Asmundson, J. G. (2004). Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach. *The Guilford Press*.
- Templer , I. D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Psychol*, 82, 165-177.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: a systematic review. *Children's Health Care*, 47(2), 198-238.
- Tural, Ü. (2012). Anksiyete bozukluklar. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem-5 Ders Notları*, 2-3.
- Turgay, M. (2003). Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, (Yayımlanmamış Doktora Tezi).
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü.* (2019). <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/koronavirus> adresinden alındı
- Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik ağrı psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(2), 257.

- Ünsal, S. (2008). Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 28-32.
- Üstüner, T. F., Saraç, A., & Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 14-22.
- Warwick, H., & Salkovskis, P. (1990). Hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 28, 105-17.
- Wass, H. (1995). Neimeyer Dying: Facing the Facts.
- Wilhelmsen, I. (2017). Hypochondriasis or health anxiety. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-8.
- Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood. *Findings From a Longitudinal Study*, 60, 207-214.
- World Health Statistics*. (2013). https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_full.pdf, adresinden alındı
- Yıldız, M. (2001). Dindarlık ve ölüm kaygısı tasavvufi yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. *J Relig Culture*, 43, 1-7.
- Yılmaz, B., Ayvat, E. İ., & Şiran, B. (2018). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(1), 11-17.
- Yılmaz, E., & Özkan, S. (2006). Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (1), 3.

EKLER

EK-A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet

Kadın () Erkek ()

2. Yaş

.....

3. Meslek

.....

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

- () İlköğretim mezunu
- () Lise mezunu
- () Üniversite mezunu

5. Gelir Durumunuz Nedir?

- () 2350TL (Asgari Ücret) ve altı
- () 2350-10.000 TL arası
- () 10.000 TL ve üzeri

6. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- () Evet
- () Hayır

Var ise yazınız.....

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/ acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/ acı hissederim (d) Bedenimde sürekli ağrı/ acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir. (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım. (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır. (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur. (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım. (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem. (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm. (d) Bir hastalık hakkında

11. H(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım. (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler. (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim. (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım. (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu. (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

(E) Evet Hayır

() () 1. Ölmekten çok korkuyorum.

() () 2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.

() () 3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.

() () 4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.

() () 5. Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.

() () 6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.

() () 7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.

() () 8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.

() () 9. Acı çekerek ölmekten korkarım.

() () 10. Ölmekten hiç korkmuyorum.

() () 11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.

() () 12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.

13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.

14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.

15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.



