T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

PANİK BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Ersin BALTACI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

PANİK BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Ersin BALTACI

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. TEŞEKKÜR

Hastane Yönetimi ve Başhekimliği'ne,

Psikiyatriye ve psikoterapilere dair kendisinden çok şey öğrendiğim, tez sürecimde ve asistanlık eğitimimde ufkumu genişleten, beni cesaretlendiren ve her açıdan destek sağlayan, kendisini insani özellikleri, bilimsel yanı ve iyi hekimliğiyle örnek aldığım değerli tez danışmanım Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'a,

Bilgi birikimi ve tecrübelerinden her daim yararlandığım, her konuda desteğini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Nurhan FISTIKCI ve Uz.Dr. Nihat ALPAY'a,

Kendisinden çok şey öğrendiğim, hem yaralarımızı saran hem de yaraları sarmayı öğreten, insana olan inancımı yenileyen Prof. Dr. Arşaluys KAYIR ve Günebakanlar Psikodrama Eğitim Grubuna,

Asistanlığım boyunca Bakırköy'de geçirdiğim vakti anlamlandıran, desteklerini ve dostluklarını her zaman yanımda hissettiğim Dr. Sadık Çayan MULAMAHMUTOĞLU, Dr. Vahap KARABULUT, Dr. Ender CESUR, Dr. Özlem ALTUNTAŞ, Dr. Bahadır TURAN, Dr. Soner ALICI, Sinan TURĞUL, Dr. Rıdvan GÖÇER, Onur DAĞKOÇAK, Dr. Ezel YILDIRIM, Dr. İbrahim Enis KAYRAN, Dr. Berna ÖZATA YILDIZHAN, Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL, Dr. Alp KAMAZOĞLU, Dr. Cihad ÇITAK, Bakırköy Travma Grubu, Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Dr. Sencer TABAKÇI, Dr. Barış ÖZGÜR, Dr. Göker AKÖZGÜRER, Dr. Elvan ÇİÇİKCİ, Dr. İbrahim AKBAŞ, Dr. Mehmetcan KAÇAR, Dr. Özge ŞEN, Dr. Elçin ATASEVEN, Dr. Rengin GÜVENÇ, Ferhat ŞEN'e;beraber çalıştığım, her an desteklerini yanımda hissettiğim H1 servisi asistanları, uzmanları, hemşireleri ve tüm emekçilerine;rotasyonlardaki iş arkadaşlarıma,

2 yıldır birlikte felsefi okumalar ve düşünsel tartışmalar yürüttüğümüz, Bakırköy'de geçirdiğim zamana bambaşka anlamlar katan ve dünyamı zenginleştiren TPD Felsefe ve Psikiyatri ÇB Bakırköy Okuma Grubundaki tüm arkadaşlarıma,

İstatistik verilerini girmemde yardımcı olan mahalleden kardeşim Ahmet Servet KARTAL ve psikolog Aybüke TÜRKSEVEN'e; istatistiksel analizlerde her an yardımıma koşan Ar. Gör. Gizem HÜROĞLU'na,

Varlığını ve desteğini her an yanımda hissettiğim İstanbul Tabip Odası, SES ve TPD'ye,

"Emeğin" en önemli değer olduğunu bana öğreten annem Perihan BALTACI'ya; babam aynı zamanda ustam Halil BALTACI'ya (nam-ı diğer Halil Ustama); kardeşlerim Ergin BALTACI, Eylem DOĞAN, Sezgin DOĞAN ve bana umut aşılayan yeğenim Çınar'a; desteklerini her zaman yanımda hissettiğim teyzem Yeter ÜRÜM, dedem Hüseyin ÜRÜM, Haydar ve Ercan abime,

Bu çalışmaya katılmak için vakit ayıran hastalarıma sonsuz teşekkürler...

Dr. Ersin BALTACI

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR ..... **i**

II. İÇİNDEKİLER ..... **ii**

III. ÖZET ..... **v**

IV. ABSTRACT ..... **vi**

V. KISALTMALAR ..... **vii**

VI. TABLO LİSTESİ ..... **viii**

VII. ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Panik Bozukluğu 4

2.2. Ayrılma Anksiyetesi 6

2.3. Panik Bozukluğu Ayrılma Anksiyetesi İlişkisi 8

2.4. Ölüm Kavramı 8

2.5. Ölümün Ele Alınışı 10

2.6. Ölüm Korkusu ve Ölüm Kaygısı 15

2.6.1.Ölüm Kaygısına Kuramsal Yaklaşımlar 17

2.7. Ölüm Kaygısının Şiddeti Nasıl Ölçülür? 22

2.8. Ölüm Kaygısı ile İlgili Yapılan Çalışmalar 23

2.9. Türkiye'de Ölüm Kaygısı İle İlgili Yapılan Çalışmalar 27

2.10. Transdiagnostik Bir Yapı Olarak Ölüm Kaygısı ve Psikoterapideki Yeri 30

3. GEREÇ VE YÖNTEM **35**

3.1. Araştırma Modeli 35

3.2. Çalışma Evreni 35

3.3. Örneklem 35

3.4. İçerme Kriterleri 35

3.5. Dışlama Kriterleri 36

3.6. Veri Toplama Araçları 37

3.6.1.Klinik Görüşme Bilgi Toplama Formu 37

3.6.2.Özbildirim Bilgi Toplama Formu 37
3.6.3.Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği 37
3.6.4.Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri 39
3.6.5.Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi 39
3.6.6.Yetişkin ve Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme 40
3.6.7.Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği 41
3.7. İşlem 41
3.7.1.Verilerin Toplanması 41
3.7.2.İstatistiksel Değerlendirme 42
3.7.3.Değişkenlerin Ele Alınması 43
4. BULGULAR 45
4.1. Sosyodemografik Özellikler 45
4.2. Klinik Özellikler 46
4.3. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Devamlılığı 46
4.4. Panik Bozukluğu Hastalarında Ölüm Kaygısı 47
4.5. Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Değişkenler 47
4.5.1.Medeni Durum 47
4.5.2.Çocuk Sahibi Olma 48
4.5.3.Fiziksel/Tıbbi Hastalık Komorbiditesi 48
4.5.4.Eğitim Durumu 50
4.5.5.Çalışma Durumu 50
4.5.6.Kardeş Sahibi Olma 50
4.5.7.Birinci Derece Akrabalarda Ölüm Riski Taşıyan Hastalık 50
4.5.8.Geçmişte Yaşamı Tehlikeye Sokan Olay Varlığı 51
4.5.9.Aile ya da Çevreden Ani/Beklenmedik Ölümle Karşılaşma 51
4.5.10. Ölüme Tanıklık 51
4.5.11. Mesleği Nedeniyle Ölüme Tanıklık 52
4.5.12. Mesleği Nedeniyle Ölüm Riskinin Olması 52

4.5.13. Ahiret İnancı 52
4.5.14. Dindarlık Derecesi 53
4.5.15. Algılanan Gelir Düzeyi 53
4.5.16. Yaş 54
4.5.17. Agorafobi 54
4.6. Ölüm Kaygısı ve Ayrılma Anksiyetesini Etkileyebilecek Değişkenler 55
4.6.1.Cinsiyet 55
4.6.2.Hastalığın Başlangıç Yaşı 57
4.6.3.Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki 59
4.6.4.Çocukluk Ayrılma Anksiyetesinin Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Olarak Devamlılığına Göre Ölüm Kaygısı 60
4.7. Ölüm Kaygısını Yordayıcı Değişkenlerin İncelenmesi 63
4.8. Panik Bozukluğu Şiddeti 64
4.8.1.Panik Bozukluğun Şiddetini Yordayan Değişkenler 65
5. TARTIŞMA 67
6. SONUÇLAR 82
7. KAYNAKLAR 84
8. ÖZGEÇMİŞ 95
9. EKLER 97
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI 97
EK 2 - KLİNİK GÖRÜŞME BİLGİ TOPLAMA FORMU 98
EK 3 - BİLGİ TOPLAMA FORMU 100
EK 4 - TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ 102
EK 5 – AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ 104
EK 6 – YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ 105
EK 7 - AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMEYETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ 107
EK 8 - PANİK BOZUKLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ) 109
EK 9 – BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU 110

III. ÖZET

PANİK BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ İLE ÖLÜM KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Ersin BALTACI

AMAÇ: Ölüm kaygısı transdiagnostik bir kavram olmakla birlikte psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye dair sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada panik bozukluğu olan olgularda çocukluk ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin ele alınması amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Araştırma kesitsel araştırma tipine göre düzenlenmiştir. 1 Ekim 2017-31 Mart 2018 tarihleri arasında, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve SİNir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesi ve psikoterapi merkezinde panik bozukluğu tanısıyla takip edilen, DSM-5'e göre panik bozukluğu tanısı doğrulanan içerme ve dışlama kriterlerini karşılayan 104 panik bozukluğu hastası ardışık olarak alınmıştır. Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Yetişkin ve Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, hastaların klinik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan Klinik Veri Formu araştırmacı tarafından hastalara uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikleri ve ölüm kaygısını etkileyebilecek değişkenleri sorgulayan araştırmacı tarafından oluşturulan Bilgi Toplama Formu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi özbildirim formları ve ölçekleri hastalar tarafından doldurulmuştur.

BULGULAR: Panik bozukluğu şiddetini yetişkin ayrılma anksiyetesi 1. sırada yordarken, 2. sırada ölüm kaygısı yordamıştır; çocukluk ayrılma anksiyesi panik bozukluğu şiddetini yordamamıştır. Ölüm kaygısı ölçeği toplam puanlarını ise ölümden sonra yaşam olmasına inanılması 1. derecede, geçmişte ani-beklenmedik ölümle karşılaşılması 2. derecede, agorafobi eş tanısının olması 3. derecede yordamıştır. Çocukluk ayrılma anksiyetesi ve yetişkin ayrılma anksiyetesi toplam puanlarının ise ölüm kaygısı üzerine yordayıcılığı tespit edilmemiştir.

SONUÇ: Panik bozukluğunda ölüm kaygısı, ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir biçimde panik bozukluğu şiddetine etki etmiştir. Ölüm kaygısının ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir yapısı olduğu düşüncesini akla getirmektedir. Panik bozukluğundan ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısını irdeleyen daha fazla araştırmaya gerek vardır.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluğu, Ölüm Kaygısı, Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

İletişim: baltaciersin@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEATH ANXIETY AND CHILDHOOD SEPERATION ANXİETY IN PANIC DISORDER

Dr. Ersin BALTACI

AIM: The death anxiety conceptualized as transdiagnostic construct investigated limitedly in psychiatric disorders. The aim of this study is to examine patients with panic disorder about relationship between death anxiety and childhood seperation anxiety.

MATERIALS and METHODS: This study was designed as a cross-sectional pattern. The outpatients, who have been diagnosed with panic disorder at outpatient unit and psychotherapy center of Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Research and Teaching Hospital between 1 October 2017 and 31 March 2018, were directed to researcher. After panic disorder diagnosis was approved according to DSM-5 citeria; 104 patients who had provision of inclusion and exclusion criteria were included in this study. During clinic interview, researcher collected information by Clinic Data Form devised for this study was to determine clinical characteristics of the participants; Panic Disorder Severity Scale; Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms. After this process, Data Form devised for this study was to determine for sociodemographic characteristics of the participants and factors that affect death anxiety; Templer Death Anxiety Scale; Separation Anxiety Symptoms Inventory; Adult Separation Anxiety Questionnaire was given patients to get information as a self-report.

RESULTS: Panic disorder severity was predicted primarily by adult seperation anxiety and secondly by death anxiety, however childhood seperation anxiety didn't predict panic disorder severity. On the other hand death anxiety was predicted primarily by believing afterlife, secondly by experiencing unexpected sudden death, thirdly by agoraphobia comorbidity. In our study, childhood seperation anxiety and adult seperation anxiety weren't predictor of death anxiety.

CONCLUSION: Panic disorder severity was independently affected by death anxiety, which wasn't associated with seperation anxiety as a transdiagnostic construct. More reseach is needed to investigate the relationship between seperation anxiety and death anxiety in panic disorder.

Key Words: Panic Disorder, Death Anxiety, Childhood Seperation Anxiety, Adult Aeperation Anxiety

Contact: baltaciersin@gmail.com

V. KISALTMALAR

PB : Panik Bozukluğu

ÇAA : Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi

ÇAAB :Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

YAA :Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

AABE : Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

YAAA : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

AAB :Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

AAB-YKG :Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri icin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

ÖKÖ : Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

PBŞÖ : Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği

PBŞÖ-4 : Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği Agorafobik Korku ve Kaçınma Şiddetini Ölçen 4. Soru

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

PTSB :Post-Travmatik Stres Bozukluğu

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

HIV **:** Human Immundeficiency Virus

AIDS :Acquired Immunedeficiency Syndrome

GABA :Gamma Aminobütrik Asit

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1:Ölüm Kaygısı, Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesini Etkileyebilecek Değişkenler 44
Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 45
Tablo 3: Panik Bozukluğu Hastalarında Ayrılma Anksiyetesi Devamlılığı 46
Tablo 4:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Çocuk Sahibi Olma, Geçmişte Hayati Tehlike Atlatma, Ani Beklenmedik Ölümle Karşılaşma, Ölüme Tanıklık, Var Olan Fiziksel-Tıbbi Hastalık Komorbiditesi ve Medeni Durum Değişkenlerinde ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Bağımsız Örneklemler T-testi Sonuçları 49
Tablo 5:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Kardeş Sahibi Olma, Mesleği Nedeniyle Ölüme Tanık Olma, Ölüm Riski Taşıyan Bir Meslekte Çalışma, Birinci Derecece Akrabalarda Ölüm Riski Taşıyan Hastalık Olması, Ahiret İnancının Olması Değişkenlerinde ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Mann-Whitney U Testi Sonuçları 49
Tablo 6: Algılanan Gelir Düzeyi (Alt, Orta ve İyi Olarak Tanımlanan 3 grubun) ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Anova Testi Sonuçları.....53
Tablo 7: Cinsiyete Göre ÖKÖ, AABE, YAAA Toplam Puanlarını Karşılaştıran Bağımsız Örneklemler T-testi Sonuçları 55
Tablo 8: Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı, ÖKÖ, AABE, YAAA, PBŞÖ, PBŞÖ-4 Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları 58
Tablo 9:Çocukluk Ayrılma Anksiyetesinin Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Olarak Devamlılığına Gruplar.....60
Tablo 10: Ayrılma Anksiyetesinin Devamlılığına Göre Belirlenen Gruplarda ÖKÖ Toplam Puanlarını KArşılaştıran Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....61
Tablo 11:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Değişkenlerin ÖKÖ Toplam Puanları ile İlişkisini Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları.....62
Tablo 12:ÖKÖ Toplam Puanlarının YAAA, AABE Toplam Puanları ve Ahiret İnancı, Ani-Beklenmedik Ölümle Karşılaşma, Cinsiyet, Agorafobi Olup Olmaması Kategorileri ile İlişkisini Gösteren Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....64
Tablo 13:PBŞÖ toplam puanının YAAA, AABE, ÖKÖ Toplam Puanları ile İlişkisini Gösteren Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 66

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Panik Bozukluğun Şiddetinin Yordaycılarına Yönelik Varsayım 33
Şekil 2: Ayrılma Anksiyetesi ve Ölüm Kaygısı Arasında Olabilecek İlişkisel Varsayım.....34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatrik bozuklukların açıklanması ve sağaltımına yönelik teröpatik müdahaleler geleneksel olarak tanıya ve tanısal sistemlerde yer alan kriterlere odaklanmaktadır. Bunun yanında psikopatolojinin gelişmesinde, süreğenliğinde ve gidişatında önemli rol oynayan, ayırıcı tanıda belirleyici olmamasına ve çoğu zaman doğrudan tanı koydurmamasına karşın psikiyatrik bozuklukların birçok tanısal kategorisiyle örtüşen yatkınlıklar ve semptomlardan oluşan transdiagnostik yapıların olduğu dillendirilmekte, bu yapıların araştırılmasına yönelik ilgi her geçen gün artmaktadır (1). Bu transdiagnostik yapılardan mükemmeliyetçilik, ruminasyon, olumsuz perseveratif bilişe eğilimli olmak, davranışsal inhibisyon, kaçınma, düşük pozitif duygulanım, algılanan kontrolün eksikliği, belirsizliğe tahammülsüzlük, büyüsel düşünme, dürtüsellik gibi ölüm kaygısı ve ölümle ilgili temaları içeren semptomların da çok sayıda psikolojik durumun seyri, süreğenliği ve gelişimine katkısı olduğu düşünülerek transdiagnostik bir yapı olarak değerlendirilmiştir (1,2,3). Terapi seanslarında ölüm kaygısı ve ölüm temasını içeren semptomlar terapistlerin hiç de az karşılaşmadığı bir durumlardandır (4). Psikiyatride yapılan çalışmalara bakıldığında ölüm kaygısı açık bir şekilde sağlık anksiyetesinin merkezinde yer almakla beraber, birçok anksiyete bozukluğunda var olduğu belirtilmiş ve şiddeti araştırılmıştır (1,3). Panik bozukluğu (PB) başta olmak üzere birçok anksiyete bozukluğunda görülen panik ataklar sırasında hastalar kalp krizi geçirmekte olduğunu ya da nefes alamayıp boğulduğunu düşünerek yoğun ölüm korkusu yaşamaktadırlar (5). Bu açıdan bakıldığında ölüm korkusu panik atak olarak değerlendirilen durumun ana semptomlarından biri olsa da ölüm korkusu ve bu çalışmada ele alınan ölüm kaygısı kavramları birbirinden ayrı iki görüngüyü tarif etmek için kullanılmaktadır (6). Ölüm korkusu, daha somut ve gözlemlenebilir dışsal ya da içsel bir nedenle birçok canlı türünde ortaya çıkabilen bir yanıtken; ölüm kaygısı, bir gün öleceğinin ve bu dünyadan ayrılacağının farkında olmakla alakalı sadece insana özgü daha genel ve ayırt edilmesi daha güç bir durumu tanımlayan

duygudur (6,7). Ölüm kaygısı hasta gruplarında daha çok gözlemlere ve terapi seanslarına dayalı kuramsal metinlerde ele alınmakta, bilimsel çalışmaların çoğunluğunu ise sağlıklı gruplar ile yapılan araştırmalar oluşturmaktadır, hasta gruplarıyla yapılan bilimsel çalışmaların sayısı ise oldukça kısıtlıdır ve bu çalışmalarda ölüm kaygısı transdiagnostik bir kavram olarak ele alınmaktadır (1).

PB tanısı alan hastalarda ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmaların varlığına ek olarak, başka çalışmalarda sağlıklı kontrol grubuna göre PB tanısı alan hastalarda daha sık Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (ÇAAB) öyküsü bulunduğu gözlenmiştir (8). ÇAAB'nin yetişkinlikte PB mi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi(YAA) mi yoksa başka bir antite olarak devam ettiği ya da ÇAAB'nin sadece çocukluk dönemine has bir görüngü mü olduğu birçok çalışmada merak konusu olmuştur (8,9). Literatürde sıklıkla ÇAAB, YAA ve PB arasında görüngüsel ve patofizyolojik süreklilik açısından bir ilişkinin olup olmadığı tartışılmış ve bir fikir birliğine varılamamıştır (8-10). DSM-5 ile beraber ayrılma anksiyetesinin yetişkinlikte de tanımlanması, PB'nin ayırıcı tanısında ayrılma anksiyetesine yer verilmesi konuya olan ilginin artmasına neden olmuştur (11).

Ölüm kaygısının ve geçmişte ÇAAB'nin PB'de sık olması bu iki kavramın ilişkili olabileceği sorusunu akıllara getirmektedir. Ayrılma anksiyetesi ve ölüm kaygısı kavramları için literatüre bakıldığında ölümü bir tür ayrılma olarak kavramsallaştıran ve ölüm kaygısı ile ayrılma anksiyetesini benzer görüngüler olarak ele alan metinlere rastlamak mümkündür (12,13). Diğer taraftan ölüm kaygısını psikopatolojinin merkezine yerleştirerek ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir görüngü olduğunu ileri süren kuramsal yaklaşımlara ve bilimsel çalışmalara da rastlanmaktadır (4,14,15). Ölüm kaygısının ayrı ve bağımsız bir görüngü mü olduğu yoksa ayrılma anksiyetesinin bir başka bir formu mu olduğu tartışmalıdır (13, 16).

Amaç

Bütün bu bilgilerin ışığında bu çalışmada PB tanısı ile izlenen hastalarda, temel tanısal sistemlerde yer almayan ve transdiagnostik bir yapı olarak değerlendirilen ölüm kaygısı ile PB ile ilişkisi görüngüsel ve patofizyolojik olarak tartışma konusu olan ayrılma anksiyetesinin ele alınması hedeflenmektedir. Bu çalışmanın psikopatolojide ölüm kaygısının rolünü ele alan kuramsal tartışmalara ve

genellikle sağlıklı popülasyonlarda ölüm kaygısını inceleyen çalışmalara psikiyatrik hastalıklar bakış açısından bilimsel bir zeminde katkı sağlaması hedeflenmektedir. PB'de ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısı arasında olabilecek ilişkinin belirlenmesinin ve PB tanılı hastaların terapi sürecinde çalışılması gereken konular arasında ölüm kaygısının önemli olabileceği grupların tespit edilmesinin, bu konuda çalışacak terapistlere yol göstereceği ve PB'nin görüngüsel anlamda açıklanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu amaçlarla yapılan çalışmamıza başlamadan önce aşağıdaki hipotezler öne sürülmüştür:

Temel Hipotezlerimiz

1. Ölüm kaygısı ve PB'nin şiddeti arasında ilişki vardır. Ölüm kaygısı arttıkça PB şiddeti de artmaktadır. Ölüm kaygısını ölçen Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) toplam puanları arttıkça, PB şiddetini ölçen Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) toplam puanlarının da artması beklenmektedir.

2. PB'de geçmişte ÇAAB olması ile yetişkinlikte ölüm kaygısı şiddeti arasında bir ilişkisellik vardır. PB tanısı alan hastalardan geçmişte çocukluk ayrılma anksiyetesi şiddetini değerlendiren Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) toplam puanları yüksek olanlarda ÖKÖ toplam puanlarının da yüksek çıkması beklenmektedir.

3. Geçmişte ÇAAB olanlarda PB' nin başlangıç yaşı yaşı erkendir ve ölüm kaygısı geçmişte ÇAAB olmayanlara göre daha yüksektir. PB'nin başlangıç yaşı ile ÖKÖ ve AABE arasında negatif yönde korelasyon vardır. Yani geçmişte ÇAAB şiddetini değerlendiren AABE toplam puanları yüksek olanlarda PB başlangıç yaşı erkendir ve ÖKÖ toplam puanları daha yüksektir.

Diğer Hipotezlerimiz

4.PB bazı insanlarda erken yaşta bazı insanlarda da geç yaşlarda başlamaktadır. Erken yaşta başlayan ve geç yaşta başlayan PB birbirinden ayrı özelliklere sahip olabilir. Bu bakış açısından, erken yaşta başlayan PB ile geç yaşta başlayan PB arasında ölüm kaygısı, geçmişte çocukluk ayrılma anksiyetesi olması ve yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi açısından farklılık vardır.

5. PB ile yüksek komorbidite gösteren agorafobi ile ölüm kaygısı, geçmişteki ÇAAB ve YAA arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PANİK BOZUKLUĞU

PB, beklenmedik panik atakların olduğu, çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerle seyreden yaygın bir bozukluktur (5). Panik ataklar sırasındaki bu bedensel ve bilişsel belirtiler çarpıntı, terleme, titreme ya da sarsılma, nefes darlığı, boğuluyor gibi olma, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma, bulantı ya da abdominal sıkıntı, baş dönmesi ya da bayılacak gibi olma, üşüme, ürperme ya da ateş basması duygusu, uyuşmalar, derealizasyon ya da depersonalizasyon, denetimini yitirme korkusu ve ölüm korkusu olarak DSM-5'te tanımlanmıştır. Hastalar sıklıkla kendiliğinden oluşan panik atağın nedenini açıklayamazlar, kafa karışıklığı hissederek belirtileri çoğunlukla öleceği, başına kötü bir şey geleceği ya da akıl sağlığını kaybedeceği yönünde yorumlarlar ve yoğun bir korku yaşarlar. PB'nin ortaya çıkmasına katkısı olabilecek en önemli sosyal etken hastalık başlamadan önce boşanma ve ayrılık olmasıdır (5).

PB'nin yaşam boyu görülme sıklığı açısından cinsiyet arasında fark bulunmaktadır. PB kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla olmak üzere daha sık görülmektedir. Hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %1-4 olduğu bildirilmiştir (5).

Ülkemizde de genel toplumda yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre PB kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir, prevelansı kadınlarda %0,5 erkeklerde %0,2 bulunmuştur (11).

Hastalığın başlangıç yaşı değişkenlik göstermekle beraber genelde ergenlikle 30 yaş arasında panik ataklar başlar, ileri yaşlarda sıklığı giderek azalır ve nadiren görülür, kadınlarda ve erkeklerde başlangıç yaşı açısından farklılıklar olmasına rağmen ortalama 25 yaşında başladığı görülmüştür (17).

15-34 ve 45-54 yaşları arasında olmak üzere başlangıç yaşı kadınlarda iki dönemde belirgindir, 15-34 yaş arasında başlaması erken başlangıçlı ve 45-54 yaşları

arasında başlaması geç başlangıçlı olarak tanımlanabilir. Sosyal değişkenler PB'nin sıklığını etkiler, özellikle medeni durum PB açısından önemlidir, evlilerde evli olmayanlara göre daha az görülür. Yine önemli sosyal değişkenlerden olan yaşadığı yere göre sıklığı değişir, şehirlerde köylere göre görülme sıklığı 1.5-2 kat daha fazladır (18).

PB'nin aydınlatılmasına yönelik araştırmalar nörobiyolojik çalışmalar ve psikososyal çalışmalar olmak üzere iki alanda yoğunlaşmıştır. Üzerinde çok fazla biyolojik çalışma yapılan anksiyete bozukluklarından biri olan PB'nin biyolojik nedenleri tam olarak aydınlatılmasa da genetik geçişin olması, provakosyon testleri ile panik atakların ortaya çıkarılması ve psikofarmakolojik tedavilere yanıt alınması hastalığın temelinde psikofizyolojik bir mekanizmanın sorumlu olabileceğini düşündürtmektedir. Yapılan çalışmalar sempatik sinir sisteminin ve beyin sapında yer alan noradrenarjik sinir hücrelerinin köken aldığı *lokus cereleus*'un uyarılmaya aşırı duyarlı olduğu fonksiyonel bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir (5,19). Diğer bir yandan GABAerjik sistemin, limbik sistemin, prefrontal korteksin, serotonerjik sistemin ve nöroadrenerjik sistemin birbirleriyle olan etkileşiminin panik ataklar, beklenti anksiyetesi, korku ve kaçınmaya dair öğrenme, agorafobi ve bilişsel süreçlerde etkili olduğuna dair birçok literatür bilgisi mevcuttur (5).

Bilişsel kurama göre; bedensel belirtilerin katastrofik biçimde yorumlanması, öğrenilmesi ve kaçınılma söz konusudur. Psikodinamik kuramlar ise kaygıya neden olan dürtülere karşı gösterilen savunmanın başarısızlığından panik atakların ortaya çıktığını öne sürmüştür (5).

PB tanısı alan hastalarda, hastalığın başlangıcından aylar önce önemli bir yaşam olayı, özellikle kayıp olduğu bildirilmiştir (5). Yaşam olayları birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi PB'de de hastalığı ortaya çıkaran bir neden olarak değerlendirilmiştir. PB tanısı alan hastalarda %80 gibi büyük bir oranda yaşanan ilk panik atak öncesi bir yılda mekansal değişiklik, göç, ilişkisel problemler, ayrılık, sevilen değer verilen birinin ölümü ya da hastalığı, ekonomik problemler, başarısızlıklar gibi bir ya da daha fazla yaşamı derinden etkileyen olayın olabileceği bildirilmiştir (20). Özellikle bu yaşam olaylarının ilk panik atak öncesi 1-3 ayda daha fazla olduğu belirtilmiştir (21,22). Karşılaştırmalı çalışmalarda sağlıklı gruplar ve

diğer anksiyete bozuklukları ile kıyaslandığında yaşam olayı sayısı açısında anlamlı fark olmamasına rağmen yaşanan olayın negatif yönde değerlendirilmesi açısından sağlıklı gruplara ve diğer anksiyete bozukluklarına göre PB'de anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (23). Cinsiyete göre de başlangıçtan önce yaşam olayları değişmekte, kadınların erkeklere göre daha fazla yaşam olayı deneyimledikleri ve bu yaşam olaylarının niteliklerinin birbirlerinden farklı olduğu bildirilmektedir (24). Yaşamın erken döneminde yaşantılanan ayrılıklar, kayıplar PB'de daha sıktır (25).

PB tanısı almış hastaların başka bir psikiyatrik eş tanı alma sıklığı çok yüksektir. Hastaların %91'inde eş tanı bulunmaktadır. En sık görülen eş tanılar major depresyon, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sağlık anksiyetesi bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluktur (5).

2.2. AYRILMA ANKSİYETESİ

Kavramsal olarak ayrılma anksiyetesi, bebek ile bakımveren arasındaki ilişkiyi ele alan bağlanma kuramı ve bebeğin gelişimiyle ilgili kuramlar üzerinden tanımlanmıştır. İnsan yavrusu doğduğu andan itibaren yaşamda kalmasını mümkün kılan evrimsel olarak gelişmiş potansiyel bir bağlanma sistemine sahiptir. Bu bağlanma sistemi yaşamın erken dönemlerinde aktive olur. Bakım verenine bağ kurmaksızın insan yavrusunun yaşamda kalması mümkün değildir. Öncelikle bakım vereniyle kurmaya başladığı bu bağ kendisiyle ve ötekilerle kurduğu ilişkiyi temelden etkileyecek zihinsel modeller geliştirmesine neden olur. Bu nedenle bu bağın niteliği çok önemlidir ve kişinin yaşam boyunca kendisiyle ve çevresiyle kurduğu ilişkide belirleyici bir yönü vardır. İlk çocukluk dönemlerinde bağlanma figüründen ayrılma karşısında duyulan kaygı tüm insanlarda doğal bir reaksiyon olarak kabul edilir, bağlanma figüründen ayrılmaya karşı duyulan bu ilk kaygı, kendisini koruyamayan ve bağlanma figürü olmadan yaşamda kalamayacak olan insan yavrusunun bakım vereninin yanında kalmasını sağlar (26,27).

Çocuklarda ayrılmaya karşı zorlanmalar açıkça gözlemlenebilirken; ergenler ve yetişkinlerde panik ataklara benzer özellikte solunumsal ve kardiyovasküler belirtiler gibi bedensel yakınmalarla kendini gösterebilir (28).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) DSM-IV'te çocukluk dönemi için tanımlanmış olan tek anksiyete bozukluğudur (29). DSM-IV' te AAB tanısının yaşla sınırlanması bazı soruları beraberinde getirmiştir. ÇAAB belirtileri yetişkinlik döneminde devam eder mi? Ayrılma anksiyetesi belirtileri yetişkinlikte de ilk kez ortaya çıkabilir mi?

Yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tespit edilen kişilerin 1/3'ünde çocuklukta herhangi bir tanı almaksızın ilk kez yetişkinlikte semptomların ortaya çıktığı dile getirilmiştir. Yetişkinlikte karşılaşılan ayrılma anksiyetesi belirtileri ve semptomları yetişkinliğin özelliklerine bağlı bazı ufak farklılıklar dışında çocuklukta görülen ayrılma anksiyetesi ile benzerlikler göstermektedir (30,31).

9282 yetişkinle yüz yüze görüşme ile gerçekleştirilen geniş kapsamlı epidemiyolojik bir çalışmada yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğunun toplumun genelinde yaşam boyu yaygınlığı %6,6 olarak bulunmuştur. Bu yüksek yaygınlıktan dolayı DSM'de YAA bozukluğunun ayrı bir tanı olarak yer bulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışmada geçmişte ÇAAB tespit edilen hastaların %36'sının şikayetlerinin ve belirtilerinin yetişkinlikte ana hatlarını koruyarak devam ettiği ve diğer bir taraftan yetişkinlik ayrılma anksiyetesi tanısı alanların %77.5'inin ise ilk kez yetişkinlik döneminde şikayetlerinin ortaya çıktığı bulunmuştur (32).

Devamlılık hipotezine göre çocuklukta ortaya çıkan ayrılma anksiyetesi, varlığına yetişkinlikte de başka bir formda devam etmektedir (30,31). Birçok çalışmada bu antiteler arasındaki ilişki tartışılmıştır, fakat fikir birliğine ulaşılamamıştır.

Ayrılma anksiyetesi belirtilerinin 18 yaşından önce başlamış olması DSM-IV'te Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu adında yer alırken; DSM-5 ile beraber tanı sisteminde bağlanma nesnesinden ayrılmaya karşı aşırı zorlanma ile seyreden ve ilk kez yetişkinlikte de ortaya çıkabilen bir bozukluk olarak yetişkinlikte de Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğuna yer verilmiştir.

2.3. PANİK BOZUKLUĞU AYRILMA ANKSİYETESİ İLİŞKİSİ

PB tanısı alan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık ÇAAB öyküsü bulunduğu gözlenmiştir (8). ÇAAB ile PB arasında ilişki bulunduğu uzun yıllardan bu yana bilinmekte ve tartışılmaktadır (9,10,33).

Geriye dönük olarak ÇAAB belirtilerini değerlendirmeye imkan veren AABE ile yapılan bir çalışmada çocuklukta ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile yetişkinlikteki anksiyete bozuklukları özellikle agorafobili PB'nin ilişkili olduğu bulunmuştur (29). Buna rağmen geçmişte ÇAAB'nin birçok anksiyete bozukluğunda sıklıkla gözlendiğinden dolayı, sadece PB'yi mi yordadığı yoksa tüm anksiyete bozukluklarına yatkınlık yaratıp yaratmadığı yani özgüllüğü tartışmalıdır. Birçok çalışmada ve kuramsal tartışmada PB ile ÇAAB arasındaki ilişki incelenmiş; bu hastalıkların birbiriyle ilişkili olup olmadığı, aralarında bir süreklilik olup olmadığı çok eskilerden beri tartışılmıştır. ÇAAB ile PB arasında patofizyolojik bir ilişki olduğu öne sürüldüğü gibi (34), ÇAAB başta olmak üzere ayrılma anksiyetesi ile PB arasında doğrudan bir ilişkinin olmadığını ileri süren çalışmalar da vardır (35). Çağımızda belirleyici nitelikte sınıflama sistemi olan DSM-5'te özellikle PB'nin ayırıcı tanısında ayrılma anksiyetesi bozukluğu da yer bulmuştur (11).

2.4. ÖLÜM KAVRAMI

Ölüm, insan ömrünün tamamlanması ve yaşamın son bulması olarak birçok kültürde yaşamın önemli bir olayı olarak değerlendirilmesine rağmen, ölüm deneyimi doğrudan yaşantılanamayan, gerçekleştiğinde var olmayacağımız bu nedenle bir başkasına aktarılamayan belirsizlikleri içinde taşıyan bir durumdur (36). Diğer bir yandan da belirsizlikle dolu insan yaşamında ölümün gelecekte bir gün gerçekleşecek olması yaşamın en belirli olan yanıdır.

İnsan yaşamında her yaş döneminde ölümün algılanışı farklıdır. Yaşlı bireylerin ölüme daha yakın olduğu düşünüldüğünden, yaşlı kişinin ölümü olağan karşılanırken; büyüme çağındaki çocuğun ölümünün vakitsiz geldiği yorumlanır, bu durum daha büyük duygusal tepkiyle karşılanır. Toplumda "sıralı ölüm" denilen bir kavram bulunmaktadır (37).

Çocukların ölüm kavramını ne zaman anladıklarına dair farklı sonuçlara ulaşılsa da, literatüre bakıldığında bu yaşın Piaget'in dillendirdiğinde daha erken bir yaşta olduğu, çocukların yetişkinler gibi ölümü anlamlandıramamalarına rağmen bir şekilde ölüm kavramının zihinlerinde yer bulduğu ileri sürülmüştür (11,38).

Kişinin kendi yaşantılarına dayanan bireysel bir anlamı olduğu gibi ölümün insan toplulukları tarafından atfedilen ortak bir anlamı da vardır (39). İnsanlığın ilk metinlerinden biri olan Sümerlerin Uruk kenti hükümdarı Gılgamış'ın destanından, milattan önce sekizinci asırda yaşamış Mısır hükümdarı Şabaka'nın anısına hazırlanmış Şabaka Taşı'ındaki yaratılış mitosuna; Homeros'un İlyada Destanından, Zerdüşt dininin kutsal kitabı Avesta'ya; Asya dinleri Budizm ve Taoizm'den Upanişad'lara; İsrailoğullarının kutsal kitabı Tanakh'tan Hristiyanların Yeni Ahit'ine ve Müslümanların kutsal kitabı Kuran-ı Kerim'e kadar birçok metinde ölüm konusu ve ölüm sonrası ele alınmıştır. İnançların ve destanların yanında düşünce dünyasında da birçok düşünür ölüm konusunu ya doğrudan ya da dolaylı olarak işlemiştir. Parmenides, Herakleitos, Empedokles, Sokrates, Platon, Aristoteles, Epikuros, Lucretius, Seneca, Cicero, Aurelius, Plutarkos, Epiktetos, Augustinus, Kindi, Farabi, İbn-i Sina, Yunus Emre, Luther, Bruno, Descartes, Spinoza, Pascal, Montaigne, Rousseau, Feuerbach, Hume, Kant, Hegel, Marx, Kierkegaard, Schopenhauer, Nietzche, Heidegger, Sartre, Levinas ve adını sayamadığımız, şu anda hayatta olmayan düşünce tarihinin birçok önemli ismi ölüm olgusunun farklı yönlerine ışık tutmaya çalışmıştır fakat ölüm, içinde barındırdığı büyük belirsizlikten dolayı insanın üzerine kafa yormaya devam ettiği çözülememiş bir olgu olarak gizemini korumaya devam etmektedir.

Tarihsel süreç içinde toplumların ve düşünürlerin ölüm olayını ele alışı birçok ortaklıkları ve farklılıkları içinde barındırmaktadır. Bu ortaklıkları ve farklılıkları betimlemek sayfalar sürebilir ve başka bir çalışmanın, belki de bir felsefe çalışmasının konusu olabilir. Ölüm konusunda yakın zamanda Türkçe yayınlanmış, düşünürlerden doğrudan alıntıların olduğu felsefi derleme çalışmaları bulunmaktadır (40,41).

Ana hatlarıyla zamanın ruhuna göre antikçağa baktığımızda ölüm olağan bir durum olarak ele alınırken, ortaçağda ölümün kutsal yanı ön plana çıkmıştır. Modern

çağın başlarında ise ölüm acı ve dramatik bir olay olarak değerlendirilmiştir, çağımızdaysa ölüm bir tabu olarak görülmekte, ölüme mesafeyle yaklaşılmakta ve ölüm yaşamın dışında bir olgu olarak görülmektedir (42).

Ölümün yorumlanması, zamana ve toplumlara göre değişmekle beraber inançların ve dinlerin ölüm olgusuna bakışı ölümün yorumlanmasının farklılıklarını ve ortaklıklarını açıklamakta önemli bir yere sahiptir. Her inanışın yaşama olduğu gibi ölüme de farklı yaklaşımları vardır. Bu yaklaşımlar aynı din içinde bile farklılıklar göstermesine rağmen ana hatlarıyla tanımlanacak olursa Yahudilikte ölüm, ağır bir ceza ve dehşet verici bir gerçektir; Hristiyanlıkta ise ruhun ölümü söz konusu değildir, ölüm sadece beden için varolan bir durumdur. İslamiyette ölüm, ruhun fani olan dünyadan ve onun bir görüngüsü olan bedenden ayrılarak Allah'ın huzuruna ulaşılması olarak değerlendirilmektedir (43). Dinlerin bu yorumları düşünürleri de derinden etkilemiştir. Descartes'in günümüz bakış açılarını da etkileyen dualitesinde, dinlerin ölüm ve ölümden sonra devam eden yaşam üzerine yorumlarının etkisi görülmektedir. Descartesle beraber insan, iki ayrı heterojen varlık alanına bölünmüş, ruh ve beden olarak incelemeye tabi tutulmuştur ve bu yaklaşım yüzyıllar boyunca düşünce dünyasında etkisini göstermiştir(44).

Bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel konumuna göre değişen birbirinden farklı kültürlerde, toplumlarda ölüm tanımlamaları yapılmış olsa da (45), ortak olan nokta ölümün tümel olduğudur yani bütün insanlar için geçerlidir; aynı zamanda ölüm tikeldir her bir birey için geçerlidir, zorunludur ve telafisi mümkün olmayan bir durumdur (32).

2.5. ÖLÜMÜN ELE ALINIŞI

Düşünce tarihine bakıldığında birçok düşünür ölüm kavramını ya doğrudan ya da dolaylı olarak ele almıştır. Ölümün mutlak bir son olduğuna dair düşünceler ile ölümün yeni bir başlangıç olduğunu öne süren düşüncelerin, bazen birbirine kökten karşıt olacak şekilde meydan okuduğu görülmektedir. Kimileri için ölüm kavramı yaşama anlam kazandırmış, kimileri için yaşamı anlamsız kılmıştır (12,37,40,41).

Ölüm kavramı birçok düşünürün ilgisini çekmiştir. Antikçağ Yunan felsefesinden günümüze kadar ölümün farklı yönlerinin ele alındığı görülmektedir. Varlığın var, hiçliğin hiç olduğunu ileri sürerek varlığın 'değişmez' ve 'birlik' halinde olduğunu savunan **Parmenides** günümüze kalan şiirinde şöyle demiştir: "Nasıl yok olabilir var-olan öyleyse? Nasıl doğabilir? Doğduysa var değildir, ileride doğacaksa da öyle. Böylece doğuş sönmüştür ve ölüm yok olmuştur". **Herakleitos** ise değişimi ve karşıtların birliğini merkezde tutan diyalektik bakış açısına dayanarak ölümden şöyle bahsetmiştir: "Ölümsüzler ölümlü, ölümlüler ölümsüz. Biri diğerinin ölümünü yaşar, diğeri de ötekinin yaşamını". Büyük bir cesaretle ölüme yürüyen **Sokrates'e** göre ölümden korkmaya gerek yoktur, ölüm onun için derin ve kabusların olmadığı uykudur, hiçliğin içine dalmaktır. **Platon** ise ünlü diyalogları Phaidon ve Sokratesin Savunması'nda ruhun ölümsüzlüğünü savunmuştur. Diyaloglarda öğretmeni Sokrates üzerinden savunduğu düşüncelerinde Eski Mısır'ın ve ruh göçüne inanan Pytagorasçıların etkisi olduğu öne sürülmektedir(40,41).

Aristoteles daha çok ölümün biyolojik olarak ne anlama geldiğini dile getirmiş, diğer bir yandan da toplumsal anlamda hocasının hocası olan Sokrates gibi ölümün karşısında yiğitçe durmak gerektiğini belirtmiştir. Şu ünlü sözü ise insan yaşamı ve ölümü için çok şey anlatmaktadır: "Yaşadığı sürece hiç bir insanı mutlu (=*eudomania*) saymayacak mıyız?". Teleolojik bakış açısına sahip Aristoteles için ölüm insan yaşamının tamamlayıcısıdır yani ereğidir. Ölümünden önce kişinin yaşamı hakkında bir şey söylenilemeyeceğini dile getirmiştir. Ölüm insan yaşamının bir ereği olarak doğrudan belirleyicidir, yaşamın gücüllüğü ölümde kendisini göstermektedir (40,41).

Epiküros ölümü yaşamın dışında tutmuştur, onun için ölüm yaşamın tadını kaçıran bir durumdur. "Ölüm, bizim için hiçbir şeydir; çünkü biz varken ölüm yoktur; ölüm gelince de biz yokuz. Buna göre ölüm ne yaşayanları ilgilendirir ne de ölüleri, çünkü yaşayanlar için ölüm yoktur, ölüler ise zaten yoktur" diyen filozofa göre insan ölümü düşünmemeli ve ölümden korkmamalıdır (40).

Stoacılar -Lucretius,Seneca, Cicero,Marcus Aurelius, Epiktetos başta olmak üzere- ölüme çok büyük anlam vermişler, ölümü hayatın merkezine koymuşlardır. Onlar için ölüm yaşamın tamamlayıcısı olarak yaşamın bir parçasıdır, bu noktada

Aristoteles'ten etkilenmişlerdir. Her bir Stoacı filozof ölüme dair önemli betimlemelerde bulunmuştur. “İyi yaşamayı öğrenmek, aynı zamanda iyi ölmeyi öğrenmek veya iyi ölmeyi öğrenmek iyi yaşamayı öğrenmektir” diyerek ölümün önemini vurgulamışlardır (40). Stoacı çizgide olan bütün yaşamı boyunca ölümü hiçe sayan ve yaşamını intiharla sonlandıran **Seneca** farklı metinlerinde ölüm hakkında şunları söylemiştir: "Sanıyoruz ki ölüm önümüzdedir; oysa ölümün büyük kısmı şimdiden geçip gitmiştir. Hayatımızın büyük kısmını ölüm geçirmiştir eline", "Ölüm var olmamaktır. Bunun ne olduğunu biliyorum artık: benden sonra da, benden önce neydiyse, o olacak" (40,41). **Epiktetos**, ölümün insan için bir kötülük olup olmadığını ele almıştır ve şöyle demiştir: "Ölüm eğer bir kötülükse, insanlar hep birlikte ya da birer birer ölsün, ne farkı var? Bedenle ruhun birbirlerinden ayrılması dışında nedir ölüm? Hiçbir şey. Ve Grekler ölüp giderse, kapı kapanmış mı olur? Sen ölmeyecek misin? Öleceğim. Öyleyse neden sızlanıyorsun?" (40).

Skolastik dönemim önemli isimlerinden ve Hristiyanlık tarihinde önemli bir yeri olan **Augustinus** için ölüm gerçek yaşama açılan kapıdır (40).

Kindi ve Farabiye göre ölüm kötü bir şey değildir, ölümün kötü bir şey olduğunu düşünenler ölüm hakkında bilgisiz olanlardır. Özellikle Farabi'de bedenin ölümünden sonra ruhun ölümsüzlüğü İslam felsefesi içinde antikçağ düşünce geleneğinin devamı niteliğindedir (37).

İbn-i Sina bir hekim olarak sadece ölüm kavramını tartışmamış, ölümün insan ruhsallığı üzerine etkisini de ele almıştır. "Ölüm Korkusundan Kurtuluş" başlıklı risalesinde ölüme karşı duyulan kaygının nedeninin belirsizlik olduğu vurgulanmıştır. Ölüme dair yazdıklarının birçok çağdaş düşünürün ilerisinde olduğu dile getirilmiştir (37).

Yunus Emre'nin, "Sular hep aktı geçti, Kurudu vakti geçti, Nice han nice sultan, Tahtı bıraktı geçti, Dünya bir penceredir, Her gelen baktı geçti" şiiri, yaşamın ve bu dünyanın geçiciliğine dair düşüncelerini sadelikle dile getirmektedir.

Çağdaş düşünürlere bakıldığında ölüme dair düşüncelerde büyük renklilik olduğu görülmektedir, ama her bir düşüncenin kökenini geçmiş düşünürlerde bulmak mümkündür. **Martin Luther**, "Her birimiz ölüme çağrılmışız ve hiç kimse

başkasının yerine ölmeyecektir" demiştir. **Spinoza** için ölüm üzerine düşünmek yersizdir, gerçek olan bu dünyada yapıp ettiklerimizdir. **Montaigne "**Denemeler" inde ölümü şu şekilde anlatmıştır: "Ömrümüzün her günkü işi, ölüm evini kurmaktır. Hayatın içinde iken ölümün içindesiniz çünkü hayattan çıkınca ölümden çıkmış oluyorsunuz". Başka bir metninde şunları belirtmiştir: "Bir gün yaşadıysanız, her şeyi görmüş sayılırsınız. Bir gün bütün günlerin eşidir. Başka bir gündüz başka bir gece yok ki. Atalarınızın gördüğü, torunlarınızın göreceği hep bu güneş, bu ay, bu yıldızlar bu düzendir". Bu düşünceleriyle varoluşçu felsefe başta olmak üzere kendinden sonraki düşünürleri etkilemiştir. **Jean-Jacques Rousseaus** ölümün doğal bir şey olduğunu ve insanların onu doğallığıyla kabul etmesi gerektiğini belirtmiştir. "İnsan doğal olarak sürekli acı çekmeyi bilir ve huzur içinde ölür. İnsanı alçaltan ve ağız tadıyla ölmesine engel olanlar reçeteleriyle hekimler, öğütleriyle filozoflar, teşvikleriyle papazlardır." demiştir**. Ludwig Feuerbach** ölüm ve ölümsüzlük düşüncelerini toptan reddetmiştir. **Marx** doğrudan ölüm üzerine yazmamış olsa da, emek ve yabancılaşma üzerine söyledikleri ile ölümün karşısında daha anlamlı bir dünyanın nasıl kurulacağına dair çözümlemeler yapmıştır ve bir metninde şöyle demiştir:"Kapitalist üretim sürecinde insan öteki kişilere, doğaya ve kendi benliklerine yani insan hayatına ve kendi türsel varlıklarına yabancılaşmaktadır. Kendinde bir amaç olarak insan enerjisinin gelişimi için iş gününün kısaltılması temel önkoşuldur". **Kierkegaard** ölümün kesinliği, hafıza ve hatıra, ölümün öğreticiliği konularına vurgu yapmıştır, ölüm ve yaşam üzerine şiirsel bir dil ile değinmiştir:" Gönülden bir anlayış ölüm gece ise yaşam gündüzdür diyecektir. Eğer geceleyin hiçbir iş yapılamıyorsa, o zaman işimizi gündüzleri yapacağız. Gönülden oluşan kısa ve fakat harekete geçirici çığlığı, tıpkı ölümün kısa çığlığı gibi, bize şöyle sesleniyor: gün bugündür". **Schopenhauer** ölüm ve zaman konusunda zihnimizin yapısı nedeniyle konunun özüne ulaşamayacağımızı dile getirmiştir. **Nietzche'nin** ölümü ele alışı yaşamı gönülden onaylayıcı şiirsel bir tarzda olmuştur. "Ölümünüz, insana ve yeryüzüne bir hakaret olmamalı dostlarım: ben, bunu istiyorum ruhunuzun balından. Ölümünüzde tininizin ve erdeminizin korları parlamalı hala, tıpkı yeryüzünü saran akşam kızıllığı gibi: aksi takdirde sizinkisi yanlış bir ölümdür." demiştir. **Heidegger** için ölüm insan varoluşunun bir halidir, insanı doğum ile ölüm arasında bir bütün olarak ele almış olan filozof, insanı ölüme-yönelik-olan- varlık olarak

tanımlamıştır. **Jean Paul Sartre'ın** ölümü ele alışı antikçağ filozofları ile benzerlikler taşır, ölümden şu şekilde bahsetmiştir: "Kendi-için-varlıkta ölüme yer yoktur, kendi varlığı içinde ölümlü bir başkasıdır". Varoluşçu filozoflardan aynı zamanda psikiyatrist olan **Karl Jaspers** "Felsefe yapmak ölmeyi öğrenmektir" demiştir. **Levinas'ın** yazdığı "Ölüm ve Zaman" adlı kitapta filozof ölümün deneyimlenemeyen fakat başkasına yansıyan yüzünü şu şekilde aktarmıştır: "Ölen birisinin yüzü maskeye dönüşür. İfade yok olur. Benim olmayan ölümün deneyimi, birisinin ölümünün deneyimi olarak en başından beri biyolojik süreçlerin ötesindedir, birisi olarak benimle bağlantıya girer". Ülkemizdeki önemli çağdaş felsefecilerden **Nermi Uygur** "Ölüm:yaşamanın öbür yüzü; yaşamanın içte taşıdığı saatli bomba; yaşamanın ötesinde kıyı; yaşamanın düşman kardeşi. Yaşama: ölüme akan ırmak; ölüm denizinde bir adacık; ölümün genişlettiği darlık; ölümle yitirilen ya da kazanılan gerçeklik" diyerek ölüm ile yaşamanın ilişkisini dile getirmiştir (40,41).

Ölümün düşünce tarihinde ele alınışını filozofların kaynak metinlerini derleyen Kaan Ökten'in "Ölüm Kitabı" (40) ve Abdulkadir Çüçen'in editörlüğünü yaptığı çeşitli yazarların yazılarının derlemesinden oluşan düşünce tarihinde kronolojik bir sırayla ölümün ele alınışını irdeleyen "Yaşam ve Ölüm Felsefesi" (41) kitapları Türkçe kaynak olarak bu konuya ilgi duyanlar için son derece değerlidir. Ölüm kavramı, düşünürlerin binlerce yıldır üzerinde konuştuğu, anlamaya çalıştığı bir konu olarak düşünce tarihinde önemli bir yere sahip olmuştur.

Felsefede özellikle batı felsefesinde ölüm kavramının yoğun bir şekilde üzerinde durulmasına karşın, psikolojide 1950lere kadar birkaç bilimsel çalışma dışında ölüm konusuna araştırmalarda doğrudan yer verilmemiştir (46). Ölümün, insan psikolojisinde çok önemli bir belirleyen olan cinsellikle benzer bir kaderi paylaşması şaşırtıcıdır. Aydınlanma ile beraber insan merakının ve yöneliminin teolojiden pozitif bilimsel açıklamaya kaymasıyla maneviyat içeren değerler ile inançların ele alınmasının terk edilmesini ölüm konusunun bilimsel olarak ele alınmamasının nedenleri olarak öne sürmüşlerdir (12). Bazı yazarlar ölüm konusunun ele alınmamasını ölüme karşı duyulan çaresizliğe yönelik bir savunma olduğunu dile getirmiştir (15). Ölüm, irade, sevgi gibi tanımlanması operasyonel olarak mümkün olmayan kavramların psikoloji biliminin araştırmalarında başlangıçta yer bulmamasına karşın, yirminci yüzyılın ortalarında

özellikle Feifel'in yaşlılarda ruhsal sorunlar ile ilgili araştırmalarından sonra ölümün insan psikolojisine etkilerine dair duyulan merak artmaya başlamıştır (12). Ölüm üzerine yapılan bilimsel çalışmalar kendisinden önceki çeşitli felsefi yaklaşımlardan özellikle varoluşçu felsefeden etkilenmiş, filozoflar tarafından öne sürülen düşünceler ya da bu düşüncelere bağlı yorumlar test edilmeye çalışılmıştır (47).

1970lerde ölüm korkusu, ölüm kaygısı gibi değişkenlerin ölçülmesine yönelik ölçme ve değerlendirme araçlarının geliştirilmesiyle, çalışmaların miktarında ciddi artış gözlenmiştir (12,13). Artan ilginin hala devam etmesine rağmen gerek konunun ele alınması ile ilgili metodolojik problemler, gerekse ölüme dair kavramların tanımlanmasıyla ilgili zorluklardan dolayı, Yalom ölüm kaygısının açıklığa kavuşturulmamış olduğunu öne sürmüştür (15).

2.6. ÖLÜM KORKUSU VE ÖLÜM KAYGISI

Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı kavramları, bazen karıştırılarak aynı anlama geliyormuş gibi ele alınsa da, bu kavramlar birbirinden ayrı iki durumu tarif etmek için kullanılmıştır. İnsan, ölümlü olduğunun farkında olan tek varlıktır. Yalnızca insana özgü bir durum olarak kendi varlığının ortadan kalkacağını bilmenin insanda nesnesi belli olmayan, varoluşsal kaygıya neden olabileceği dile getirilmiştir. Heidegger bu kaygıyı "*angst*" olarak tanımlamıştır, Ökten ise İbn-i Sina'nın kullandığı "*havf*" kelimesini (40), Öztürk halk dilinde bu duyguyu yansıtabilecek *'bunaltı'* sözcüğünü *angst* kelimesi yerine Türkçe için önermiştir (11).

Yaşamı tehdit eden herhangi bir olay ya da durumla karşılaşan canlıların gösterdiği tepki **ölüm korkusu** olarak tanımlanabilirken; herhangi bir yaşamı tehdit eden akut bir olay olmaksızın bu dünyadan bir gün ayrılacağını bilmenin yarattığı endişe **ölüm kaygısı** olarak değerlendirilmektedir. Varoluşçu felsefenin kurucusu sayılan Kierkegaard ölüm kaygısını 'yoktan korkmak', ölüm korkusunu 'bir şeyden korkmak' olarak tanımlayarak birbirinden ayırmıştır (48). Bu bakış açısından ölüm korkusu, belirgin dışsal ya da içsel bir nedene bağlı tanımlanan daha somut ve gözlemlenebilir bir yanıtken; ölüm kaygısı, tam bir yok olma haline ve artık dünyada

kendiliğinin olmayacağına karşılık uyarılan genel ve ayırt edilmesi daha güç bir durumu tanımlayan duygudur (6,7).

Yapılan araştırmalara bakıldığında ölüm kaygısının çok boyutlu yapısı dikkati çekmektedir. Çok boyutlu yapıda daha çok belirsizlik ve yalnızlık korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, geride kalanlar için endişelenme, kişisel kimliği kaybetme korkusu, bedenini kaybetme korkusu, yok olma korkusu, denetimi kaybetme korkusu ve acı duyma korkusu çalışmalarda ele alınmıştır (16).

Ölümün neden kaygıya yol açtığı düşünüldüğünde en az dört temel niteliğinin bu kaygının nedeni olabileceği öne sürülmüştür: 1) hastalık, kaza gibi durumlar nedeniyle ölüm anında duyulan acı, 2) tüm dünyanın hatta kişinin kendi bedeninin yok olacağı büyük bir kayıp, 3) daha önceden ne zaman olacağının kestirilemezliği, 4) ölüm sonrasında ne olacağının bilinememesine bağlı belirsizlik (6). Ölüm ve sonrasına dair belirsizlik ve belirsizliğin farkında olmak anksiyetenin ana kaynaklarından biri olarak değerlendirilmiştir (49).

Çok boyutlu yapısı ve kavramsal belirsizlik ölüm kaygısının araştırılmalara konu edilmesini zorlaştırmıştır. Ölüm kaygısı tek boyutlu bir kavram olarak ele alınmamış, ana hatlarıyla beş bilişsel alt kavramla tanımlanabileceği dile getirilmiştir:

1.Yaşamın sonlanması olarak ölüm

2. Kaçınılmaz bir olgu olarak ölüm

3. Geri döndürülmez bir bir olgu olarak ölüm

4.Fiziksel ya da biyolojik nedenlerin sonucu olarak ölüm

5.Tüm canlılar için geçerli bir olgu olarak ölüm (50)

Bu tanımlama zorluğu içinde, Lehto ölüm kaygısını kavramsallaştırmak amacıyla bir kavramın evrimsel gelişiminin analizi için Rodger tarafından geliştirilen metod ile 1980-2007 yılları arasında ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmaların ele almıştır. Ölüm kaygısı kavramının emosyon, kognisyon, motivasyon, yaşantı, gelişim ve sosyokültürel biçimlenmeler ile ilgili bileşenlerinin olduğu belirlenmiştir (51).

Ölüm kaygısının yapısını anlamaya yönelik üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada bilişsel-duygulanımsal içerik, fiziksel değişimle ilgili içerik, zamanın geçmesi ile ilgili içerik, stres ve acı duyma ile ilgili içerik olmak üzere dört genel ölüm kaygısı örüntüsü olduğu bildirilmiştir (52).

2.6.1. Ölüm Kaygısına Kuramsal Yaklaşımlar

2.6.1.1. Varoluşçu Yaklaşımlar

Varoluşçu psikoterapi ekolü, varoluşçu felsefe akımından da etkilenerek, varolan kuramlara özellikle psikodinamik kurama eleştiriler sunmuştur. İnsanın varoluşsal sınırlar olarak tanımladığı ölüm, anlam, irade ve özgürlük gibi alanlara vurgu yapmıştır. Ölüm kavramının özellikle insan psikolojisine etkisini tartışmış, ölüm kaygısının her insanın derinliklerinde olduğunu ve çoğu zaman bilinç düzeyine ulaşmadan savunmalara maruz kaldığını öne sürmüştür. Genel olarak varoluşçu yaklaşımlar aynı sözü söyleyen bir bütünlük oluşturmamakla beraber ölümün insanlar için büyük bir ikilem yarattığını dile getirmişlerdir. Bu ikilem bir yandan özgür irade ile seçilebilecek ölüm, diğer yanda istenmese de kendiliğinden gelecek olan ölüm olarak tarif edilmiştir. Bu bağlamda ölüm, insanın seçimleri ve özgür iradesi ile ölüme giden bu yolda yaşama anlam katan bir unsur olarak ele alınmıştır. İnsanın bu yolda varoluşun sınırlılıklarının farkında olarak yaptıkları ile otantik bir yaşamı gerçekleştirilebileceği ya da toplumun normlarıyla otomatik bir yolu tercih ederek nihai sınırlılıklara karşı savunmalar üretebileceği ve hiç ölmeyecekmiş gibi yaşamayı tercih edebileceği dile getirilmiştir (15,53).

Varoluşçu psikolojinin önde gelen ismi **Irwin Yalom'dur**. Yalom ilk anksiyete ve psikopatoloji kaynağı olan ölüme karşı insanın çeşitli savunmalar ürettiğini öne sürerek dinamik bir yaklaşım geliştirmiştir. Ölüm gerçekliğini yadsımanın, ölüm gerçekliğinden kaçmanın insanda farkında olmadığı bir kaygı yarattığını ve bu kaygıdan kurtulmanın yolunun kişinin ölümle yüzleşmesi, ölümü tanıması ve ölümün farkında olarak yaşaması olduğunu savunmuştur. Bu kaygıya karşı kurulan savunmaların psikopatolojiye neden olduğunu, insanın yaşam tarzı ve tercihlerini derinden etkilediğini ileri sürmüştür. Psikoterapi uygulamalarında ölümün psikopatolojiye etkisinin yok sayıldığını vurgulamıştır (15).

Varoluşunun sonlu olduğunu kabullenen insanın yaşamı daha iyi değerlendireceği, yaşam taleplerini geleceğe ertelemeyeceği ya da geçmiş yaşantılara takılıp kalmayacağı ve şimdinin olanaklarını kullanarak otantik bir yaşam gerçekleştirebileceği öne sürülmüştür (46).

2.6.1.2. Psikodinamik Yaklaşımlar

Freud insan davranışlarının belirleyicisi olarak geçmişte yaşanan olayları incelemiş ve psikopatolojinin merkezine çocuklukta yaşanan iğdiş edilme kaygısını yerleştirmiştir. Ölümün gelecekte gerçekleşecek bir durum olarak insan davranışını etkilemediğini düşünmüştür. Freud, ilk metinlerinde ölümden bahsetmemesine rağmen yaşamının son dönemlerinde 'yaşam ve ölüm içgüdüleri' kavramlarıyla ölüm kavramını daha derinlikli irdelemiştir (54). Psikodinamik görüşler ölüm kaygısını *ödipial* çatışma ve ayrılma anksiyetesi çevresinde tartışmışlardır. Ölüm kaygısı ile suçluluk duygusu arasında ilişki kurulmuş, üst benliğin yaşadığı bir kaygı olarak değerlendirilmiş ve psikosomatik hastalıklar başta olmak üzere çeşitli psikopatolojilerde rol alabileceği dile getirilmiştir (55).

Jung ölüm kaygısının aslında yaşama korkusunun dışavurumu olduğunu öne sürmüştür. Yaşamın akıp gitmesi ve hiçbir şekilde zamanın durdurulamaması gerçeğinin karşısında, insanın yaşamı gerçek anlamda yaşayamadığı düşüncesiyle ölümün geri döndürülememezliğinden kaygıya kapılabileceği dile getirmiştir. Bu nedenle ölümü yaşamın anlamını tamamlayıcı bir durum olarak tanımlamasıyla ruh sağlığı için önemine değinmiştir (56).

Zilboorg'un kullandığı metafor ölüm kaygısını farklı bir biçimde tanımlamıştır. Ona göre ölüm kaygısı oksijen gibidir, yaşam için vazgeçilmez olmasına rağmen bir yönüyle de yakıcı ve öldürücüdür. Eğer ölüm kaygısı sürekli bilinç düzeyinde kalırsa yaşam sürdürülemez bir hal alır, bu yüzden yaşamın devamlılığını sağlamak için uygun şekilde savunma mekanizmalarıyla bastırılması gerektiği öne sürülmüştür. Diğer bir yandan yadsıma ve bastırmanın kişinin ruh sağlığını korumadığını tam tersine bozduğunu dile getiren psikodinamik görüşler de mevcuttur (15).

2.6.1.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel kurama göre kişinin karşılaştığı durum ya da olayın kendi kontrolünün dışında, üstesinden gelinemez ve sonuçlarının korkutucu olduğu düşüncelerine bağlı olarak kaygı duygusu ve kaygının şiddeti belirlenir. Kişi öncelikle yaşanan olay ya da durumun tehdit olup olmadığını değerlendirir, tehdit eden olay ya da durum varsa olası zararlarını ve bununla nasıl baş edeceğini düşünür, sonrasında bu olay ya da durumu yeniden ele alarak nasıl üstesinden geleceğini belirlemeye çalışır. Bunun sonucunda tehlikenin olup olmadığına dair yorumda bulunur. Ölüm kaygısının ortaya çıkmasının nedeni, kişinin ölümü ele alışında ölüme ilişkin oluşturduğu otomatik düşünceler olduğu, bu otomatik düşüncelerin ölümü kötü ve olumsuz bir olay olarak değerlendirmeyi artıracağından ölüm kaygısının artacağı öne sürülmüştür (36).

2.6.1.4. Dehşet Yönetim Kuramı

Jeff Greenberg tarafından ortaya atılan bu kuramda, kişinin kendi ölümlülüğünün farkında olmasından dolayı ölüm kaygısının ortaya çıktığını ve ölüm kaygısının duygusal ve bilişsel bileşen olmak üzere iki temel bileşeninin olduğunu öne sürülmüştür. Bu kurama göre insan ölümü sık sık düşünür ve ölüm konusuna zihin yorması bilişsel bileşenle ilgiliyken; varlığının son bulacağını öngörmesinden dolayı hissettiği emosyonel gerginlik duygusal bileşenle karakterizedir.

Kişinin içinde bulunduğu kültürel yapının özellikleriyle uyumlu bir biçimde yaşayarak, kültürün normlarına uyarak, kültürü ile özdeşleşerek ve sonuçta özsaygısı artırarak bunun sonucunda ölüm kaygısını azalttığı ileri sürülmüştür. Bu kurama göre ait olduğu kültürün dünya görüşleriyle özdeşleşme kişiyi ölümsüzmüş gibi yaşamasına olanak sağlar. Dinsel inançlar, çocuk sahibi olmak ve çocukları kendisinin bir parçası olarak görmek, toplumun başarı olarak değerlendirdiği hedeflere ulaşmak gibi kültürün önemli normları ve değerleri bu ölümsüzlük düşüncesini canlı tutar (57,58).

Bu kuram referans alınarak yapılan deneysel çalışmalarda denekler ölümü hatırlatan öykü, resim, imge gibi ölüm hatırlatıcılarına maruz bırakıldığında varolan

psikopatolojinin şiddeti değerlendirilmiştir. Ölüm hatırlatıcılarından sonra psikopatolojik davranışın şiddetinin arttığı gözlenmiştir (2,3).

2.6.1.5. Bağlanma Kuramı

Bowlby, bağlanmayı bireyin farklı veya tercih edilen diğer bir kişi ile kurduğu anlamlı, özel ve uzun süreli duygusal bağ olarak tanımlamıştır. Bağlanma davranışı ise, bebeğin ebeveynleriyle veya bakıcılarıyla etkileşimde kullandığı ve yaşamın ilk dokuz ayı içerisinde geliştirdiği bir yaklaşım, etkileşim sistemidir. Bowlby, bağlanma davranışını başka bir bireyde yakınlık arama ve sürdürme olarak tanımlamıştır. Bağlanma davranışını güdüleyen sistemin temel hedefi güvenlik ve korunmanın sağlanmasıdır. Bu nedenle de kişinin güvenliğine ilişkin potansiyel ya da gerçek bir tehdit durumunda, sistem otomatik olarak aktive olmakta ve tüm yaşam boyunca aktif kalmaktadır (27).

İnsan, topluluk halinde yaşayan bir organizmadır ve başka insanlarla bir arada bulunma isteği içerisindedir. İnsan yavrusu, biyolojik açıdan gözlenen özel durumu nedeniyle, yaşamını sürdürebilmek için, diğer türlerin yavrularına oranla, çok daha uzun süre anne-babasının doğrudan yardımına muhtaçtır. Bu kaçınılmaz durum, insan türünden organizmaların bir arada yaşama, eğilim ve gereksinimlerini, özellikle de bağlanma ihtiyacını açıklamaktadır (27).

Hazan ve Shaver'e göre de bağlanma "beşikten mezara" insan davranışının bütünleyici bir parçasıdır. Bağlanma çalışmaları önceleri bebeklik ve çocukluk dönemlerine odaklanırken, son dönemlerde yetişkinlikteki bağlanma biçimlerine yönelik araştırmalar artarak devam etmektedir (59).

Kişi için bağlanma nesnesi, yaşamda kalmanın ve kişinin varoluşunun bir güvencesi olduğu için ayrılmaya karşı duyulan bu kaygı varoluşsal bir kaygı olarak değerlendirilebilir. Kişiler fiziksel ve psikolojik bir tehditle karşı karşıya kaldığı zaman kişi kendisine güven veren ve destek sunan bağlanma nesnesine yönelir. Bağlanma sisteminin bu şekilde aktive olmasının kişinin ölüm dahil tüm stresörlere karşı kaygısını azaltan ve duygulanımını düzenleyen bir işleve sahip olduğu öne sürülmüştür (59).

2.6.1.6. Ölüm kaygısını açıklamaya yönelik farklı yaklaşımlar

Kübler Ross'a göre ölüm kaygısı birçok kaygının temelinde yatmaktadır. Ölüm gerçeğini reddederek bir yaşam sürmek mümkün olsa da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir. İnsan ölüme karşı çaresizdir yapabileceği hiçbir şey yoktur. Kaçınılmaz olan ölümle karşılaştığında insan öfke duyabilir, bu duruma yakınabilir ya da ayinler ve dini törenlerle kendisini rahatlatabilir. Ross'a göre ölümü reddeden kişiler ölüm kaygısıyla baş etmekte büyük problemler yaşarlar, ölümü kabullenmek ise kaygıyı azaltır (60).

İbn-i Sina ölüm kaygısını çok farklı yönleriyle ve ayrıntılı bir biçimde ele almıştır. İnsanın yaşadığı ölüm kaygısını, sadece ölüme neden olabilecek bir hastalığa yakalanma, bu hastalıkların ya da kazaların neden olacağı acıdan ve ölüm anından korkmadan ibaret olmadığını belirtmiştir. Bir gün öleceğini bilmesine rağmen öldükten sonra ne olacağını başına ne geleceğini bilememenin, bedenle beraber benliğin ve kişiliğin de tamemen yok olacağı ihtimalinin, öldükten sonra cezalandırılabileceği düşüncesinin, geride kalanların nasıl bir yaşam süreceğini bilememenin ve kendisinden kalan mal, mülk ve anılara bir daha sahip olamayacağı düşüncelerinin insanlarda gizli bir ölüm kaygısına neden olduğunu belirtmiştir (61).

Fromm da insanın ölüme karşı hissettiği duyguları İbn-i Sina gibi ölümle karşılaşıldığında duyulan normal korku ve insanları yaşam boyu huzursuz eden ölüm kaygısı olarak iki şekilde ele almıştır. Yaşam boyu tedirginliğe neden olan kaygının irrasyonel olduğunu ve bunun iyi bir yaşam sürememeyle ilgili olduğunu savunmuştur. Ölüm kaygısını ölümden değil hiçbir şeye sahip olamama, sahip olduğu şeyleri kaybetme ile ilişkili olduğunu düşünmüştür, sahip olma anlayışının ölüm kaygının nedeni saymıştır. Sahip olmak anlayışından uzaklaşıp, 'olmak' anlayışında olanların ölüm kaygısı yaşamayacağını öne sürmüştür (37).

Levinson ölüm bakış açısından bireyin anlaşılmasının zor olduğunu dile getirmiştir. Ölümün insanın kendi hayatını ve yaşadıklarını önemsiz görmesine neden olduğunu söylemiştir. Levinson insanın geçmiş zamanda yaşamının ziyan edildiği ve her şey için çok geç olduğu düşüncesinin etkisiyle yaşamdan uzaklaştığını, yeni bir başlangıç yapamadığını ve orta yaş krizinde bu duyguların özellikle ortaya çıktığını savunmuştur (46).

Erikson'un insanın psikososyal gelişimini sekiz evreye ayırdığı kuramında yaşlılık dönemindeki çatışma bütünlük ve ümitsizlik duygusu arasındadır. Bu kurama göre başarılı bir biçimde çözülen bu çatışma bilgeliğin gelişmesini sağlar ve artık kişi dünyadan ayrılmaya hazırdır. Bütünlükten yoksun olmanın pişmanlığı, yaşamı yeni baştan yaşama arzusunu ve ölüm korkusunu beraberinde getirdiği öne sürülmüştür. Bütünlük duygusuna sahip olmanın daha önceki evreleri başarılı ve dengeli bir şekilde geçirmekle ilişkili olduğu savunulmuştur (46).

Rollo May'a göre insan ancak yaşamın sonu olan ölümle yüzleştiği zaman kendisini yaşama adayabilir (46).

2.7. ÖLÜM KAYGISININ ŞİDDETİ NASIL ÖLÇÜLÜR?

Ruh sağlığı profesyonellerinin ölüm ve ölüm kaygısına gösterdiği ilgiden sonra bu kaygının nasıl ölçüleceği gündeme gelmiş, ölüm kaygısını değerlendirmek üzere birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekler tek ve çok boyutlu ölçekler olarak sınıflandırılabilir (62).

Literatürde en sık kullanılan ölçekler orjinal isimlerine göre aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1.Death Anxiety Scale
2. Collett-Lester Fear of Death Scale
3.Death Anxiety Inventory
4.Death Anxiety Questionaire
5.Multidimensional Fear of Death Scale
6.Threat Index
7.Thanatofobia Subscale of Ilness Attides Scale
8.Death Depression Scale Revised
9. Death Obsession Scale
10.Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA; Abdel-Khalek)
11.Thorson Powell Death Anxiety Scale

Bu ölçeklerin bazıları tek maddeden oluşmakta çoğunda ise birden fazla madde yer almaktadır. Ölüme dair yaşantıları kapsamlı bir şekilde ele alan bu ölçeklerde birçok madde yer alsa da, çoğunda tek bir skor elde edilmektedir. Bu nedenle çok boyutlu ölçekleri kullanan araştırmacılar ölüm kaygısının çok yönlü bir kavram olduğunu ve tek bir boyutunun olmadığını düşünerek bu ölçekleri eleştirmişlerdir. Bu eleştirilere rağmen yapılan çalışmaların çoğunda tek boyutlu olan ölçekler kullanılmıştır (63).

Ölüm kaygısını inceleyen araştırmalarda gerek klinik olmayan popülasyonlarda gerekse klinik popülasyonlarda en sık Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Collet ve Lester Ölüm Korkusu Ölçeği kullanıldığı görülmektedir (1). Buna rağmen klinik popülasyonlarda özellikle agorafobide ve hipokondriyazis tanılı yetişkinlerde ölüm kaygısının ele alındığı, ölüm kaygısı için tanımlanmış sekiz boyutu değerlendiren "Multidimensional Fear Of Death Scale"in kullanıldığı çalışmalar da vardır (64).

Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılan ölçekler aşağıda sıralanmıştır:

1)Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği
2)Collet ve Lester Ölüm Korkusu Ölçeği
3)Thorson ve Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği
4)Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (Abdel-Khalek)

2.8. ÖLÜM KAYGISI İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Ölüm kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında çoğunluğun sağlıklı gruplarla ilgili çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olarak incelenmiş; belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusu boyutlarıyla ele alınmıştır (48). Literatürde kişilerin ölümü algılamasını, ölümü ve hayatı anlamlandırmasını, ölümle ilgili tutum ve davranışlarını, ölüm kaygısı derecesini etkileyebildiği bildirilen yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, sosyokültürel etkenler, ölüme tanıklık, dini inançlar

ve ölümcül hastalık durumları gibi değişkenlerin olduğu bir çok çalışmada dile getirilmiştir (1,12,65).

Ölüm kaygısının araştırıldığı popülasyonlara bakıldığında; hemşirelerin, hekimlerin başta olmak üzere sağlık çalışanlarının özellikle ölümle sık karşılaşan yoğun bakım çalışanlarının; farklı alanlarda eğitim gören öğrencilerin; farklı dini grupların; kanser ya da HIV/AIDS gibi kronik ya da terminal evrede ciddi hastalığı olanların yoğunlukta olduğu görülmektedir, ölüm kaygısının azaltılmasına yönelik yaklaşımlara dair bilgilerimiz de genelde bu çalışmalardan elde edilen verilere dayanmaktadır (1).

Klinik olmayan gruplarla yapılan çalışmalara bakıldığında her zaman benzer sonuçlar elde edilmese de; belirgin şekilde kadınların erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduğu; yüksek eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun ılımlı derecede daha düşük ölüm kaygısının olduğu; yüksek dindarlık derecesinin düşük ölüm kaygısına sahip olmak anlamına gelmediği; bedensel olarak sağlıklı olanlarda daha düşük ölüm kaygısı olduğu ve psikolojik problemlerin şiddeti ve sayısı arttıkça yüksek ölüm kaygısına sahip olunduğu söylenebilir (1,11,65-67).

Çok boyutlu bir kavram olduğundan ele alınması zorlaşmış ölüm kaygısı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunu sağlıklı gruplarla yapılan çalışmalar oluşturmasına rağmen ölüm kaygısı psikopatolojide transdiagnotik bir yapı olarak ele alınmıştır. Psikiyatride yapılan çalışmalara bakıldığında ölüm kaygısı açık bir şekilde sağlık anksiyetesinin merkezinde yer almakla beraber, birçok anksiyete bozukluğunda var olduğu belirtilmiş ve şiddetini araştırılmıştır (1,2,3).

Bunun yanında depresif bozukluklarda, obesesif-kompulsif bozuklukta, post-travmatik stres bozukluğunda, yeme bozukluklarında, şizofrenide ve bipolar bozuklukta ölüm kaygısı araştırılmıştır (2,3,68-72).

Hem teorik bilgi hem de klinik gözlemler **hipokondriyaz ve sağlık anksiyetesi** gibi somatik semptom bozukluğunda bedenin tehlikede olduğunu düşünmenin, patolojik ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (1,73,74). Sağlık anksiyetesi bozukluğu olanlarda *thanatophobiası* olanlardan bile daha yüksek oranda ölüm kaygısı tespit edilmiştir (75). Yine benzer şekilde Noyes ve arkadaşları

tıp kliniklerinde aldığı örneklerle hipokondriyazi kıyasladığında, sağlık anksiyetesi ve ölüm kaygısı toplam puanlarında korelasyon tespit etmiştir (76).

Bedendeki yaşamsal işlevlerin hasar görmesi ve son bulmasına bağlı ölümün gerçekleşeceği düşüncesiyle, ölüm kaygısının birçok insanda bedensel yetersizlikler, ağrı gibi somatik yakınmalarla deneyimlendiği öne sürülmüştür (74,76).

Bazı anksiyete bozukluklarında daha yoğun rastlanmasına rağmen, ölüm kaygısı birçok anksiyete bozukluğunda görülebilir.

Yaygın anksiyete bozukluğunda aile üyelerinden birinin ya da kendisinin ölümüne dair kaygı, genel endişelenmenin bir parçası olabilir. Bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda hipokondriyazis kriterlerini karşılayanların oranı %18 bulunmuştur (77). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda sadece kendi sağlığına dair kaygılı değil; aile (%61), finans (%57), meslek (%41) ve sağlık-hastalık (%31) gibi konularda olmak üzere geniş bir spektrumda endişe kaynağına sahiptir (77).

1928 yılında Kingman tüm fobilerin altında yatan evrensel bir kaygı olan ölüm kaygısı olduğunu savunmuştur. Kontrol edilemeyen bir fenomen olan yaşamı tehdit eden deneyimlerle ilişkili ölüme yönelik duyulan kaygının nesneleştirilerek bir obje karşısında duyulan kontrol edilebilir korkuya ya da obsesyonlar aracılığıyla kompülsiyona dönüştürüldüğünü iddia etmiştir (78). Dehşet yönetim kuramına dayanan deneysel bir çalışmada ölümü hatırlatıcı fotoğraflar ya da öykülere maruz kalındığında insanlarda **fobik davranışların** arttığı gözlenmiştir (79).

Farklı derecelerde **sosyal anksiyeteye** sahip 66 üniversite öğrencisiyle yapılan deneysel bir çalışmada, öğrenciler iki gruba ayrılmıştır. Gruplardan biri ölümü hatırlatıcılar maruz bırakılmış, kontrol grubu ise diş ağrısını hatırlatıcılara maruz bırakılmıştır. Sonrasında kişilere boş zaman verilerek bu boş zamanda süre kısıtlaması olmaksızın yazı egzersizi verilmiş, yazı egzersizini bitirenlerin grup odasına gelerek yazdıkları üzerine tartışmaya davet edilmiştir. Sosyal anksiyetesi yüksek olanlardan ölüm hatırlatıcılarına maruz kalanların, diş ağrısını hatırlatıcılara maruz kalan sosyal anksiyetesi yüksek kişilere göre daha geç grup tartışmalarına

katıldığı gözlemlenmiştir. Bu deneysel çalışma göstermektedir ki ölümün hatırlanması sosyal anksiyeteyi artırmaktadır (2).

PB ölüm kaygısı ve varoluşsal durumların PB'de önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (1,80-82). Bu düşüncelere rağmen PB'de ölüm kaygısını ele alan çalışma sayısı çok azdır (83). Bir klinikte yapılan çalışmada, PB tanısı alan 21 hastayla, sosyal anksiyetesi olan 23 hasta ve 22 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, PB tanısı alan grupta daha yüksek ölüm kaygısı rapor edilmiştir. Bu çalışmada PB tanısı alan hastalarda %48'i DSM-IV'e göre hipokondriyazis kriterlerini karşılamıştır. Sosyal anksiyetesi olanlarda hipokondriyazis komorbiditesi ise bu oran %5 bulunmuştur. PB ve hipokondriyazis kriterlerininin her ikisini de karşılayanlarda ise tek bir hastalığın kriterlerini karşılayanlardan daha yüksek ölüm kaygısı olduğu dikkati çekmektedir (84). PB tanısı alan 14 kadınla, major depresif bozukluğu olan 14 kadının karşılaştırıldığı bir çalışmada, PB tanısı alanlarda daha yüksek ölüm kaygısı olduğu bildirilmiştir (85).

Ölüm kaygısının **agorafobik** semptomların meydana çıkmasında önemli bir rolü olduğu ileri sürülmüştür. Birçok agorafobik semptom ve korkunun ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Agorafobide hasta dışarı çıktığında kendisine zarar geleceğini düşünür, yardım alamayacağına inanır ve ölümle ilişkili felaketlerle karşılaşacağını zanneder. Agorafobinin başlangıcından evvel önemli birinin kaybı ve yaşamı tehdit eden olay gibi travmatik yaşam olayları sıklıkla saptanmıştır (82,86). Agorafobi ile ölüm kaygısının ilişkisini inceleyen çalışma sayısı çok azdır.

Aynı şekilde çok az sayıda çalışma **ayrılma anksiyetesi** ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir (83,87-89). Çalışmaların sayısının ve örneklemlerin az olmasına rağmen, çalışmalarda ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısı arasında korelasyon olduğu rapor edilmiş, yordayıcılığı üzerine herhangi bir sonuç bildirilmemiştir.

Deneysel çalışmalarda orta derecede **depresif kişilerin**, depresyonu olmayan kişilere göre ölüm hatırlatıcılarına karşı daha yüksek oranda dünya görüşüyle ilişkili

savunma gösterdiği bulunmuştur (90).Yapılan çalışmalar depresyon şiddeti ile ölüm kaygısı arasında ilişki olduğunu göstermiştir (91).

Yapılan deneysel bir çalışmada ölüm hatırlatıcıları gösterilen hastalardan yüksek derecede kompulsif el yıkayanların, el yıkamak için daha çok zaman harcayanların, tuvalette daha fazla kağıt havlu harcayanların benzer **kompulisyonların** derecesi daha az olanlara ve daha az bu kompülsiyonlar için zaman harcayanlara göre kompülsiyonlarında daha fazla artış gözlenmiştir. El yıkama kompülsiyonu bulaş **obsesyonlarına** bir yanıt olarak değerlendirilmiş, ölüm hatırlatıcılarının tehlikeden korunmak için bu hastaların kompülsiyonlarını daha fazla artırdığı şeklinde yorumlar yapılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğun ölüm kaygısıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (2).

Post-travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) göz atıldığında ise PTSB'de sıklıkla kişinin kendi fiziksel güvenliği ve sağlığıyla ilgili endişeler yer bulunur. Bazı vakalarda ameliyat, yoğun bakım yatışı, kalp krizi gibi sağlık ya da tedaviyle ilgili olaylar ya da durumlar PTSB, ya da PTSB ile ilişkili sağlık anksiyetesi ya da depresyonu tetikleyebildiği bildirilmiştir (92). PTSB ile ölüm kaygısını özellikle ele alan çalışmalarda pozitif ilişki bulunduğuna dair kanıtlar gösterilmiştir (68).

Bütün bu verilere rağmen psikiyatrik hastalıklarla yapılmış ölüm kaygısını konu alan çalışma sayısı sınırlıdır. Somatoform bozukluklar gibi klinik popülasyonun terapisi ile ilgili yapılan çalışmalar ölüm kaygısının tanısal kategorileri kesen transdiagnostik bir kavram olduğunu dile getirmiştir, özellikle bazı hastalarda tedavide ele alınması, gözden kaçırılmaması gerekliliği vurgulanmıştır (1,83).

2.9. TÜRKİYE'DE ÖLÜM KAYGISI İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Ölüm olgusu ile yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmaların çoğunun ilahiyat alanıyla ilgili olduğu, psikoloji çalışmalarının sayısının az olmasıyla beraber konuya olan ilginin arttığı söylenebilir. Psikiyatri alanında hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar ise oldukça az sayıdadır.

Ülkemizde Ünver tarafından yapılan ölüme dair tutumların ele alındığı psikoloji alanında ölüm kaygısının ele alan ilk çalışmalardan birinde mezar taşlarındaki yazılardan hareketle kişilerin ölüm hakkındaki duygularından Türk insanının ölümü kolay kabul ettiği ve kültürümüzde ölümden fazla korkulmadığı sonucuna varılmıştır (93).

Sonraki çalışmalar incelendiğinde çalışmaların genelde dünyadaki örneklerine benzer şekilde ağırlıklı olarak klinik olmayan popülasyonlarda gerçekleştirildiği görülmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda (94-96); gençlerde özellikle üniversite öğrencilerinde okudukları branşlara ya da yaşlarına göre (45,97,98); farklı mesleklerde özellikle hekim, yoğun bakım hemşiresi gibi ölümle sık karşılaşılan çalışma alanlarına göre (99-102); ilahiyat çalışmalarında ahiret inancı ve dindarlık derecelerine göre (37,43,103-105); kanser hastaları başta olmak üzere ciddi ya da ölümcül hastalığı olan gruplarda (106,107); çeşitli sosyal ve kültürel gruplarda (108)ölüm kaygısı derecesi ve ölüm kaygısını etkileyebileceği düşünülen değişkenler ele alınmıştır. Ölüm kaygısı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların bir kısmını da ölüm kaygısını ölçen ölçeklerin Türkçe güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları oluşturmaktadır (109-111).

Bunun yanında ölüm kaygısı üzerine Türkçe literatürün tartışıldığı derleme çalışmaları ve makaleler de mevcuttur (42,112,113).

Ölüm kaygısı ile psikopatolojiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde sayının çok az olduğu dikkati çekmektedir.

Psikiyatri polikliniğine başvuran 18-60 yaş arası depresyon tanısı almış 135 hasta değerlendirilmiş Beck Depresyon Envanteri ve ÖKÖ toplam puanları sosyodemografik verilerle beraber ele alınmıştır. Bu çalışmada kadınlarda ölüm kaygısı puanları erkeklere göre yüksek çıkmıştır. Yaş değişkenine göre ölüm kaygısı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça ölüm kaygısı puanlarının da arttığı gözlenmiştir. Beck Depresyon Envanterine göre depresyon hafif, orta ve ağır olarak derecelendirildiğinde orta ve ağır depresyon yaşayan hastaların hafif depresyon yaşayan hastalara göre ölüm kaygısı puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (114).

Psikiyatri alanında ölüm kaygısı ile ilgili Öztürk tarafından hazırlanan daha sonra yayınlanan uzmanlık tezinde yaşlılarda ölüm kaygısı ele alınmıştır. 60 yaş üstü farklı branşlardan psikiyatri polikliniğine konsültasyon amaçlı yönlendirilen 200 hastanın alındığı çalışmada ölüm kaygısı ile sosyodemografik değişkenler ve klinik durumun etkisi tartışılmıştır. Çalışmada dikkat çeken bulgulara bakıldığında ölüm kaygısı ölçeği puanları ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur, yordayıcılık açısından değerlendirilmemiştir. Yine bu çalışmada ölüm kaygısı puanlarını eğitim düzeyi, ölüm düşüncesinin sıklığı, çocuk sayısı, geçmişte çalışmış olma, depresyonun olmasının etkilediği görülmüştür, yaşlı hastalarda yapılan bu çalışmada fiziksel bir hastalığın olmasının ölüm kaygısı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (115).

Van yüzüncü Yıl Üniversitesinde okuyan üniversite öğrencilerinden 571 kişinin dahil edildiği bir çalışmada; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanan katılımcılardan elde edilen sonuçlara göre geçmişte travmatik yaşantıları olan öğrencilerle geçmişte travmatik yaşantıları olmayan öğrenciler arasında ölüm kaygısı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilememiş. İntihar girişimlerinin de sorgulandığı çalışmada geçmişte intihar girişimi olan kişilerde daha düşük ölüm kaygısı tespit edilmiştir. Sürekli kaygı, durumluk kaygı ve depresyon derecesinin ile ölüm kaygısı puanlarını yordayıp yordamadığına bakılan çalışmada sadece sürekli kaygı düzeyinin ölüm kaygısını yordadığı, depresyon düzeyi ve durumluluk kaygı düzeylerinin ölüm kaygısı üzerine etkisinin çok küçük olduğu tespit edilmiştir. Sosyodemografik değişkenler açısından ölüm kaygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (116).

2.10. TRANSDİAGNOSTİK BİR YAPI OLARAK ÖLÜM KAYGISI VE PSİKOTERAPİDEKİ YERİ

Psikiyatri alanında hem ülkemizde hem de yurtdışında ölüm kaygısı ile psikopatoloji ve psikoterapi uygulamaları ilişkisi üzerine yapılan çalışmaların sayısının az olmasına rağmen, ölüm konusu psikoterapi seanslarında ya da psikiyatrik görüşmelerde çok az rastlanan bir durum değildir. Çalışmalarda çoğu zaman mükemmeliyetçilik, ruminasyon, negatif perseveratif kognisyona tutunmaya eğilimli olmak, davranışsal inhibisyon, kaçınma, düşük pozitif duygulanım, algılanan kontrolün eksikliği, belirsizliğe tahammülsüzlük, büyüsel düşünme, dürtüsellik gibi transdiagnostik bir kavram olarak tartışılmıştır ve trandiagnostik bir yapı olduğu ileri sürülmüştür. Transdiagnostik yapılar doğrudan tanı koydurmasa da kimlerin psikopatolojiye eğilimli olduğunun, bozukluğun gidişatının, tedaviden alınacak yanıtın ya da tedaviye direncin anlaşılmasına katkı sunar. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar göstermektedir ki, tanısal profile bakılmaksızın maladaptif transdiagnostik yapıların psikoterapide ele alınması psikopatolojinin seyrini olumlu yönde etkilemekte ve komorbid durumların oluşmasını engellemektedir (117-120).

Son zamanlarda bilişsel davranışçı terapi (BDT) depresyon, yeme bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi birbirinden farklı tanılarda önemli transdiagnostik yapıları odak alarak çeşitli yaklaşımlar geliştirmiştir (121-125). Bu önemli transdiagnostik yapıları merkeze alarak psikopatolojinin şiddetinin azaltılmasına yönelik teröpatik uygulamalar psikopatoloji de yer alan ana semptomların da iyileşmesine katkı sağlamaktadır (119,126). Örneğin mükemmeliyetçiliğe yönelik uygulanan BDT depresyonla ilişkili semptomların, anksiyete belirtilerinin ve obsesyonların şiddetinde anlamlı derecede azalmalara neden olmaktadır (127). Yine kontrol algısına yönelik BDT uygulamasının anksiyete bozukluklarının sağaltımında katkı sağlayabileceği gösterilmiştir (128). Hatta bazı çalışmalar artan mükemmeliyetçilik derecesinin sosyal kaygı bozukluğunda BDTye karşı tedavide dirence neden olabileceği gösterilmiştir. Bu bilgilerin ışığında tanısal sistemlerde yer almasa da hastalığın şiddetini ve seyrini etkileyebilecek hastalıkla ilişkili transdiagnostik yapının doğrudan terapi sürecinde ele alınmasının belirli psikiyatrik

bozuklukların hem doğasının anlaşılması hem de etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından önemli olduğunu gözler önüne sermektedir (124).

Hastalığın zemininde bulunan transdiagnostik yapının tedavisine yönelik teröpatik yaklaşımlar tedavinin kapsayıcılığını ve etkililiğini artırma konusunda önemli bir potansiyele sahiptir (119,129). Transdiagnostik yaklaşım; tıbbi modele uygun geleneksel kategorik tanısal sınıflama ve bu modele uygun tedavi edici yaklaşımlar ile hastalığın gidişatı ve bireysel özelliklerle ilişkili farklılıklara vurgu yapan ampirik olarak tespit edilen boyutların ele alınmasına dayalı çağdaş yaklaşımlar arasında köprü görevi görmektedir (130,131).

Sağlık anksiyetesinde ölümcül bir hastalığı olduğunu düşünerek doktor doktor gezmenin ve ileri tetkikler yaptırmanın; PB'de kalp krizi geçirdiğini ya da solunum sıkıntısı yaşadığını düşünerek acillere başvurmanın; kompülsiyonlarda hastalık bulaşacağını düşünerek sürekli ellerini yıkamanın; ocağı açık bıraktığı obesesyonlarına kontrol etme kompülsiyonu ile yanıt vermenin; yaşamı tehdit eden durumları hatırlatan ya da çağrıştıran uçak, yükseklik, çeşitli hayvanlar, kan gibi objelere ve durumlara karşı oluşan fobinin ve kaçınmanın; yaşamda var olmanın teminatı olan küçük yaşlarda gelişen bağlanma figüründen ayrılmaya karşu duyulan anksiyetenin; çarşıda, sokakta evden uzakta kimsenin kendisine yardım edemeyeceği düşüncesiyle gelişen kaçınma davranışı olan agorafobinin altında ölmekten, yok olmaktan duyulan kaygının rolü olduğu düşünülebilir.

Ölümün insan psikolojisine etkileri ruh sağlığı alanında öncelikle yakın bir zamanda ölümü beklenen hastalara ve yakınlarına danışmanlık, yas süreci ve bu süreçte yürütülecek danışmanlık, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu gibi konularda etrafında ele alınmıştır (132). Ölüme bakış ve ölüm karşısında tutum doğrudan ve dolaylı bir şekilde insanın yaşamına bakışını etkilediği öne sürülmüştür. Ölüme karşı kaygı duymanın aşırı biçimde ortaya çıkması yaşam için büyük zorluklar yaratabildiği ve insan psikolojisini negatif yönde etkileyebildiği belirtilmiştir. Bu kaygının sınırlarını belirlemek ruh sağlığı açısından önemi vurgulanmıştır (15,133).

Bir yanıyla ölüm düşüncesi kaygı yaratırken diğer yandan insanın dünyada, şimdi ve buradaki varlığına anlam katarak insanı yaşama bağladığı ve daha bütünlüklü, anlamlı, dolu dolu bir yaşam için ufuk açtığı öne sürülmüştür (14,60). Ölüm düşüncesinin insan yaşamına olumlu katkıları olabileceğini dile getirmek ilk başta mantıksız görünse de ölüm düşüncesinin olmadığı bir yaşam hayal ettiğimizde insan dünyadaki anlamından çok şey yitirecektir. Ölümlü olduğunun farkındalığı bundan sonraki yaşamımızı iyi değerlendirme, zenginleştirme arzusu yaratabileceği, insanı daha esnek, sığlıktan ve katılıktan uzak, başka insanlara açık, daha canlı bir yaşam imkanını doğurabileceği vurgulanmıştır (134).

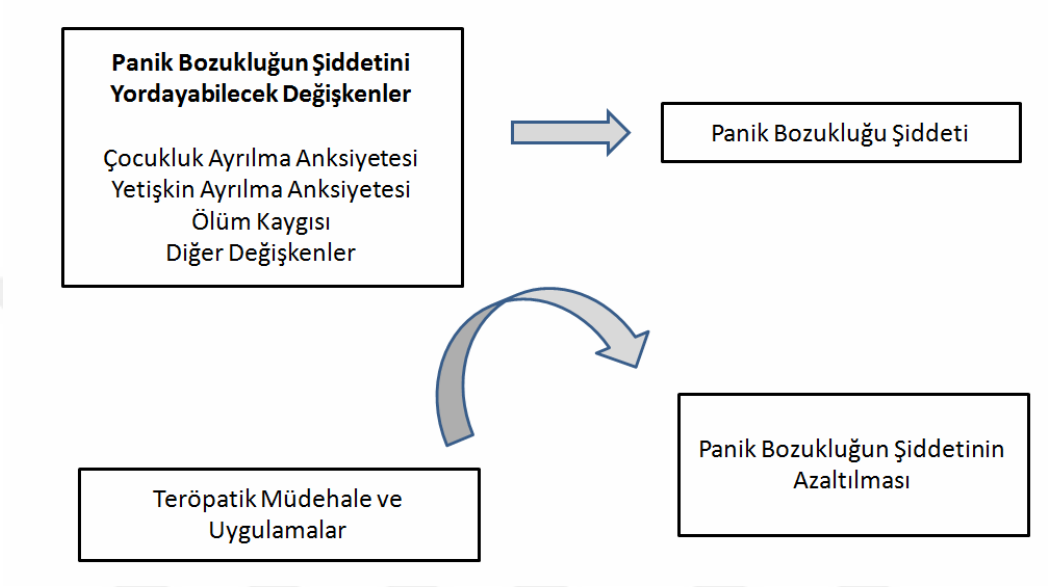
İnsanın kendisinin ölümlülüğüyle yüzleşmesi, ölümü cesaretle karşılaması, kabullenmesi ve ölümü kendi yaşamıyla bütünleştirmesi yaşantılarına zenginlik katabileceği ve bütünlük veren psikolojik süreçler yönünde değerlendirilebileceği iddia edilmiştir (135).

Psikoterapide kuramsal olarak ölüm kavramı ele alınmasına rağmen, ölüm kaygısının psikopatolojideki rolü üzerine yurtdışında 2014 yılında yapılan derlemenin gelecekteki klinik ve araştırma doğrultuları konusunda ölüm kaygısının transdiagnostik yapısının anlaşılmasına yönelik çalışmaların yetersizliği vurgulanmıştır (83).

Yine ülkemizde 2012 yılında yapılan bir derlemede ölüm kaygısı kavramı tartışılmış, bu kavramla ilgili çalışmalar hakkında bilgi verilmiştir, sonuç olarak psikiyatrik hastalıklarda ölüm kaygısı ile ilgili ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların azlığı, bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır (113). Özellikle PB gibi tanı kriterlerinde ölüm korkusunun da yer aldığı hastalıkta ölüm kaygısını araştıran çalışma sayısı yurtdışında birkaç tane, ülkemizde ise hiç yoktur. Çalışmamızın transdiagnostik bir yapı olan ölüm kaygısını ele alarak PB'nin daha iyi anlaşılmasına katkı sunmasını hedeflemekteyiz.

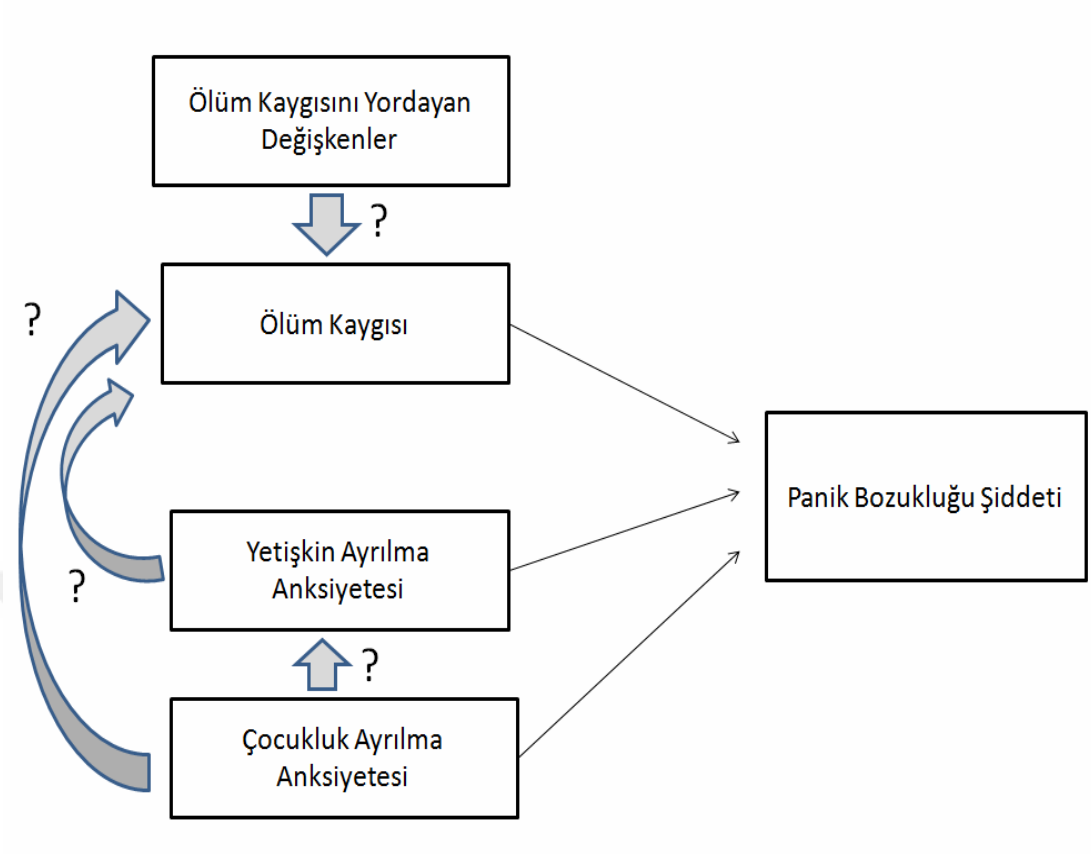
PB tanısı alan hastalar ele alındığında PB'nin şiddetini yordayan değişkenlerin bulunması PB'nin şiddetini azaltmaya yönelik müdehalelerin yapılacağı alanlar konusunda terapiste yol göstermesi beklenmektedir (Şekil1). Bu

çalışmanın ana hedeflerinden birinin PB'nin şiddetini yordayan değişkenlerin tespiti oluşturmaktadır.



Şekil 1: Panik Bozukluğun Şiddetinin Yordaycılarına Yönelik Varsayım

Bu amaçla yukarıda ele alınan bilgiler ışığında PB'nin şiddetini yordayabilecek ölüm kaygısı, geçmişte ÇAAB ve YAA değişkenleri arasında ilişkilerin belirlenmesi (Şekil2) için çalışmamız aşağıda belirtilen yöntemle dizayn edilmiştir.



Şekil 2: Ayrılma Anksiyetesi ve Ölüm Kaygısı Arasında Olabilecek İlişkisel Varsayım

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırma tanımlayıcı kesitsel araştırma tipine göre düzenlenmiştir.

3.2. ÇALIŞMA EVRENİ

Bu çalışma için 12.09.2017 tarihinde Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 69 protokol numarası ile onay alınmıştır.

Araştırmanın çalışma evreni Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesi polikliniklerine ve psikoterapi merkezine 1 Ekim 2017-31 Mart 2018 tarihleri arasında başvuran 18 yaşından büyük, PB tanısı olan tüm hastalardır.

3.3. ÖRNEKLEM

1 Ekim 2017-31 Mart 2018 tarihleri arasında, ayaktan tedavi ünitesi polikliniklerine ve psikoterapi merkezine başvuran, klinisyen tarafından PB ön tanısı ile araştırmacıya yönlendirilen hastalardan DSM-5'e göre PB tanısı doğrulanan, çalışmaya dâhil etme ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlardaki formül kullanılarak hesaplanmıştır. Toplumda yaşam boyu PB görülme oranı %1,5-% 3,5 olarak alınmıştır (5). Tip I hata %5, Tip II hata %20 kabul edilerek (α= .05, 1-β= 0.80), minimal örneklem büyüklüğü 74 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmamıza kriterleri karşılayan PB tanılı 104 hasta alınmıştır.

3.4. İÇERME KRİTERLERİ

1.DSM-5 kriterlerine göre PB tanısı almış olması

2.18 yaşından büyük olması

3.PB'nin aktif olduğunu gösterecek şekilde çalışmaya katılmadan önce dört hafta içinde en az bir panik atağının olması

4.Katılımcının okur yazar olması

5.Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

3.5. DIŞLAMA KRİTERLERİ

1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar; Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar; Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar; Dissosiyatif Bozukluklar; Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar; Beslenme ve Yeme Bozuklukları; Cinsel İşlev Bozuklukları; Yıkıcı Bozukluklar; Dürtü Denetim ve Davranım Bozuklukları; Madde ile İlişkili Bozukluklar; Parafili Bozukluklarından herhangi birinin tanı kriterlerini karşılıyor olması

2. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozuklukları, Madde Kullanımına ya da Yoksunluğuna Bağlı Anksiyete Bozuklukları tanı kriterlerini karşılıyor olması (komorbid diğer anksiyete bozuklukları, agorafobisi ve sağlık anksiyetesi olan hastalar dışlanmamıştır)

3.Testlerin uygulanması sırasında alkol ya da psikoaktif madde etkisinde olması

4.Mental retardasyon, nörolojik hastalık gibi kooperasyon ve bilişsel fonksiyonları bozan hastalık öyküsünün olması

5. Kanser ve ağır organ yetmezliği gibi terminal dönem kronik hastalığın olması

6.Verilen ölçekleri anlama güçlüğü olması

7.Akut bir kayıp ya da komplike olmuş yas reaksiyonu olması

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Klinik Görüşme Bilgi Toplama Formu

Klinik görüşme sırasında doldurulan, çeşitli tıbbi öyküye bağlı bilgileri tarayan araştırmacıların oluşturduğu yarı yapılandırılmış bir formdur. Bu formla tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş, alkol ve ya madde kullanımı, panik atakların özellikleri, kullandığı ilaçlar ve suisid öyküsü değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirmeye dayalı bir form olduğu için araştırmacının yapacağı görüşme sırasında araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6.2. Özbildirim Bilgi Toplama Formu

Literatür tarandıktan sonra ölüm kaygısını etkileyebileceği düşünülen parametrelerin ve sosyodemografik özelliklerin sorulduğu hastalar hakkında bilgi toplamayı hedefleyen araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur. Bu formla yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olup olmaması, eğitim durumu, mesleği, algılanan gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerle; ölüm kaygısını etkileyebilecek mesleği nedeniyle ölüme tanık olma, ölüm riski taşıyan işte çalışma, hayati tehlike yaratan durum ya da hastalıkla karşılaşma, aileden ya da çevreden ani beklenmedik ölümle karşılaşma, aileden birinin ölümü, ölüme tanık olma, birinci derece akrabalarda ölüm riski taşıyan hastalığı olması, dindarlık derecesi ve ölümden sonra yaşam olduğuna inanıp inanmama gibi durumlar sorulmuştur.

3.6.3. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Templer (1970), ölüm kaygısı ile çalışmaya başladıkları 1960'ların ortalarında ölüm konusunun, hem davranış bilimciler hem de sağlıkla ilgili uzmanlar tarafından tabu olarak nitelendirildiğine değinmiştir ve bu konudaki açığın onu "Ölüm Kaygısı Ölçeği" geliştirmesine sevk ettiğinden bahsetmiştir (137). Templer, ölüm kaygısının araştırılmasında mülakatlar, projektif teknikler ve anketler olmak üzere üç değerlendirme metodu kullanmıştır. Yapılan çalışmalar sonrasında Templer tarafından 1970 yılında ölüm kaygısı seviyesini belirlemek üzere 15 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir (138). Ölçeğin orjinal formunda sorular doğru/yanlış şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık bağlamında güvenilirlik katsayısı Kuder-

Richardson formülü ile .76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenirliği ise .83 olarak bulunmuştur (138).

McMordie ÖKÖ'nün güvenirliğini .76 olarak raporlamış, 7li likert tipi ölçeğe çevirdikten sonra iç tutarlılık .84 test tekrar testi de .84 bulmuştur (139). Donovan'ın Portekizce'ye uyarlamasında yarı bölümleme korelasyonunu r=.77 bildirmiş ve bu sonucu "güvenilirliği kuvvetli bir oran" olarak tanımlamıştır. Ölçeğin bu çalışmada hesaplanan Cronbach alfa değeri .70 bulunmuştur. Arzulanan güvenilirlik katsayısı Anastasi'ye göre .80-.90, Nunnally'e göre .75-.80 arasındadır (140).

Orijinali doğru-yanlış cevaplama esasına dayanan ÖKÖ, literatürdeki bazı diğer çalışmalar ve McMordie'nin çalışması (139) örnek alınarak daha sağlıklı ölçüm yapacağı inancıyla yedili likert tipi ölçeğe çevrilmiş, Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını Ertufan gerçekleştirmiştir (97).Aynı çalışmanın içinde kişilerin aynı yönde cevap verebilme olasılığı ve olumlu cevap verme eğilimini engellemek için doğru/yanlış cevap yapısına uygun olarak, yanlış cevaplı sorularda Likert tipi ölçekte cevapların yerleri ters yönlere değiştirilmiştir. Likert tipi ölçeklerde cümleleri hep aynı yönde yazmamak gerekmektedir, çünkü hep aynı yönde yazılan cümleler insanların evet deme eğilimini kontrol etmesine olanak vermemektedir. Cevaplar 1den (hiç katılmıyorum) 7 ye kadar (tamamen katılıyorum) puan alacak şekilde değişmektedir. Ortada tarafsızım şıkkı bulunmaktadır. Yüksek skorlar yüksek ölüm kaygısını göstermektedir. Yedili likert tipi puan yapısında ölçeğin puan dağılımı 15 ile 105 arasında değişmektedir. Ertufan tarafından bu likert tipi ölçekle 326 kişi ile yapılan çalışmada test-tekrar test r = .81 ($p<.01$) ve Cronbachalpha = .74bulunmuştur. Bu katsayılar ölçek için yeterli derecede kuvvetli güvenilirlik oranlarıdır (97).

Elde edilen sonuçlardan anlaşılacağı üzere 7' li likert tipi ÖKÖ'nün, güvenilirlik, geçerlik ve birlikte geçerlik düzeyleri araştırmalarda kullanılabilecek yeterliliğe sahiptir; ölüm kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalarda en sık kullanılan ölçek olduğu görülmektedir.

Daha sonra Akça ve Köse tarafından ölçeğin bir kez daha uyarlama çalışması 356 (25'i kanser, 42'si diyaliz, 39'u cerrahi tedavi gören ve 55'i polikliniklere tedavi

için başvuran toplam 171 hasta ve 185üniversite öğrencisi) katılımcı ile yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre test tekrar test güvenirliği .79, Kuder-Richardson formülü ile bulunan güvenilirlik kat sayısı ise .75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da Cronbach alfa kat sayısı .75 olarak bulunmuştur. Ölçekte dört faktörün bulunduğu, bunların bilişsel-duygusal boyut, hastalık-ağrı boyutu, fiziksel değişimler boyutu, zamanın geçmesi boyutu olduğu belirtilmiştir. Ölçekteki maddelerden 1, 2, 3, 5, 7 ve 10. maddelerin birinci faktör olan bilişsel-duygusal boyut altında toplandığı; ölçekteki 6, 9, 11 ve 13. maddelerin ikinci faktör olan hastalık-ağrı boyutu altında toplandığı; ölçekteki 4 ve 14. maddeler üçüncü faktör olan fiziksel değişimler boyutu altında toplandığı; 8, 12 ve 15. maddelerin ise dördüncü boyut olan zamanın geçmesi boyutu altında toplandığı bulunmuştur (137).

3.6.4. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

Silove ve arkadaşları tarafından ÇAAB belirtilerini yetişkinlikte geriye dönük olarak sorgulayan bu ölçeği geliştirmişlerdir (33). On beş soruluk öz bildirim ölçeği biçimindedir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik, güvenilirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141). Her bir madde, yetişkinlerde, geçmişe yönelik olarak 0 “hiç hissetmedim”, 3 “çok sık hissettim” arasında dağılım gösterecek biçimde, çocuklukta yaşanması muhtemel ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Bu ölçek ile ham puan cinsinden 12 ve üzeri ya da karekök transformasyonuyla 4 ve üzerinde puan alanların büyük olasılıkla ÇAAB tanısını karşıladıkları söylenebilir. Varimaks rotasyon sonucunda madde 3, 6, 7, 8, 11, 13 ve 15 faktör 1’in (ayrılma anksiyetesi) altında; madde 2, 5, 9, 10 ve 12 faktör 2’nin (aile üyelerinden uzak kalamama) altında; madde 1, 4 ve 14 faktör 3’ün (okul fobisi) altında en yüksek değeri almış olarak toplanmıştır.

3.6.5. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (142). Ölçek 4’lü likert tipi ölçüm yapmakta, her bir madde 0 “hiç hissetmedim” ile 3 “çok sık hissettim” arasında dağılım göstermektedir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik, güvenilirlik

çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141). YAAA ile 25 ve üzerinde puan alanların AAB tanı ölçütlerini karşılama olasılığı yüksektir.

3.6.6. Yetişkin ve Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Cyranowski ve arkadaşları DSM-5 ten önce yetişkinlikte yer almayan ayrılma anksiyetesi bozukluğuna tanı koymak amacı ile ayrılma anksiyetesi belirtileri için yapılandırılmış klinik görüşmeyi geliştirmişlerdir (143). Bu görüşme hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi için AAB'nin sekiz tanı ölçütünü sorgulamaktadır. DSM-IV'te tanımlanan çocukluk AAB'nin 8 ölçütünün her birini, hem çocukluk hem de yetişkinlikte yaşandığı şekliyle değerlendiren yapılandırılmış klinik görüşme geliştirilmiştir. Her tanı ölçütü için, yanıtlarının klinik görüşmeci tarafından değerlendirildiği yaşa uygun bir soru listesi oluşturulmuştur. Cyranowski ve arkadaşları, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) olarak adlandırılan bu yapılandırılmış klinik görüşmeyi psikometrik açıdan test etmişlerdir. Yetişkin topluluklarında kullanılmak üzere geliştirilen bu yapılandırılmış görüşme 8'er maddelik 2 parçadan oluşmaktadır. İlki geriye dönük olarak çocukluk AAB, diğeri ise yetişkinlik AAB tanı ölçütlerini değerlendirmektedir.

Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmış olup ve iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir (144). AAB-YKG her biri 8 maddeli 2 kısımdan oluşmaktadır. İlki geriye doğru ÇAAB belirtilerini sorgularken, ikinci kısmı şu anda var olan yetişkinlik dönemi belirtilerini taramaktadır. Sekiz ölçütten en az 3'ünün varlığında çocukluk ya da yetişkinlik AAB tanısı konmaktadır. Geniş bir hasta ve sağlıklı gönüllü grubunda yapılan bu çalışmayla Türkçe'ye çevrilen AAB-YKG'nin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir.

AAB-YKG çocukluk AAB ölçeği için madde 4, 8 ve 1 faktör 1'in (okul fobisi) altında; madde 2, 3 ve 7 faktör 2'nin (kaybetme korkusu) altında; madde 5 ve 6 ise faktör 3'ün (yalnız kalamama) altında en yüksek değerleri alarak toplanmıştır.

AAB-YKG'nin yetişkinlik AAB ölçeği bileşen dağılımı madde 1, 2, 3, 7 ve 8 faktör 1'in (ayrılma anksiyetesi) altında; madde 4, 5 ve 6 ise faktör 2'nin (yalnızlık korkusu) altında en yüksek değeri almış olarak toplanmıştır (144).

3.6.7. Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği

Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) değerlendiricinin doldurduğu 7 maddelik bu ölçektir. Ölçek maddeleri, panik belirtilerinin şiddetini ve yarattığı işlevsel bozulmayı ölçmektedir. PBŞÖ 5'li likert tipindedir ve belirtiler 0-4 puan arasında değerlendirilmektedir, toplam skor 0 ile 28 arasında değişmektedir. Ölçek iyi düzeyde psikometrik özelliklere sahiptir ve ölçeğin tedaviyle oluşan değişime duyarlı bulunmuştur(145). Monkul ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (146).

3.7. İŞLEM

3.7.1. Verilerin Toplanması

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları ayaktan tedavi ünitelerine ve psikoterapi merkezine gelen PB ile takip edilen hastalar araştırmacıya yönlendirilmiştir. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra içerme ve dışlama kriterlerine uygun hastalar çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara, araştırmanın herhangi bir aşamasında sebep göstermeksizin araştırmadan çekilebilecekleri hatırlatılmıştır. Hastalarla yapılan psikiyatrik görüşme sırasında "Klinik Görüşme Bilgi Edinme Formu", PB şiddetini değerlendiren "PBŞÖ" ve ayrılma anksiyetesini değerlendiren "Yetişkin ve Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme" formu hastadan alınan bilgilere göre araştırmacı tarafından görüşme sırasında hastalara uygulanmıştır. Psikiyatrik hastalığın yanı sıra yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri ve buna bağlı olarak akut bir kayıp ya da komplike olmuş yas reaksiyonu yaşayıp yaşamadıkları da değerlendirilmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, kardeş sayısı, kaçıncı kardeş olduğu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, kimlerle yaşadığı, geçmişte hayati bir tehlike ile karşılaşma durumu, yakın kaybı, ölüme tanıklık, ailede ölüm riskli hastalık varlığı, geçmişte ve ya şu anda var olan psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar, ölüme

tanıklık öyküsü, dindarlık derecesi ve ahiret inancı gibi sosyodemografik özelliklerin ve literatürde ölüm kaygısını etkilediği düşünülerek üzerinde çalışmalar yapılmış parametlerelerin yer aldığı Bilgi Toplama Formu, ölüm kaygısını ölçen ÖKÖ, geçmişte ÇAAB şiddetini değerlendiren AABE, YAA şiddetini değerlendiren YAAA ölçekleri yapılan psikiyatrik görüşme sonrası hastalara verilmiştir. Bilgi Toplama Formunda ölüme tanıklık, ölüm riski yaşama, yakın kaybı sorgulayan soruların cevapları kategorik hazırlanmasına rağmen soruların yanıtı açık uçlu bırakılmıştır. Ölçeklerin cevaplanması için herhangi bir zaman kısıtlamasına gidilmemiştir, anlayamadıkları bölümler konusunda bilgilenmeleri sağlanmıştır.

3.7.2. İstatistiksel Değerlendirme

İstatiksel analizleri yapmadan önce varsayımların test edilmesi için bağımlı değişkenlerin betimleyici analizleri gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler için frekanslar gözden geçirilmiş, sürekli değişkenler için çarpıklık, basıklık, kolmogorov-smirnov ve histiogram, z puanları gibi öncül analizleri gerçekleştirdikten sonra verilerimizin normal dağılım gösteren verileri parametrik analizlerle; normal dağılım göstermeyen verileri nonparametrik analizlerle incelenmiştir.

PB tanısı alan hastalarda; ÖKÖ toplam puanları, AABE toplam puanları, YAAA toplam puanları, PBŞÖ toplam puanları, hastalığın başlangıç yaşı gibi sürekli değişkenler ile sosyodemografik özellikler ve ölüm kaygısını etkileyebilecek bağımsız kategorik değişkenler incelendiğinden tarama yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli araştırma modeli olarak belirlenmiştir. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. İlişkisel tarama modeli iki türlü yapılır: korelasyon ve karşılaştırma. Değişkenin sürekliliğine ve ya kategorik olup olmamasına göre bu araştırmada korelasyon ve karşılaştırma olmak üzere iki model de kullanılmıştır.

Var olan durumları var olduğu şekliyle betimlemek için frekans ve yüzdelik, iki ortalama puan arasındaki farkı test etmek için bağımsız gruplarda t-testi ve

bağımsız değişken kategorlerinin ikiden fazla olduğu durumlarda varyans analizi, bağımsız değişkenin bağımlı değişken için bir faktör olup olmadığını belirlemek için korelasyon bakılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra değişkenler arasında ilişkinin olup olmadığını değerlendirmek için korelasyon analizi yapılmıştır, sonuçlar istatistiksel olarak .05 ve .01 anlamlılık düzeylerinde değerlendirilmiştir.

Normal dağılımın olmadığı durumlarda bağımsız değişkene ait kategori sayısına göre nonparametrik testler olan Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Bağımsız t-testi uygulanan grupların arasındaki farklılıkların etki büyüklüğü hakkında bilgi edinmek için eta kare= $t^2/t^2+(N1+N2-2)$ kullanılmıştır (.01=küçük etki; .06=orta düzey etki; .14=büyük etki).

Mann-Whitney U testi uygulanan grupların arasındaki etki büyüklüğü Cohen kriterlerine göre **r= z** /√N formülü hesaplanarak bulunmuştur (.1=küçük etki; .3=orta etki; .5=büyük etki).

Kategorik değişkenler regresyon analizinde alınmadan önce 0 ve 1 olarak *dummy code* kodlanarak korelasyon testleri uygulanmıştır. Korelasyon testlerinde anlamlı farklılık gösteren değişkenler çoklu karşılaştırma için regresyon analizine alınmıştır.

Araştırmada veri tabanının oluşturulmasında ve istatiksel analizlerinin yapılmasında SPSS 20 programı kullanılmıştır.

3.7.3. Değişkenlerin Ele Alınması

Ölüm kaygısını ve hem çocuklukta hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesini etkileyebilecek çok sayıda değişken vardır, bu değişkenler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo1). Bulguları daha kolay dile getirmek için bu değişkenler ile ölüm kaygısı, geçmişte ÇAAB ve YAA arasındaki ilişki incelenirken değişkenler

tablodaki gibi sınıflandırılmıştır. Araştırmanın esas amacı olan ölüm kaygısı, ÇAAB, YAA, PB şiddeti ve hastalığın başlangıç yaşı arasındaki ilişkilere dair analizler bulgularımızın son kısmında verilmiştir.

Tablo 1:Ölüm Kaygısı, Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesini Etkileyebilecek Değişkenler

Ölüm Kaygısını, Çocukluk Ayrılma Anksiyetesini ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesini Etkileyebilecek Değişkenler	**Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Değişkenler**
• Cinsiyet • Yaş • Hastalığın Başlangıç Yaşı	• Medeni durum • Eğitim Durumu • Çalışma Durumu • Gelir Düzeyi • Çocuk Sahibi Olma • Kardeşinin Olması • Fiziksel/Tıbbi Hastalık Komorbiditesi • Birinci derece akrabalarda ölüm riski taşıyan hastalık • Geçmişte yaşamı tehlikeye sokan olay varlığı • Aile ya da çevreden birinin ani/beklenmedik ölümüyle karşılaşma • Ölüme tanıklık • Mesleği nedeniyle ölüme tanıklık • Mesleği nedeniyle ölüm riskinin olması • Ahiret inancı • Dindarlık derecesi

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Medeni Durum ve Cinsiyete Göre Özellikler		**Bekar**	**Evli**	**Dul**	**Boşanmış**	
	Kadın	16 %27.6	36 %62.1	3 %5.2	3 %5.2	
	Erkek	16 %34.8	27 %58.7	2 %4.3	1 %2.2	
	Toplam	32 %30.8	63 %60.6	5 %4.8	4 %3.8	
Eğitim Düzeyi Ve Cinsiyete Göre Özellikler		**İlkokul**	**İlköğretim**	**Lise**	**Üniversite ve Üstü**	
	Kadın	25 %43.1	7 %12.1	10 %17.2	16 %27.6	
	Erkek	12 %26.1	10 %21.7	13 %28.3	11 %23.9	
	Toplam	37 %35.6	17 %16.3	23 %22.1	27 %26	
Algılanan Ekonomik Durum ve Cinsiyete Göre Özellikler		**Alt**	**Orta**		**İyi**	
	Kadın	10 %17.2	36 %62.1		12 20.7	
	Erkek	12 %26.1	24 %52.2		10 %21.7	
	Toplam	22 %21.2	60 %57.7		22 %21.2	
Çalışma Durumu ve Cinsiyete Göre Özellikler		**İşsiz**	**Ev Hanımı**	**İşçi**	**Memur**	**İşveren**
	Kadın	13 %22.4	30 %51.7	8 %13.8	4 %6.9	3 %5.2
	Erkek	9 %19.6	0 %0	27 %58.7	4 %8.7	6 %13.0
	Toplam	22 %21,2	30 %28.8	35 %33.7	8 %7.7	9 %8.7

Çalışmamızda 18 yaşından büyük, dışlama ve içerme kriterlerine uyan, PB tanılı 104 değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 36.5±10.09'dur. Hastaların %55.7'si (n=58) kadın, %44.3'ü (n=46) erkektir. Medeni durumları ise %60.6(n=63) evli, %30.8(n=32) bekar, %4,8(n=5) boşanmış, %3,8(n=4) duldur. Eğitim durumu ise %35,6(n=37) ilkokul, %16,3 (n=17)ilköğretim, %22.1(n=23) lise , %26si (n=27) üniversite ve üstü okullardan mezun olmuştur (Tablo 2).

4.2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Hastaların %34.6 sında ek fiziksel-tıbbi hastalık bulunmaktadır. Ek anksiyete bozukluğu olarak %39.4'ünde (n=41) agorafobi, %32.2'sinde (n=34) sağlık anksiyetesi bulunmaktadır. Aile öyküsü incelendiğinde %38.5'te (n=40) birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluğu olduğu, anksiyete bozukluklarının da % 63'ünü (n=25) PB oluşturmaktadır. Aile öyküsünde fiziksel hastalık birinci derece akrabalarda %69.2 (n=72)dir. Panik ataklar daha çok %61.5(n=64) oranında günün akşam-gece saatlerinde meydana gelmektedir. %6.7(n=7) yaşamı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur.

4.3. ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ VE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ DEVAMLILIĞI

Tablo 3: Panik Bozukluğu Hastalarında Ayrılma Anksiyetesi Devamlılığı

Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşmeye Göre Tanı	**Kişi sayısı(%Yüzde)**
ÇAA(-) ve YAA(-)	29(%27.9)
ÇAA(-) ve YAA(+)	28(%26.9)
ÇAA(+) ve YAA(-)	8(%7.7)
ÇAA(+) ve YAA(+)	39(%37.5)
Toplam	**104(%100)**

ÇAA(-): Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Yok; YAA(-): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok;
ÇAA(+): Çocukluk Ayrılma Anksiytesi Var; YAA(+): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var

Yarı yapılandırılmış Klinik Görüşme sonucuna göre hastaların %27.9'u (n=29) çocuklukta ve yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tanısı almamıştır. %45.2 (n=47) çocuklukta ayrılma anksiyetesi mevcutken, %64.4 (n=67) yetişkinlik ayrılma anksiyetesi tanısı almıştır. Bu sonuç bize çocuklukta ayrılma anksiyetesi tanısı almış bazı hastaların yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi devam ederken bazı hastaların ise ilk kez yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tanısı aldığını hatta bir grup hastanın ise çocuklukta ayrılma anksiyetesi tanısının yetişkinlikte devam etmediğini göstermektedir. Bu bakış açısından hastalığın devamlılığı açısından incelendiğinde ise hastaların %37.5'u (n=39) hem çocuklukta ayrılma anksiyetesi tanısı almış hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tanısı almıştır, çocuklukta var olan ayrılma anksiyetesi tanısı yetişkinlikte de devam etmiştir. Buna rağmen %26,9 (n=28) oranında hasta çocuklukta ayrılma tanısı olmaksızın yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi ortaya çıkmıştır. Diğer bir yandan da %7.7(n=8) hastada çocuklukta ayrılma anksiyete tanısı varken yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tanısı almamıştır (Tablo3).

4.4. PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA ÖLÜM KAYGISI

ÖKÖ kullanılarak hastalarda ölüm kaygısı toplam puan ortalama 71.37 bulunmuştur (min=33 max=102). Sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

4.5. ÖLÜM KAYGISINI ETKİLEYEBİLECEK DEĞİŞKENLER

4.5.1. Medeni Durum

Medeni duruma göre evli ve bekar olanlar arasında ÖKÖ toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Bekarlar ve evliler arasında iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır.Levene testi için anlamlılık değeri .21, $p>.05$ bulunmuştur.

Bekarlar (ortalama=68.4±11.34) ve evliler (ortalama=72.24±13.04) arasında elde edilen puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4).

4.5.2. Çocuk Sahibi Olma

Çocuk sahibi olanlarla olmayanlar arasında ÖKÖ toplam paunlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Çocuğu olanlar ve olmayanlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .63, p>.05 bulunmuştur.

Yapılan testin sonuçlarına göre çocuğu olanlar (ortalama=72.80±12,57) ve çocuğu olmayanlar (ortalama=68.87±12.70) arasında elde edilen puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo4).

4.5.3. Fiziksel/Tıbbi Hastalık Komorbiditesi

PB'ye ek fiziksel ya da tıbbi hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında ÖKÖ toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Çocuğu olanlar ve olmayanlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .56, p>.05 bulunmuştur.

PB'ye ek fiziksel ya da tıbbi hastalığı olanlar (ortalama=73.22±12.35) ve PB'ye ek fiziksel ya da tıbbi hastalığı olmayanlar (ortalama=70.38±12.86) arasında elde edilen puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo4).

Tablo 4:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Çocuk Sahibi Olma, Geçmişte Hayati Tehlike Atlatma, Ani Beklenmedik Ölümle Karşılaşma, Ölüme Tanıklık, Var Olan Fiziksel-Tıbbi Hastalık Komorbiditesi ve Medeni Durum Değişkenlerinde ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Bağımsız Örneklemler T-testi Sonuçları

	Kategori	Kişi sayısı	ortalama	SS	t	p
Çocuğuk Sahibi Olma	Var Yok	66 38	72.80 68.87	12.57 12.70	1.53	.12
Geçmişte Hayati Tehlike	Var Yok	32 72	72.16 71.01	14.23 12.05	.42	.67
Ani-Beklenmedik Ölüm	Var yok	55 49	74.42 67.94	13.48 10.92	2.67	**.01***
Ölüme Tanıklık	Var Yok	54 50	71.30 71.44	14.06 11.20	-.05	.95
Fiziksel-Tıbbi Hastalık	Olanlar Olmayanlar	36 68	73,22 70.38	12,35 12,86	1.08	.28
Medeni Durum	bekar evli	32 63	68.41 72.24	11.34 13.04	-1.41	.16

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği; Ani-Beklenmedik Ölüm: Ani-Beklenmedik Ölümle Karşılaşma;Fiziksel Tıbbi Hastalık: Fiziksel Tıbbi Hastalık Komorbiditesi; SS:standart sapma

*P<.05

Tablo 5:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Kardeş Sahibi Olma, Mesleği Nedeniyle Ölüme Tanık Olma, Ölüm Riski Taşıyan Bir Meslekte Çalışma, Birinci Derecece Akrabalarda Ölüm Riski Taşıyan Hastalık Olması, Ahiret İnancının Olması Değişkenlerinde ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Kategori	Kişi sayısı	Sıra ortalaması	u	median	p
+Kardeşinin Olması	Var Yok	102 2	52.71 41.75	5376.50 83.50	72.00 64.50	.62
+Mesleği Nedeniyle Ölüme Tanık Olması	Evet Hayır	13 91	53.81 52.31	699.50 4760.50	75.00 72.00	.86
+Ölüm Riski Olan Mesleğinin Olması	Evet Hayır	11 93	59.41 51.68	653.50 4806.50	72.00 72.00	.42
+Birinci Derece Akrabada Ölüm Riski Taşıyan Hastalık	Var Yok	21 83	56.05 51.60	1177.00 4283.00	72.00 72.00	.54
+Ahiret inancı	Olanlar Olmayanlar	77 22	54.05 35.84	4161.50 788.50	75.00 61.50	**.01***

+Mann-Whitney U Testi, ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği
*P<.05

4.5.4. Eğitim Durumu

Anova testi yapabilmek için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Eğitim seviyesi olarak ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üstü olmak üzere 4 grubun ölüm kaygısı seviyelerinde anlamlı bir farkın olmadığını ortaya koymuştur (Gp1; n=37 :ilkokul mezunu, Gp2; n=17:ilköğretim mezunu, Gp3; n=23:lise mezunu, Gp4; n=27:üniversite ve üstü okullardan mezun), $X^2(3,n=104)= 7.37$, p=.06.

4.5.5. Çalışma Durumu

Anova testi yapabilmek için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis Testi, çalışma durumu olarak işsiz, ev hanımı, işçi, memur, işveren olarak 5 grubun ölüm kaygısı toplam puanları anlamlı bir farkın olmadığını ortaya koymuştur (Gp1; n=22:işsiz, Gp2; n=30:ev hanımı, Gp3; n=işçi, Gp4; n=8: memur, Gp5; n=9: işveren), X^2 (4,n=104)=8.94, p=.06.

4.5.6. Kardeş Sahibi Olma

Mann-Whitney U testi sonuçları, kardeşi olanlar (sıra ortalaması:52.71, median=64.50, n=102) ve kardeşi olmayanlar (sıra ortalaması:41.75, median=64.50, n=2) arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur, u=80.500, z=-.506, p.62, r=.04 (Tablo5).

4.5.7. Birinci Derece Akrabalarda Ölüm Riski Taşıyan Hastalık

Bağımsız örneklemler t-testi için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Testin sonuçları, birinci derece akrabalarında ölüm riski taşıyan hastalık olanlar (sıra ortalaması:56.05, median=72.00, n=21) ve birinci derece akrabalarında ölüm riski taşıyan hastalık olmayanlar (sıra ortalaması:51.60, median=72.00, n=83) arasında ölüm kaygısı skorları açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur, u=797.000, z=-.604, p.54, r=.06 (Tablo5).

4.5.8. Geçmişte Yaşamı Tehlikeye Sokan Olay Varlığı

Geçmişte hayati durumu tehlikeye sokan bir yaşantısı olanlarla olmayanlar arasında ÖKÖ toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Çocuğu olanlar ve olmayanlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .21, p>.05 bulunmuştur.

Yapılan testin sonuçlarına göre geçmişte hayati durumu tehlikeye sokan yaşantısı olanlar (M=72.16±14.23) ve olmayanlar (M=71.01±12.05) elde edilen puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo4).

4.5.9. Aile ya da Çevreden Ani/Beklenmedik Ölümle Karşılaşma

Ailesinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümüyle karşılaşanlar ve karşılaşmayanlar arasında ÖKÖ skorlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Ailesinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümüyle karşılaşanlar ve karşılaşmayanlar olarak iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .21, p>.05 bulunmuştur.

Ailesinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümüyle karşılaşanlar (ortalama=74.42±13.48) ve karşılaşmayanlar (ortalama=67.9±10.92) arasında elde edilen puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo4). Ortalamaların arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark=6.47, %95 Güven aralığı:1.67'den 11.28'ye orta düzeyde etki büyüklüğündedir (eta kare:.06).

Bu analizlere göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde ailesinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümüyle karşılaşanlar ÖKÖ toplam puanları karşılaşmayanlara göre yüksek çıkmıştır

4.5.10. Ölüme Tanıklık

Yaşamı boyunca ölüme tanık olanlar ve olmayanlar arasında ÖKÖ skorlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Yaşamı boyunca ölüme tanık olanlar ve olmayan bireylerden oluşan iki gruptan elde edilen verilerin

varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .10, p>.05 bulunmuştur.

Yaşamı boyunca ölüme tanık olanlar (ortalama=71.30±14.06) ve ölüme tanık olmayanlar (ortalama=71.44±11.20) arasında elde edilen puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo4).

4.5.11. Mesleği Nedeniyle Ölüme Tanıklık

Bağımsız örneklemler t-testi için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Testin sonuçları, mesleği nedeniyle ölüme tanık olanlar (sıra ortalaması:53.81, median=75.00, n=13) ve mesleği nedeniyle ölüme tanık olmayanlar (sıra ortalaması:52.31, median=72.00, n=91) arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur, U=574.500, z=-.167, p.86, r=.02 (Tablo5).

4.5.12. Mesleği Nedeniyle Ölüm Riskinin Olması

Bağımsız örneklemler t-testi için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Testin sonuçları, çalıştığı işte ölüm riski olanlar(sıra ortalaması:59.41, median=72.00, n=11) ve çalıştığı işte ölüm riski olmayanlar (sıra ortalaması:51.68, median=72.00, n=93) arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur, U=435.500, z=-.804, p=.42, r=.08 (Tablo5).

4.5.13. Ahiret İnancı

Bağımsız örneklemler t-testi için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Testin sonuçları, ölümden sonra yaşama inanlar (sıra ortalaması:54.05, median= 75.00, n=77) ve ölümden sonra yaşama inanmayanlar (sıra ortalaması:35.84, median=61.50, n=22) arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur, u=535.500, z=-2.625, p=.01, r=.26 (Tablo5).

Bu analizlerin ışığında ölümden sonra yaşama inanlarda yani ahiret inancı olanlarda ölüm kaygısı toplam puanları daha yüksektir.

4.5.14. Dindarlık Derecesi

PB tanılı hastalarda dindarlık derecesi ile ÖKÖ toplam puanları arasındaki ilişki pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre dindarlık derecesi ile ölüm kaygısı toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir, r=.164, n=104, p=.09, p>.05 olduğu görülmüştür.

4.5.15. Algılanan Gelir Düzeyi

Tablo 6: Algılanan Gelir Düzeyi (Alt, Orta ve İyi Olarak Tanımlanan 3 grubun) ÖKÖ Toplam Puanlarını Karşılaştıran Anova Testi Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	**Kareler Toplamı**	**SD**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**P**
ÖKÖ	Gruplararası Grup içi Toplam	30.109 16598.01 16628.12	2 101 103	15.055 164.337	.92	.91

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği
*P<.05

ÖKÖ ile ölçüldüğü biçimiyle, gelir düzeyinin, ölüm kaygısı üzerindeki etkisini incelemek için tek faktörlü gruplar arası varyans analizi yürütülmüştür. Katılımcılar gelir düzeylerine göre üç gruba ayrılmıştır (Grup 1: Alt, Grup2: orta, Grup3: iyi). Varyansın homojenliği için yapılan Levene testinde, p=.55 bulunmuştur.

Üç grup için Templer ÖKÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo6).

4.5.16. Yaş

Hastaların yaşı ile ÖKÖ toplam puanları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre hastaların şu anki yaşı ile ölüm kaygısı toplam puanları arasında herhangi bir korelasyon tespit edilememiştir, r=.067, n=104, p>.05 olduğu görülmüştür (Tablo8).

Bu sonuçlara göre hastanın yaşı ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4.5.17. Agorafobi

PBŞÖ'nin agorafobinin şiddetini sorgulayan 4.sorusu (PBŞÖ-4) ve ÖKÖ toplam puanları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizlere göre PBŞÖ-4 toplam puanları ile ÖKÖ arasında pozitif bir korelasyon, r=.275, p:.005, n=104, p<.01 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre ölüm kaygısı toplam puanları ile agorafobik korku-kaçınma birbiriyle ilişkilidir (Tablo8).

DSM-5 e göre tanı konularak agorafobisi olanlar ve olmayanlar arasında ÖKÖ toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. agorafobisi olan ve olmayanlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır.Levene testi için anlamlılık değeri .27, p>.05 bulunmuştur.

Agorafobisi olanlarda (ortalama=76.12±11.20) ve agorafobisi olmayanlardan (M=68.27±12.75) elde edilen puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Agorafobisi olanlarda ölüm kaygısı skorları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

4.6. ÖLÜM KAYGISI VE AYRILMA ANKSİYETESİNİ ETKİLEYEBİLECEK DEĞİŞKENLER

4.6.1. Cinsiyet

4.6.1.1. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı

Erkekler ve kadınlarda Templer Ölüm Kaygısı toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Erkek ve kadınlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .83, p>.05 bulunmuştur.

Yapılan testin sonuçlarına göre kadınlar(M=73.72±12.41) ve erkeklerden (M=68.39±12.57) elde edilen puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo7).

Ortalamaların arasındaki farkların büyüklüğü (orttalama fark=5.33,%95 Güven aralığı:.44 den 10.22ye küçük etki büyüklüğündedir (eta kare:.04).

Bu analizlere göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde kadınlarda ölüm kaygısı toplam puanları erkeklerden yüksek çıkmıştır.

Tablo 7: Cinsiyete Göre ÖKÖ, AABE, YAAA Toplam Puanlarını Karşılaştıran Bağımsız Örneklemler T-testi Sonuçları

	Cinsiyet	**Kişi sayısı**	**Ortalama**	**±SS**	**t**	**p**
ÖKÖ	Kadın Erkek	58 46	73,72 68,39	12,41 12,57	2.16	**.03***
AABE	Kadın Erkek	58 46	15,33 11,02	9,25 6,92	2,62	**.01***
YAAA	Kadın Erkek	58 46	38,10 32,02	16,07 13,40	2,05	**.04***

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği; AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri; YAAA:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, SS: Standart Sapma
*p<.05

4.6.1.2. Cinsiyet ve Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi

Erkekler ve kadınlarda AABE skorlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Erkek ve kadınlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .006, $p<.05$ bulunmuştur.

Yapılan testin sonuçlarına göre kadınlar(M=15.33±9.25) ve erkeklerden (M=11,02±6,92) elde edilen puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır (Tablo7). Ortalamaların arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark=4.30, %95 Güven aralığı:1.15'den 7.45 ye orta düzeyde etki büyüklüğündedir (eta kare:06).

Bu analizlere göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde kadınlarda AABE toplam puanları erkeklerden yüksek çıkmıştır.

4.6.1.3. Cinsiyet ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

Erkekler ve kadınlarda YAAA toplam puanlarını kıyaslamak için bağımsız örneklemler t-testi yürütülmüştür. Erkek ve kadınlardan oluşan iki gruptan elde edilen verilerin varyanslarının aynı olup olmadığını test etmek için Levene testi yapılmıştır. Levene testi için anlamlılık değeri .38, $p>.05$ bulunmuştur.

Yapılan testin sonuçlarına göre kadınlar(M=38.10±16.07) ve erkeklerden (M=32.02±13.40) elde edilen puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır (Tablo7). Ortalamaların arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark=6.08, %95 Güven aralığı:.22 den 11.93 ye orta düzeyde etki büyüklüğündedir (eta kare:.03).

Bu analizlere göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde kadınlarda YAAA toplam puanları erkeklerden yüksek çıkmıştır.

4.6.2. Hastalığın Başlangıç Yaşı

4.6.2.1. Ölüm Kaygısı ve Hastalığın Başlangıç Yaşı

PB'de ilk panik atağın gerçekleştiği, hastalardan alınan bilgiye göre belirlenen hastalığın başlangıç yaşı ile ÖKÖ toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre başlangıç yaşı ile ölüm kaygısı toplam skorları arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon değildir, r=-.036, n=104, p>.05 olduğu görülmüştür. ÖKÖ'nün alt boyutlarına bakıldığında da başlangıç yaşı ile ÖKÖ-Bilişsel Duygusal Boyut, ÖKÖ-Hastalık Ağrı Boyutu, ÖKÖ-Fiziksel Değişimler Boyutu ve ÖKÖ-Zamanın Geçmesi Boyutu ile PB'nin başlangıç yaşı ile istatiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo8).

4.6.2.2. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ile Hastalığın Başlangıç Yaşı

PB tanısı alan hastalarda ilk panik atağın gerçekleştiği, hastalardan alınan bilgiye göre belirlenen hastalığın başlangıç yaşı ile AABE toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre hastalığın başlangıç yaşı ile AABE toplam skorları arasında negatif bir korelasyon, r=-.198, p:.047, n=101, p<.05, olduğu görülmüştür(Tablo 8). Başlangıç yaşı küçüldükçe, AABE toplam puanları artmaktadır.

Alt ölçekler olan AABE ayrılma anksiyetesi, AABE Aile Üyelerinden Uzak Kalamama ve AABE Okul Fobisi boyutları değerlendirildiğinde; hastalığın başlangıç yaşı ile aile üyelerinden uzak kalamama boyutu arasındaki negatif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iken (r=-.205, n=104, p<.05); başlangıç yaşı ile okul fobisi (r= -.88, n=104, p>.05) ve aile üyelerinden uzak kalamama boyutu (r=-.114, n=103, p>.05) arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 8: Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı, ÖKÖ, AABE, YAAA, PBŞÖ, PBŞÖ-4 Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1.Yaş	1						
2.Hastalığın Başlangıç Yaşı	.751**	1					
3.ÖKÖ	.067	-.036	1				
4.AABE	-.182	-.205*	.289**	1			
5.YAAA	-157	-.239*	.286**	.642**	1		
6.PBŞÖ	-.074	-.033	.307**	.316**	.460**	1	
7.PBŞÖ-4	-.108	-.163	.275**	.319**	.371**	.768**	1

ÖKÖ:Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, AABE:Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri YAAA:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi PBŞÖ:Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği PBŞÖ: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği Agorafobi Şiddetini Ölçen 4.soru

*P<.05 **p<.01

4.6.2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ile Hastalığın Başlangıç Yaşı

PB tanısı alan hastalarda ilk panik atağın gerçekleştiği, hastalardan alınan bilgiye göre belirlenen hastalığın başlangıç yaşı ile YAAA toplam puanları pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre hastalığın başlangıç yaşı ile YAAA toplam puanları arasında zayıf ve negatif bir korelasyon, r=-.239, p=.014, n=104, p<.05 olduğu görülmüştür (Tablo8).

Bu sonuçlara göre erken yaşta başlayan PB, yüksek YAAA toplam puanları ile ilişkilidir.

4.6.3. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki

ÖKÖ, AABE, YAAA ölçekleri toplam puanları ve alt boyutlarının toplam puanları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Normallik, doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımları, yapılan ön analizlerle kontrol edilmiştir. Yapılan analizlere göre çocukluk ayrılık anksiyetesini ölçen AABE ile Ölüm Kaygısını ölçen ÖKÖ arasında güçlü ve pozitif bir korelasyon, r=.289 , p=.003, n=104, p<.01, olmakla beraber YAA' yı değerlendiren YAAA ile ÖKÖ arasında da zayıf ve pozitif yönde bir korelasyon, r=.286, p=.003, n=104, p<.01 olduğu da görülmüştür (Tablo8).

Bu sonuçlara göre çocuklukta ayrılma anksiyetesi ve yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi toplam puanları yükseldikçe ölüm kaygısı toplam puanları yükselmektedir. Ölüm kaygısı toplam puanlarının yordanmasında hangisinin etkili olduğunu anlamak için regresyon analizi yapılmıştır

4.6.4. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesinin Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Olarak Devamlılığına Göre Ölüm Kaygısı

Anova testi yapabilmek için gerekli ön koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis Testi, çocuklukta ayrılma anksiyetesi ve yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olmayanlar, çocuklukta ayrılma anksiyetesi olmayıp yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi ortaya çıkanlar, çocuklukta ayrılma anksiyetesi olanlar fakat yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olmayanlar ve çocuklukta ayrılma anksiyetesi olup yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi devam edenler olmak üzere 4 grubun arasında (Tablo9) ölüm kaygısı toplam puanlarında anlamlı bir farkın olduğu ortaya çıkmıştır (Gp1:ÇAA- ve YAA-; n=29 :hem çocuklukta hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olmayanlar, Gp2ÇAA- YAA+; n=28:çocuklukta ayrılma anksiyetesi olmayıp yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi ortaya çıkanlar, Gp3:ÇAA+YAA-; n=8:çocuklukta ayrılma anksiyetesi olup yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olmayanlar, Gp4:ÇAA+YAA+; n=39:hem çocuklukta hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olanlar, X^2 (3,n=104)=12,44, p=.006.

Tablo 9:Çocukluk Ayrılma Anksiyetesinin Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Olarak Devamlılığına Gruplar

Gruplar	Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşmeye Göre Tanı	Kişi sayısı(% yüzde)
Gp1	ÇAA(-) ve YAA(-)	29(%27.9)
Gp2	ÇAA(-) ve YAA(+)	28(%26.9)
Gp3	ÇAA(+) ve YAA(-)	8(%7.7)
Gp4	ÇAA(+) ve YAA(+)	39(%37.5)

ÇAA(-): Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Yok; YAA(-): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok;
ÇAA(+): Çocukluk Ayrılma Anksiytesi Var; YAA(+): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var
Gp1:Grup1; Gp:Grup2; Gp:Grup3; Gp4: Grup 4

Farkın hangi grupta olduğunu belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır. 4 grubun 2 li karşılaştırmalarında toplam 6 test yapılmıştır. Testin sonuçları, Gp1: ÇAA- ve YAA-; çocuklukta ve yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olmayanlarda (sıra ortalaması:25.33, n=29) ve Gp4:ÇAA+YAA+; hem çocuklukta hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi olanlar (sıra ortalaması:41.32, n=39) arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur, u=299.500, z=-3.301, p=.001, r=.32 (Tablo10).

Tablo 10: Ayrılma Anksiyetesinin Devamlılığına Göre Belirlenen Gruplarda ÖKÖ Toplam Puanlarını KArşılaştıran Mann-Whitney U Testi Sonuçları

		Kişi sayısı	**Sıra ortalaması**	**Sıra toplamı**	**u**	**p**
Gp1	ÇAA-ve YAA-	29	25.14	729.00	294.00	.073
Gp2	ÇAA- ve YAA+	28	33.00	924.00		
Gp1	ÇAA-ve YAA-	29	17.36	503.500	68.50	.079
Gp3	ÇAA+ ve YAA-	8	24.94	199.50		
Gp1	ÇAA-ve YAA-	29	25.33	734.50	299.50	**.001****
Gp4	ÇAA+ ve YAA+	39	41.32	1611.50		
Gp2	ÇAA- ve YAA+	28	18.02	504.50	98.50	.607
Gp3	ÇAA+ ve YAA-	8	20.19	161.50		
Gp2	ÇAA- ve YAA+	28	29.98	811.50	405.50	.740
Gp4	ÇAA+ ve YAA+	39	37.60	1466.50		
Gp3	ÇAA+ ve YAA-	8	20.31	162.50		
Gp4	ÇAA+ ve YAA+	39	24.76	965.50	126.50	.403

Gp1:Grup1; Gp:Grup2; Gp:Grup3; Gp4: Grup 4
ÇAA: Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi;YAA:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi
ÇAA(-): Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Yok; YAA(-): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok;
ÇAA(+): Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Var; YAA(+): Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var
*P<.05 **P<.01

Diğer grupların karşılaştırmalarında(Gp1 ve Gp2, Gp1 ve Gp3, Gp2 ve Gp3, Gp2 ve Gp4, Gp3 ve Gp4) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo10).

Tablo 11:Ölüm Kaygısını Etkileyebilecek Değişkenlerin ÖKÖ Toplam Puanları ile İlişkisini Gösteren Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1.ÖKÖ	1									
2.YAA	.286**	1								
3.AABE	.289**	.642**	1							
4.Agorafobi	.303**	.306**	.286**	1						
5.Sağlık Anks.	.187	.011	.001	.193*	1					
6.Cinsiyet	.209*	.200*	.252**	.164	-.081	1				
7.Medeni Dur.	.086	-.055	.056	.007	.017	.034	1			
8.Yaş	.067	-.157	-.182	-.067	-.056	-.068	.367**	1		
9.Ahiret İn.	.197*	.044	.032	-.106	.179	-.174	.016	-.011	1	
10.Ani Ö.K.	.256**	.054	.036	.013	.042	.168	.145	.244*	-.076	1

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği; YAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi; AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri;
Agorafobi yok(0), var(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır; Sağlık Anks.:Sağlık Anksiyetesi yok(0), var(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır;Cinsiyet erkek(0),kadın(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır; Medeni Dur.:Medeni Durum bekar(0), evli(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır; Ahiret İn:Ahiret inancı yok(0), var(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır; Ani Ö.K.:Ani Beklenmedik Ölümle Karşılaşma yok(0), var(1) olarak (dummy code) kodlanmıştır.
*p<.05 **p<.01

4.7. ÖLÜM KAYGISINI YORDAYICI DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Yukarda yapılan karşılaştırmaların ışığında ÖKÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olan YAAA, AABE, ölümden sonra yaşama inanma, ani beklenmedik ölümle karşılaşma, medeni durum, agorafobinin varlığı değişkenleri ile literatür bilgisine dayanarak yaş ve sağlık anksiyetesinin olup olmaması değişkenlerinin ÖKÖ toplam puanlarını yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla değişkenlerden ÖKÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak, YAAA, AABE puanları, ahiret inancı, ani beklenmedik ölümle karşılaşma, cinsiyet ve agorafobi olup olmaması kategorileri de bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmadan önce öncül analizler normallik, doğrusallık, çoklu ortak doğrusallık ve eş varyanslık varsayımlarının ihmal edilmediğini görmek için yürütülmüştür.

Kategorik değişkenler var (1) ya da yok (0) olarak *dummy code* kodlanmıştır. ÖKÖ toplam puanı ile ikili korelasyonları incelendiğinde YAAA (r=.286)1, AABE(r=.289); Agorafobi olup olmaması: Yok (0), Var (1) (r=.303); cinsiyet: erkek (0), kadın (1) (r=.209), ahiret inancının olup olmaması: yok(0), Var(1) (r=.197); ani-beklenmedik ölümle karşılaşma:Yok(0), Var(1) (r=.256) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyona sahip oldukları görülmüştür, $p<.05$. .Diğer bir yandan sağlık anksiyetesi olup olmaması: Yok (0), Var (1) (r=.187); medeni durum: bekar(0), evli(1) (r=.086) ve yaş (r=.067) anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo11).

ÖKÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon tespit edilen YAAA, AABE toplam puanları, ahiret inancı, ani beklenmedik ölümle karşılaşma, cinsiyet ve agorafobi olup olmaması kategorileri de bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bu model ÖKÖ toplam puanın varyansının %27.2 'sini açıklamaktadır (R^2=.272).İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon bulunan tüm bağımsız değişkenler eşitliğe dahil edildiğinde bu değişkenlerin ÖKÖ ölçeği toplam puanı ile ilişkisinin anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir [$F(6,97)= 6.047, p<.05$]. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden ahiret inancının olmasının(β=.257, p=.005) Templer ÖKÖ toplam

puanını pozitif yönde anlamlı düzeyde yordayan birinci değişken olduğu saptanmıştır. Modelde ÖKÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordayan diğer değişkenler yordama sırasına göre; beklenmedik ani ölümle karşılaşma(β=.242, p=.007), agorafobi olması(β=.247, p=.009) pozitif yönde ÖKÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Diğer değişkenler olan YAAA (β=.089, p=.442), AABE(β=.113, p=.331), cinsiyet(β=.127, p=.174) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katkı sağlamamaktadır (Tablo12).

Tablo 12:ÖKÖ Toplam Puanlarının YAAA, AABE Toplam Puanları ve Ahiret İnancı, Ani-Beklenmedik Ölümle Karşılaşma, Cinsiyet, Agorafobi Olup Olmaması Kategorileri ile İlişkisini Gösteren Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	***β***	***t***	***p***	**İkili *r***	**Kısmi *r***
YAAA	.07	.089	.77	.442	.286	.078
AABE	.16	.113	.11	.331	.289	.099
Agorafobi	6.40	.247	2.67	**.009****	.303	.262
Cinsiyet	3.23	.127	1.37	.174	.209	.138
Ani- Beklenmedik Ölüm	6.13	.242	2.75	**.007****	.256	.269
Ahiret İnancı	7.39	.257	2.88	**.005****	.197	.281

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği; YAAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi; AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri;
Ani- Beklenmedik Ölüm: Ani- Beklenmedik Ölümle Karşılaşma
R= .52 R^2= .272 R^2_{adj}= .227, F (6, 97)= 6.047, *p< .05 **P<.01

4.8. PANİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİ

PBŞÖ skorları ve ÖKÖ skorları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizlere göre PBŞÖ skorları ile ÖKÖ arasında pozitif bir korelasyon, r=.307, p:.00, n=104, p<.01 olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlara göre ölüm kaygısı toplam puanları arttıkça ile PBŞÖ toplam puanları da artmaktadır.

4.8.1. Panik Bozukluğun Şiddetini Yordayan Değişkenler

Katılımcılara uygulanan YAAA, AABE, ÖKÖ toplam puanları,yaş ve klinik görüşmeye ve hastanın bilgi toplama formunda doldurduğu verilere dayanarak belirlenen PB'nin şiddetini etkileyebileceği düşünülen agorafobi olup olmaması ve cinsiyet kategorik değişkenlerinin yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla değişkenlerden PBŞÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak; YAAA, AABE puanları, yaş sağlık anksiyetesi, cinsiyet ve agorafobi olup olmaması kategorileri de bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmadan önce öncül analizler normallik, doğrusallık, çoklu ortak doğrusallık ve eş varyanslık varsayımlarının ihmal edilmediğini görmek için yürütülmüştür. Kategorik değişkenler var (1) ya da yok (0) şeklinde *dummy code* olarak kodlanmıştır. PBŞÖ toplam puanı ile ikili korelasyonları incelendiğinde; YAA (r=.460), AABE (r=.316), ÖKÖ (r=307), agorafobinin olup olmaması: yok (0),var(1) (r=.678) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon tespit edilmiştir. PBŞÖ toplam puanı bağımlı değişkeni ile cinsiyet: erkek (0), kadın (1) (r=.081) ve yaş (r=-.074) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir, bu nedenle regresyon analizinin dışında tutulmuştur.

PBŞÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon tespit edilen YAAA, AABE, ÖKÖ puanları bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. PBŞÖ-4.sorusunun agorafobinin şiddetini sorguladığından ve benzer parametreleri ölçmesinden kaynaklı agorafobinin olup olmaması kategorisiyle yüksek korelasyon gösterdiğinden agorafobinin olup olmaması bağımsız değişken olarak regresyon analizinin dışında tutulmuştur.

PBŞÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon tespit edilen YAAA, AABE, ÖKÖ puanları bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bu model PBŞÖ toplam puanın varyansının %24.5 'sini açıklamaktadır (R^2=.245),bu modelde değişkenlerin PBŞÖ ölçeği toplam puanı ile ilişkisinin anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir [F(3,100)= 10.834,p<.01]. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden YAAA toplam puanı

(β=.405, p=.001) PBŞÖ toplam puanını pozitif yönde anlamlı düzeyde yordayan birinci değişken olduğu saptanmıştır. Modelde PBŞÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordayan diğer değişken ise ÖKÖ(β=.190, p=.040)dir, pozitif yönde PBŞÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Diğer değişken olan AABE (β=.002, p=.989) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katkı sağlamamaktadır (Tablo13).

Tablo 13:PBŞÖ toplam puanının YAAA, AABE, ÖKÖ Toplam Puanları ile İlişkisini Gösteren Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	***β***	***t***	***p***	**İkili *r***	**Kısmi *r***
YAA	.139	.405	3.54	**.001****	.460	.334
AABE	.001	.002	.014	.989	.139	.001
ÖKÖ	.078	.190	2.08	**.040***	.307	.204

PBŞÖ: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği; YAAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi; AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri;

ÖKÖ: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

R= .49 R^2= . 245 R^2_{adj}= .223, F (3, 100)= 10.834, *p<.05 **P<.01

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda PB ile ÇAAB, YAA ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ölüm kaygısının PB'de ÇAAB'nin ya da YAA'nın bir başka görüngüsü mü olduğu yoksa bağımsız bir görüngü olarak mı hastalığın yapısında bulunduğu irdelenmiştir. Eğer ölüm kaygısı ayrılma anksiyetesinden ayrı bir görüngüyse ve PB şiddetini yordayabilecek bir gücü varsa terapi sürecinde ele alınması hastalığın sağaltımında etkisi olacağı düşünülmektedir ve bu açıdan transdiagnostik bir kavram olarak önem arz etmektedir. Bu bölümde araştırmamızın bulguları literatür ışığında tartışılmış ve kısıtlılıkları ele alınmıştır.

Bulgularımız gözden geçirildiğinde PBŞÖ toplam puanları ile geçmişte ÇAAB'yi değerlendiren AABE toplam puanları, YAA'yı değerlendiren YAAA toplam puanları ve ÖKÖ toplam puanlarının pozitif yönde korele olduğu bulunmuştur. PB şiddetini YAA 1. sırada yordarken, ölüm kaygısı 2. sırada yordamıştır, çocukluk ayrılma anksiyesini ölçen AABE ise PB şiddetini yordamamıştır.

Bu noktada yaşamdan ayrılmak anlamına gelen ölüme karşı duyulan ölüm kaygısının ayrılma anksiyetesinin bir türevi mi olduğu yoksa başlı başına ayrı bir görüngü olarak mı durduğu sorusu önem kazanmaktadır.

ÖKÖ toplam puanları ile YAAA toplam puanları, AABE toplam puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir. ÖKÖ toplam puanlarını ise ölümden sonra yaşam olmasına inanılması 1. derecede, geçmişte ani-beklenmedik ölümle karşılaşılması 2. derecede, agorafobi eş tanısının olması 3. derecede yordamıştır. Geçmişte olan ÇAAB'yi ölçen AABE ve YAA'yı ölçen YAAA toplam puanlarının ise yordayıcılığı tespit edilmemiştir. Ölüm kaygısı, ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir değişken olarak PB şiddetine etki etmektedir.

Bu çalışmada ölüm kaygısını etkileyebilecek olası değişkenler ele alınmış, kadınlarda erkeklere göre, yaşam olaylarından ani-beklenmedik ölümle karşılaşanlarda karşılaşmayanlara, ölümden sonra yaşamın olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre ve agorafobisi olanlarda olmayanlara göre ölüm kaygısı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ölüme tanık olmanın, mesleği nedeniyle ölüm riski taşıyan bir meslekte çalışmanın, dindarlık derecesinin, ailede birinci derece akrabalarda ölümcül hastalığı olanların ölüm kaygısı puanları açısından anlamlı bir fark yaratmadığı gözlenmiştir.

Bütün bu verilerin ışığında **birinci hipotezimizde** ölüm kaygısı toplam puanlarının arttıkça PB'nin şiddetiyle artacağı yönündeydi. Veriler bu hipotezimizi doğrulamıştır. PB şiddetini değerlendiren PBŞÖ toplam puanlarını, ölüm kaygısı YAA'dan sonra 2. derece yordamıştır. ÇAAB'yi değerlendiren AABE ise PB şiddetini yordamamıştır.

İkinci hipotezimiz PB tanısı almış hastalarda geçmişe dönük ÇAAB'yi ölçen AABE toplam puanları yüksek olanlarda ölüm kaygısı toplam puanının da yüksek çıkması beklenilmekteydi. Geçmişte ÇAAB olmasıyla yetişkinlikte ölüm kaygısı arasında bir ilişkisellik olduğu düşünülmüştü. Bu hipotezdeki temel neden ölüm kaygısının, ayrılma anksiyetesinin bir türevi olduğunu düşünülmesiydi, çocukluktaki ayrılma anksiyetesinin kendisini yetişkinlikte ölüm kaygısı olarak göstereceğini düşünülmekteydi. Verilerimiz gösteriyor ki her ne kadar geçmişte ÇAAB'yi ölçen AABE toplam puanları ile ölüm kaygısını ölçen ÖKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde korelasyon olsa da AABE toplam puanları ölüm kaygısı toplam puanlarını yordamamıştır. Ölüm kaygısı başlı başına ayrı bir fenomen olarak PB'de kendisini göstermektedir. Bu veriler her ne kadar birinci hipotezi çürütse de önemli olabilecek sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.

Üçüncü hipotezimiz PB tanılı hastalarda hastalığın başlangıç yaşı ile ölüm kaygısı ve ÇAAB arasında bir ilişki olacağı yönündeydi. ÇAAB olanlarda PB başlangıç yaşının daha erken olacağı ve ölüm kaygısı toplam puanlarının daha yüksek çıkacağı beklenmekteydi. Verilerin analizinden çıkan sonuçlar gösteriyor ki; ÇAAB olanlarda PB daha erken yaşta başlamaktadır. Fakat ölüm kaygısı toplam puanları açısından başlangıç yaşının erken olması arasında bir ilişki tespit

edilememiştir. Bu sonuç ÇAA ile ölüm kaygısının birbirinden ayrı fenomenler olduğu fikrini desteklemektedir. Diğer bir yandan literatürde ve kuramsal tartışmalarda ele alınan bir konu da daha geç başlayan PB'nin orta yaş ile beraber ölümle karşılaşmanın artmasından dolayı ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceğidir (7). Verilerimiz gösteriyor ki geç yaşta başlayan PB ile erken yaşta başlayan PB arasında ÖKÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Elde edilen verileri var olan bilgilerle karşılaştırmak için literatüre bakıldığında, PB ile ayrılma anksiyetesinin ilişkisini inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen PB 'de ölüm kaygısını ele alan çalışma bulunmamaktadır (1,3,83). PB'de ölüm kaygısı ile ayrılma anksiyetesinin ilişkisini birlikte ele alan ve doğrudan inceleyen çalışma olmadığı görülecektir. PB'de sadece ölüm kaygısını ele alan sınırlı sayıda vaka bildirimleri ve kanıta dayalı olmayan kuramsal bilgiler bulunmaktadır (83).

Randall PB tanısıyla takip ettiği hastasına ölüm kaygısı, özgürlük, yalnızlık, hayatın anlamı gibi kavramlara odaklanan 3 haftalık Varoluşçu Terapi uyguladığıbir vakasını yayınlamış, 3 hafta sonrasında hastada tam remisyon sağladığını bildirmiştir Randall PB tanısı alan hastalarda ölüm kaygısının belirgin biçimde hastalığı ortaya çıkaran ana olgu olduğunu savumuştur (80).

Ishiyama, anksiyete atakları sırasında ölüm korkusu yaşayan bir hastaya uygulanan anksiyetenin varoluşsal anlamına odaklı tek seans BDT sonrası (Morita terapi) başarılı bir şekilde anksiyete atakları sırasında ölüm korkusunun azalmasının sağlandığı bildirmiştir (152).

PB'de ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısını birlikte ve doğrudan inceleyen çalışma bulunmamasına rağmen, ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi ele alan sağlıklı gruplarla ve bu iki görüngünün başka psikopatolojilerle ilişkilerini inceleyen çalışmalar vardır (83).

Diğer psikiyatrik bozukluklarda ölüm kaygısını inceleyen çalışmalara bakıldığında eski tanı sisteminde yer aldığı şekliyle hipokondriyazis tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının değerlendirilmesinde ve tedavisinde ölüm kaygısının başlı başına bir yapıya sahip olduğu düşünülmektedir (1,64,74,76,81). Eski tanı

sistemlerinde yer aldığı şekliyle hipokondriyazis tanısı konmuş hastaların tedavisinde ölüm kaygısının terapisine yönelik BDT'nin hipokondriyazisin tedavisinde olumlu sonuçları olabileceği dile getirilmiştir. Randomize seçilmiş 39 yetişkin hipokondriyazis hastasına ölüm kaygısına yönelik BDT uygulanan grupla ve 4 ay bekleme listesinde yer alan kontrol grubu karşılaştırılmış, ölüm kaygısına yönelik BDT uygulanan grupta terapi sonrası kontrol grubuna göre ölüm kaygısının ve hipokondriyak semptomların azaldığı gözlenmiştir (64).

25 agorafobik ve 25 sağlıklı grubun alındığı bir çalışmada ayrılma anksiyetesine ve ölüm kaygısına bakılmıştır. Ölüm kaygısı ve ayrılma anksiyetesi agorafobik grupta pozitif korelasyon göstermiştir. Bu çalışmada, sevilen birinden ayrılmanın ölüm kaygısını artırdığı yorumu yapılmıştır. Ayrılma anksiyetesinin yaşantılanmasının ölüm kaygısı olarak kendisini gösterebileceği dile getirilmiştir (147).

Psikanalitik teoride ölüm kaygısı ayrılma-bireyselleşme çatışkısı ile ilişkilendirilmiş (149), Feifel ise psikanalitik teoriye karşı çıkarak ölüm kaygısının ayrılma anksiyetesi gibi durumlara sekonder ortaya çıkmadığını savunmuş, ölüm kaygısının ikincil semptomatolojinin oluşmasında merkezi itici bir güç olduğunu öne sürmüştür (150). Bununla birlikte her iki yaklaşımda kuramsal bir yorum olup herhangi kanıta dayalı bir çalışmanın sonucu değildir.

Julie ve arkadaşlarınca ayrılma ile ölüm kaygısını inceleyen 19-30 yaşları arasında değişen 70 üniversite öğrenciyle yapılan çalışmada ölüm kaygısı yordayabilecek inançsal yönelim (religious orientation), ayrılma-bireyselleşme çatışması (seperation-individuation conflict) ve suçluluk duygusunun iki boyutu olan telafi etme ve cezalandırıma korkusu (two dimension of guilt:reperation and fear of punishment) çoklu regresyon analiziyle ele alınmıştır. Cezalandırılma korkusunun ölüm kaygısını dışsal inançlılık (extrinsic religiousnes), telafi etme (reperation) ve ayrılma-bireyselleşme çatışkısına göre daha güçlü yordayan değişken olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar gençlerde ölüm kaygısının doğrudan ve baskın bir şekilde ayrılma-bireyselleşme çatışkısıyla ilişkisinin düşük olduğunu göstermiştir. Fakat diğer bir taraftan cezalandırılma korkusunu en güçlü yordayan değişkenin ayrılma-bireyselleşme çatışkısının olduğı da bulunmuştur. Yazarlara göre ayrılma-

bireyselleşme çatışkısı diğer değişkenlere göre zayıf bir yordayıcı olsa da dolaylı yoldan cezalandırılma korkusunu yordayarak ölüm kaygısına katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada ölüm kaygısının başlı başına bir görüngü olmadığı ayrılma anksiyetesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (151).

Caras 140 üniversite öğrencisinin katıldığı ölüm kaygısı, ayrılma anksiyetesi ve bağlanma özelliklerinin nitelikleri arasında korelasyonu ölçtüğü çalışmasında ölüm kaygısı ile ayrılma anksiyetesi arasında önemli bir ilişki olduğunu bildirmiştir (88). Bizim çalımamızda da korelasyon analizinde benzer sonuçlar elde edilmiş olsa da regresyon analizinde bu ilişki kaybolmuştur. Caras'ın çalışmasında regresyon anailiz yapılmadığından ilişkiselliğin yordayıcılığı test edilmemiştir. Caras'ın yaptığı bu çalışmada psikopatoloji ile ölüm kaygısı ve ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişki ele alınmamıştır.

Walser 20 borderline, 20 şizofreni ve 20 sağlıklı kontrolle yaptığı çalışmada ayrılma anksiyetesi arttıkça ölüm kaygısının da arttığını rapor etmiştir. Ayrılma anksiyetesi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkide ayrılma anksiyetesinin ölüm kaygısını maskeleyeceği yorumu yapılmış, Walser bu iki anksiyete türünün görüngüsel olarak benzer deneyimler olup olmadığının araştırılması için yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna varmıştır (89).

Erdoğru tarafından yapılan farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada ruhsal belirtiler de ele alınmış, en yüksek ilişkinin kişilerarası duyarlık ile ölüm kaygısı arasında olduğu tespit edilmiştir (103).

Ayrılma anksiyetesi bağlanma tarzlarıyla yakından ilişkili olduğundan, bağlanma tarzları ile ölüm kaygısını ele alan sosyal bilimlerde eğitim gören gönüllü 80 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, güvenli, ambivalan ve kaçıngan bağlanma tarzları olanların ölüm kaygısı karşılaştırılmıştır. Ambivalan bağlanma gösteren kişilerde kaçıngan ve güvenli bağlanma gösterenlere göre yüksek ölüm korkusu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ambivalan bağlanma gösterenler ölümle beraber kimliklerini kaybedeceklerinden daha fazla korkarken, kaçıngan bağlanma

tarzında olanlar ölümün bilinmeyen yanından daha fazla korktukları bildirilmiştir (148).

Van Yüzüncüyıl üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada dissosiyatif yaşantılar travma ve ölüm kaygısının incelendiği çalışmada sürekli kaygı, durumluk kaygı, ve depresyon düzeylerinin ölüm kaygısını yordayıp yordamadığı ele alınmıştır. Çıkan sonuçlara göre değişkenlerden sadece kişinin içinde olduğu durumdan bağımsız bir şekilde kişinin kendisinin sürekli nasıl hissettiğini tanımlayan sürekli kaygının ölüm kaygısını yordadığı sonucuna varılmıştır (116). Bu çalışmada ayrılma anksiyetesi ele alınmamıştır.

Ayrılma ve ölüm farkındalığı arasında ilişkiyi anlamaya yönelik yapılan çalışma serisinde, dehşet yönetim kuramına göre kişiler ayrılmayı ve ölümü hatırlatıcılara maruziyet sonrası ayrılma ve ölümle ilgili düşünce içeriğini ele alan deneysel çalışmalar serisinde ilişkide olduğu partnerinden ayrılmayla ilgili hatırlatıcılara maruz kaldığında kişinin ölüm farkındalığının arttığı gözlenmiştir. Ayrılmayla ilgili tema çok yakın birini işlediğinde ve temaya maruziyetin süresi artırıldıkça, ölüm farkındalığının derecesi de artmıştır. Bunun yanında akademik başarısızlıkla ilgili hatırlatıcılara maruz kaldığında ölüm farkındalığı açısından bir fark tespit edilmemiştir. Yakın ilişkinin ölüm farkındalığına karşı tampon görevi gördüğü öne sürülmüştür (153).

Yukarıda da belirtildiği üzere bu konuda mevcut yayınlar incelendiğinde bir kısmının vaka takdimi olduğu, bir kısmının ayrılma anksiyetesi ve ölüm kaygısını ayrı ayrı ele aldığı, birlikte değerlendirenlerin ise PB'den farklı psikopatolojileri olanlarda ve ileri istatistiksel inceleme yapmadan ele aldıkları gözlenmektedir. İlişki bulan çalışmalarda regresyon analizi yapılmadığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Tomer ve arkadaşları da psikopatoloji ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkide büyük boşluklar olduğu, bu boşluğu doldurmak için ölüm kaygısının nasıl psikopatolojileri ortaya çıkardığı, varolan psikopatolojinin şiddetine nasıl etki ettiği ya da psikopatolojilerin ölüm kaygısına nasıl sebep olduğu sorularına ayrıntılı yapısal eşitlik modeli ya da regresyon gibi ayrıntılı istatistiksel tekniklerle aracılığıyla ele alınması gerekli olduğunu belirtmişlerdir (154).

Görüldüğü üzere farklı hasta gruplarında ve sağlıklı gruplarda yapılan çalışmalarda ayrılma anksiyetesini ölüm kaygısıyla ilişkili olduğunu bulan çalışmalar olduğu gibi, bu iki görüngünün birbirinden farklı bağımsız yapılar olduğunu destekleyen çalışmalar da vardır. Rasyonel olmayan ölüm korkusunun merkezi rol oynadığı PB'de ise bu iki fenomenin ilişkisi daha önce hiç ele alınmamıştır. Çalışmamızda hem çocuklukta hem de yetişkinlikte ayrılma anksiyetesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ölüm kaygısını yordamamasından dolayı verilerimiz ölüm kaygısının PB'de ayrılma anksiyetesinden bağımsız başlı başına bir yapı olarak ele alınması gerektiğini desteklemektedir. PB'de ölüm kaygısının bağımsız bir yapı olup olmadığını değerlendirmek için ölüm kaygısına ve ayrılma anksiyetesine yönelik stratejiler geliştirilmiş terapi yöntemlerinin sadece ayrılma anksiyetesinin çalışıldığı kontrol grubuyla PB şiddetinde iyileşmeye etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalara ve regresyon analizi, yapısal eşitlik modeli gibi ileri analizleri içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir şekilde ölüm kaygısının PB şiddetine olan etkisi önemlidir. Ölüm kaygısını yordayabilecek değişkenlerin tespit edilmesi terapistlere terapi sürecinde önemli derecede özellikle dirençli vakalarda yol göstereceği öne sürülebilir. Bu bakış açısından ölüm kaygısını yordayabilecek değişkenlere baktığımızda çalışmamızda **PB'nin başlangıç yaşı ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki tespit edilememiştir.** Çalışmamızda da PB'nin başlangıç yaşı ile AABE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon bulunmuştur. Geçmişte ÇAAB olanlarda PB'nin daha erken yaşta başladığı bulunmuştur ve literatür ile uyumludur(8-10,155). Diğer bir yandan çalışmamızda PB erken yaşta başlayan hastaların YAAA toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

PB başlangıç yaşının incelendiği bir araştırmada 231 PB tanısı almış hasta ve 131 cerrahi poliklinik hastası ele alınmış, PB tanısı alan hastalarda ÇAAB oranları yüksek bulunmuştur. Ailede PB öyküsünün olması ve geçmişte ÇAAB'nin bulunması PB tanısı alan hastalarda hastalığın başlangıç yaşını etkilediği rapor edilmiştir. Geçmişte çocuklukta ayrılma anksiyetesi olmasının PB'nin erken başlamasını yordadığı belirtilmiştir (155). Geçmişte ÇAAB olanlarda PB'nin daha erken yaşlarda

başladığını bildiren başka çalışmalar da vardır (156,157). Geçmişte ÇAAB olanlarda yetişkinlikte PB ve agorafobinin birlikte seyrettiği kuramsal olarak dile getirilmiştir (158). PB tanısı alan ve almayan anne babaların çocuklarıyla yapılan izlem çalışmasında ÇAAB'nin sadece PB'yi değil, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresyonu da yordadığı hatta yordayıcılık gücünün aile öyküsünden daha fazla olduğu bildirilmiştir (155). Bu çalışmaların hiçbirinde ölüm kaygısı ele alınmamıştır.ÇAAB ile PB arasında literatürde veri olmasına rağmen, ölüm kaygısı ile ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

PB şiddetini bağımsız yordayıcı güce sahip ölüm kaygısını etkileyebilecek olan değişkenlere bakıldığında çalışmamızda istatiksel olarak anlamlı düzeyde **kadınlarda ölüm kaygısı toplam puanları erkeklerden yüksek çıkmıştır**. Ölüm kaygısı ile cinsiyet arasındaki ilişki ölüm kaygısı ile ilgili birçok çalışmada bazen doğrudan bazen dolaylı olarak ele alınmıştır. Cinsiyete göre farklılıklar tespit eden çalışmalar olduğu gibi anlamlı fark bulunmayan çalışmalar da vardır. Bu çalışmaların büyük bir kısmını klinik olmayan gruplar oluşmaktadır. Çalışmamızda bulunan sonuçlarla örtüşen ve kadınlarda ölüm kaygısını daha yüksek bulan çalışmalar yoğunluktadır (94,95,97,99,100,103,104,159-169).

Yapılan literatür derlemelerine bakıldığında; 1995 yılında yaşlılarda cinsiyet farkı açısından ölüm kaygısının kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirilmişken (171), 1996-1999 yılı arasında yapılan çalışmalarla ilgili derlemede yaşlılarda cinsiyet ve ölüm kaygısı ilişkisi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (65). Genç yaştakilerle ilgili yapılan iki derlemede ise kadınlarda ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur (172,173).

PB'de ise ölüm kaygısı ve cinsiyeti ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. bu açıdan çalışmamız literatürdeki ilk çalışmadır.

Psikiyatrik hastalığı olan gruplarla ölüm kaygısı ve cinsiyeti ele alan çalışma sayısı kısıtlıdır. Depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (91).

2007 yılında yapılan 2 farklı çalışmanın yayınlandığı bir makalede kadınlarda ve erkeklerde 20'li yaşlarda ölüm kaygısında bir yükselme saptanmış, sonrasında

ölüm kaygısının 60'lı yaşlara doğru azaldığı ve 60'tan sonra sabit olduğu belirtilirken, kadınlarda 50'li yaşlarda ikinci bir yükselme olduğu 60'tan sonra stabil bir çizgi gösterdiği 60'tan sonra kadın ve erkekler arasında ölüm kaygısı açısından bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu seyir depresyonun yaşa ve cinsiyete göre farklılıkları ile benzerlik göstermektedir. Bu bakış açısından ölüm kaygısının depresyonla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (164).

Kadınlar daha çok ölüm sürecine ve öldükten sonra ailesine ne olacağında dair endişeler yaşarken, erkekler neslinin devam etmemesinden ve artık yaşamda olamamaktan korkarlar (174). Kadınlarda ölüm kaygısının yüksek bulunmasının nedeni kadınlarda genel kaygı düzeylerinin de erkeklerden daha yüksek çıkması ile açıklanabilir. Bir diğer nedeni ise kadınların erkeklere kıyasla duygularına daha fazla odaklanması ve arada bir fark olmasa bile kadınların duygularını daha kolay ifade etmesi şeklinde de yorumlanabilir (161). Ölüm kaygısı açısından cinsiyetler arasındaki bir fark olmasının nedeni olarak, toplumsal cinsiyet rolleri ve buna bağlı erkeklerin korkuların dile getirememesinin etkili olabileceği de öne sürülmüştür. (175). Nitekim kadınlarda ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmalar yoğunlukta olmasına rağmen erkeklerde ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmalar da vardır (176). Diğer bir yandan da ölüm kaygısı açısından çeşitli gruplarda cinsiyetler arası farklılık tespit etmeyen çalışmalar da vardır (177).

Çalışmamızda PB tanısı alan hastalarda hastanın yaşı ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaş ve ölüm kaygısın çalışmalarda cinsiyetle beraber en fazla ele alınan konudur. İlk bakışta ilerleyen yaşlarda ölüme yaklaşmakla beraber ölüm kaygısının artacağı düşünülür. Bu beklentiye rağmen yaş ile ölüm kaygısı arası ilişki göz önüne ele alındığında, farklı sonuçların elde edildiği görülür.

Ölüm kaygısı ile yaş arasında ilişki bulmayan çalışmalar olduğu gibi (43,105,176), yaş ile ölüm kaygısının azaldığını yani yaşlılıkta ölüm kaygısının azaldığını dile getiren çalışmalar da vardır (45,104,164,167,178).

Thorson ve Powell'ın 1988 yılında 599 kişinin değerlendirildiği çalışmada 16-60 yaşında değişen örneklem ele alınmış, gençlerin ölüm kaygısı puanları yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur (160).

20'li yaşlarda ölüm kaygısında bir yükselme tespit eden, kadınlarda 2. yükselmenin 50'li yaşlarda olduğunu belirten çalışmalar vardır (164). Bu 20'li yaşlarda insanın ailesinden bağımsızlaştığı, bağlanma figüründen uzaklaşıldığı kişinin ayrı bir birey olarak yaşamını var ettiği, bazen özellikle üniversite öğrencileri gibi popülasyonlarda şehir değiştirdiği ya da yeni bir mesleğe başladığı sorumluluklar aldığı bir döneme denk gelmektedir. Bütün bu nedenlerin yarattığı belirsizliğin ve ayrılmaya dair kaygıların ölüm kaygısını etkilediği düşünülebilir. 50'li yaşlarda kadınlarda olan yükselme duygudurum bozukluklarında olduğu gibi menopoz dönemiyle ilişkili olabilir.

İlerleyen yaşlarda sağlık problemleri ve sosyal desteğin zayıflığı nedeniyle nasıl bir yaşam süreceğine dair kaygının ölüm kaygısına üstün geldiği ve ilerleyen yaşla ölümün olağan, beklenen bir durum olarak kabullenildiği, yaşanan sağlık problemleri kişinin ölümü istemesine neden olduğu bu nedenlerle ölüm kaygısının yaşlılarda düşük olduğu yorumları yapılmıştır (179).

Tam tersine yaş ile ölüm kaygısının arttığını söyleyen çalışmalar, gençlerin daha az ölüm kaygısı yaşadıklarını bildiren çalışmalar da vardır (166,180,181).

Bütüne bakıldığında literatürde daha az sayıda çalışmada yaşlılarda ölüm kaygısı gençlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bazı çalışmalarda ise yaş ile doğrusal olmayan belli yaşlarda inişli çıkışlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Şenol'un yaptığı huzurevinde yaşamlarını idame ettiren yaşlılarla yaptığı 60-92 yaşlar arasında değişen 120 kişilik örneklemde 60-64 yaş arasında ölüm kaygısı puanları en yüksek değerde bulunmasına rağmen, 70 yaşından sonra ölüm kaygısı puanlarının düşüş gösterdiği bulunmuştur (94).

Çalışmaların bir kısmında ise orta yaşta ölüm kaygısının daha yüksek olduğu yönündedir (182-184).

Yaşlılarda ölüm kaygısı ile yaş, ego bütünlüğü, fiziksel ve psikolojik problemler kuruma yerleştirme, ve inanç boyutlarını ele alan yayınlanmış ve yayınlanmamış 49 araştırmayı ele alan bir derlemede ölüm kaygısının orta yaştakilerde yaşlılara göre ölüm kaygısının yüksek olduğu fakat bunun yaşla beraber ölüm kaygısının azaldığı anlamına gelmediği, ilerleyen yaşlarda orta yaşa göre daha düşük ölüm kaygısı olmasına rağmen ilerleyen yaşlarda ölüm kaygısının stabil seyir gösterdiği düşüşün devam etmediği dile getirilmiştir. Fortner ve Neimeyer'in yaşlılarda ölüm kaygısını ele alan bu derlemesinde yaşlılarda yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (65). Görüldüğü üzere bu çalışmalar doğrudan belirli bir psikopatolojiyle ölüm kaygısını ele almamışlardır. Fortner ve Neimeyer'in yaptığı derlemede yaşlılarda artan psikolojik problemlerin ölüm kaygısını artırdığı rapor edilmiştir (65).

Ruhsal hastalıklarda ölüm kaygısı ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (91).

Tüm bu çalışmalardan elde edilen bulgulardaki farklılıklar örneklemin oluşturulmasıyla ilgili özelliklerle ilgili olabilir. Daha homojen gruplar oluşturularak karşılaştırmalı çalışmaların yapılması yaş ile ölüm kaygısının ilişkisinin anlaşılması ve farklılıkların nedeni üzerine düşünülmesi ölüm kaygısını yapısını anlamamıza katkı sağlayacaktır. Ergenlik, yetişkinlik, orta yaş ve yaşlılık gibi dönemlerin kendilerine has ruhsal, bedensel ve sosyal stresörleri, savunma mekanizmaları mevcuttur. Yaş ile ölüm kaygısını inceleyen çalışmalarda bu farklılıkların gözden kaçırılmaması önemlidir.

Çalışmamızda medeni durum açısından ölüm kaygısında fark tespit edilememiştir. Literatürde evlilerde ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmalar vardır (103,185). Evlilerde ölüm kaygısının yüksek olmasının nedeni öldükten sonra geride kalan insanları özellikle eşleri ve çocuklarını yalnız bırakmayla ilişkili olabilir.

Diğer bir yandan evli olmayanlarda yüksek ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmalar da vardır (104,174). Evli olmanın ölüm kaygısını azaltması çocuk sahibi olanların ya da ailesi olanların sosyal ilişkiler kurma ve yaşam stresörlerinden

korunma, bu stresörlerin üstesinden gelme konusunda eşin ya ailenin pozitif etkiler olabileceğini dile getirilmiştir (99).

Bazı çalışmalarda ise ölüm kaygısı ile medeni durum arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (105,177).

Çalışmamızda istatiksel olarak anlamlı düzeyde ailesinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümüyle karşılaşanlar ÖKÖ toplam puanları karşılaşmayanlara göre yüksek çıkmıştır. Ani beklenmedik bir ölüm travmatik bir yaşantı olarak ele alınabilir. Bu açıdan travmanın PB'nin şiddetini ve gidişatını etkileyebilecek bir özelliği olduğu düşünülebilir. Çalışmamızdaki en büyük kısıtlılıklardan biri travmatik yaşam olayının, bilgi toplama formunda ve klinik görüşme formunda sorgulanmasına, ayırıcı tanıda travma ile ilişkili bozukluk tanılı ve travmaya bağlı başlayan panik ataklar yaşayan hastaların çalışmanın dışında tutulmasına rağmen hastalara travmatik yaşantıları değerlendiren bir ölçüm aracı verilmemesidir. Travmatik yaşantı ve tutulamamış yas PB'de ölüm kaygısını yordayan bir değişken olarak bulunabilir.

Aile üyelerinden ya da çevresinden birinin ani-beklenmedik ölümü olanlarda olmayanlara ölüm kaygısı toplam puanları yüksek olmasına rağmen ilginç bir biçimde geçmişte yaşamı tehlikeye sokan olay yaşantısı olanlarla olmayanlar, meslek nedeniyle ölüme tanık olanlarla olmayanlar, hayatında ölüme tanık olanlar ve olmayanlar, ölüm riski taşıyan bir meslekte çalışanlarla ölüm riski bir meslekte çalışmayanlar, birinci derecede ölüm riski taşıyan bir hastalık olanlarla olmayanlar arasında ölüm kaygısı toplam puanları açısından bir fark bulunamamıştır.

Bu açıdan ölümle karşılaşmanın beklenmedik ve ani olması ayırıcı bir neden olarak ele alınabilir. Bu durum ölüm anının belirsizliğiyle ilişkili olabilir ve ölümün belirsizlik boyutu ani beklenmedik ölümle karşılaşmada, diğer ölümle karşılaşma yaşantılarına göre ölüm kaygısını artıran bir neden olarak sayılabilir.

Sevilen birinin beklenmedik ölümüyle karşılaşmak kişinin hayatında yaşam boyu süren stresle karşılaşanlarla kıyaslandığında bile ciddi potansiyel travmatik bir deneyim olarak tanımlanır. Beklenmedik ölümle karşılaşma birçok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına zemin sunabilir. Erken çocukluktan yetişkinliğe

yaşanan beklenmedik ölüm yaşayanlarda major depresyon, PTSB, PB sıklığı yüksektir, geç yaşlarda beklenmedik ölüm karşılaşanlarda manik epizod, özgül fobiler ve alkol-madde kötüye kullanımı sık görülür.

Travmatik stres ile ölüm kaygısı arasında ilişkiyi inceleyen uçak kazası travması yaşayan 82 kişinin dahil olduğu bir çalışmada olayın etkisinin büyüklüğü, psikolojik stres ve ölüm kaygısı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmaya katılanlarının çoğunluğunun kalp krizi, kanser gibi hastalıklarınla ilişkili ölüme dair ağrı ve strese duyarlı oldukları saptanmış. Bu durumun hakkında ani beklenmedik şekilde felakete maruz kalmış kişilerin yaşamın aslında ne kadar kısa olabileceği gerçeğiyle yüzleşmelerinden kaynaklı olabileceği yorumu yapılmıştır. Ölüm kaygısının geçmişte yaşanmış ve işlenmemiş travmatik bir yaşantının dışavurumu olabileceğinin altı çizilmiştir (68).

Aileden üyelerinden birinin ani beklenmedik ölümü kişinin birdenbire ölüm gerçeğiyle temas kurmasına neden olur, bu gerçek kişinin yalnızlığını artırarak ve sosyal desteğini azaltarak ölüm kaygısını artırdığı düşünülebilir. Ölen kişinin sorumlulukları geride kalanlara kalır ve bu kişinin yeni rolleri üstlenmesine neden olur. Özellikle ailedeki kadının vefatı erkekleri kadının ailede üstlendiği sorumlulukları üstlenmesine neden olduğundan kaygı düzeyleri benzer durumu yaşayan kadınlara göre daha fazla yükselir (186).

Ölüm kaygısını etkileyebilecek değişkenler açısından ele alınan bazı çalışmalarda bir yakınını kaybetme, ölüm tehlikesi atlatma gibi yaşantısal durumlar olup olmamasına ya da yaşa göre ölüm kaygısını değerlendirmek yerine "sosyal olgunluk"; kontrol odağını ele almak yerine "öz kontrol"; eğitim, branş, meslekten dolayı ölümle karşılaşma gibi grupları ayırmak yerine "kişilik yapısı" ve etkenlerin daha önemli olabileceğini savunulmaktadır (187,188).

Çalışmamızda agorafobisi olanlarda ölüm kaygısı toplam puanları agorafobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Fiziksel tehdit ve yaşamda önem verilen birinin kaybı gibi travmatik olayların agorafobinin başlangıcından önce sık görüldüğü dile getirilmiştir. Foa ve arkadaşları,

agorafobiyi fenomenolojik olarak incelediği bir metinde ölmekten korkmanın agorafobinin altında yatan neden olduğu öne sürmüştür (86). Agorafobinin çalışmamızda kategorik olarak ele alınması, şiddetinin PBŞÖ-4 ile değerlendirilmesi çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızda ilginç bir şekilde ölümden sonra yaşam olduğuna inanlarda ölüm kaygısı toplam puanları ölümden sonra yaşam olduğuna inanmayanlardan yüksek çıkmıştır. Bunun bir sonuç mu olduğu yoksa ölüm kaygısı yüksek olanların mı ölümden sonra yaşama inandığı tartışmalıdır. Bu tartışma din bilimciler ve din psikolojisiyle ilgilenen bilim insanları için araştırılması gereken bir konu olarak durmaktadır. Diğer bir çarpıcı sonuç da insanların dindarlık seviyesi ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde ölümden sonra yaşam olduğuna inanlarda ölüm kaygısını yüksek bulan çalışmalar vardır.

Diyarbakır, Batman ve Mardin'de yaşayan Süryani, Yezidi ve Müslümanların, ölüme yönelik kaygı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla araştırmada en yüksek ölüm kaygısı ölümden sonra yaşamı farklı ele alan Yezidilerde bulunmuştur. Bunu sırasıyla Müslüman ve Süryani dininden bireyler izlemiştir. Yezidilik'te ruh göçüne, ölünün bedeninden gençlerin, özellikle çocukların bedenine ruhun intikal ettiği düşüncesi, yine iyi insanların ruhlarının çocuklara ve ulu kişilere, kötü insanlarınkinin de eşek, katır, köpek gibi aşağılık varlıklara geçtiğine inanılmasıyla ilişkili olabileceği yorumu yapılmıştır Bu inanışın, ölümün Tanrıya karşı işlenmiş bir suçun cezası şeklinde değerlendirilmesi sonucu ölüme karşı kaygıyı arttırabilen bir faktör olarak düşünülebileceği şeklinde yorumlanmıştır (103). Ölüm kaygısındaki bu farkın sadece ahiret inancıyla açıklanamayacağı, başka değişkenlerin de ölüm kaygısının yüksek çıkmasına etki edebileceği öne sürülebilir.

İnci ve Öz (2009) yapmış olduğu bir çalışmada ölüm kaygısıyla ölüme verilen anlam arasında bir ilişkinin varlığı saptanmış olup, öteki dünyanın varlığına inanma ölüm kaygısını azaltan etken olabilirken, inancı gereği öte dünyada cezalandırılacağını düşünmenin ölüm kaygısını artırabileceği belirtilmiştir (189).

Çoğunluğu meme kanseri ve gastrointestinal sistem kanseri olan 70 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı yüksek olanlarda öldükten sonra ne olunacağına dair negatif düşüncelerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (106).

Rasmussen ve Johnson ölüm kaygısının yaşamdan sonra cezalandırılacağı korkusundan kaynaklandığını ileri sürmüştür (190).

Ahiret inancının cezalandırılma ve belirsizlikle ilişkisinin ölüm kaygısı üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir. Ahiret inancının kategorik olarak değerlendirilmesi ve belirsizlik, cezalandırma gibi boyutlarının ele alınmaması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır.

6. SONUÇLAR

Sonuç olarak ölüm kaygısı, ayrılma anksiyetesinden bağımsız bir değişken olarak PB şiddetine etki etmektedir. PB'nin şiddetini ölçen PBŞÖ'de panik atak sıklığı, panik ataklar arasında zorlanma, beklenti anksiyetesinin şiddeti, agorafobik kaçınma, panik atağı ile ilgili duyumlardan korkma ve kaçınma, panik bozukluğa bağlı olarak çalışma işlevselliğinde bozulma, PB'ye bağlı olarak toplumsal işlevsellikte bozulma derecelerinin ölçüldüğü görülecektir. Ölçülen parametreler arasında olmaksızın ölüm kaygısı PB şiddetini yordayıcı güce sahiptir.

Ölüm kaygısını etkileyebilecek olası değişkenler ele kadınlarda erkeklere göre, yaşam olaylarından ani-beklenmedik ölümle karşılaşanlarda karşılaşmayanlara göre ve ölümden sonra yaşamın olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre, agorafobisi olanlarda olmayanlara göre ölüm kaygısı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ölüme tanık olmanın, mesleği nedeniyle ölüm riski taşıyan bir meslekte çalışmanın, dindarlık derecesinin, ailede birinci derece akrabalarda ölümcül hastalığı olanların ölüm kaygısı puanları açısından anlamlı bir fark yaratmadığı gözlenmiştir. PB başlangıç yaşı ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmamıştır.

ÖKÖ toplam puanları ile YAAA toplam puanları, AABE toplam puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir. ÖKÖ toplam puanlarını ise ölümden sonra yaşam olmasına inanılması 1. derecede, geçmişte ani-beklenmedik ölümle karşılaşılması 2. derecede, agorafobi eş tanısının olması 3. derecede yordamıştır. Geçmişte olan ÇAAB'yi ölçen AABE ve YAA'yı ölçen YAAA toplam puanlarının ise yordayıcılığı tespit edilmemiştir. Bu bulgu ölüm kaygısının PB'de ayrılma anksiyetesinden ayrı bir yapı olduğunu düşündürmektedir.

PB'de ölüm kaygısının transdiagnostik bir yapı olarak daha iyi anlaşılması için sağlıklı kontrol grubu ve diğer psikopatolojilerle ilişkisini inceleyen çalışmalara

ihtiyaç vardır. Daha önce yapılan benzer çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle ölüm kaygısını etkileyebilecek değişkenlerin çoğu kategorik olarak ele alınmıştır. Literatürde yer alan ölüm kaygısını etkileyebilecek değişkenlerin birçoğunun hastalarda sorgulanması çalışmanın olumlu özelliğidir. Bunun yanında PB'de ölüm kaygısını inceleyecek sonraki çalışmalarda PB'de travmatik yaşantının, tutulamamış yasın, agorafobinin ve ahiret inancının yalnızca tanısal ya da kategorik olarak değil, olgusal ve farklı boyutlarıyla da ele alınması önerilir.

Çok boyutlu bir yapı olan ölüm kaygısı ile ilgili değişkenlerin belirlenmesi için ölüm kaygısı ile ilgili kategorik ve niceliksel çalışmaların dışında sosyolojik niteliksel çalışmalara ihtiyaç vardır. Ölüm kaygısı ile ilgili niceliksel çalışmalarda çok boyutlu ölçeklerin kullanılması ölüm kaygısı görüngüsünü anlamamıza katkı sunacaktır.

Gerek ülkemizde gerekse yurtdışında ölüm kaygısı ile PB başta olmak üzere psikopatolojiler arasında ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı azdır Ölüm kaygısı ile psikopatoloji arasında ilişkiye dair çalışması sayısının kısıtlı olması ihmal edilmiş bir konu olduğunu düşündürtmektedir. Çeşitli psikopatolojilerde ölüm kaygısının niceliksel ve niteliksel araştırmalarla ele alınması ruhsal bozuklukları daha iyi anlmamıza katkı sağlayacaktır. Çeşitli kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma literatüre bu anlamda katkıda bulunacak niteliktedir. Yeterli sayıda olgu alınması, örneklem grubunda yaş ve cinsiyet dağılımları, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmış ölçekler kullanılması çalışmanın olumlu özellikleridir.

Yalom “Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değil"demiştir. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda PB tanısı alan hastaların terapi sürecinde ölüm kaygısının çalışılması, ayrılma anksiyetesinin çalışılmasından bağımsız bir şekilde PB'nin şiddetinin azaltılmasını da etkileyebileceği düşüncesi ilk akla gelmektedir. Bu çıkarımın sınanması için teröpatik izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive–behavioral approach. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2008,22:167–182.

2. Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., et al. 2007, Personality and Social Psychology Bulletin, 33:1137–1151.

3. Arndt J, Routledge C, Cox CR, Goldenberg J L. The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. Applied and Preventive Psychology. 2005,11:191–213.

4. Yalom, I. D. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. San Francisco : Jossey-Bass., 2008.

5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri çev:Ali Bozkurt. Ankara : Güneş Tıp Kitapevi, 2016.

6. Popovic, N. Existential Anxiety. Washington : Protical Psikopaty, 2002,32-40.

7. Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. Death Studies. 1996, 20:343-365.

8. Bandelow B, Tichauer GA, Spath C, Broocks A. Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. Can J Psychiatry. 2001, 948-52.

9. Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. Silove D, Harris M, Morgan A. 1995, Psychol Med , 25:405-11.

10. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder:revisiting the attachment-separation paradigm. . Shear, MK. 1996, Am J Psychiatry, 153:125-36.

11. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları.Ankara:Tuna Matbaacılık,2015.

12. Kastenbaum, R. The psychology of death (3rd ed). New York : NY: Springer, 2000.

13. Neimeyer RA, Wittkowski JR, Moserç P. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies. 2004, 28: 309-340.

14. Gectan, E. Yasam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul : Remzi Kitapevi, 2002.

15. Yalom, I. Varoluşçu Psikoterapi, In: Babayiyit İZ . İstanbul : Kabalcı Yayınları, 2000.

16. Karaca, F. Ölüm Psikolojisi. İstanbul : Beyan Yayınları, 2000.

17. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross-natioanal epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997, 54:305-309.

18. Eaton MW, Kessler RC, Witchen HU, Magee WJ. Panic and Panic disorders in the United States. Am J Psychiatry. 1994, 151:413-420.

19. Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein S. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. Am J Psychiatry. 1989, 146:148-161.

20. Uhude TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP, Geraci MF, Vittone BJ, Post RM. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1985, 9:39-51.

21. Finlay-Jones R, Brown GW. Typs of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. Psychol Med. 1981, 11:803-815.

22. Faravelli, C. Life events preceding the onset of panic disorder. J Affect disord. 1985, 22:79-82.

23. Rapee RM, Litwin EM, Barlow DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. Am J Psychiatry. 1990, 147:640-644.

24. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Gender related differences in the onset of panic disorder. Acta Psychiatr Scand. 2001, 103: 189-195.

25. Servant D, Parquet PJ. Early life events and Panic disorder: Course of illness and comorbidity. Prog. Neuro-Psychopharmacol.&Biol.Psychiat. 1994, 18(2):373-379.

26. Ainsworth, MDS. Attachment: Retrospect and prospect The place of attachment theory in human behavior. In Parkes CM & StevensonHinde Hillsdale NJ: Erlbaum Hinde J (Eds.). New York : Basic Books, 1982,3-30.

27. Bowlby, J. Attachment and loss. Separation: Anxiety And Anger. New York : Basic Books, Volume 2, 1973.

28. Suveg C, Aschenbrand SG, Kendall PC. Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2005, 14: 773–95.

29. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? Compr Psychiatry . 2007, 48(6): 546–53.

30. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. Aust NZ J Psychiatry. 1997, 31: 299–303.

31. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. Compr Psychiatry. 1997, 38: 274–82.

32. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. 2006, 163(6): 1074-83.

33. Silove, D., et al. The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). 1993, 27:477-488.

34. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. 1962, 432–8.

35. Thyer BA, Nesse RM, Curtis GC. Panic disorder a test of the seperation anxiety hypothesis. Behav Res Ther. 1986, 24:209-211.

36. Tanhan, F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi.Doktora tezi. Ankara : Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2007.

37. Hökelekli, H. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din.1. Baskı. İstanbul : Dem Yayınları, 2008, 9-78.

38. Prichard S, Epting F. Children and death: New horizons in theory and measurement. Omega: Journal of Death and Dying. 1992, 24: 271-288.

39. Cicirelli, VC. Personal meanings of death in relation to fear of death. Death Studies. 1998, 22: 713–733.

40. Ökten, Kaan H. Ölüm Kitabı. İstanbul : Agora Kitaplığı, 2. Baskı, 2016.

41. Çüçen, A. KAdir. Yaşam ve Ölüm Felsefesi. Bursa : Sentez Yayıncılık, 2017.

42. İnsanların ölüm karşısındaki tutumları hakkında yapılan araştırmaların değerlendirilmesi, Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Yıldız, M. İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi, 1994.

43. Hökelekli, H. Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. Uludağ Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi. 1992, 4: 57-98.

44. Takiyettin, Mengüşoğlu. İnsan Felsefesi. Ankara : Doğu-Batı Yayınları, 2017.

45. Tanhan F, Arı F. Üniversite Öğrencilerinin Ölüme Verdikleri Anlam ve Öğrenim GördükleriProgram Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006, (III-II): 34-43.

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

47. Onur, B. Gelişim psikolojisi, 5. baskı. Ankara : İmge Kitabevi Yayınları, 2000.

48. Kierkegaard, S. Fear and Trembling and the Sickness unto Death. New York : Doubleday-Anchor, 1953.

49. Hökelekli, H. Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. 1. Baskı. İstanbul : Dem Yayınları, 2008.

50. Mark WS, Sandor BB. Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. l. : Child Development, 1984, Vol. 55, No. 5,1671-1686.

51. Lehto, RH. Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. An International Journal Research and Theory for Nursing Practice. 2009, 23:(1).

52. Lonetto R, Fleming S, Mercer GW. The Structure of Death Anxiety: A Factor Analytic Study. Journalof Personality Assessment. 1979, 43:4.

53. Geçtan, E. Varoluş ve Psikiyatri. İstanbul : Remzi Kitapevi, 1990.

54. Bauman, Z. Ölüm ve Ölümsüzlük ve Diğer Yaşam Stratejileri. In: Demirdöven N. İstanbul : Ayrıntı Yayınları, 2000.

55. Wahl, CW. The Fear of Death. In: Feifel H, Ed.The meaning of Death. NewYork : McGraw-Hill, 1959.

56. Jung, CG. Ruh ve Ölüm, Çev: Ender Gürol,. [yazan] C.G. Jung. Analitik Psikoloji. İstanbul : Payel Yayınevi., 1997, 213-224.

57. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Pride and prejudice: Fear of Death and social behavior. Current Directions in Psychological Science. 2000, 9: 200-204.

58. Greenberg J, Simon L, Pyszczynski T, Solomon S, Chatel D. Terror management and tolerance:Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threatened one's worldview? Journal of Personality and Social Psychology. 1992, 63: 913-922.

59. Shaver, Cindy Hazan and Phillip. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. 1987, Vol. 52, No. 3, 511-524.

60. Ross, K. Ölüm ve ölmek üzerine. In: Banu Büyükal. İstanbul : Boyner Holding Yayınları, 1997.

61. Sina, İbn-i. Ölüm korkusundan kurtuluş. In: Tura MH. İstanbul : Burhaneddin Matbaası, 1942.

62. Abdel-Khalek, AM. Single - Versus Multi-Item Scales In Measuring Death Anxiety Alexandria University, Egypt, and Kuwait University, Kuwait. Death Studies. 1998, 22: 763-772.

63. Kuwait University, Kuwait The Arabic Scale Of Death Anxiety (ASDA): Its Development, Validation, And Results In Three Arab Countries. Death Studies. 2004, 28: 435-457.

64. Death anxiety: A central feature of hypochondriasis. Hiebert, C., Furer, P., McPhail, C., & Walker, J. R. 2005, Depression and Anxiety, 22:215–216.

65. Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. Death Studies. 1999, 23: 387-411.

66. Abdel-Khalek AM, Lester D. Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. Psychological Reports. 2009, 105: 409–410.

67. Eshbaugh E, Henninger W. Potential mediators of the relationships between gender and death anxiety. Individual Differences Research. 2013, 11: 22–30.

68. Cheung MC, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. Death Studies. 2000, 24: 689–704.

69. Cheung MC, Dennis I, Easthope Y, Werrett J, Farmer S. Amultiple-indicatormultiple-cause model for posttraumatic stress reactions: Personality, coping, and maladjustment. Psychosomatic Medicine. 2005, 67: 251–259.

70. Giles, AH. Death anxiety toward self and mother in clients with anorexia nervosa. Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering. 1995, 56: 522.

71. Khanna N, Khann R, Sharma RG. A study on death anxiety. Journal of Personality and Clinical Studies. 1988, 4:47–51.

72. Thorson JA, Powell FC. Death anxiety in younger and older adults. In A.Tomer (Ed.), Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications. New York, US : Brunner-Routledge, 2000, 123–136.

73. Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide. New York : Springer Publishing., 2007.

74. Starcevic, V. Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2005, 35: 227–237.

75. Kellner R, Abbott P, Winslow WW, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. Journal of Nervous and Mental Disease. 1987, 175: 20–25.

76. Noyes R, Stuart Jr S, Longley S L, Langbehn DR, Happel RL. Hypochondriasis and fear of death. Journal of Nervous and Mental Disease. 2002, 190:503–509.

77. Starcevic V, Fallon S, Uhlenhuth EH, Pathak D. Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. Psychotherapeutics and Psychosomatics. 1994, 61: 93–99.

78. Meyer, JE. The theme of death and the origin and course of obsessional neuroses. Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 1975, 25:124–128.

79. Strachan E, Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S. Coping with the inevitability of death: Terror management and mismanagement. In C. R. Snyer (Ed.), Coping with stress: Effective people and processes . Oxford, UK : Oxford University Press, 2001, 114–136.

80. Randall, E. Existential therapy of panic disorder: A single system study. Clinical Social Work Journal. 2001, 29:259–267.

81. Starcevic, V. Body as the source of threat and fear of death is hypochondriasis and panic disorder. Psihijatrija Danas. 2007, 39: 73–82.

82. Torres AR, Crepaldi AL. Panic disorder and hypochondriasis: A review. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2002, 24: 44–151.

83. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review. 2014, 34: 580–593.

84. Furer, Patrica, et al. Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. 1997, 78–85.

85. Radanovic-Grguric L, Filakovic P, Laufer D, Vuksic-Mihaljevic Z, Koic O, Barkic J. Panic disorder and depression. Socijalna Psihijatrija. 2004, 32:155–159.

86. Foa EB, Steketee G, Young MC. Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations. Clinical Psychology Review. 1984,4: 431–457.

87. Bea J, Sicart J. Separation anxieties and death anxieties. Revista Catalana dePsicoanalisi. 1989, 6: 11–28.

88. Caras, GW. The relationships among psychological separation, the quality of attachment,separation anxiety and death anxiety. Dissertation Abstracts International,Section B: The Sciences and Engineering. 1995, 56: 34-36.

89. Walser, CB. Death anxiety and separation anxiety in borderline and schizophrenic patients. Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering. 1985, 46: 667.

90. Simon L, Greenberg J, Harmon-Jones E, Solomon S, Pyszczynski T. Mild depression mortality salience and defense of the worldview evidence of intensified terror management in the mildly depressed. Personality and Social Psychology Bulletin. 1996, 22: 81–90.

91. Öngider N E, Özışık S. Depresyon Tanısı Almış Hastalarda Ölüm Kaygısının Araştırılması. Klinik Psikiyatri. 2013, 16:34-36.

92. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. Clinical Psychology Review . 2003, 23:409–448.

93. Ünver, S. İstanbul halkının ölüm karşısındaki duyguları. Yeni Türk. 1938, 68:312-321.

94. Şenol, C. Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular. Yüksek Lisans Tezi. Ankara : Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,1989.

95. Yazıcı, R. Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,1994.

96. Yelboğa, N. Yaşlılıkta Ölüm Anksiyetesi. Journal of Current Researches on Health Sector. 2017, 53-68.

97. Ertufan, H. Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi : Yüksek Lisans Tezi, 2000.

98. Koçanoğlu, A. Personal meanings of death and religiosity as predictors of death anxiety and death fear of university students. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.

99. Ertufan, H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. İzmir : Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.

100. Eke, S. Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul : Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2003.

101. Tanrıdağ, RS. Hemşirelerin Ölüm Kaygıları ve Genel Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1998, 2:37-40.

102. Tatar, U. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karsısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.

103. Erdoğd MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007, 14(3): 171-179.

104. Karaca, F. Psikolojik Açıdan Ölüm ve Dini İnanç İlişkisi. Doktora Tezi. Erzurum : Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, 1997.

105. Yıldız, M. Dini Hayat İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine bir Araştırma.Doktora Tezi. İzmir, : Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998.

106. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. Journal of psychosocial oncology. 2012, 30(3):347-358.

107. Dülger, K. Ölüm Kaygısının, Ölüm Anlamları, Baş Etme Stilleri, ve Bağlanma Stilleri İlişkisinde Ölümlülük Farkındalığının Biçimlendirici Rolü. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Ensititsü Psikoloji ABD Yüksek Lisans Tezi,İstanbul, 2014.

108. Yıldız, M. Tutuklu ve Hükümlülerde Umutsuzluk, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölüm Kaygısı İlişkisi. CÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2011, 35(1): 1-7.

109. Akça F, Köse İA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008, 11.

110. Karaca F, Yıldız M. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Popülasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Tabula-Rasa. 2001, 1:43-55.

111. Yaparel R, Yıldız M. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg. 1998, 9:198-204.

112. Ölüm psikolojisi ile ilgili Türkçe literatür üzerine. Karaca, F. 2001, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 1 (2):1–12.

113. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Archives Medical Review Journal. 2012, 21(1):42-79.

114. Ongider N, Eyuboglu SO. Investigation of death anxiety among depressive patients. Journal of Clinical Psychiatry. 2013, 16, 34–46.

115. Öztürk Z, Karakuş G,Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011, 12:37-43.

116. Boysan, M. Üniversite öğrencilerinde disosiyatif yaşantılar, travma ve ölüm anksiyetesi. Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Van, 2005.

117. Abbott RM, RapeeMJ. Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. Journal of Abnormal Psychology. 2004, 113:136-144.

118. Dudley R, Kuyken W, Padesky CA. Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. Clinical Psychology Review. 2011, 31: 213–224.

119. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. Clinical Psychology Review. 2011, 31: 203–212.

120. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2011, 49: 186–193.

121. Crow S, Peterson CB. Refining treatments for eating disorders. The American Journal of Psychiatry. 2009, 166: 266–267.

122. Fairburn, CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York, USA : Guilford Press., 2008.

123. Lampard AM, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. An evaluation of the transdiagnostic cognitive–behavioural model of eating disorders. European Eating Disorders Review. 2013, Cilt 21, 99–107.

124. Lundh LG, Ost LG. Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive–behaviour therapy. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 2001, 30:4–16.

125. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy. 2002, 40: 773–791.

126. Kutlesa N, Arthur N. Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. Journal of Rational-Emotive Therapy & Cognitive-Behavior Therapy. 2008, 26:134–150.

127. Pleva J, Wade TD. Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2007, 45:849–861.

128. Gallagher MW, Naragon-Gainey K, Brown TA. Perceived control is a transdiagnostic predictor of cognitive–behavior therapy outcome for anxiety disorders. Cognitive Therapy and Research. 2014, 38:10–22.

129. Dozois DJA, Seeds PM, Collins KA. Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2009, 23:44–59.

130. Brown T A, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implicationsfor assessment and treatment. Psychological Assessment. 2009, 21: 256–271.

131. Maxfield M, John S, Pyszczynski T. A terror management perspective on the role of death-related anxiety in psychological dysfunction. The Humanistic Psychologist. 2014, 42, 35–53.

132. Hulse KL, Frost CJ. Psychoanalytic psychotherapy and the tragic sence of life and death. Bulletin of the menninger clinic. 1995, 59: 145-159.

133. Köknel, O. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. 8. Baskı,. İstanbul : Altın Kitaplar Yayınevi, 1985.

134. Dökmen, Ü. Evrenle Uyumlaşma sürecinde var olmak, gelişmek uzlaşmak. . İstanbul : Sistem Yayıncılık, 2003.

135. Koestenbaum, P. Ölüme yanıt var mı? In: Akgünlü Y. İstanbul: Mavi Yayınları, 1998.

136. Çorapçıoğlu, A. SCID-I Klinik versiyon. Ankara : Hekimlerin Yayın Birliği Matbaası, 1999.

137. Köse, F. ve Akça, İ. A. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008, 11(1).

138. Templer, DI. The construction and validation of a death anxiety scale,The Journal of General Psychology,1970, 82: 165-577.

139. McMordie, WR. Improving measurement of death anxiety. Psychological Reports. 1979, 44: 975-980.

140. Anastasi, A. Psychological testing. 5th ed. New York: MacMillan Publishing, 1982.

141. Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011, 22.

142. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. Comprehensive Psychiatry. 2003, 44:146- 153.

143. Cyranowski J, Shear MK, Rucci P, Fagiolinve A. Adult separation anxiety:Psychometric properties of a new structured clinical interview. J Psychiatric Res. 2002, 36: 77–86.

144. Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Eminağaoğlu N, Onur E. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi. 2012, 49: 6-13.

145. Shear, M.K., Brown, T.A. ve Barlow, D.H.& et al. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. 1997, 154:1571-5.

146. Monkul, ES, Tural U, Onur E. Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. Depress Anxiety. 2004, 20:8-16.

147. Fleischer-Mann, J. Exploration of attachment-separation, fear of death and separation anxiety in agoraphobia. Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering. 1995, 56: 23-70.

148. Mikulincer M, Flqrian V,Tolmacz R. Attachment Styles and Fear of Personal Death A Case Study of Affect Regulation. Journal of Personality and Social Psychology. 1990, Vol. 58, 2:273-280.

149. McCarthy, JB. Death anxiety : The loss of self . New Yo rk : Wiley., 1980.

150. Feifel, H. Attitudes of mentally ill patients toward death. Journal of Nervous and Mental Disease, 1955.

151. Julie L, Swanson KR Byrd. Death Anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, seperation-individuation conflict. 1998, 22:257-268.

152. Ishiyama, FI. Positive reinterpretation of fear of death: A Japanese (Morita) psychotherapy approach to anxiety treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice,Training. 1986, 23, 556–562.

153. Mikulincer M, Florian V, Birnbaum G, Malishkevich S. The Death-Anxiety Buffering Function of CloseRelationships: Exploring the Effects of Separation Reminders on Death-Thought Accessibility. Society for Personality and Social Psychology. 2002, 28(3): 287-299.

154. Tomer A, Eliason G. Beliefs about self, life, and death:Testing aspects of a comprehensivemodel of death anxiety and death attitudes. InA.Tomer (Ed.),Death attitudes and the older adult. s.l. : Philadelphia: Brunner-Routledge, 2000, 137-153.

155. Battaglia A., Bertella Silvana, Politi Ernestina , Bernardeschi Luana, Perna Giampaolo, Gabriele Angela, Bellodi Laura. Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and childhood separation anxiety disorder. Am J Psychiatry. 1995, 152:1362-1364.

156. Biederman J, Petty C, Faraone S, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Rauf A, Scott M, Pollack M, Rosenbaum J. Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonadults. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2005, 15: 549–561.

157. Goodwin R, Lipsitz J, Chapman T, Mannuzza S, Fyer A. Obsessive compulsive disorder and separation anxiety comorbidity in early onset panic disorder. Psychological Medicine, 2001.

158. Gittelman R, Klein DF. Childhood separation anxiety and adult agoraphobia. In Anxiety and the Anxiety Disorders (edA. H. Tuma and J. D. Maser), pp. 389—402. l. : Lawrence ErlbaumAssociates: Hillsdale, New Jersey, 1985.

159. Cicirelli, VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. Death Study. 2001, 25: 663-683.

160. Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. J Clin Psychol. 1988, 44 (5): 691-701.

161. Acehan G, Eker F. Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013, 4(1):27-35.

162. Degner, L. The relationship between some beliefs held by physicians and their life-prolonging decisions. Omega (Westport). 1974, 5:223-32.

163. Lucas, RA. A comparative study of measures of general anxiety and deathanxiety among threemedical groups including patient and wife. Omega: The Journal of Death and Dying. 1974, 5(3):233-243.

164. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spootswood D. Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. Death Studies. 2007, 31(6): 549-561.

165. Viswanathan, R. Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians. Their relationship to patient death notification. Psychosomatics. 1996, 37:339-45.

166. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. Death Studies. 2002, 26: 39-50.

167. Tang CS, Wu AM, Yan EC. Psychosocial correlates of death anxiety among chinese college students. Death Studies. 2002, 26(6):491-9.

168. Sanders JF, Poole TE, Rivero WT. Death anxiety among elderly. Psychological Reports. 1980, 46:53-54.

169. Ayten, A. Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk Ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 2009, 9(4): 85-108.

170. Tang P L, Chıou CP, Lın HS, Wang C & Lıand SL. Correlates Of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. Cancer Nursing. 2011, 34(4): 286-292.

171. Neimeyer RA, Fortner BV. Death anxiety in the elderly. In G.Maddox (Ed.) , Encyclopedia of aging (2nd ed.). New York : Springer, 1995.

172. Neimeyer RA, VanBrunt D. Death anxiety. In H. Wass & R.A. Neimeyer (Eds.) , Dying : Facing the facts (3rd ed.). New York : Taylor & Francis, 1995, 49–58.

173. Templer DI, Lester D, RuÚ CF. Fear of death and femininity. Psycholog ical Reports. 1974, 35:530.

174. Kastenbaum, R. Death anxiety. Tempe AZ,USA : Arizona State University, 2007.

175. Abdel-Khalek, AM. Death Anxiety in Clinical and Non-Clinical Groups. Death Studies. 2005, 29:251–259.

176. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013, 4(3):119-124.

177. Üstiner FT, Ayşe S, Gülsüm Y. Huzur Evinde Yaşayan Bireylerde Depresyon, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2010, 13:14-22.

178. Thorson JA, Powell FC. Meanings of death and intrinsic religiosity. J Clin Psychol. 1990, 46:379-91.

179. Singh A, Singh D, Nizamie SH. Death and Dying. Mental Health Reviews.(http://www.psyplexus.com/excl/death.html.). 2003.

180. Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G. Death anxiety in Japan and Australia. The Journal of Social Psychology. 1991, 131(4): 511-518.

181. Galt CP, Hayslip B. Age differences in levels of overt and covert death anxiety. Omega: Journal of Death and Dying. 1998, 37(3): 187-202.

182. Bengtson VL, Cuellar J B, Ragan PK. Stratum contrast and similarities in attitudes toward death. Journal of Gerontology. 1977, 32: 76–88.

183. Feifel H, Branscomb AB. Who's afraid of death? J ournal of Abnormal Psychology. 1973.

184. Gesser G, Wong PTP, Reker GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP) . Omega. 1988.

185. Turgay, M. Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki. Doktora Tezi. İstanbul : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.

186. Cimete, G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.

187. Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. J Psychol. 1996, 130:141-4.

188. Sadowski CJ, Davis SF, Loftus-Vergari MC. Locus of control and death anxiety: a reexamination. Omega: The Journal of Death and Dying. 1979-1980, 10:203-10.

189. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009, 10:253-60.

190. Rasmssen CH, Johnson ME. Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. Omega. 1994.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ersin BALTACI

Doğum yeri ve tarihi: Üsküdar/10.11.1985

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1.Psikiyatri Servisi-

Telefon: 05554093949

e-posta: baltaciersin@gmail.com

Yabancı dili:İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2012

Kadıköy Anadolu Lisesi 1999-2004

Ümraniye Haşim İşcan İlköğretim Okulu 1996-1999

Ümraniye Ahmet Yavuz İlkokulu 1991-1996

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Asistan Hekim 2014-2018

IV- Mesleki Deneyimi:

2012-2014 Ağrı Doğubayazıt Karabulak Köyü Aile Sağlığı Merkezi-Aile Hekimi

Ağrı Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi-Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Poster Bildirileri

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeleri

Verdiği konferans ya da seminerler

TPD İstanbul Şubesi Salı Eğitimleri-Varoluşçu Terapiler

BRSHH Şizofreni ve Anoreksiya Nevroza Eşhastalınımı

Katıldığı paneller (panelist olarak)

21. TPD Klinik Eğitim Sempozyumu- Asistanların Özlük Hakları

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi- Boyutsal Yaklaşıma Karşı Kategorik Yaklaşımın Avantajları

53. Ulusal Psikiyatri Kongresi- İhanet Travması

22. TPD Klinik Eğitim Sempozyumu- Kendiliğin Fenomenolojisi ve Ontolojisi

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

Abdulkadir Özbek Psikodrama Ensititüsü Psikodrama Eğitim Grubu(devam ediyor)

Temel Varoluşçu Analiz Eğitimi(devam ediyor)

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği-Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi

Barilem Travma Terapileri Grubu

TPD Felsefe ve Psikiyatri Çalışma Birimi

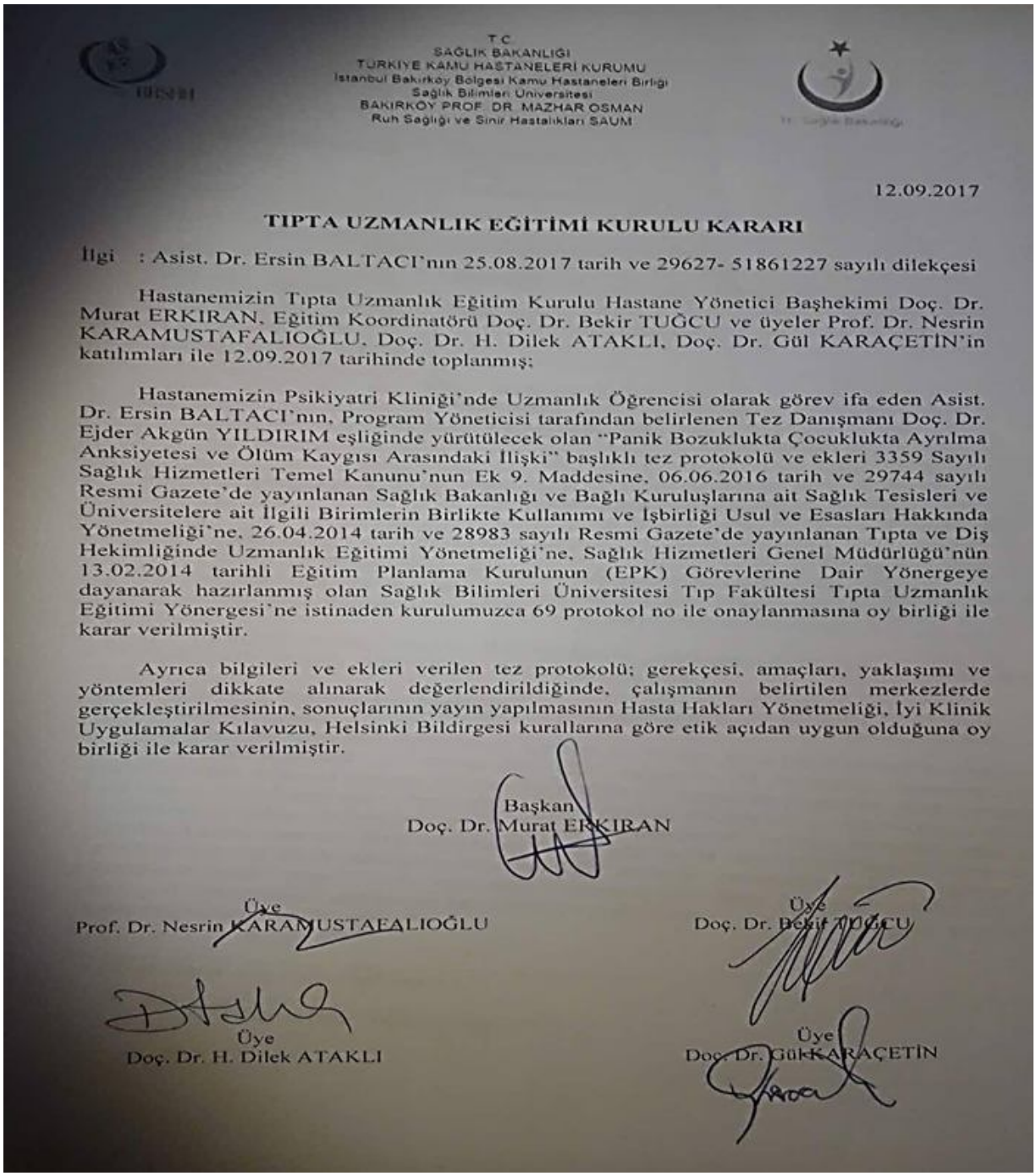
Psikiyatri Kış Okulu III

19. Klinik Eğitim Sempozyumu

Diğer üyelikleri:İstanbul Tabip Odası, Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM

12.09.2017

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Ersin BALTACI'nın 25.08.2017 tarih ve 29627- 51861227 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 12.09.2017 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Ersin BALTACI'nın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM eşliğinde yürütülecek olan "Panik Bozuklukta Çocuklukta Ayrılma Anksiyetesi ve Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 69 protokol no ile onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Murat ERKIRAN

Üye
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye
Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI

Üye
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

EK 2 - KLİNİK GÖRÜŞME BİLGİ TOPLAMA FORMU

1.Psikiyatrik rahatsızlık dışında Tıbbi/ Fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?
Evet ( ) Hayır ( )

2.Daha önce psikiyatriden herhangi bir tanı aldınız mı?
Evet ( ) Hayır ( )
Evet ise tanınız nedir?.....

3.SOY GEÇMİŞTE PSİKİYATRİK HASTALIK
(0) Yok
(1) 1.derece yakın (anne,baba, kardeşler)
(2) Diğer akrabalarda var

4.VARSA SOY GEÇMİŞTEKİ PSİKİYATRİK HAST.
(0) Yok
(1) Duygudurum Boz.
(2) Psikotik Boz.
(3) Anksiyete Boz.
(4) Somatoform Boz.
(5) Dissosiyatif Boz.
(6) Alkol /madde Kull. Boz.
(7) Birden fazla……..
(8) Diğer……

5.SOYGEÇMİŞTEKİ BEDENSEL HAST.
(0) Yok
(1) Birinci derece yakınlarda
(2) Diğer akrabalarda

6.VARSA SOY GEÇMİŞTEKİ BEDENSEL HAST. (0) Yok
(1) Nörolojik
(2) Endokrin
(3) GES
(4) Solunum Yolu
(5) Genito-üriner
(6) Kardiyak-dolaşım
(7) Diğer
(8) Birden fazla
(9) Ne olduğu bilinmiyor**7.Alkol kullanımınız var mı?** Var ( ) Yok( )
Varsa ne sıklıkla Ne zaman başladınız

8.Madde kullanımı? Var ( ) Yok( )

Varsa ne sıklıkla Ne zaman başladınız

9.Sigara kullanımı? Var ( ) Yok( )

Varsa ne sıklıkla Ne zaman başladınız

10.İLK ATAK <u>KAÇ AY ÖNCE</u> OLMUŞ?……

11.HASTALIĞIN BAŞLAMA YAŞI ? ……

12.Hastalığınız başlamadan 1 yıl içinde sizi derinden etkileyen bir olay oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

Evetse Belirtiniz/Ne Zaman?.....

13.İlk panik atağı GÜNÜN HANGİ ZAMANINDA ?

(0) sabah-öğle arasında uyanıkken (07.00- 13.00
(1) öğleden sonra uyanıkken (13.01- 19.00)
(2) akşam-gece uyanıkken (19.01- 24.00)
(3) uykuda (gece ya da gündüz)

14.Son panik atağınız ne zaman oldu?

15.Panik ataklarınız daha çok günün hangi saatinde olur?

(0) sabah-öğle arasında uyanıkken (07.00- 13.00
(1) öğleden sonra uyanıkken (13.01- 19.00)
(2) akşam-gece uyanıkken (19.01- 24.00)
(3) uykuda (gece ya da gündüz)

16.Kullandığınız İlaçlar Nelerdir?
İlaç adı Dozu Kaç yıldır kullanıyorsa

16.İntihar Girişiminiz Var mı?
Evet( ) Hayır( )

EK 3 - BİLGİ TOPLAMA FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz
Kadın( )
Erkek( )

3.Medeni haliniz
Bekar ( )
Evli ( )
Boşanmış ( )
Dul ( )

4.Çocuğunuz var mı?
Evet( )
Hayır( )
Varsa cinsiyetleri

5.Kaç kardeşsiniz?

6.Kaçıncı kardeşsiniz?

7. Eğitim durumunuz nedir?
Hiç okula gitmedim( )
İlkokul mezunu ( )
İlköğretim mezunu ( )
Lise mezunu ( )
Üniversite mezunu ( )
Yüksek lisans/doktora mezunu( )

8. Mesleğiniz nedir?
İşsiz ( )
Ev hanımı ( )
İşçi( ) Memur ( )
İşveren( )

9. Mesleğinizden dolayı ölüme tanık olur musunuz?
Evet( )
Hayır( )

10.Yaptığınız iş, meslek kazası nedeniyle ölüm riski taşıyan bir iş midir?
Evet( )
Hayır ( )

11.Gelir Düzeyiniz?
Alt ( )
Orta( )
İyi( )
Çok iyi( )

12. Maddi sıkıntı yaşamakta mısınız?
Evet ( )
Hayır( )

13.Aynı evde kiminle/kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
Yalnız yaşıyorum ( )
Anne, baba ve kardeşler ile yaşıyorum ( )
Eşim ve çocuklarım ile yaşıyorum( )
Ev Arkadaşı/ arkadaşlarımla yaşıyorum( )
Akraba yanında ( )
Diğer( )

14.Hayati bir tehlike yaratan durum/hastalık/ kaza /ameliyat yaşadınız mı?
Evet ( )
Hayır( )
Evetse açıklayın(kaç yaşındaydınız, nasıl bir olay)

15.Ailenizde ya da çevrenizde ani/beklenmedik ölümle karşılaştınız mı?
Evet( )
Hayır( )
evetse açıklayınız

16.Kendinizi yakın hissettiğiniz birinin vefatı oldu mu?
Evet( )
Hayır ( )
Evetse kaç yaşındaydınız,kimdi açıklayınız

17. Yaşamınız boyunca ölüme tanık oldunuz mu?
Evet( )
Hayır( )
Evetse açıklayınız

18.Birinci derece yakınlarınızda ölüm riski taşıyan hastalığı olan var mı?
Evet( )
Hayır( )
Evetse belirtiniz
Aynı evde mi yaşıyorsunuz?

19. Dini inançlarınızı göz önüne aldığınızda, kendinizi dini inançlarınız açısından nasıl tanımlarsınız?

Hiç dindar değilim ( )
Biraz dindarım( )
Kararsızım ( )
Oldukça dindarım ( )
Çok dindarım ( )

20. Ölümden sonra yaşam olduğuna inanıyor musunuz?
Evet( )
Hayır( )

EK 4 - TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Ölmekten çok korkuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç katılmıyorum — tarafsızım — tamamen katılıyorum

2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen katılıyorum — tarafsızım — hiç katılmıyorum

3. İnsanların ölüm hakkında konuşması beni rahatsız etmez

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen katılıyorum — tarafsızım — hiç katılmıyorum

4. Ameliyat olma zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
hiç katılmıyorum — tarafsızım — tamamen katılıyorum

5. Ölmekten hiç korkmuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen katılıyorum — tarafsızım — hiç katılmıyorum

6. Kanser olmaktan özellikle korkmuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen katılıyorum — tarafsızım — hiç katılmıyorum

7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X
tamamen katılıyorum — tarafsızım — hiç katılmıyorum

8. Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

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

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

12. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

13. İnsanların III.Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

14. Ölü bir bedenin görüntüsü beni dehşete düşürür

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

hiç katılmıyorum | tarafsızım | tamamen katılıyorum

15. Geleceğin benim için korkulacak hiçbir şeyi olmadığını hissediyorum

X_____X_____X_____X_____X_____X_____X

tamamen katılıyorum | tarafsızım | hiç katılmıyorum

EK 5 – AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, "tüm soruları" yanıtlayınız. Ben 18 yaşından küçükken...

	Çok Sık	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10-Ailemden ayrıldığımda çok mutsuz olurdum.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdum.				
15- Karanlıktan korkardım.				

EK 6 – YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşır mısınız?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmanızdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7- Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9- İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınınızda tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınınız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ DEVAMI

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15-Evinizden uzakta olmayla ilgili kâbuslar veya rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17- Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19- Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiğiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapamadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25-Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuştuğunuzu" söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

EK 7 - AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMEYETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Çocukken yaşamış olabileceğiniz duygular hakkındaki sorularla başlamak isterim. Çocukken, annenizden ya da evden uzaklaşmak zorunda kaldığınızda kendinizi nasıl hissederdiniz? **N*ot*;** *Eğer katılımcı annesi dışında birinden bakım aldıysa ve kendine en yakın hissettiyse, bu soruda ve aşağıdaki diğer sorularda annenin yerine o kişiyi koyunuz.*

Başlık	DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları
A.1.	Hiç annenizden ayrıldığınızda kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş hissettiniz mi? Örneğin; anneniz gittiğinde ya da bir seyahate çıktığında ağladınız mı, ona kalması için yalvardınız mı, öfkelendiniz mi, onu durdurmaya ya da arkasından gitmeye çalıştınız mı? Evden ya da annenizden uzaktayken kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Erkenden eve dönmek istediniz mi? Annenizi sık sık aradınız mı? / telefon ettiniz mi? **<u>Ölçüt:</u> Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.**
A.2.	Hiç annenize kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişendiniz mi (Örneğin, eğer hasta olursa diye çok endişendiniz mi veya bir kazada yaralanabilir ya da daha başka kötü bir şey olabilir diye endişendiniz mi)? Hiç annenizin gidip, bir daha hiç geri gelmeyeceğinden endişendiniz mi? Hiç annenizin öleceğinden endişendiniz mi? **<u>Ölçüt:</u> Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.**
A.3.	Hiç, başınıza, sizi annenizden ayırabilecek kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, bir kaza geçirmek ve hatta öldürülmek gibi)? **<u>Ölçüt:</u> Olumsuz bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya neden olacağına dair duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.**
A.4.	Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için, okula gitmekte sorun yaşadınız mı? Hiç evde kalarak annenizle olabilmek için okula gitmeyi reddettiniz mi? Hiç, ebeveynleriniz sizi okula gitmeniz için zorladılar mı? Okula gittiğinizde evden birinin de sizin yanınızda kalması gerekti mi? **<u>Ölçüt:</u> Ayrılma korkusu yüzünden okula ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.**
A.5.	Sizin için, yalnız kalmak, hatta bir odada tek başına kalmak bile çok zor muydu? Hiç, yalnız kalmamak için annenizin ya da evdeki diğer kişilerin peşinden gittiniz mi? Hiç, anneniz sizin çok "yapışkan" olduğunuzdan şikâyet etti mi? **<u>Ölçüt:</u> Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.**
A.6.	Hiç, anneniz yakınınızda olmaksızın uyumaya gitmek konusunda istekli olmadığınızı ya da sizin evden uzaklarda uyumak istemediğinizi hissettiniz mi? Hiç, gecenin yarısında uyanıp annenizin yanında uyumaya gittiğiniz ya da onun iyi olup olmadığını denetlediğiniz oldu mu? **<u>Ölçüt:</u> Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.**
A.7.	Hiç, sizi ailenizden ya da annenizden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)? **<u>Ölçüt:</u> Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.**
A.8.	Okula gitmek zorunda kaldığınızda, hiç kendinizi fiziksel olarak hasta hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının olması) Eğer evde kalsaydınız kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Farklı bir nedenden dolayı evinizden ya da annenizden uzak kaldığınızda fiziksel olarak hastalanır mıydınız? Evde kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?
<u>Ölçüt:</u>	**Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.**

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME
YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Şimdi, size bir yetişkin olarak, sevdiğiniz birinden ayrılmayla ve genelde de yalnız olmayla ilişkili olan duygularınızı sormak istiyorum.

Başlık	DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları

B.1. Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkelendiniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız?/telefon eder miydiniz?
<u>Ölçüt:</u> Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.

B.2. Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duydunuz mu? Örneğin; onunla tartışsaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi?
<u>Ölçüt:</u> Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

B.3. Hiç *sizin başınıza*, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?
<u>Ölçüt:</u> Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.

B.4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duydunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir?
<u>Ölçüt:</u> Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.5. Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok "yapışkan", "bağımlı" olduğunuzdan ya da sizin onu "boğduğunuzdan" şikâyet etti mi?
<u>Ölçüt:</u> Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.

B.6. Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu?
<u>Ölçüt:</u> Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.7. Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?
<u>Ölçüt:</u> Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.

B.8. Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?
<u>Ölçüt:</u> Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

EK 8 - PANİK BOZUKLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ)

PANİK BOZUKLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ)

İsim Soyadı _____ Değerlendirici_____ Tarih _____

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ: (birini daire içine alın) Bir ay _____ Diğer (belirtiniz) _____

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

Amaç, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğundaki DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik atağı sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır.

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0= hiç ya da mevcut değil, 1= ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma; 2= orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir; 3= şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4= aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. Ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. sorular da 0 olarak puanlandıysa 7. Ve 8. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

☐ **1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**

0= Hiç panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı (SBP) yok
1= Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP / gün'den daha fazla değil.
2= Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBP'ler/gün.
3= Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik atakları ama ortalama günde birden çok değil.
4= Aşırı, günde birden fazla tam atağı geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.

☐ **2. PANİK ATAKLARI SIRASINDAKİ ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**

0= Panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı yok ya da ataklar sırasında hiç zorlanma yok.
1= Ilımlı zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürebilmektedir.
2= Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliğini sürdürebilmekte ve/veya konsantrasyonunu idame ettirmekte, ama bunları güçlükle yapabilmektedir.
3= Şiddetli, belirgin zorlanma ve aksama, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliğini durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.
4= Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.

☐ **3. BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Paniğe ilişkili korku, kaygılı beklenti ya da endişe)**

0= Panik atağı hakkında tasa yok
1= Ilımlı, panik atağı hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.
2= Orta, sıklıkla endişeli, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde, ama anksiyetesiz dönemleri var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var, ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevselliği bozulmamıştır.
3= Şiddetli, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraşı, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama var.
4= Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürememektedir.

4. AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA

0= Hiç, korku ya da kaçınma yok
☐ 1= Ilımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başaçıkabilir. Yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.
2= Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala kontrol edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır, ama genel işlevsellik bozulmamıştır.
3= Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.
4= Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.

5. PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA

0= Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.
☐ 1= Ilımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.
2=Orta, göze çarpıcı kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyle ki, genel işlevsellik bozulmamıştır.
3= Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliğe ya da işlevsellikte aksamaya yol açmaktadır.
4= Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

☐ **6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMA.**

(Puanlayıcılara not: Bu soru çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)

0= Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.
1= Ilımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.
2= Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş, ama başkaları çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.
3= Şiddetli, mesleksel performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, başkaları farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.
4= Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışamamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

☐ **7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMA**

0= Bozulma yok.
1= Ilımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmekte ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

2= Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama, ama hala kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişilerarası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır, ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

3= Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşmekte belirgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşmek için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişilerarası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4= Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluk nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. soruların toplamı): ……

EK 9 – BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışma Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM danışmanlığında Dr. Ersin Baltacı'nın "Panik Bozukluğunda Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasıdır.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öğe içermemektedir. Katıldığınız taktirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır ve sizinle yapılan klinik değerlendirme sonrası klinik değerlendirme formları araştırmacı tarafından doldurulacaktır. (Bilgi Toplama Formu, Klinik Görüşme Bilgi Toplama Formu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği). Bir sorun tespit edildiğinde bilgilendirileceksiniz ve dilediğiniz taktirde tedaviniz araştırmacılar tarafından üstlenecektir. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiç bir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza: