

**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİZM  
DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLÜM KAYGISI, YALNIZLIK  
VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DİAA ALSHİSHANİ**

**İSTANBUL, 2023**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİZM  
DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLÜM KAYGISI, YALNIZLIK  
VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DİAA ALSHISHANI  
(210133501)**

**Danışman  
(Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

**DÜZELTİLMİŞ TEZ**

**İSTANBUL, 2023**

25/10/2023

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi 210133501 numaralı **Diaa ALSHISHANI**'nın hazırladığı “Sağlık Çalışanlarının Kırılgan Narsisizm Düzeylerine Göre Ölüm Kaygısı, Yalnızlık ve Ölüme Karşı Tutumlarının İncelenmesi” konulu tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 25.10.2023 Çarşamba günü saat 13:00’da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Çıkışı/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

**Tez adı değişikliği yapılması halinde:** Tez adının .....  
.....  
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU (Danışman)	..... <i>Kabul</i> .....
2. Doç. Dr. Melek ASTAR	..... <i>Kabul</i> .....
3. Doç Dr. İrem ANLI	..... <i>Kabul</i> .....
4.	.....
5.	.....
6. (İkinci Danışman)*.....	.....

\*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

## **ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Diaa Alshishani

## **DÜZELTME METNİ**

- Kuramsal çerçeve bölümü genişletildi ve düzenlendi.
- Tartışma ve sonuç bölümü düzenlendi.
- Yöntem bölümündeki tablolar düzenlendi.

## TEŞEKKÜR

Bu araştırma konusunun belirlenmesinde ve istatistiksel analizlerin karar aşamasında yardım ve destekleriyle katkı sağlayan, tezi bitirmemde tüm desteğini esirgemeyen öğrencisi olmaktan gurur ve onur duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Melek ASTAR, değerli danışmanım Prof. Dr. Gaye SALTUKOğLU,

Bu tezin bitmesinde en az benim kadar rolü olan tezin her aşamasında bana destek olan, moral veren, kız kardeşim Leen ALSHISHANI,

Maddi manevi desteğini esirgemeyen bu tez çalışması sırasında gösterdiği sabrı takdire Őayan olan sevgili eşim Mehmet Salih KILINÇ. Onun desteği olmaksızın bu çalışma gerçekleştirilemezdi. Ayrıca anket çalışmalarında verilerin toplanması aşamasında tüm olanaklarımı seferber eden eşimin ailesi,

Bir arkadaştan çok gerçek bir dost, zor zamanlarımda hep destek olan Fatme KARPACH,

Teőekkürlerin en büyüğünü hak eden ve ifade etmek için kelimelerin yetersiz kalacağı hakkımı hiçbir Şekilde ödeyemeyeceğim en büyük övgüyü hak eden, beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan ve yüksek lisansa başlamama sebep olup bu günleri görmeye ömrü yetmeyen rahmetli canım babam Osama ALSHISHANI ve biricik ailem,

Adını sayamadığım katkıda bulunan tüm değerli arkadaşlarıma ve anket çalışmalarına katılarak değerli zamanını ayıran tüm katılımcılara tüm kalbimle sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Diaa Alshishani

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİZM DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLÜM KAYGISI, YALNIZLIK VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ İNCELENMESİ

**Dıaa Alshıshanı**

## ÖZET

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeyleri ile ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelemesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda araştırmaya 18-61 yaş aralığında olan toplam 326 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcılardan verileri Kırılğan Narsisizm Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Demografik Bilgi Formundan oluşan anket tekniği aracılığıyla veri toplanmıştır. Kırılğan narsisizm düzeylerinin ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının ilişkisini görmek için yapılan istatistiki analizler sonucunda, kırılğan narsisizm düzeyleri ile ölüm kaygısının fiziksel değişimler alt boyutu arasında, kırılğan narsisizm düzeyleri ile yalnızlık arasında ve kırılğan narsisizm düzeyleri ile ölüme karşı tutumun tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu, kaçış kabullenme alt boyutu ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu arasında anlamlı farklılıklar ve ilişkiler elde edilmiştir. Analizlerden elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Narsisizm, Kırılğan narsisizm, Ölüm, Ölüm kaygısı, Yalnızlık, Sağlık çalışanları,

**EXAMINING DEATH ANXIETY, LONELINESS, AND  
ATTITUDES TOWARD DEATH ACCORDING TO  
VULNERABLE NARCISSISM LEVELS OF HEALTHCARE  
PROFESSIONALS**

**Diaa Alshishani**

**ABSTRACT**

This thesis aims to examine the relationship between healthcare workers' vulnerable narcissism levels and their death anxiety, loneliness, and attitudes toward death. In accordance with this purpose, a total of 326 healthcare workers between the ages of 18-61 participated in this study. Data were collected from the participants through a questionnaire consisting of the The Vulnerable Narcissism Scale, The Death Anxiety Scale, The UCLA Loneliness Scale, The Attitude Toward Death Scale, and Demographic Information Form. As a result of the analyses conducted to see the relationship between the levels of vulnerable narcissism and death anxiety, loneliness, and attitudes toward death, a significant difference was found between the levels of vulnerable narcissism and the physical change sub-dimension of death anxiety, between the levels of vulnerable narcissism and loneliness, and between the levels of vulnerable narcissism and the neutral acceptance sub-dimension, escape sub-dimension, and fear of death and avoidance of death sub-dimension of the attitude toward death. The results obtained from the analyses were further discussed in the context of the literature.

**Keywords;** Narcissism, Fragile/Vulnerable narcissism, Death, Death anxiety, Loneliness, Healthcare workers.

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeylerine göre ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarını ve bu değişkenlerin demografik özelliklerine göre farklılaşmasını incelemektir. Sağlık çalışanları özelinde yürütölen bu araştırmanın amacı geçtiğimiz pandemi gibi zor zamanlarda hedef kitlenin yaşadığı psikolojik sıkıntılar, ölüme sıkça şahitlik etmeleri, meslek olarak insan hayatının mesuliyetini taşımanın getirdiğı yükümlölüklerin, sağlık çalışanlarının zihinsel sağlığını korumak adına ve bu değişkenlerinin bir arada bulunduğı bir çalışmanın bulunmaması literatüre katkıda bulunmak ve boşlukları doldurmak açısından önemlidir. Sağlık çalışanlar ile ilgili çalışmalarının artmasının olumlu yanlar olduğı gibi olumsuz yanlar da taşımaktadır. Veri toplama sürecinde sağlık çalışanlarının anketi doldurmadaki isteksizlik çalışmayı zorlaştırmıştır. Ayrıca araştırma konusunun ölüm ve ölüm kaygısı ile ilgili olması Şubat ayında yaşanan ve asrın felaketi diye adlandırılan deprem çalışmanın yürütölmesini zorlaştırmıştır. Bunlara rağmen zamanını ayırıp çalışmaya katılıp katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim. Fayda sağlaması dileğıyle.

Ekim, 2023

Dıaa Alshıshanı

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
SEMBOLLER .....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR .....	xiv
GİRİŞ .....	1
BİRİNİ BÖLÜM .....	5
1. KURAKMSAL ÇERÇEVE.....	5
1.1. NARSİSİZM .....	5
1.1.1. Büyüklenmeci Narsisizm ve Kırılgan Narsisizm .....	9
1.2. KAYGI .....	13
1.2.1. Ölüm Kaygı .....	18
1.3. ÖLÜME KARŞI TUTUM.....	22
1.4. YALNIZLIK .....	25
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	32
İKİNCİ BÖLÜM.....	34
2. YÖNTEM.....	34
2.1. KATILIMCILAR .....	34
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	34
2.2.1 Demografik Bilgi Formu .....	34
2.2.2. Kırılgan Narsisizm Ölçeği.....	35
2.2.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	35
2.2.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği.....	35
2.2.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği.....	36
2.3. UYGULAMA.....	36
2.4. VERİ ANALİZİ .....	36
2.5. BULGULAR .....	37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....	62
3. TARTIŞMA .....	62
3.1. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİSİZM DÜZEYLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE OLAN BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	62

3.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİZM DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLÜM KAYGISI YALNIZLIK VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	65
3.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE ÖLÜM KAYGISI YALNIZLIK VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	66
<b>SONUÇ</b> .....	<b>70</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>72</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>97</b>

## SEMBOLLER

<b>n</b>	: Kişi sayısı
$\bar{x}$	: Ortalama
%	: Yüzde
<b>S</b>	: Standart sapma

## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa

<b>Tablo 1:</b> Demografik Bilgiler Tablosu.....	<b>37-38</b>
<b>Tablo 2:</b> Kırılğan Narsisizm Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İçin Güvenilirlik Analizi.....	<b>39</b>
<b>Tablo 3:</b> Ölçek Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.....	<b>40</b>
<b>Tablo 4:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeylerinin Frekans Değerleri.....	<b>40</b>
<b>Tablo 5:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Cinsiyet Gruplarının Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>41</b>
<b>Tablo 6:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Yaş Gruplarının Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>41-42</b>
<b>Tablo 7:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Eğitim Düzeyi Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>42</b>
<b>Tablo 8:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Medeni Durumun Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>43</b>
<b>Tablo 9:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Gelir Durumu Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>43</b>
<b>Tablo 10:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Meslek Gruplarının Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>44</b>
<b>Tablo 11:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Meslekte Çalışma Yılları Gruplarının Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>44-45</b>
<b>Tablo 12:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Çalışılan Birim Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>45</b>
<b>Tablo 13:</b> Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Yakın Çevrede Yas/Kayıp Yaşama Ki-Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>46</b>

<b>Tablo 14:</b> Kırılgan Narsisizm Düzeyleri ile Çalıştığınız Birimde Ölümle Ne Sıklıkla Karşılaşıyorsunuz Sorusu Ki Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	<b>47</b>
<b>Tablo 15:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutlarının Normallik Sınaması Sonuçları.....	<b>47-48</b>
<b>Tablo 16:</b> Kırılgan Narsisizm Düzeylerinin Ölüm Kaygısı, Ölüm Karşı Tutum ve Yalnızlık Ölçeği Alt Boyut Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>48</b>
<b>Tablo 17:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Cinsiyet Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>49</b>
<b>Tablo 18:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Yaş Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>50</b>
<b>Tablo 19:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Eğitim Düzeyi Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>51-52</b>
<b>Tablo 20:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Medeni Durum Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>53</b>
<b>Tablo 21:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Gelir Durumu Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>54-55</b>
<b>Tablo 22:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Meslek Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>55-56</b>
<b>Tablo 23:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Meslekte Çalışma Yılı Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>56-57</b>
<b>Tablo 24:</b> Ölüm Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Çalışılan Birim Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	<b>58-59</b>

**Tablo 25:** Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Daha Önce Yakın Çevrede Kayıp/Yas Yaşama Durumu Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....**59**

**Tablo 26:** Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Çalışılan Birimde Ölümle Karşılaşma Sıklığı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....**60-61**

## KISALTMALAR

ÖKÖ	Ölüm kaygısı ölçeği
ÖKTÖ	Ölüme karşı tutum ölçeği
KNÖ	Kırılgan narsisizm ölçeği
çev.	Çeviren
ed. veya haz.	Editör/yayına hazırlayan
Sağlık ML	Sağlık meslek lisesi

## GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının, sağlık sisteminin bel kemiği olmaları, bireylerin ve toplumların refahında çok önemli bir rol oynamaları nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Bu tür araştırmalar, kendilerini işlerine adanmış profesyonellerin karşılaştıkları zorluklar, ihtiyaçları ve deneyimleri hakkında değerli bilgiler sunmaktadır. Sağlık çalışanlarını inceleyerek, iş memnuniyetlerini, zihin sağlıklarını ve genel yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri daha iyi anlamak mümkündür. Bu bilgi, yüksek kaliteli hasta bakımı sağlamak amacıyla büyük önem taşıyan nitelikli sağlık işgücünü desteklemek, elde tutmak ve etkili stratejiler geliştirmek için gereklidir. Ayrıca, bu alandaki araştırmalar, sağlık çalışanlarının refahını artırmak, tükenmişliği azaltmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için yenilikçi çözümler ortaya çıkarmasının yanısıra, dünya çapında sağlık sistemlerinin genel etkinliğine ve sürdürülebilirliğine de katkıda bulunabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının, tıbbi bakım ve destek sunma konusundaki özverili çalışmaları, bireylerin ve toplumların sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir. Hastalıkların teşhisinden tedavilerin uygulanmasına kadar bir dizi kritik rol üstlenen sağlık çalışanları, hastaların sonuçlarını iyileştirme açısından hayati bir görev üstlenmektedirler. Hastalıkların önlenmesine yönelik stratejiler geliştirme ve uygulama, enfeksiyonların yayılmasının kontrol altına alınması ve halk sağlığının korunması gibi alanlarda da sağlık çalışanları büyük bir katkı sağlamaktadır. Acil durumlar ve krizlerde hızlı müdahale becerileri ile hayat kurtaran sağlık çalışanları, tıbbi araştırmalara destek vererek yenilikçiliği teşvik etmekte ve halkı sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmektedirler. Sağlık çalışanlarının özverili tutumu ve insanlara sağladıkları duygusal destek, hastalar ve aileleri için büyük bir rahatlama kaynağı olmaktadır. Sağlık sektörünün içinde, tanımadığı insanların sağlığı ve hayatı için kendini ikinci planda tutan, fedakar bireyler bulunmaktadır. Kendi çocuklarını evde bırakarak, hiç tanımadıkları çocukların sağlığını kurtarmak için özveriyle çalışırlar. Bu fedakar sağlık çalışanları, her gün hayat kurtarmak için çaba sarf etmektedir. Hastanelerde, kliniklerde ve acil servislerde, hastaların acil ihtiyaçlarını karşılamak

için gece gündüz çalışmaktadır. Onlar, tanımadıkları insanların yaşamlarını kurtarmak için her türlü zorluğa göğüs geren gerçek kahramanlardır. Birer anne ve baba olan bu kahramanlar kendi ailelerini geri planda bırakarak, hastaların yanında olmaktadır. Onlar için en öncelikli şey, hastaların sağlığıdır. Onların özverisi ve insan sevgisi, toplumumuzun sağlığı için büyük bir değere sahiptir.

Sağlık sistemlerinin işleyişi açısından hayati öneme sahip olan sağlık çalışanlarının varlığı, toplum sağlığının korunması ve ilerletilmesindeki rolünün vazgeçilmez olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının zihin sağlığı, gerek kendi hayatları için gerekse iş ortamlarındaki hastaların hem genel sağlığı hem de zihinsel sağlığı bakımından çok önemlidir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının çalışma süreçlerinde karşılaştıkları stres ve zorluklar, onların zihinsel sağlık durumları üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Geçtiğimiz yıllarda, pandemi süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının zihinsel sağlığına yönelik araştırmalar giderek daha çok ilgi görmeye başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının kırılabilir narsisizm düzeyleri özelinde ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumları üzerindeki etkisi henüz yeteri kadar araştırılmamıştır. Sağlık çalışanlarının kendi kırılabilir narsisizm düzeylerini bilme ve anlama süreci, farkındalık geliştirme ve kişisel gelişim açısından büyük önem arz etmektedir. Bu süreç, sağlık çalışanlarının duygusal zorluklarını ve bireysel özelliklerini tanımlama konusunda yardımcı olmaktadır. Bu, sağlık çalışanlarının kişisel gelişimine olumlu katkı sağlayarak, sağlık hizmeti sunma yeteneklerini geliştirme konusunda destekleyici bir rol oynamaktadır. Ölüm kaygısı hem hastalar hem de sağlık çalışanları için zorlayıcı bir duygusal deneyimdir. Sağlık çalışanları, kendi kaygılarını etkili bir şekilde yönetebilen, hastaların ölüm kaygılarıyla daha iyi başa çıkabilen ve onlara destek sağlayabilen kişilerdir. Sağlık çalışanlarında ölüm kaygısının araştırılması, hasta bakımının kalitesini ve sağlık hizmetlerinin ön saflarında yer alanların psikolojik refahını doğrudan etkilediği için büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının ölüm ve ölmekte olan hastalarla karşılaştıklarında yaşayabilecekleri karmaşık duygu ve korkuların anlaşılması ve ele alınması, başa çıkma mekanizmalarının iyileştirilmesine, tükenmişlik oranlarının azaltılmasına ve nihayetinde daha iyi hasta sonuçlarına yol açabilmektedir. Dahası, bu tür araştırmalar, sağlık çalışanlarının her gün karşılaştıkları duygusal zorlukların üstesinden

gelmelerine yardımcı olmak için hedeflenen müdahalelerin ve destek sistemlerinin geliştirilmesini sağlayabilmektedir.

Sağlık çalışanlarında yalnızlığın araştırılması, sağlık mesleği içinde kritik ancak genellikle göz ardı edilen bir konuya ışık tutması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda yalnızlık, yalnızca sağlık çalışanlarının zihinsel ve duygusal refahını değil, aynı zamanda hasta bakım kalitesini de etkileyerek derin sonuçlar doğurabilir. Sağlık çalışanlarında yalnızlığın nedenlerini ve sonuçlarını anlamak, genel refahlarını teşvik eden özel müdahalelerin ve destek sistemlerinin önünü açabilir. Yalnızlığın ele alınması tükenmişliği azaltabilir, iş memnuniyetini artırabilir ve nihayetinde sağlık hizmetlerinin sunumunu iyileştirebilir. Ayrıca, bu sorunu tanıyarak ve ele alarak, sağlık çalışanlarının hastalara şefkatli ve etkili bakım sağlamak için daha donanımlı olmalarını sağlayabilir ve genel olarak daha sağlıklı ve daha dirençli bir sağlık işgücüne yol açmaktadır. Aynı şekilde kişisel yalnızlık deneyimlerini hatırlayarak, hastaların duygusal durumlarını daha etkili bir şekilde değerlendirebilir ve onlara daha etkili destek sağlayabilir. Böylece işlerinde daha başarılı olabilmektedirler.

Sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeylerini, ölüm kaygısını, yalnızlığı ve ölüme karşı tutumlarını tanıyarak ve ele alarak, yalnızca hastalar için genel sağlık hizmeti deneyimini geliştirmekle kalmıyor, aynı zamanda esnek ve şefkatli bir sağlık hizmeti işgücünün sürdürülebilirliğini de sağlamaktadır.

Bu tez çalışmasının kırılğan narsisizm üzerine yürütülmesinin amacı, narsisizmin her iki boyutuna dair çalışmaları bulundurmasıdır. Alan yazın incelendiğinde, kırılğan narsisizm ile ilgili oldukça sınırlı sayıda araştırma yapıldığı ve Türkiye’de yapılan çalışmaların az olduğu görülmektedir (Eldoğan, D. ve Tunçel, E, 2017). Ölüm kaygısı ve ölüme karşı tutumlara dair birçok çalışma yürütülmektedir (örn., Aktürk, D. ve Şahin, M. 2014; Önsöz, S. 2013). Aynı şekilde yalnızlık ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (örn., Tokeri, I. 2017; Erdoğan, T. 2019; Sübeten, A. 2018). Ancak tüm bu değişkenlerinin bir arada bulunduğu bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu çalışma ölüm kaygısının, yalnızlık ve ölüme karşı tutumların kırılğan narsisizm düzeylerine göre incelenerek yararlı bir sonuç ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Sağlık çalışanlarında ölüm kaygısı, yalnızlık ve kırılğan narsisizmin araştırılması önemlidir. İlk olarak, bu faktörler sağlık

alışanlarının psikolojik sağlığını ve refahını 3nemli 3l3de etkileyerek potansiyel olarak t3kenmişliğe, iş memnuniyetinin azalmasına ve hatta hasta bakımının tehlikeye girmesine neden olabilir. 3l3m kayęısı, yalnızlık, 3l3me karşı tutum ve kırılgan narsisizm arasındaki karmaşık etkileşimi anlamak, bu bireylerin her g3n karşılaştıkları duygusal zorluklara ilişkin değerli bilgiler sağlayabilir. İkinci olarak, bu alandaki araştırmalar, bu sorunları proaktif olarak ele alan hedefli m3dahalelerin ve destek sistemlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir ve sonuçta daha sağlıklı ve daha dirençli bir sağlık işg3c3n3 teşvik edebilir. Sağlık alışanlarının duygusal ihtiyaçlarını ele alarak, yalnızca kendi yaşam kalitelerini iyileştirmekle kalmıyor, aynı zamanda hastalara m3mk3n olan en iyi bakımı sunabilmelerini sağlamak ve bu alanlardaki araştırmaları hem sağlık çalışanlarının hem de hizmet verdikleri hastaların genel refahı için gerekli kılmaktadır.

Sağlık alışanları 3zeline y3r3t3len bu araştırmanın amacı; geçirdiğimiz pandemi d3nemi gibi zor zamanlarda hedef kitlenin yaşadığı psikolojik sıkıntıları, 3l3me sıkça şahitlik etmeleri, mesleki olarak insan hayatının mesuliyetini taşımının getirdiği zorlukları aşmada faydalı olacağı d3ř3n3lm3řt3r.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. NARSİSİZM

Narsisizm ilk kez Havelock Ellis (1898) tarafından tanımlanmış olup adını kendi yansımaya âşık olan mitolojik Narcissus'tan almıştır. Kendine aşırı hayran olma ve bu hayranlıkla meşgul olma durumu olarak açıklamıştır. Ellis, patolojik narsisizmi evrensel bir durum olarak değil belirli kişilerin bir özelliği olarak görmüştür.

Narsisizm terimi tarihsel olarak incelendiğinde ilk olarak yunan mitolojisinden ve romalı şair Ovid'in metamorfozlarından görülmektedir. Narcissus ve Echo'nun birinci yüzyıl öyküsünde başlayan bu terim çok daha sonra uzmanlaşmış bir psikanalitik terim olmuştur (Konrath, 2008).

İlerleyen yıllarda ise erken psikanalitik kuramcılarının (Freud, 1914), nesne ilişkileri kuramcılarının (örn., Kernberg, 1967) ve kendilik kuramcılarının (örn., Kohut, 1977) sıklıkla çalıştığı bir kavram haline gelmiştir.

Freud (1914), narsisistik öz-sevgiyi benlik duygusunun gelişimin normal bir parçası olarak tanımladı, bu normal gelişim süreci kesintiye uğrarsa patolojik hale gelebileceğini belirtmiştir.

Kernberg (1975), klinik deneyiminden yola çıkarak narsisizmin temelinde soğuk, ilgisiz, reddedici ebeveynlik stillerinin olabileceğini ifade etmektedir. Narsisizm ya da şişirilmiş kendilik temsili, benliği terk edilme ya da yeniden reddedilmeye karşı koruyabilecek bir savunma olarak tanımlamaktadır.

Kohut (1977) ise büyüklenmeci kendiliğin, soğuk, uzak, ilgisiz ama bir taraftan da çocuğu aşırı şımartan ve aşırı idealize eden ebeveynlerin etkisiyle oluşabileceğini öne sürmektedir.

Patolojik narsisizm kavramına ilk kez DSM-III'te (1980) olmak üzere, DSM'nin takip eden revizyonlarında Eksen II bozuklukları arasında, narsistik kişilik bozukluğu tanı kategorisi kapsamında yer verilmesi (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987; DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) ile birlikte narsisizm yapısına olan ilginin farklı alanlarda artmasına neden olmuştur.

Yapılan araştırmalar DSM-IV narsistik kişilik bozukluğu tanı kriterlerinde büyüklenmeci yönüne yapılan aşırı vurgu ile klinik bir olgu olarak karşılaşılan patolojik narsisizm profilini tam olarak karşılamadığı ve kırılğan narsisizmi temsil etmediğini göstermektedir (Cain, 2008).

Narsisizmin nereden kaynaklandığına bakıldığı zaman, birçok teorisyenin narsisist bireylerinin ebeveynlerinde cevap aramaktadır. Öne çıkan nedenlerden biri ise narsisizmin aşırı hoşgörölü, aşırı değer veren ve aşırı koruyucu ebeveynlikten kaynaklandığı görölmüştür (örn., Kohut, 1977; Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004).

Ebeveynlik ve narsisizm arasındaki ilişkiler üzerine az çalışma yapılmıştır. Yakın zamanda, Horton, Bleau ve Drwecki (2006) NPI ve algılanan ebeveynlik ölçümleri arasındaki ilişkileri incelemiştir. Ebeveyn sıcaklığı ile hem normal narsisizm hem de "sağlıksız narsisizm" arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Otway ve Vignoles (2006) tarafından yapılan bir araştırmada patolojik narsisizmin iki boyutu incelenmiş ve iki boyutun da hem reddedici, soğuk hem de aşırı değer veren, hayranlık duyan ebeveynlik stillerinin birleşiminin etkisiyle oluşabileceğine vurgu yapılmış, özellikle kırılğan narsisizmin kaygılı ve kaçınğan bağlanma stili ile ilişkili olabileceği öne sürölmüştür.

Ayrıca, bebeğin yetersiz aynalanmaya maruz kalması da narsisizmin oluşması için temel oluşturabilmektedir. Annenin bebeğin duygusal süreçlerine uygun tepki veremediği, bebeğin duygulanımını bebeğe geri yansıtamadığı ve annenin bebeğin olumlu benlik geliştirmesi için gerekli olumlu duygulanıma sahip olamadığı durumlar iki narsisizm boyutunu ayırmada en belirgin faktörlerden biri olduğu düşünölen duygu

düzenleme becerisinin kazanımı engellenebilmektedir (Fonagy, Gergely, Jurist ve Target, 2004).

Kohut (1977) ve Kernberg (1998) gibi klinik teorisyenler narsisizmi, kişisel gelişimin normal bir yönü olarak kavramsallaştırmışlardır. Öte yandan, patolojik narsisizmin, benlik gelişiminin normal ilerleyişinde bir kusur olduğunda geliştiğine inanılır, bu da benlik bütünlüğünü koruyamama ve artan benlik saygısı düzensizliği ile sonuçlanır.

Kohut'a (1977) göre, erken dönem benlik gelişimindeki sorunlar, bebeklik ve çocukluk dönemindeki benlik nesnelere empatik olmayan tepkiler alındığında ortaya çıkar. Erken dönem benlik, bireyin büyüklenmeci benliği başkaları tarafından yansıtılmadığında ya da birey kendi büyüklenmeci benlik beklentilerinden bunaldığında ortaya çıkan yetersizlik duygularından korunmak için narsistik savunmalar kullanır. Kohut'un teorisindeki bu narsistik savunmalar, büyüklenmecilik ve kırgınlık temalarını temsil eden iki tür "bölünme" içerir.

Narsistik kişiliği ya da karakteri kavramı ilk kez Walder (1925) tarafından dile getirilmiştir. Walder, narsistik kişiliğe sahip bireyleri küçümseyen, kendilerini üstün gören, başkalarıyla ve kendileriyle meşgul olan, belirgin bir empati eksikliği sergileyen kişiler olarak tanımlamıştır.

### **Patolojik Narsisizm**

DSM-V'te (2013) erken erişkinlik döneminde başlayan ve çeşitli koşullarda ortaya çıkan büyüklenmeciliği, hayranlık gereksinimini, empati yoksunluğunu içeren ve aşağıdaki kriterlerden en az beşini kapsayan yaygın bir örüntü şeklinde yer bulmuştur. Bu kriterler:

1. Kendisinin önemine dair büyüklenmeci bir duyguya sahip olmak,
2. Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik veya ideal sevgi fantezileriyle uğraşır olmak,
3. "Özel" olduğuna ve ancak özel veya üst düzey insanlar tarafından anlaşılacağına, onlarla ilişkide bulunması gerektiğine inanmak,

4. Aşırı hayranlık beklemek,
5. Hak sahibi olduğuna inanmak (özellikle ayrıcalıklı muamele görme veya beklentilerine otomatik olarak uyum gösterileceğine dair makûl olmayan beklentilere sahip olmak),
6. Kişilerarası ilişkilerde çıkarıcı olmak (amaçlarına ulaşmak için insanları kullanmak),
7. Empatiden yoksun olmak (diğerlerinin duyguları ve gereksinimlerini kabullenmek veya paylaşmak istemez),
8. Diğerlerini kıskanmak veya diğerlerinin onu kıskandığına inanmak,
9. Kibirli ve küstah davranış veya tutumlar sergilemek şeklinde ifade edilmiştir (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5'e bakıldığında, tanı ölçütlerinde belirgin olmasa da, narsisizmin patolojik değerlendirmesinde kırılmanın vurgulandığı görülmektedir. Ayrıca, kırılan narsisizmin, kendini düzenleme becerilerinin eksikliğine dikkat çekilmektedir. Narsisistik kişilik örüntülerini patolojik bir şekilde sergileyen bireyler, olumsuz geri bildirimlere, eleştirilere ve ego tehditlerine aşırı duyarlılık gösterebilirler. Ego tehditleri ortaya çıktığında, bu bireyler örtük veya açık saldırgan veya dürtüsel tepkiler gösterebilirler.

### **Sağlıklı Narsisizm**

Kernberg (1975), sağlıklı narsisizmin dışsal faktörlerini ve ruhsal yapılarını beş ana başlık altında açıklamaktadır. Aşağıda, bu beş başlığın detaylı açıklamalarına yer verilmiştir:

1. **İçsel Nesne Dünyası:** Narsisistik kaynaklar, benliğe libidinal tatmin sağlama konusunda nesne temsillerinin veya içsel nesnelerin koruyucu bir rol oynadığı bir alanı işaret eder.

2. **Dışsal Faktörler:** Süperego yapısı ile benlik arasındaki uyumun artması, yaşam başarısının etkisi, çevresel ilişkilerden gelen libidinal tatmin ve sevgi, içsel nesneden gelen sevginin yeniden onaylanması, bedensel sağlık ve içgüdüsel tatmin gibi etkenler, benliğe libidinal yatırımda pozitif bir artışa neden olmaktadır.
3. **Bedensel Unsurlar ve İçgüdüsel:** Temel içgüdüsel gereksinimler karşılandığında ve içsel benlik ihtiyaçları dengeli bir şekilde dışsal dünyayla örtüştüğünde, benlik değeri olumlu bir şekilde artabilir ve narsistik tatmin elde edilebilir. Organik faktörler ve bedensel unsurlar, sağlık ve hastalık durumları narsistik dengeyi etkileyebilir.
4. **İdeal Benlik ve Ego Hedefleri:** Süperegonun eleştirilerine ek olarak ego, öz eleştiri işlevine sahiptir. Benlikle ilgili hedefler gerçekleşmediğinde, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları ortaya çıkabilir. İdeal benlik ile gerçek benlik arasındaki çatışma, bu durumun bir yansımasıdır.
5. **Süperego Unsurları:** İdeal benlik, benlik kurallarına uyulduğunda benlik değerinde artış yaşanabilir. Süperegonun baskıcı ve talepkar olmaması, kuralların esnek tutulması, bireyin öz eleştirilerini takiben benlik saygısını artırıcı bir faktör olarak görülebilir.

### 1.1.1. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizm

Narsisizm kuramcıları ve kişilik patolojisinde uzmanlaşmış klinisyenler iki farklı narsistik tip tanımlamıştır (Akhtar & Thomson, 1982; Cooper, 1981, 1998; Kohut, 1971; Wink, 1996, Gabbard, 1989, 1998; Gersten, 1991; Masterson, 1993; Revik, 2001). Bunlardan ilki, Narsisizm kişilik bozukluğunun DSM'deki yansıtılan büyüklenmeci alt tiptir, DSM'de patolojik narsisizm büyüklenmeci, kibirli, hak sahibi, sömürücü ve kıskanç olarak tanımlanmaktadır. İkinci alt tipi ise kırılgan narsistik kişilik olarak kabul edilir; bu kişilik açık bir şekilde kendini kısıtlayan ve mütevazı olarak tanımlanır ancak kendisi ve başkaları için altta yatan büyük beklentiler barındırmaktadır (Gabbard, 1989, 1998).

Otto Kernberg (1975) "büyüklenmecilik, empati yoksunluğu, duygusal boşluk hissi, ben merkezilik" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamadan farklı olarak, Heinz

Kohut (1977), narsisizmi “kırılganlık, depresyon, boşluk hissi, empati ve dayanıklılık yoksunluğunun” hakim olduğu bir olgu olarak tanımlamıştır.

Büyüklenmeci narsisistik kişilerin başkaları üzerindeki etkilerine ilişkin gözlemlenen içgörü eksiklikleri nedeniyle “ilgisiz narsistler” olarak da etiketlenmişlerdir (Gabbard, 1989, 1998).

Büyüklenmeci narsisistik bireyin benlik saygısını açık bir şekilde kendini yüceltme, zayıflıkları inkar etme, korkutucu hak talepleri, karşılanmayan beklentilere karşı tutarlı öfke ve benlik saygısını tehdit eden insanları değersizleştirme yoluyla düzenlemesi daha olasıdır (Dickinson ve Pincus, 2003).

Ronningstam (2010) narsisistik kişiliğin boyutlarına dair çalışmasında iki türün öz güven ve duygulanımın düzenlenmesi ile kişilerarası ilişkiler bakımından benzerlik ve farklılıklarının olabileceğine belirtmektedir. Diğer bir deyişle, büyüklenmeci narsistik özellikleri taşıyan kişilerin benliklerine ilişkin aşırı üstün ve benzersiz olduklarına dair algılarının olabileceği, bu algıyı koruyabilmek ve başkalarının hayranlığını kazanabilmek için saldırgan ve antisosyal davranışlarda bulunabilecekleri aktarılmaktadır. Kırılgan narsisizm özellikleri taşıyan kişilerin de benzer şekilde benliğe yönelik büyüklenmeci fantezileri olabilmesine rağmen, bu düşüncelere yönelik utanç duygusuna sahip olabilecekleri ve reddedilme ya da dışlanma kaygısıyla sosyal ilişkilerden kaçınma davranışları gösterebilecekleri ifade edilmektedir (Dickinson ve Pincus, 2003).

Büyüklenmeci ve kırılgan narsisizm hem büyüklenmecilik hem de her daim haklı olduğuna dair çarpıtılmış inançlar bakımından birbirine oldukça benzerdir. Ancak fark, benliğe ilişkin algının tehlikeye girdiği durumlarda nasıl baş edildiği ve bu durumlarda nasıl tepki verildiği kısmında ortaya çıkmaktadır. Büyüklenmeci narsisizmde benliğe ilişkin pozitif algı ve öz saygı kişinin her zaman güçlü ve ünlü olduğunu düşünmesi, herhangi bir başarısızlıkla karşı karşıya kaldığında ise bunu dış faktörlere atfetmesi ve başkalarını suçlaması ile sürdürülür (Campbell, Reeder ve Sedikides, 2000). Büyüklenmeci narsisizm özelliklerine sahip kişilerde benliğe ilişkin algının tehlikeye girdiği durumlarda (başarısızlık, kaybetmek, reddedilmek gibi) yoğun bir öfke deneyimledikleri ve saldırganlaşabildikleri görülmektedir (Rhodewolt ve Morf, 1998). Bu öfke ve saldırganlık hem öfkenin kaynağına

hem de öfke ile ilişkili olmayan diğer insanlara yöneltilebilmektedir (Twenge ve Campbell, 2003).

Birçok ortak noktaları olmasına rağmen, büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm arasında gözden kaçırılmaması gereken belirgin farklılıklar mevcuttur. Kohut (1972), büyüklenmeci narsistik özelliklere sahip bireylerin benliklerinin inkar edilmiş yönlerini başarılı bir şekilde bastırıldığını, buna karşılık kırılğan narsistik özelliklere sahip bireylerin ise hem büyüklenmecilik hem de yetersizlik duygularının farkında olduklarını ifade etmektedir. Büyüklenmeci narsisizmde, birey, gerçekçi eleştirilerden kaçınmak ve benliklerine yöneltile olumsuz eleştirileri örtmek amacıyla çevresindeki ilişkilerde manipülatif davranışlar sergileyebilir. Büyüklenmeci narsisizmde, olumlu bir benlik algısı sürdürmek için olumlu geribildirimleri toplama eğilimi, aynı zamanda negatif geribildirimleri yok sayma eğilimi temel bir davranış kalıbını oluşturur (Baumeister ve Vohs, 2001). Bu açıklamadan yola çıkarak, büyüklenmeci narsistlerin olumlu yorumlara açık oldukları ve olumsuz yorumları görmezden geldikleri görülebilir.

Bir diğer farklılık ise benlik saygısı ile ilişkili olarak karşımıza çıkmaktadır. Büyüklenmeci narsisizm örüntüsü sergileyen bireylerin, yüksek benlik saygısına sahip olduklarına dair literatürde sıkça vurgular bulunmaktadır (Brown ve Zeigler-Hill, 2004; Rhodewalt ve Morf, 1995; Zeigler-Hill vd. 2008). Kırılğan narsisizm örüntüsü sergileyen bireylerin ise, düşük benlik saygısına sahip olduklarına dair çalışmalar mevcuttur (Dickinson ve Pincus, 2003; Miller ve Campbell, 2008; Zeigler-Hill vd. 2008). Bu bağlamda bir çelişki söz konusudur. Her iki narsisizm türü de temelde benlik saygısını savunma amacıyla çaba harcarsa da, kırılğan narsisizmde bu durumun tam tersi gözlemlenir. Wink (1991) bu durumu "narsisizmin iki yüzü" olarak ifade etmektedir.

Kırılğan narsisizm olan bireyler öz saygıyı devam ettirmek için diğer insanlardan alınan geri bildirim aşırı odaklanabilir, başkalarına karşı aşırı boyun eğici ve teslimiyetçi olabilir ya da kaçınma stratejileri kullanabilir (Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore ve Myers, 2011). Bu stratejiler, kırılğan narsistlerin inisiyatif almaktan kaçınmaları ve kendileriyle ilgili yüksek beklentilerini karşılayamadıkları ya

da başkalarından olumsuz geri bildirim aldıkları durumlarda yoğun hayal kırıklığı yaşamaları ile sonuçlanabilir. Başkaları odaklı olma ile sürekliliği sağlanan öz saygıya yönelik hayal kırıklıklarının kişileri anksiyete, mutsuzluk ve utanç duygularına maruz bıraktığı, ve bu duyguların kontrol edilemeyen öfke patlamaları ile takip edildiği görülmüştür (Besser ve Priel, 2010; Dickinson ve Pincus, 2003).

Kırılğan narsisizm olan bireylerin dikkat çeken bir özelliği, kendilerine olan güvenlerini şekillendirmek amacıyla mazoşist eylemleri kullanma eğiliminde olmalarıdır (Pharis, 2004). Bu mazoşist eylemler, diğer insanlar tarafından içten ve empatik bir şekilde algılanabilir. Ancak, bu davranışların temelinde yatan gerçek neden, aslında kendilerini diğerlerinden üstün göstermektir. Kırılğan narsisizm örüntüsü sergileyen bireyler, genellikle kaynakları ve yetenekleri açısından daha zayıf olan bireylerle etkileşimde bulunmayı ve sosyalleşmeyi tercih etmektedir. Ayrıca, daha az yetenekli bir kişiyi kurtarma düşüncelerini ve hayallerini gizleme eğilimindedirler (Cooper, 1998). Bu bağlamda, kırılğan narsisistlerin zayıf bireylere yönelik tutumlarının altında yatan temel düşünce, kendilerini yücelterek kahramanlık duygusuyla öne çıkmak ve kurtarıcı rolü üstlenmek istemeleridir.

Kırılğan narsisizm, iki farklı kişilik bozukluğu ile yanlış teşhis edilebilir, kaçınan kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu. Kaçınan kişilik bozukluğu tanısında, kırılğan narsisizm ile örtüşebilecek birkaç kriter bulunmaktadır. İlk olarak, çekingen bireyler utangaç görünürler, gelişmekten ve yakın ilişki kurmaktan korkarlar. İkinci olarak kaçınan kişilik bozukluğu olan bireyler bireysel ilişkilerinde aşağılanmış, reddedilmiş veya utanmış hissetme korkuları yaşama kriterlerini karşılayabilir. Kırılğan narsistler önemli ölçüde kişilerarası kaygı, ilişkilerden kaçınma ve fantezi kullanımı sergileyecektir, ancak bu, hak edilmiş beklentilerin bir çekirdeği tarafından yönlendirilir. Bu da, kırılğan narsistlerin kaçınan kişilik bozukluğuna özgü olan sosyal reddedilme veya olumsuz bir sosyal etki yaratma korkularının aksine, kendilerini başkalarının karşılanmayan beklentilerinden kaynaklanan hayal kırıklığı ve utançtan korumak için ilişkilerden kaçınabilir. Kırılğan narsisizmin yanlış teşhis koyulmasının bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek bir diğer tanı ise Borderline kişilik bozukluğudur (Dickinson ve Pincus, 2003).

## 1.2. KAYGI

Yaşadığımız çağı kaygı çağı olarak adlandırabiliriz. Dengesiz ekonomi, savaşlar, pandemi ve doğal afetlerle birlikte güven duygumuzun epey azaldığını görebiliriz. Son 50 yıl içerisinde kaygı düzeyleri istikrarlı bir şekilde artmıştır (Twenge, 2000). Son 20 yıldır kaygı bozuklukları ile ilgili patolojik araştırmaları muazzam bir şekilde artmıştır (Cox, Wessel, Norton, Swinson, & Drenfeld, 1995; Norton, Cox, Asmundson, & Maser, 1995). Kaygı bozuklukları, işlevselliğin bozulması, yaşam kalitesinin düşük olması ve sağlık hizmetlerinin pahalı olması ile ilgili olduğu ve nüfusun %20'sinden fazla kaygı bozukluğunu deneyimlediği görülmüştür (Kessler et al., 1994).

Kaygı, çeşitli tanımlarla ele alınmış olup genel olarak duygusal, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bir durum olarak kabul edilmektedir (Spielberger, 1975; Beck, Laude ve Bohnert, 1974). Davranış ve sağlık bilimlerinde kaygıya yönelik kuramsal ve deneysel ilgi, toplumsal kaygıyla paralellik göstermektedir. Kaygı, neredeyse tüm çağdaş kişilik teorilerinde temel bir kavram olarak kabul edilmekte ve bir dizi davranışsal sonucun başlıca nedeni olarak görülmektedir. Bu davranışsal sonuçlar arasında uykusuzluk, ahlak dışı veya günah niteliğindeki davranışlar, yaratıcılıkla kendini ifade etme durumları, psikolojik ve psikosomatik semptomların olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Kaygı, bir dizi otonomik ve somatik belirtinin eşlik ettiği öznel bir huzursuzluk, rahatsızlık, endişe veya korku dolu endişe hissidir. Kaygı, gerçek veya potansiyel tehlikeye karşı normal, duygusal, makul ve beklenen bir tepkidir. Ancak, kaygı belirtileri uzun süreli, mantıksız, orantısız ve/veya şiddetli ise; stresli olayların veya uyaranların yokluğunda ortaya çıkıyorsa veya günlük aktivitelere müdahale ediyorsa, bunlar Kaygı Bozuklukları olarak adlandırılır (DSM IV-TR, 2000).

Kaygı bozuklukları klinik uygulamada en sık karşılaşılan, tek bir birleştirici etiolojisi olmayan heterojen bir bozukluk grubunu temsil etmektedir (Kirkwood & Melton, 2002). Çeşitli psikodinamik, psikanalitik, davranışsal, bilişsel, genetik ve biyolojik teoriler kaygı bozukluklarının etiolojisi ve patofizyolojisini açıklamak için ortaya atılmıştır (Cates ve ark., 1996).

Kaygı bozukluklarının etiolojisine bakıldığında, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiği görülmektedir.

### *Biyolojik faktörler*

Genetik faktörler bazı insanları kaygı bozukluklarına yatkın hale getirmektedir. Kaygı bozukluğu olan bir kişinin ebeveynlerinde, çocuklarında ve kardeşlerinde kaygı bozukluğu görülme ihtimali, kaygı bozukluğu olmayan bir kişinin akrabalarında görülme ihtimalinden daha yüksektir (Torgersen, 1983; Weissman, 1993; Goldman, 2001).

### *Nörotransmitter dengesizliği*

Beyin görüntüleme ve işlevsel çalışmalar, çeşitli nörotransmitterlerin kaygının nörobiyolojisi ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (Cates ve ark., 1996; Sandford ve ark., 2000; Millan, 2003; Augustin, 2005).

### *Psikolojik faktörler*

Kaygı, artan iç ve dış streslerin bir kombinasyonu kişinin normal başa çıkma yeteneklerini bastırduğunda veya kişinin normal başa çıkma yeteneği herhangi bir nedenle azaldığında ortaya çıkabilir.

Psikodinamik açıdan içsel rekabet halindeki zihinsel süreçler, içgüdüler ve dürtüler çatışır ve sıkıntıya neden olur.

Davranışsal açıdan kaygı, geçmişte belirli bir olaya karşı öğrenilmiş uyumsuz ve gelecekteki benzer durumlara ve deneyimlere genellenen bir tepkidir.

### *Sosyal faktörler*

Ailede ölüm, boşanma, iş kaybı, mali kayıp, kaza veya büyük hastalık gibi yaşam deneyimleri, kişinin tutumunu ve yaşam durumlarına tepkisini etkiler. İstismar, şiddet, terörizm ve yoksulluğa uzun süre maruz kalmak, bireyin kaygı bozukluklarına yatkınlığını etkileyebilir (Eysenck, 2004).

Kaygıya vücutta bir takım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissi ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması, huzursuzluk, dolanıp durma isteği gibi kaygının sık görülen belirtileridir (Türkçapar, 2004).

Öznel kaygı deneyiminin tipik olarak iki bileşeni vardır, bireyin bilişsel süreçlerini etkileyen fiziksel ve duygusal bileşen (Cates et al., 1996; Charles and Shelton, 2004; Augustin, 2005; Shri, 2006; Rang et al., 2007).

### **Kaygı ve Korku Farkı**

Beck ve Emery (1985) korku ve kaygı arasında ayırım yaparak, korkuyu tehlikenin farkında olma ve değerlendirme süreci olarak tanımlarken, kaygıyı ise korku tetiklendiğinde ortaya çıkan hoş olmayan duygu durumu ve fizyolojik tepki olarak belirtmişlerdir.

Korku, belirli bir nesne, durum veya koşula karşı verilen ve gerçek veya potansiyel tehlikenin algılanmasını içeren temel, otomatik bir tepkidir. Buna karşın kaygı çok daha uzun süreli, genellikle başlangıçtaki bir korku tarafından tetiklenen karmaşık duygusal ve daha kalıcı bir durumdur (Clark, & Beck, 2011).

Korku, bir tehdide anlık bir tepki olarak ortaya çıkar. Tehlike anında vücudu harekete geçirir ve hızlı bir yanıt verme içgüdüğü oluşturur. Öte yandan, kaygı daha karmaşık bir içsel deneyimdir. Genellikle kişinin içinde bulunduğu çaresizlik ve yetersizlik hissiyle ilişkilendirilir. Kaygı, gerçek veya hayali zorluklarla baş edememe endişesiyle yakından ilişkilidir. Korku, genellikle kişinin kendisinin ve tehdidin gücünü değerlendirmesine dayanarak, kavga veya kaçma tepkilerine yol açar. Ancak kaygı, kişinin hareket yeteneğini sınırlayan bir duygu olarak karşımıza çıkar. Kaygılı bir birey, herhangi bir eylemin sonuçlarını kestirememeye ve kimsenin onu kurtaramayacağına dair şüpheler taşır. Korku, anlık bir uyarı sistemi iken, kaygı daha kalıcı ve sık sık kötümserlikle ilişkilendirilen bir deneyimdir. Bu nedenle, bir dost veya koruyucu figürün varlığı korkuyu hafifletebilirken, kaygı üzerinde benzer bir etki yaratmaz. (Wolman & Stricker, 1994)

### **Kaygı Belirtileri**

Kaygının bazı yaygın belirtileri aşağıda verilmiştir (Clark & Beck, 2011):

#### **Fiziksel Semptomlar**

- Kalp atışında hızlanma, çarpıntı
- Nefes darlığı, hızlı nefes alma
- Göğüs ağrısı veya basınç
- Boğulma hissi
- Baş dönmesi, sersemlik
- Terleme, sıcak basması, titreme
- Mide bulantısı, mide rahatsızlığı, ishal
- Titreme, sarsılma

- Kollarda, bacaklarda karıncalanma veya uyuşma
- Halsizlik, dengesizlik, baygınlık
- Gergin kaslar, katılık
- Ağız kuruluğu

#### Bilişsel Semptomlar

- Kontrolü kaybetme, başa çıkamama korkusu
- Fiziksel yaralanma veya ölüm korkusu
- "Çıldırma" korkusu
- Başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu
- Korkutucu düşünceler, görüntüler veya anılar
- Gerçek dışı veya kopuk algılar
- Zayıf konsantrasyon, kafa karışıklığı, dikkat dağınıklığı
- Dikkatin daralması, tehditlere karşı hipervijilans
- Zayıf hafıza
- Muhakeme güçlüğü, objektiflik kaybı

#### Davranışsal Semptomlar

- Tehdit işaretlerinden veya durumlarından kaçınma
- Kaçış, uçuş
- Güvenlik arayışı, güvence
- Huzursuzluk, ajitasyon
- Hiperventilasyon
- Donma, hareketsizlik
- Konuşma güçlüğü

#### Duygusal Semptomlar

- Gergin, sinirli hissetmek
- Korkmuş, ürkmüş, dehşete düşmüş hissetmek
- Alıngan, ürkek, diken üstünde olmak
- Sabırsız, yılmış olmak

### 1.2.1. Ölüm

Ölüm, çağlar boyunca birçok yaratıcı düşüncenin ve felsefi sorgulamanın temelinde yatan bir motivasyon unsuru olarak kavramsallaştırılmış güçlü bir insani kaygıdır. 19. yüzyılın ünlü Rus düşünür ve roman yazarı Leo Tolstoy, "İvan İlyiç'in Ölümü" adlı kitabında İvan İlyiç'in benmerkezci yaşamının son üç gününü anlatırken, ölümün kaçınılmazlığı ve yarattığı kaygıyla yüzleşmenin insan için ne derece zorlu bir süreç olduğunu ustalıkla anlatmıştır.

İnsanların din, kültür, cinsiyet ve ırk gibi farklılıkların dışında ortak bir noktası vardır: Ölüm ve fanilik (Ertufan, 2008).

Canlılar doğmakla birlikte ölüme ilk adımı atmaktadırlar. Heidegger'in dediği gibi "yeni doğan biri ölmek için yeterince olgundur" (Heidegger, 1996).

Temel olarak, ölüm hakkında iki farklı görüş vardır; ya bireyin varoluşun sonudur ya da başka bir yaşama açılan bir kapıdır (Epting & Neimeyer, 1984). Ölümü varoluşun sonu olarak gören bireyler muhtemelen burada ve şimdi için yaşamaktadırlar. Ölümü başka bir yaşama geçiş olarak gören kişiler ise bir sonraki yaşamı düşünerek yaşamaktadır (Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. 1994).

Yaşam ve ölümün bu kadar iç içe olması ve bu kadar birbirlerini etkilemesi, ölüm kaygısı üzerine araştırma yapmaya itmiştir. Yalom, tüm psikopatolojilerin ana kaynağı ölüm kaygısı olduğunu iddia etmiştir (Ertufan, 2008). Yalom, ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmalarının amacını "Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değildir" diye açıklamıştır (Yalom, 1980).

Ölüm, bilimsel çalışmaların incelenmesiyle çeşitli açıklamalara tabi tutulmuştur (Karaca, 2000; Badur, 2004; Aksu ve Okçay, 2010). Biyolojik tanımına göre, kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşümsüz bir şekilde sona ermesidir (Dekkers, 1996; Badur, 2004; Jones, 2004). Psikolojik açıdan bakıldığında ise ölüm, zihinsel işlevlerin kaybedilmesi ve bilinçli düşünmenin sona ermesi durumunu ifade eder (Karaca, 2000; Aksu ve Okçay, 2010). Sosyal ölüm ise bir kişinin fiziksel işlevlerini tıbbi teknolojinin yardımıyla devam ettirebilse de, toplumsal ilişkiler kuramadığı için toplumsal işlevlerini yerine getiremediği bir durumu ifade eder (Karaca, 2000; Aksu ve Okçay, 2010).

Her bir açıklama, ölümün farklı yönlerini vurgular ve insan yaşamının sonlanmasını çeşitli perspektiflerden anlamamıza yardımcı olur.

### 1.2.2. Ölüm Kaygısı

"Ölüm kaygısı", ölüm farkındalığının yarattığı endişeyi kavramsallaştırmak için kullanılan bir terimdir (AbdelKhalek, 2005). Bununla birlikte ölüm ve ölüm kaygısı, modern psikolojinin hem ampirik araştırmalarda hem de terapötik uygulamalarda önemli bir konu olmuştur.

#### Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu Farkı

Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı terimleri literatürde birbirlerinin yerine kullanılmaktadır, ancak ölüm korkusu spesifik ve bilinçli iken, ölüm kaygısını ise daha genel ve belki de farkındalığa erişilemez olarak değerlendirilmekte fayda vardır (Feifel & Branscomb, 1973).

Bu terimler çoğunlukla eş anlamlarda kullanılıyor olsa da, "ölüm kaygısı" ve "ölüm korkusu" kavramları birbirinden ayrıştırılmıştır. Ölüm kaygısı tamamen yok olma korkusunu ifade ederken, ölüm korkusu ölümün korkutucu olduğuna dair daha somut bir inançtır (Momeyer, 1988). Cicirelli (2006) yok olma korkusunun daha genel anlamda varlığın kaybına ilişkin zihinsel ya da ruhsal farkındalık olduğunu, ölüm korkusunun ise varlığın kaybına yönelik fiziksel farkındalıkla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Biyolojik araştırmalar, kaygı ve korkunun ayrı fakat yakın ve ilişkili anatomik yapılardan çıkan ayrı yapılar olduğunu göstermiştir. Kaygı, daha yüksek kortikal bölgelere uzanan yollarla septo-hipokampal sistem aktivasyonu ile daha yakından ilişkilendirilmiştir (Gray, 1985).

Carpenito-Moyet (2008), Hemşirelik Tanı El Kitabı'nda ölüm kaygısını "bireyin ölüm ve ölmeye ilgili endişe, kaygı veya korku yaşaması durumu" olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırma kılavuzunda ise ölüm kaygısı "kişinin varlığına yönelik gerçek ya da kurgusal bir tehdidin algılanmasıyla ortaya çıkan belirsiz bir huzursuzluk ya da korku hissi" olarak tanımlamaktadır (Moorhead vd., 2008).

Freud, ölüme karşı olan kaygılarının ölümün çocukluk döneminde çözülemeyen çatışmalarının bir yansıması olduğunu iddia etmektedir. Ona göre bilinçaltı kendi ölümünü kabullenemez. Jung, ölümü bireyin kendini gerçekleştirmek için olan sürecin bir parçası olarak ifade etmektedir. Frankl, ölümün hayata anlam kattığını ve hayatı tamamlayan bir unsur olduğunu belirtmektedir. Yalom, ölüm

kaygısının her yerde ve her yaşta var olduğunu, insanın enerjisinin bir kısmını bu kaygıyı kontrol etmek için harcadığını ifade etmektedir (Ayten, 2009).

### **Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler**

Ölüm kaygısı insanların içerisinde yaşadıkları kültürlerine göre farklılaşmaktadır. Doğu kültüründe ölümle iç içe bir tutum sergilenirken, Batı kültüründe mesafeli ve soğuk bir tutum sergilenmektedir (Ayten, 2009)

Literatürde, yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum ve bir yakınının ölümü gibi nedenlerinin ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu düşünüldüğü için araştırmalarda sorgulanmaktadır (Feifel ve Branscomb, 1979). Sağlık çalışanları bu konuda hem kendi ölüm kaygısı hem de başkalarının ölüm kaygısı ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık çalışanları kendi içinde iki gruba ayrılabilir, ölüm riski yüksek olan hastayla çalışanlar ve ölüm riski olmayan hastayla çalışanlar. İlk gruptakiler ikinci gruba göre daha fazla yükümlülüklerle sahiptir.

Ölmekte olan hastaya bakan sağlık çalışanları hastaların yaşadığı birçok duyguyu yaşamaktadırlar. İnkâr içinde olan bir sağlık çalışanı hastanın öleceği kesinleşse bile ısrarla tedaviyi sürdürebilmektedir. Bu uygulamalar hastanın acı çekmesine sebep olmaktadır. Kendi ölümlülüğünün gerçeğini kabullenemeyen sağlık çalışanları ölümcül hasta ve yakınına kendi korkularını yansıtmaktadırlar (Cimete, 2002). Doktorların ölüm kaygılarını mesleki uygulamalarına yansıyabileceğine dair hipotezi sınamak için 34-87 yaş arasında 24 hastane doktoruyla yapılan araştırmada ölüm kaygısı yüksek olan doktorların hastalarının, orta ve düşük kaygısı olan doktorlarınınkine göre, ölümlerinden önce ortalama 5 gün daha fazla hastanede kaldıkları belirlenmiştir. Yüksek kaygılı doktorların, hastalarının ölümünün yaklaştığını kabullenmekte zorlandıkları ve bu yüzden onları daha fazla hayatta tutmaya çalıştıkları yorumu yapılmıştır (Schulz ve Aderman, 1978).

Kaliforniya'da 130 psikiyatrist, 57 psikolog, 31 intihar uzmanı, 28 cenaze işleri görevlisinin ölüm kaygısı ile ilgili yapılan bir araştırmada, en düşük ölüm kaygısı cenaze işleri görevlilerinde, en yüksek ölüm kaygısı psikologlarda çıkmıştır (Pepiton, 1981).

## **Ölüm Kaygısı Kuramsal Temelleri**

### *Psikanalitik Yaklaşım*

Freud'a göre ölüm, yaşamın içinde var olan bir gerçektir. "İd" olarak adlandırılan içgüdülerin ve "süperego" olarak adlandırılan sosyal normlar ve değerlerin çatışması gibi, ölüm içgüdüleri ile yaşam içgüdüleri de sürekli bir çatışma içindedir. Psikanalitik kurama göre, insan iki temel eğilimle doğar: yaşam içgüdüğü ve ölüm içgüdüğü. Yaşam içgüdüğü özellikle yaşama sevincini ve cinsel içgüdüleri içerirken, ölüm içgüdüğü ise tam tersi şekilde yıkıcı ve yok edici eğilimleri barındırır (Kızılkaya ve Koştu, 2006). Her birey, içsel olarak kendi ölümsüzlüğüne inanma eğilimindedir. Bu nedenle, insan ilk etapta ölümlülükle karşılaştığında güçlü duygusal tepkiler verir. Bilimsel bilginin ölüm hakkındaki sınırlılığı da bu duygusal tepkiye eklenince, hiçbir insan gerçekten ölümü tam anlamıyla idrak etmez. Bu durumda, insan bilinçdışı özünde kendi ölümsüzlüğüne dair düşünceleri barındırarak, ölümün gerçek yüzünü anlamak konusunda içsel bir gereksinim duymayabilir (Ditfurth, 1991).

Freud'a göre, ölüm kaygısı aslında ayrılık kaygısının sonucu olarak ortaya çıkan suçluluk duygusundan kaynaklanmaktadır. Freud'a göre, ölüm kaygısı, süperegonun deneyimlediği en önemli kaygıların sonuncusunu oluşturur (Eke,2003).

Freud'a göre, insanlar ölümü hiçbir zaman deneyimleyemedikleri için, bilinç dışının ölümü herhangi bir şekilde tasvir edemediğini öne sürerler. Psikanalitik kuramına göre, ölüm korkusu, daha somut deneyimlerle daha doğrudan ilişkilendirilebilen korkulara ve bu deneyimlerden kaynaklanan ruhsal çatışmalara dayanır. Ölüm korkusunun izleri, genellikle çözümlenemeyen çocukluk deneyimlere kadar uzanabilir. Çünkü ölüm, bilinçdışında somut bir temsile sahip olmadığı için, ölüm korkusu aslında çocukluk dönemindeki savunmasızlık duygularının ve ebeveyn korumasının kaybının yansımalarını taşır (Eyüboğlu, 2009).

Jung gibi Freud'dan ayrılan psikanalistler, ölüm kaygısının temelini yaşama korkusu olarak tanımlar. Bu perspektife göre, ölümden fazlasıyla korkan bireyler aynı zamanda yaşamaktan da büyük bir korku duyarlar. Jung'a göre, yaşama korkusunun

temel nedeni bireyin hayata tam anlamıyla bağlanamaması ve psiko-sosyal dengeyi kuramamasıdır (Gençtan, 1989).

Horney ise, insanların yaşamda karşılaştıkları olumsuz durumlar nedeniyle ölüm arzusu besleyebileceğini ve bu arzunun ölüm korkusuyla birleşerek belirsiz bir kaygı haline geldiğini öne sürmüştür (Gedik, 2007).

### *Varoluşçu Yaklaşım*

Varoluşun temeli ve en önemli unsuru olarak kabul edilen kaygı, Yalom'un ifadesiyle, ölümün insanlar için ilk ve temel kaynağıdır (Işık ve ark, 2009). Ölümden kaçamayacağına farkında olan tek varlık olan insan, varoluşsal bir kaygı ile yüzleşir. Sürekli kendini koruma içgüdüleriyle yönlendirilen insan, varoluşun yokluğunu temsil eden ölümden kaygı ve korku duymaktadır (Gedik, 2007).

Heidegger'a göre, insanoğlu için doğum anından itibaren tek gerçek olan ve varoluşun temelini oluşturan ölüm, aynı zamanda artık var olmama tehdidini de taşımaktadır (Karahisar, 2006). Becker'e göre, ölüm kaygısı ve korkusu, insanlığın ölümün kaçınılmaz olduğu gerçeğini zihinlerinden çıkaramamalarının bir sonucudur (Işık ve ark, 2009).

Varoluşçu kuramcılara göre, insanın temel kaygısı özellikle ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Koestenbaum'a göre, ölüm gerçeğiyle yüzleşmek, sıradan varoluşun temelini oluşturan küçük ilgi alanlarını, minik yarışları ve günlük sıkıntıları anlamsız hale getirir. Koestenbaum, ölümün sürekli farkında olan bireylerin günlük aktiviteleri hızlandırma eğilimi gösterebileceğini ifade eder. Bu hızlanma hissi, bireylerin yaşamlarına anlam ve yön veren projelere odaklanmalarını sağladığı için özgürleştirici bir etki yaratmaktadır (Karahisar, 2006).

Varoluşçu yaklaşımına göre, birey kendi ölümünü düşünmeye yönelir ve bu düşünceler eylemlerini şekillendirirse, önceden değerli görülen tüm sıradan yaşam tarzları anlamsız hale gelir. Bu sayede birey, başkalarının izinden gitmek yerine, kendi benzersiz yolunu oluşturur (Hull, 1960).

### *Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar*

Bilişsel kurama göre, kaygı bir bireyin koşullanabilir bir tepkisi olarak görülür ve bu tepkiler koşullanma ve genelleme sonucu ortaya çıkar. Tehdit olarak algılanan durumun ne kadar korkutucu olduğu önem taşır. Kişi, tehdidi ne kadar ürkütücü, kontrol edilemez veya başa çıkılmaz olarak değerlendirirse, kaygı seviyesi de o oranda artar. Bu kuram, ölümün olumsuz algılanmasının, ölümün kaygı ile birlikte kötü olarak kabul edilmesinden kaynaklandığını ve bireyin ölümle ilgili geliştirdiği olumsuz düşüncelerin ölüm kaygısının oluşmasına neden olduğunu savunur (Taka, 2010).

#### 1.3. Ölüme Karşı Tutum

Psikanalistler, psikanalizin doğuşundan ancak 50 yıl sonra ölüme karşı oluşan tepkileri incelemeye başlamışlardır (Volkan, 1997).

Ölümün incelenmesi artık araştırmalar için verimli bir zemin oluşturmaktadır. Ölüme karşı tutumları değerlendirmek için çeşitli araçlar geliştirilmiştir (Collett & Lester, 1969; Gesser, Wong, & Reker, 1987-88; Hooper & Spilka, 1970; Marshall, 1981; Neimeyer, Dingemans, & Epting, 1977). Ölüme karşı tutumlarının türleri üzerine yapılan diğer araştırmaların yetersizliği, ölüm kaygısına odaklanan araç ve çalışmaların sayısı ile karşılaştığında göze çarpmaktadır (Marshall, 1981).

Her bireyin ölüme karşı duyduğu duygular özgün olsa da ölümle ilişkilendirilen evrensel duygu korkudur. Bu evrensel duygunun kaynağı, bir dizi faktörden kaynaklanmaktadır. Bilinmezlikle yüzleşme, yalnızlık hissi, sevdiklerini kaybetme ihtimali, beden ve kontrolünün kaybı, kimlik duygusunun devamının sona ermesi, acı çekme olasılığı ve anlamlı bağlantıların kopması gibi etmenler, ölümle ilgili korkunun temelini oluşturur (Uyer, 1982).

Erikson'a göre bütünlüğü başarabilen bireyler ölümle korkusuzca yüzleşebilmektedirler. Hayatlarını boşa harcadıklarını ve hayata yeniden başlamak için çok geç olduğunu düşünen bireylerin umutsuzluk yaşamaları ve ölümden korkmaları muhtemeldir. Dolayısıyla, kişinin ölümden korkması ya da ölümü kabullenmesi büyük ölçüde kişinin sadece kendi yaşam döngüsünü kabullenmeyi öğrenip öğrenmediğine bağlıdır (Erikson, 1963).

Benzer bir görüş Butler tarafından savunulmuştur. Butler, insanların ölümden daha çok anlamsız bir varoluştan korktuklarını öne sürmüştür. Yaşamlarını tatmin edici ve anlamlı gören bireylerin daha az ölüm kaygısı ve daha fazla ölümü kabullenme göstermesi gerekmektedir (Lewis & Butler, 1974).

Ölüm kaygısı ve ölümü kabullenme birbiriyle yakından ilişkili olduğu okuyucu tarafından görülmektedir. Ölüm kaygısı, ölümü kabullenme anlayışı olmadan tam olarak anlaşıl原因amamaktadır (Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. 1994).

Yaşam değerlendirmesi ve ölüme karşı tutumlar arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar Butler'ın görüşünü desteklemiştir. Örneğin, Georgemiller ve Maloney (1984) yaşamı gözden geçiren katılımcıların alternatif-faaliyet kontrol grubuna göre ölümü inkar etmede azalma gösterdiğini bildirmiştir. Flint, Gayton ve Ozmon (1983) kişinin geçmiş yaşamından duyduğu öznel memnuniyet ile ölümü kabullenme arasında anlamlı bir korelasyon bulmuştur. Daha yakın bir zamanda, Wong ve Watt (1991) anılarında dürüstlük sergileyen yaşlıların sergilemeyenlere göre daha sağlıklı ve mutlu olmaya meyilli olduğunu bildirmiştir.

Bazı araştırmacılar da ölüm kaygısı ile yaşamda anlam eksikliği arasında ilişki bulmuştur. Durlak (1972), yaşamlarında bir amaç ve anlam olan deneklerin ölümden daha az korkma ve ölüme karşı daha olumlu ve kabullenici tutumlar sergileme eğiliminde olduklarını bildirmiştir. Quinn & Reznikoff (1985), yaşamlarında bir amaç ve yön duygusu olmayan deneklerin yüksek düzeyde ölüm kaygısı bildirdiklerini bulmuştur. Özetle, kişinin ölümden korkup korkmadığının veya ölümü kabul edip etmediğinin, yaşamda anlam bulup bütünlüğe ulaşıp ulaşmadığına bağlı olduğuna dair varoluşsal görüşü destekleyen yeterli kanıt vardır (Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. 1994).

Ölüme karşı tutumlara çok boyutlu bir yaklaşımla bakıldığında, tablo daha karmaşıktır. Keller, Sherry ve Piotrowski (1984) ölüme karşı tutumlarının üç ayrı boyutunu ölçmüştür: Genel olarak ölümün değerlendirilmesi, Ahirete İnanç ve benlikle ilgili ölüm kaygısı. Ölümün genel olarak değerlendirilmesi sonucunda, orta yaşlı yetişkinler, yaşlı ve genç yetişkinlere göre daha az kaygılıdır. En yaşlı grup orta yaşlılara göre daha fazla ahiret inancına sahipken, genç yetişkinlerden önemli ölçüde farklı değillerdi. En yaşlı grup, iki genç gruba kıyasla kendi ölümüne ilişkin önemli ölçüde daha az kaygı göstermiştir.

Üniversite öğrencileri ve orta yaşlı yetişkinlerle ölüme karşı tutumlarının üzerine yapılan araştırmada, bazılarının ölüm konusundan kaçınmayı tercih ettiği görülmüştür. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma olumsuz bir tutum olsa da ikisi arasında bir ayırım yapılması gerekmektedir. Ölüm korkusunda kişi ölümlerle ve onun uyandırdığı korku duygularıyla yüzleşmektedir. Ölümden kaçınmada ise kişi ölüm kaygısını azaltmak için ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınmaktadır. Dolayısıyla ölümden kaçınma, ölümlerle kişinin bilincinden uzak tutan bir savunma mekanizmasıdır. Başka bir deyişle, iki kişinin her ikisi de ölüme karşı olumsuz bir tutuma sahip olabilir, ancak biri yüksek düzeyde ölüm korkusu gösterirken, diğeri yüksek düzeyde ölümden kaçınma gösterebilir (Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. 1994).

Ölüme karşı tutumları ve yas araştırmaları, ağrı, kriz ve stresle başa çıkmada kullanılan uyum stratejilerini anlamada ek bir giriş yolu sağlamaktadır. Ayrıca, ağır hastaların ve yaklaşan ölüm olasılığıyla karşı karşıya olanların tedavisini geliştirme imkanını sağlamaktadır. Ek olarak, ölümlerle toplumun sosyal dokusunu nasıl etkilediğine dair anlayışımızı genişletmektedir (Feifel, 1969).

Ölüm ve keder, sosyal bir ortamda meydana gelen ve her bireyin içinde derin bir şekilde yer alan evrensel ve doğal deneyimlerdir. Ölüm deneyiminin anlamı, ölümlerle yeri ve diğeri insanların ölümlerle tepkisi, kültürün ve toplumun değerleri ve kurumları tarafından şekillendirilmektedir (Moller, 1996). Sonuç olarak, insanların yas tutma ve ölümlerle tepki verme şeklini etkileyen çok sayıda faktör vardır.

Ölümlerle karşı tutumlarını etkileyen faktörlerle ilgili olarak Florian, Mikulincer ve Green (1994), önceki 3 yıl içinde kişisel bir kayıp yaşamış olan orta yaşlı deneklerin, herhangi bir kayıp yaşamamış olan deneklere kıyasla daha fazla ölüm korkusu bildirdiklerini bulmuştur. Florian ve Mikulincer (1997) tarafından yapılan bir başka çalışma, hem erken hem de yakın zamanda yaşanan kayıpların daha yüksek düzeyde kişisel ölüm korkusuyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulguya rağmen, diğeri çalışmalarda kişisel kayıp deneyimi ile ölüm korkusu arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (Franke & Durlak, 1990; Pratt, Hare, & Wright, 1985; Tokunaga, 1986).

Kalish ve Reynolds'un (1976) bireyin kendi ölümü, başkalarının ölümü, hayatta kalanların yas ve kederi ve soyut olarak ölüm kavramı alanlarındaki ölümlerle

karşı tutum ve davranışlarına odaklandıkları çalışmasında katılımcıların neredeyse beşte biri tarafından belirtilen ölüm tutumlarını etkileyen bir diğer faktör de kişinin kendi ölümüne yakın olması veya ölüme yakın olduğuna inanması olduğu görülmüştür.

Greyson (1992), ölüme yakın bir deneyim yaşadıklarını, ölüme yakın bir deneyim yaşamadan ölümle burun buruna geldiklerini ya da ölümle burun buruna gelmediklerini bildiren yaklaşık 300 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada, ölüme yakın deneyim yaşayan bireylerin, diğer iki gruptaki bireylere kıyasla kendi ölümleri ihtimalinden daha az tehdit altında olduklarını gözlemlemiştir.

Eggerman ve Dustin (1985), kendi ölüm olasılıkları nedeniyle oldukça sıkıntılı olan doktorların, terminal dönemdeki hastaları prognozları hakkında bilgilendirmeden önce daha fazla faktörü göz önünde bulundurduklarını bildirmişlerdir.

Ölüm karşı tutumların üzerine yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu bu tutumları örtük ya da açık bir şekilde olumsuz terimlerle tanımlamış olsa da bazı araştırmacılar ölüm ve ölmeye yönelik olumlu tutumları incelemek için çerçeveyi genişletmeye çalışmışlardır. (Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. 2004).

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından ortaya konan Üç Bileşenli Ölüm Kabulü Modeli'ne göre nötr kabul, ölümü yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak gören bir tutumu tanımlamaktadır. Ölümden ne korkulur ne de hoş karşılanır; kişi onu hayatın değişmez gerçeklerinden biri olarak kabul eder. Yaklaşım kabulü, mutlu bir öbür dünyaya olan inancı ifade eder. Bununla ilişkili olumlu gelecek zaman perspektifi, ölüm hakkında olumlu bir bakış açısına yol açar. Kaçış kabulü, ölümün yaşam için cazip bir alternatif olarak görüldüğü, birey tarafından dayanılmaz hissedilen yaşam koşullarından kaynaklanmaktadır.

#### 1.4. YALNIZLIK

Yalnızlık sosyal ilişkileri, önceden alışık olduğu veya umduğu derinlik ve kalitede olmadığında, genellikle yalnızlık duygusunun ortaya çıkmasına neden olabilir (Lopata, 1969). Yalnızlığın oluşumunda ve devamında etkili olan yaygın nedenler arasında, önemli kişilerden ayrılma (Baumeister ve Leary, 1995) ve değer verilen ilişkilerin sona ermesi yer almaktadır. (Peplau ve Perlman, 1979).

Sullivan (1953), hayatın farklı evrelerini ele alarak, yalnızlık deneyiminin kökenine dair potansiyel faktörlere ışık tutmaktadır. İlk evrede, bebeklik döneminde, bakım veren kişiye olan muhtaçlık ve sevgi arayışı belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu dönemde, sevgi ve bakım alma gereksinimi, temel bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır. Çocukluk aşamasına geçildiğinde, bu ihtiyaç yalnızca bakım veren kişiyle sınırlı kalmaz; aynı zamanda akrabalar tarafından kabul görmek ve ilişkilerde yer bulmak da büyük bir önem taşımaktadır. Ergenlik öncesi dönemde ise, yakın ilişkiler kurmak, arkadaşlar edinmek ve sevgili ilişkileri geliştirmek, kişinin kendini güvende hissetmesini ve yaşamdan tatmin duymasını sağlayan temel gereksinimlerdir. Bu dönemlerde, bu tür gereksinimlerin karşılanmaması veya arkadaş gruplarından dışlanma, yoğun bir yalnızlık duygusuyla sonuçlanabilmektedir.

Jones ve ark (1981), yalnızlığın nedenlerine dair iki faktörün yalnızlık deneyimine katkı sağladığını belirtmektedir. İlk faktör, davranış, duygu durumu ve bilişsel yapıdır. Bu faktör, kişinin yetersiz başa çıkma stratejilerine yönelmesini, sosyal ortamlarda aşırı hassasiyet göstermesini ve uygun olmayan davranışlar sergilemesini içerecek şekillerde yalnızlığı sürdürmeye hizmet etmektedir. İkinci faktör ise, diğer insanların yalnız bireye tepkilerini kapsamaktadır. Çünkü kişinin nasıl algılandığı ve kendini nasıl ifade ettiği, diğer insanların ona yönelik tutumlarını etkilemektedir. Örneğin, sosyal bir gruba dahil olmak isteyen ancak sessiz ve üzgün görünen bir birey, diğerleri tarafından soğuk veya ilgisiz olarak algılanabilir. Bu durumda, kişi farkında olmadan yanlış bir izlenim bırakır ve diğerlerinin onunla arkadaş olma motivasyonunu azaltır. Ayrıca, yalnızlık çeken bir kişi, diğer insanların kendisine karşı olumsuz tepkiler ve dışlanma beklentileri taşıdığına, bu özgül durumun beklenen şekilde gerçekleşmesine yol açan bir "kendini gerçekleştiren kehanet" etkisi yaratabilir. Sonuç olarak, yalnızlık deneyiminin temelinde bireyin içsel süreçleri ve çevresel tepkilerin etkileşimi yatmaktadır.

Cheek ve Busch (1981), yalnızlığın kökenlerini "durumsal" ve "kişisel" faktörler olmak üzere iki ana kategoriye ayırmışlardır. Durumsal sebepler, genellikle dönemselsel ve dışsal etkenlere dayalı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebeplerden biri yakın duygusal ilişkilerin sona ermesidir. Ayrıca bir yakının kaybı, sosyal çevreden uzak kalma, taşınma, boşanma, iş değişikliği gibi durumlar da yaygın durumsal sebepler arasındadır. Öte yandan, daha kalıcı ve kişisel özelliklerden kaynaklanan

faktörler de vardır. Bu faktörler arasında utangaçlık, düşük özsaygı, içe dönüklük, sosyal beceri eksikliği gibi özellikler bulunmaktadır. Bu kişisel özellikler, kişinin sosyal etkileşim gerektiren durumlarda endişe duymasına yol açar, kişi kendini toplumdan çekmeye ve bu tür durumlardan kaçınmaya başlar. Bu kaçınma sonucunda, kişinin yakın ilişkiler kurma ve sürdürme yeteneği zorlaşır. Bu iletişim endişesi, yalnızlığın oluşumunda etkili bir faktör olarak kabul edilir (Zakahi ve Duran, 1982; Peplau ve Perlman, 1979; Vaux, 1988; Lopata, 1969; Heinrich ve Gullone, 2006).

Wenz (1977), yalnızlığın mevsimsel değişikliklerden de etkilenebileceğini vurgulayarak özellikle intihara yatkın bireylerin kış ve ilkbahar aylarında daha fazla yalnızlık yaşayabileceğine işaret etmiştir. Yılın belli dönemleri, sadece mevsimlerle sınırlı kalmayıp, özel kutlamalar, törenler veya belirli günler gibi kişisel anlamlar taşıyan zaman dilimlerini içerir. Bu nedenle, bu özel zamanlarda düzenlenen sosyal etkinliklere katılmak, kişisel yalnızlığı azaltma potansiyeline sahiptir.

Murphy ve Kupshik (1992), bireyin yalnızlık deneyimini, sosyal normlardan etkilenecek kendi değerlendirmesi şeklinde açıklarlar. Bu bağlamda, birey sadece sosyal çevresinde bir gözlemci değil, aynı zamanda sürekli olarak kendini diğer insanlarla karşılaştırma eğilimindedir. Bu süreç, toplumun kabul ettiği standartları ve normları benimseyerek, kendi yaşamını toplumun diğer üyeleriyle benzerlik veya farklılık açısından değerlendirmesine yol açmaktadır. Örneğin, bir bireyin bulunduğu sosyal yapı, sosyalleşme ve geniş bir arkadaş çevresi edinmeyi önemli görüyorsa, yeterince sosyal bağlantıya sahip olmayan bir kişi kendini yalnız hissedebilir. Bu durumda, yalnızlık deneyimi, toplumun belirlediği normlar tarafından şekillenmektedir.

Lopata (1969) tarafından belirtildiği üzere, yalnızlık farklı zaman dilimlerinde değişen şekillerde kendini göstermektedir. Geçmiş zamanlarda, kişi önceki ilişkilerini veya durumları özleyebilir; şimdiki an içerisinde, kimse yanında olmadığına, önem verdiği kişilerin eksikliğinde veya iletişimde olduğu insanların beklentilerini karşılayamadığına yalnızlık hissi ortaya çıkabilir. Bu tür anlarda, bireyin kendi içsel diyalogu tatmin edici olmayabilir ve bu durum kişinin kendini yabancılaşmış hissetmesine neden olur, bu da yalnızlık duygusunu artırır. Yalnızlığın gelecek boyutu ise mevcut ilişkilerini kaybetme korkusu ve yeni ilişkiler kurmak için yeterince güçlü olamama endişesiyle bağlantılıdır. Bu gelecek kaygıları yalnızlık kaygısı olarak

adlandırılır. Birey, gelecekteki ilişkilerini sürdürme konusunda endişeler taşıyabilir ve bu da yalnızlık duygusunu artırabilir.

### **Yalnızlığa Kuramsal Bakış**

#### *Psikanalitik Yaklaşım*

Freud (1930), yalnızlık kavramını ele alarak, bu deneyimin bireyin çocukluk döneminde başladığını ancak çocuğun bu durumu tam anlayamadığını ifade etmektedir. Freud'un yalnızlık hakkındaki görüşleri, "okyanus duygusu" olarak adlandırdığı bebeklik döneminde, bireyin dış dünyada kendisi ve kendisi olmayan arasındaki farkı anlamadan önce yaşadığı sınırsız bir güç ve sürekli bir özdeşim duygusu üzerine odaklanmıştır. Psikanalitik yaklaşımı benimseyen diğer teorisyenler, Freud'un bu açıklamalarından yola çıkarak yalnızlığı ele almaktadırlar. Bu yaklaşıma göre, yalnızlık, bireyin egosunun içsel olarak sıkışması sonucunda dış dünyadan soyutlanması, geri çekilmesi ve yaşamını sadece kendi iç dünyasına odaklamasıyla oluşan içsel bir durum olarak ifade edilmektedir (Geçtan, 1998). Bu perspektife göre yalnızlığın kaynağı, bireyin bebeklik dönemi yaşantılarına dayanmaktadır. Yalnızlık, annesiyle bağlanma eksikliği ve kopukluğu sonucunda oluşmaktadır (Bahr, 2003). Bebeklik döneminde yaşanan bu bağlanma eksikliği, duygusal olarak bireyde bir boşluk yaratır ve bu duygusal boşluk yetişkinlik dönemine taşınabilmektedir. Bu boşluk nedeniyle bireyler, egolarını korumak amacıyla narsistik bir yönelim geliştirebilmektedir (Armağan, 2014).

Horney (1999), yalnızlığı iki ana kategoride ele alır ve her tür yalnızlığın olumsuz bir durumu işaret etmediğini vurgulamaktadır. Horney'e göre normal yalnızlık, bireylerin mantıklı bir nedenle bilinçli olarak yalnız kalmayı tercih ettiği durumu ifade etmektedir. Diğer taraftan nevrotik yalnızlık, bireyin etrafındakilerle iletişim kurmaktan kaçındığı durumları tarif eder ve bu nedenle birey kendini bir gerilim hissiyle izole etme arzusu içerisindedir.

#### *Varoluşçu Yaklaşım*

Varoluşçu kuramına göre, yalnızlık bireyin varoluşunun temel bir yönüdür, bireyin içsel dünyasında anlamlandırdığı öznel deneyimler sonucunda meydana gelmektedir. Bireyler yaşamın deneyimleri ve zorluklarıyla yüzleştikçe ilişkilerini başlatır ve genişletirler. Ancak ilişkilerin ağını genişletme süreci, zaman zaman

sorunlar ve zorluklar içerebilir ve bu durum yalnızlık duygusunun ortaya çıkmasına neden olabilir (Karakuş, 2019). Bu bakış açısı, ilişkilerin bireylerin kişisel gelişimleri ve yaratıcılıkları için fırsatlar yarattığını belirtmektedir. Yalnızlık, acı veren, kaçınılmaz ve olumsuz bir deneyim olarak kabul edilirken, aynı zamanda bireylerin olgunlaşması ve gelişmesi için bir gereklilik olarak da görülebilir (Karnick, 2011). Bu yaklaşıma göre, hemen hemen her birey en az bir kez yalnızlık hissi yaşamaktadır (Güngörmüş, 2011). Yalnızlık, olumlu bir perspektifle ele alındığında, bireyin kişisel gelişimine katkıda bulunabilecek bir kavram olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak, varoluşçu yaklaşım bireyin içsel dünyasını ve ilişkilerini derinlemesine anlamak için yalnızlık kavramını merkeze koyar. Yalnızlık sadece acı verici bir deneyim değil, aynı zamanda bireylerin kendilerini anlamaları, gelişmeleri ve olgunlaşmaları için önemli bir süreçtir.

#### *Bilişsel Yaklaşım*

Bilişsel yaklaşım, yalnızlığın bireylerin algıları sonucunda ortaya çıkan bir duygu olduğunu açıklamaktadır. Bu yaklaşıma göre, yalnızlık, bireylerin özgün bakış açılarından kaynaklanan bir deneyimdir. Bireyin yalnızlık hakkındaki önceden oluşturduğu ölçütler ve algılama biçimleri, yalnızlık hissini şekillendiren etkenlerdir (Kaplan, 2011). Bilişsel yaklaşım ayrıca yalnızlığın nedenleri konusunda da açıklamalar sunmaktadır. Bu bakış açısına göre, yalnızlığın nedenleri, bilişsel yeteneksizlik ve sosyal ilişkilerde yetersizlikle ilişkilendirilmektedir (Uzun, 2013). Ayrıca, bireylerin kendi kendilerine yönelik olumsuz düşünceler taşıması da yalnızlık hissini bir nedeni olarak gösterilmektedir (Hamamcı ve Duy, 2005).

#### *Sosyo-Kültürel Yaklaşım*

Sosyo-kültürel yaklaşım, yalnızlığı bireylerin etraflarındaki diğer bireylerden ve yaşadıkları çevreden kendilerini izole etmeleri olarak açıklamaktadır. Bu yaklaşım, yalnızlığın, bireyin etkisinden bağımsız olarak çevresel faktörlere bağlı olarak geliştiğini vurgulamaktadır (Bahr, 2003; Perlman ve Peplau, 1982).

Sosyo-kültürel yaklaşım, yalnızlığın çeşitli anlamlar içerebileceğini belirtmektedir. Çetin'e (2020) göre, bireyin yalnız yaşamını sürdürmesi somut bir yalnızlık biçimini ifade ederken, bireyin topluluk içinde dışlanması, reddedilmesi veya toplumsal bağlara yabancılaşması gibi durumlar da yalnızlığı içerebilir. Aynı şekilde, bireyin tercihlerine göre diğer insanlarla ilişkisini minimumda tutması da yalnızlık durumuna örnek teşkil edebilir. Özgel'e (2014) göre sosyo-kültürel yaklaşım, yalnızlığın sadece olumsuz bir anlam taşımadığını ifade etmektedir. Yalnızlık, bireyler tarafından bilinçli bir tercih olarak da yaşanabilir. Bu yaklaşıma göre yalnızlık, bazen bireyin özellikle seçtiği bir durum haline gelebilmektedir.

### **Yalnızlık Türleri**

Yalnızlık literatürü, farklı yalnızlık türlerine dikkat çekmektedir. Gierveld'e göre (1998), yalnızlığın çeşitlendirilmesi, bireyin kendini ve sosyal statüsünü, sosyal eksiklik deneyimini nasıl değerlendirdiği yani yalnızlığa nasıl baktığı ile ilgili bir bakış açısına dayanmaktadır. Peplau (1985) ise insanlar tek başlarına olduklarında yalnızlık hissi yaşayabilecekleri gibi, kalabalık içinde de yalnızlık hissedebileceklerini belirterek yalnızlığın öznel bir deneyim olduğunu ve izolasyonla aynı anlam taşımadığını vurgulamaktadır (Kızılgeçit, 2011).

Weiss (1996) yalnızlığı duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olmak üzere ikiye ayırmıştır. Duygusal yalnızlık, bebeklik döneminde anne-baba bağının yeterince gelişmemesi, aile ve arkadaş ilişkilerinin yetersiz bağlanmayla şekillenmesi durumunda yaşanır. Duygusal yalnızlık hisseden bireyler, duygusal beklentilerini karşılayacak yakın ve özel ilişkilere sahip olamayan kişilerden oluşmaktadır. Sosyal yalnızlık ise, akranlar, arkadaşlar, iş arkadaşları ve komşular gibi ilişkiler ağının ve arkadaş sayısının yetersizliği sonucunda meydana gelmektedir. Özellikle ergenlik döneminde beklenen bağlanmanın gerçekleşmemesi ve sosyal ağın oluşmaması, sosyal yalnızlık deneyimine neden olabilir. Bu durumu yaşayan bireyler, kendilerini topluluğa ve gruba ait hissetmezler ve bu yüzden kendilerini yabancı gibi hissederler. Sosyal yalnızlık içinde olan bireyler, sosyal ilişkilerin yokluğu veya toplulukta kabul görmemenin verdiği sıkılganlık, reddedilme hissi ve marjinalleşme durumu yaşayabilirler. Ancak bu bireyler, sosyal etkileşime girdiklerinde bu duygulardan

kurtulabilirler (Şişman ve Turan, 2004). Duygusal yalnızlık ise, duygusal ilişkilerin eksikliği veya kaybı nedeniyle ortaya çıkabilir. Örneğin, önemli ilişkilerin sona ermesi, ölüm veya boşanma gibi olaylar duygusal yalnızlığa yol açabilir. Bu durumdan kurtulmak için bireyin, önceki önemli ilişkilerine benzer niteliklere sahip yeni ilişkiler kurması gerekebilir (Şişman ve Turan, 2004).

Birçok çalışmada, duygusal ve sosyal yalnızlık ölçeklerinin değişkenliği arasında bir dereceye kadar örtüşme olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, insanların genellikle duygusal ve sosyal yalnızlık arasında ayırım yapma eğiliminde oldukları ve bağlanmanın duygusal yalnızlığı, sosyal bütünleşmenin ise sosyal yalnızlığı öngördüğü bulunmuştur. Sosyal ve duygusal yalnızlık arasındaki ayırım, bireyin ihtiyaçlarının tatmin edilmemesi sonucunda yalnızlık deneyiminin farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir (Chipuer, 2001). Örneğin, ergenler, akran ilişkilerinden memnuniyet duyabilirken, ebeveynleri veya ailesiyle olan ilişkilerinde yalnızlık hissi yaşayabilirler (Goossens ve Marcoen, 1999). Bunun tam tersi durum da mümkündür. Ayrıca, bir ergen hem akran ilişkilerinde hem de ebeveynlerle veya aileyle ilişkilerinde yalnızlık hissedebilir veya memnun olabilir. Bu nedenle, yalnızlığın sona ermesi belirli bir ihtiyacın karşılanmasıyla gerçekleşir ve bu ihtiyacın yerine başka bir ilişki veya bağlanma biçimi koymak yalnızlık hissini hafifletmez (Weiss, 1973).

### **Yalnızlığın Boyutları**

Yalnızlık beş farklı boyutta ele alınabilir: fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve spiritüel. Bu boyutlar aşağıda verilmiştir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

**Fiziksel boyut:** Yalnızlığın fiziksel boyutu, bireylerin fiziksel hareketlerindeki kısıtlılık, konuşma veya işitme engelleri gibi faktörler nedeniyle gelişebilir. Ayrıca kronik hastalıklar, bireyleri sosyal izolasyona iterek fiziksel boyutta yalnızlığı artırabilir.

**Duygusal boyut:** Duygusal yalnızlık, bireylerin önemli bir şeyi kaybetmeleri, sevdiklerinin eksikliğini hissetmeleri veya özel ilişkilerinin zayıflaması durumunda

ortaya çıkabilir. Özellikle geçmişteki olayların yıldönümleri gibi dönemler, duygusal yalnızlığın artmasına ve bazı psikiyatrik problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir.

Entelektüel boyut: Yalnızlığın entelektüel boyutu, bireylerin yalnızlığı tanımlamakta zorluk çektiği bir alanı kapsamaktadır. Bireyler yalnız hissettiklerinde bunu tanımlayamayabilirler. Bu bağlamda, iki farklı tutum gözlemlenebilir. Bir grup birey yalnızlıklarını sözel olarak ifade edebilirken, diğer grup bireyler mantıksız düşüncelere sahip olarak bilişsel bozulmalar yaşayabilir.

Sosyal boyut: Sosyal yalnızlık, bireylerin yakın ilişki kurma yeteneklerinin zayıflaması veya primer grup ilişkilerinin azalması sonucunda meydana gelir. Aynı zamanda düşük özsaygı ve özgüven eksikliği de sosyal yalnızlığın oluşumuna katkıda bulunabilir.

Spiritüel boyut: Spiritüel yalnızlık, bireylerin yalnızlık hissinden korktukları ve değerlerinden uzaklaştıklarını hissettikleri bir boyuttur. Bu bağlamda, bireyler özellikle dini inançlar ve uygulamalara yönelerek, spiritüel boyutta yaşadıkları yalnızlık duygularını hafifletebilmektedir.

### 1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık çalışanları özelinde yürütülen bu araştırmanın amacı geçtiğimiz pandemi dönemi gibi zor zamanlarda hedef kitlenin yaşadığı psikolojik sıkıntıları, ölüme sıkça şahitlik etmeleri, mesleki olarak insan hayatının mesuliyetini taşımanın getirdiği zorlukları aşmada faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu tez çalışmasının kırılğan narsisizm üzerine yürütülmesinin amacı, narsisizmin her iki boyutuna dair çalışmaları bulundurmasıdır. Ayrıca kırılğan narsisizm, ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumları bir arada araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu çalışma sağlık çalışanlarının ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının kırılğan narsisizm düzeylerine göre incelenmesini amaçlamış, yararlı bir sonuç ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1: Sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeyleri ile demografik özelliklerinin arasında ilişki vardır.

Hipotez 2: Sağlık çalışanlarının ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutum puanları demografik özelliklere göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 3: Sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeylerine göre ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutum puanları farklılaşmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

#### 2.1. KATILIMCILAR

Araştırmanın evreni 18 yaş üstü sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Bu nedenle amaçlı örnekleme yöntemiyle sağlık çalışanları evreninden örneklem oluşturulmuştur. Seçilen örnekleme toplam 350 sağlık çalışanı katılımcı olarak yer almıştır. Ancak 06.02.2023 depreminde yakın kayıp yaşayan söz konusu olduğundan çalışmanın bağımlı değişkenin bu durumun karıştırıcı bir etki yaratmaması amacıyla 06.02.2023 depreminde yakın kayıp yaşadığını belirten katılımcılar analizlere dahil edilmemiştir. Sonuç olarak; 256 kadın, 70 erkek olma üzere toplam 326 kişiden oluşan örneklem ile çalışmaya devam edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18-61 arasında değişmektedir.

#### 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Ankette katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, Kırılgan Narsisizm Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği yer almaktadır.

##### 2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmanın amacına uygun hazırlanan demografik bilgi formu, katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, ölüme karşılaşma sıklıkları, kişisel ölüm deneyimleri) hakkında veri toplamayı amaçlayan toplam 11 sorudan oluşan bir formdur.

### **2.2.2 Kırılğan Narsisizm Ölçeği (KNÖ)**

Narsisizmin açık bir şekilde gözlenmeyen, örtük kalmış tarafını değerlendirmek amacıyla Hendin ve Cheek (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin kısa formu 8, uzun formu ise 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeleri 5’li likert ölçek tipinde olan ölçek maddeleri; “Hiç Tanımlamıyor”(1) , “Yansıtmıyor”(2), “Kararsızlık”(3), “Yansıtıyor”(4), “Oldukça Tanımlıyor”(5) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin uzun formun iç tutarlık katsayısı 0,629, güvenirlik katsayısı ise 0,63 olarak bulunmuştur (Hendin ve Cheek, 1997). Türkiye’de, ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Sengül ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,66 olarak elde edilirken, bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,67 olarak hesaplanmıştır.

### **2.2.3 Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)**

Kişinin kendi ölümü ve ölüm riski olan durumlarla ilişkili kaygı ve korkularını değerlendirmek amacıyla Templer (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin dört farklı boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar; Bilişsel ve Duyuşsal boyut, Fiziksel Değişmeler boyutu, Zamanın Geçmesi boyutu ve Stres ve Acı boyutu olarak adlandırılmaktadır. Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Maddeler doğru-yanlış şeklinde 2’li likert ölçek tipinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,76 olarak belirtilmiştir. Güvenirlik ve geçerlik çalışması Akça ve Köse (2008) tarafından yapılan ölçeğin boyutları; Bilişsel Duyuşsal boyutu, Fiziksel Değişimler boyutu, Zamanın Geçmesi boyutu ve Hastalık ve Ağrı boyutu olarak adlandırılmaktadır. Ölçeğin kararlık anlamında test tekrar test güvenirliği 0,79 ve Kuder-Richardson formülü ile hesaplanan güvenirlik katsayısı ise 0,75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı 0,74 olarak elde edilmiştir.

### **2.2.4 UCLA Yalnızlık Ölçeği**

Yalnızlık derecesini değerlendirmek amacıyla Russell ve arkadaşları (1978) tarafından UCLA yalnızlık ölçeği (University of California Los Angeles Loneliness Scale) geliştirilmiştir. Daha sonra Russell (1996) tarafından tekrar revize edilmiştir. Ölçeğin, Türkiye’de güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 10 maddesi olumlu 10 maddesi olumsuz olacak şekilde toplam 20

maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü likert ölçek tipinde olup, maddeler, “Ben bu durumu HİÇ yaşamadım” (1) , “Ben bu durumu NADİREN yaşarım”(2), Ben bu durumu BAZEN yaşarım”(3), “Ben bu durumu SIK SIK yaşarım(4)” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

### **2.2.5 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKT)**

Bireylerin ölüme karşı tutumlarının incelemek amacıyla Wong ve diğerleri (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ölüme karşı tutumları ölçeğinin beş farklı boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar; ölüm korkusu, tarafsız kabullenme, yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve ölümden kaçınma olarak isimlendirilmiştir. Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Maddeleri 7'li likert ölçek tipinde olup, maddeler “Kesinlikle katılmıyorum”(1), “Katılmıyorum”(2), “Orta derece katılmıyorum”(3), “Kararsızım”(4), “Orta derece katılıyorum”(5), “Katılıyorum”(6), “Kesinlikle katılıyorum”(7) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur. Türkçe uyarlama çalışması Işık (2008) tarafından yapılmış ve aynı katsayı Türk örneklemini için 0,81 olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada ise iç tutarlık katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır.

### **2.3. UYGULAMA**

Farklı kurumlarda sağlık çalışanı olarak çalışan katılımcılara Google Form üzerinden oluşturulan anket formları online ortamda uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve verilerinin gizliliği ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Ölçeklerin doldurması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Veri toplama işlemi 2023 yılı Nisan-Mayıs aylarında tamamlanmıştır.

### **2.4. VERİ ANALİZİ**

Araştırmanın veri analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyonu kullanılmıştır. Çalışmada demografik değişkenlerin sayıları ve yüzdelik dağılımları verilmiştir. Ardından çalışmada kullanılan Kırılgan Narsisizm Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve alt boyutları (Bilişsel ve duyuşsal boyut, Fiziksel değişimler boyutu, Zamanın geçmesi boyutu ve Hastalık ve ağrı boyutu), UCLA

Yalnızlık Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyutları (Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutu, Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme boyutu ve Kaçış kabullenme boyutu) için güvenilirlik analizini yapmak üzere Cronbach- Alfa ve Kuder-Richardson iç tutarlılık katsayıları ve toplam puanların betimleyici istatistik değerleri hesaplanmış ve ardından dağılımları incelenmiştir. Kırılgan Narsisizm ölçeğinden elde edilen puanların dağılımının incelenmesi ardından örnek ortalaması ve standart sapması aracılığıyla kırılgan narsisizm düzeyleri oluşturulmuştur. Demografik özelliklere göre kırılgan narsisizm düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını saptamak üzere Ki-Kare Analizler yapılmıştır. Kırılgan narsisizm düzeylerine göre ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutum ve alt boyut puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı ise Kruskal-Wallis analizleri ile gerçekleştirilmiştir.

## 2.5. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistik bilgileri, ölçek puan ve alt boyut puanlarına ait betimleyici istatistik değerleri, Cronbach Alfa ve Kuder-Richardson katsayıları, Ki-Kare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve LSD test sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 1. Demografik Bilgiler Tablosu**

Değişken	Grup	n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	256	78,5
	Erkek	70	21,5
<b>Toplam</b>		326	100
Yaş	20-34	249	76,4
	35-44	52	16
	44 ve üstü	25	7,7
<b>Toplam</b>		326	100
Eğitim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	23	7,1
	Ön Lisans	47	14,4
	Lisans	138	42,3
	Yüksek Lisans	84	25,8
	Doktora	34	10,4
<b>Toplam</b>		326	100
Medeni Durum	Evli	130	39,9
	Bekar	153	46,9
	İlişkisi Var	43	13,2

<b>Toplam</b>		326	100
Gelir Durumu	Kötü	22	6,7
	Orta	234	71,8
	İyi	70	21,5
<b>Toplam</b>		326	100
Meslek	Hekim	113	34,7
	Hemşire	125	38,3
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	27
<b>Toplam</b>		326	100
Meslekte Çalışma Yılı	1-5 yıl	194	59,5
	6-10 yıl	60	18,4
	11-15 yıl	30	9,2
	16-20 yıl	17	5,2
	20 üstü yıl	25	7,7
<b>Toplam</b>		326	100
Çalışılan Birim	İdari	27	8,3
	Klinik	84	25,8
	Poliklinik	69	21,2
	Acil	50	15,3
	Yoğun bakım	19	5,8
	Ameliyat	28	8,6
	Diğer	49	15
<b>Toplam</b>		326	100
Yakın Çevrede Kayıp Yas Yaşama Durumu	Evet	118	36,2
	Hayır	208	63,8
<b>Toplam</b>		326	100
Çalışılan Birimde Ölümle Karşılaşma Durumu	Hiç Karşılaşmadım	127	39,0
	Ara Sıra	151	46,3
	Çok Sık	48	14,7
<b>Toplam</b>		326	100

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik değişkenler açısından dağılımı tablo1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan 326 kişinin 256’i kadın (%78,5), 70’si erkek (%21,5). Örneklemede Sağlık meslek lisesi mezunu 23 (%7,1), ön lisans mezunu 47 (%14,4), lisans mezunu 138 (%42,3), yüksek lisans mezunu 84 (%25,8) ve doktora mezunu 34 (%10,4) kişi bulunmaktadır. Katılımcıların 130’ı (%39,9) evli, 153’ü (%46,9) bekar , 43’ünün (%13,2) ilişkisi var. Katılımcıların 22’si (%6,7) gelir durumunu kötü, 234’si (%71,8) orta, 70’i (%21,5) iyi olarak belirtmiştir. Örnekleme

oluşturan sağlık çalışanlarının 113 (%34,7) hekim, 125 (%38,3) hemşire, 88 (%27) yardımcı sağlık personelidir. Katılımcıların 118 (%36,2) çevresinde yakın kayıp yaşadığını belirtirken 208 (%63,8) kayıp yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcıların 48 (%14,7) çalıştığı birimde ölümle çok sık karşılaşırken, 151 (%46,3) ara sıra, 127 (%39) hiç karşılaşmadığını belirtmiştir.

Kullanılan ölçeklerin iç tutarlık katsayıları Tablo 2’de, kullanılan ölçeklerinin puan ve alt boyut puanlarının betimleyici istatistik değerleri ise Tablo 3’te verilmiştir.

**Tablo 2. Kırılğan Narsisizm Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İçin Güvenilirlik Analizi**

Puanlar	Ortalama	Standart sapma	k	İç Tutarlık Katsayısı
Kırılğan Narsisizm	21,06	5,44	8	0,67
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	60,80	16,46	12	0,92
Kaçış Kabullenme	19,56	7,99	5	0,85
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	31,44	12,85	9	0,88
Bilişsel Duyuşsal	8,50	1,18	6	0,54
Fiziksel Değişimler	6,11	0,90	4	0,41
Zamanın Geçmesi	2,97	0,78	2	0,43
Hastalık ve Ağrı	4,92	0,75	3	0,42
Yalnızlık	41,82	6,14	20	0,68

Kırılğan Narsisizm Ölçeği Cronbach Alpha katsayısı 0,67’dir. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,92’dir, Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Kaçış Kabullenme alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,85’tir, Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,88’dir. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Bilişsel Duyuşsal alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0,54’tür, Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Fiziksel Değişimler alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0,41’dir, Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Zamanın Geçmesi alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0,43’tür, Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Hastalık ve Ağrı alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0,42’dir. Yalnızlık Ölçeği için Cronbach Alpha katsayısı 0,68’dir.

**Tablo 3. Ölçek Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri**

Değişkenler	n	En Küçük Değeri	En Büyük Değeri	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Çeyrekler Arası Aralık
Kırılgan Narsisizm	326	8	35	21,06	5,44	22	27
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	326	12	84	60,80	16,46	65	72
Kaçış Kabullenme	326	5	35	19,564	7,99	20	30
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	326	9	63	31,44	12,8	30,5	54
Bilişsel Duyuşsal	326	6	12	8,50	1,18	8	6
Fiziksel Değişimler	326	4	8	6,11	0,90	6	4
Zamanın Geçmesi	326	2	4	2,97	0,78	3	2
Hastalık ve Ağrı	326	3	6	4,91	0,75	5	3
Yalnızlık	326	20	76	50,45	7,09	51	56

Kullanılan ölçeklerin alt boyut ve genel toplam puanları betimleyici istatistiksel sonuçları incelediğinde; Kırılgan Narsisizm Ölçeği puanı 8-35 puan arasında ( $21,06 \pm 5,44$ ) değişirken, Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin alt boyutu Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puanı 12-84 puan arasında ( $60,80 \pm 16,46$ ), Kaçış Kabullenme puanı 5-35 puan arasında ( $19,56 \pm 7,99$ ), Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puanı 9-63 puan arasında ( $31,44 \pm 12,85$ ), UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı 20-76 puan arasında ( $50,45 \pm 7,09$ ) bulunmuştur.

Ölüm Kaygısı Ölçeğinin alt boyutu Bilişsel Duyuşsal puanı 6-12 puan arasında ( $8,50 \pm 1,18$ ), Fiziksel Değişimler puanı 4-8 ( $6,11 \pm 0,90$ ), Zamanın geçmesi puanı 2-4 puan arasında ( $2,97 \pm 0,78$ ), Hastalık ve ağrı puanı 3-6 puan arasında ( $4,91 \pm 0,75$ ) bulunmuştur.

Çalışmanın hipotezine uygun olarak Kırılgan Narsisizm ölçeğinden düzey değişkeninin elde edilmesi için kesme noktaları örnek ortalaması ve standart sapması aracılığıyla elde edilmiş ve oluşturulan düzeylere ait dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

**Tablo 4. Kırılgan Narsisizm Düzeylerinin Frekans Değerleri**

Narsisizm Düzeyi	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Düşük düzey	17	5,2
Orta düzey	305	93,6
Yüksek düzey	4	1,2
<b>Toplam</b>	<b>326</b>	<b>100</b>

Kırılgan narsisizm ölçeğinden elde edilen puanları standart sapmaya göre grupladıktan sonra yapılan frekans analizi sonuçlarına göre katılımcıların 17 (%5,2)

kişinin kırılğan narsisizm düzeyi düşük düzeydedir, 305 (%93,6) kişinin orta düzeydedir ve 4 (%1,2) kişinin yüksek düzeydedir.

**Tablo 5. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Cinsiyet Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Cinsiyet		Toplam	
		Kadın	Erkek		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	10	7	17
		Satır Yüzdesi(%)	59	41	100,0
	Orta	Sayı	243	62	305
		Satır Yüzdesi(%)	80	20	100
	Yüksek	Sayı	3	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	75	25	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	256	70	326
		Satır Yüzdesi(%)	78,5	21,5	100,0

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
Pearson $\chi^2$	4,181	2	0,124

Demografik özelliklerinden cinsiyete göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve cinsiyet arasında, ( $\chi^2=4,18$ ;  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 6. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Yaş Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Yaşınız			Toplam	
		20-34	35-44	44 ve üstü		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	12	3	2	17
		Satır Yüzdesi(%)	70	18	12	100,0
	Orta	Sayı	234	49	22	305
		Satır Yüzdesi(%)	77	16	7	100
	Yüksek	Sayı	3	0	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	75	0	25	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	249	52	25	326
		Satır Yüzdesi(%)	76	16	8	100,0

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
Pearson $\chi^2$	2,773	4	0,597

Demografik özelliklerinden yaşa göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve yaş grupları arasında, ( $\chi^2_{4}=2,77$ ;  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının yaş grupları ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 7. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Eğitim Düzeyi Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Eğitim Düzeyi					Toplam	
		Sağlık ML	Önlisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora		
Kırılğan NarsisizmOrta Düzeyi	Düşük	Sayı	3	1	9	1	3	17
		Satır Yüzdesi(%)	18	5	54	5	18	100
	Orta	Sayı	20	46	127	82	30	305
		Satır Yüzdesi(%)	6	15	42	27	10	100
	Yüksek	Sayı	0	0	2	1	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	0	0	50	25	25	100
<b>Toplam</b>	Sayı	23	47	138	84	34	326	
	Satır Yüzdesi(%)	7	14	42	26	10	100	

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	P
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	9,688	8	0,288

Demografik özelliklerinden eğitim düzeyine göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve Eğitim düzeyi arasında ( $\chi^2_{8}=9,68$ ;  $p>0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 8. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Medeni Durumun Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

			Medeni Durumunuz			Toplam
			Evli	Bekar	İlişkisi var	
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	5	11	1	17
		Satır Yüzdesi(%)	29	65	6	100,0
	Orta	Sayı	124	139	42	305
		Satır Yüzdesi(%)	41	45	14	100
	Yüksek	Sayı	1	3	0	4
		Satır Yüzdesi(%)	25	75	0	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	130	153	43	326
		Satır Yüzdesi(%)	40	47	13	100,0

**Ki-Kare Analizi Sonuçları**

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	3,965	4	0,411

Demografik özelliklerinden medeni durumuna göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve medeni durum arasında ( $\chi^2_{4}=3,96$ ;  $p>0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının medeni durumları ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 9. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Gelir Durumu Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

			Gelir Durumu			Toplam
			Kötü	Orta	İyi	
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	1	11	5	17
		Satır Yüzdesi(%)	6	65	30	100,0
	Orta	Sayı	21	220	64	305
		Satır Yüzdesi(%)	7	72	21	100
	Yüksek	Sayı	0	3	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	0	75	25	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	22	234	70	326
		Satır Yüzdesi(%)	7	72	21	100,0

**Ki-Kare Analizi Sonuçları**

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	0,983	4	0,912

Demografik özelliklerinden gelir durumuna göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre

kırılğan narsisizm düzeyleri ve gelir durumu arasında ( $\chi^2_{4}=0,98$ ;  $p>0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının gelir durumları ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 10. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Meslek Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Meslek Grupları			Toplam	
		Hekim	Hemşire	Yardımcı sağlık personeli		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	5	10	2	17
		Satır Yüzdesi(%)	29	59	12	100,0
	Orta	Sayı	106	114	85	305
		Satır Yüzdesi(%)	35	37	28	100
	Yüksek	Sayı	2	1	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	50	25	25	100,0
<b>Toplam</b>	Sayı	113	125	88	326	
	Satır Yüzdesi(%)	35	38	27	100,0	

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	4,080	4	0,395

Demografik özelliklerinden meslek grubuna göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve meslek grubu arasında ( $\chi^2_{4}=4,08$ ;  $p>0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının meslek grupları ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 11. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Meslekte Çalışma Yılları Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Meslekte Çalışma Yılı					Toplam	
		1-5	6-10	11-15	16-20	20 üstü		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	9	6	0	0	2	17
		Satır Yüzdesi(%)	53	35	0	0	12	100
	Orta	Sayı	182	54	30	17	22	305
		Satır Yüzdesi(%)	60	18	10	5	7	100
	Yüksek	Sayı	3	0	0	0	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	75	0	0	0	25	100

<b>Toplam</b>	Sayı	194	60	30	17	25	326
	Satır Yüzdesi(%)	60	18	9	5	8	100

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	P
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	8,995	8	0,343

Demografik özelliklerinden çalışma yılına göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve meslekte çalışma yılı arasında ( $\chi^2_{10}=8,99$ ;  $p>0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılı düzeyi ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 12. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Çalışılan Birim Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Çalışılan Birim							Toplam
		İdari	Klinik	Poliklinik	Yoğun			Diğer	
Düşük	Orta				Yüksek	Acil bakım	Ameliyat		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Sayı	2	4	3	4	4	0	0	17
	Satır Yüzdesi(%)	12	24	19	24	24	0	0	100
	Sayı	24	80	64	46	15	27	49	305
	Satır Yüzdesi(%)	8	26	21	15	5	9	16	100
	Sayı	1	0	2	0	0	1	0	4
	Satır Yüzdesi(%)	25	0	50	0	0	25	0	100
<b>Toplam</b>	Sayı	27	84	69	50	19	28	49	326
	Satır Yüzdesi(%)	8	26	21	15	6	8	15	100

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	p
<b>Pearson <math>\chi^2</math></b>	21,715	12	0,041

Demografik özelliklerinden çalışılan birime göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve çalışılan birim arasında ( $\chi^2_{14}=21,71$ ;  $p<0,05$ )

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılığa sebep olan çalışılan birimin belirlenmesi için yapılan LSD test sonucuna göre, kırılğan narsisizm ölçeğinin yoğun bakım ile ameliyat ve yoğun bakım ile diğer birimler arasında bir farklılık olduğu söylenebilir. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının çalıştığı birim ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki vardır, bağımsızlık söz konusu değildir.

**Tablo 13. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Yakın Çevrede Yas/Kayıp Yaşama Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Yakın Çevrede Yas/Kayıp Yaşama Durumu		Toplam	
		Hayır	Evet		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	8	9	17
		Satır Yüzdesi(%)	47	53	100,0
	Orta	Sayı	243	62	305
		Satır Yüzdesi(%)	80	20	100
	Yüksek	Sayı	3	1	4
		Satır Yüzdesi(%)	75	25	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	118	208	326
		Satır Yüzdesi(%)	36	64	100,0

#### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	P
Pearson $\chi^2$	3,640	2	0,162

Demografik özelliklerinden yakın çevrede kayıp yaşamaya göre kırılğan narsisizm düzeylerinin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve yakın çevrede kayıp yaşama arasında ( $\chi^2_{2}=3,64$ ;  $p>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının yas yaşama durumu ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki yoktur, bağımsızlık söz konusudur.

**Tablo 14. Kırılğan Narsisizm Düzeyleri ile Çalıştığımız Birimde Ölümle Ne Sıklıkla Karşılaşıyorsunuz Sorusu Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması**

		Ölümle Karşılaşma Sıklığı			Toplam	
		Hiç karşılaşmadım	Ara sıra	Çok sık		
Kırılğan Narsisizm Düzeyi	Düşük	Sayı	2	14	1	17
		Satır Yüzdesi(%)	12	82	6	100,0
	Orta	Sayı	125	135	45	305
		Satır Yüzdesi(%)	41	44	15	100
	Yüksek	Sayı	0	2	2	4
		Satır Yüzdesi(%)	0	50	50	100,0
<b>Toplam</b>		Sayı	127	151	48	326

Satır Yüzdesi(%)	39	46	15	100,0
------------------	----	----	----	-------

### Ki-Kare Analizi Sonuçları

	$\chi^2$ Değeri	Serbestlik Derecesi	P
Pearson $\chi^2$	14,446	4	0,006

Demografik özelliklerinden ölümle karşılaşma sıklığına göre kırılğan narsisizm düzeylerin arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki-Kare test sonucuna göre kırılğan narsisizm düzeyleri ve ölümle karşılaşma sıklığı arasında ( $\chi^2_4=14,44$ ;  $p<0,05$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılığa sebep olan ölümle karşılaşma sıklığının belirlenmesi için yapılan LSD tst sonucuna göre, kırılğan narsisizm ölçeğinin ara sıra ile çok sık ölümle karşılaşma durumları arasında bir farklılık olduğu söylenebilir. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının ölümle karşılaşma sıklığı ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında bir ilişki vardır, bağımsızlık söz konusu değildir.

**Tablo 15. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutlarının Normallik Sınaması Sonuçları**

Puan	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Serbestlik Derecesi	p	İstatistik	Serbestlik Derecesi	p
Kırılğan Narsisizm	0,511	326	0,000	0,306	326	0,000
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	0,107	326	0,000	0,919	326	0,000
Kaçış Kabullenme	0,060	326	0,007	0,976	326	0,000
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	0,062	326	0,004	0,976	326	0,000
Bilişsel Duyuşsal	0,176	326	0,000	0,934	326	0,000
Fiziksel Değişimler	0,197	326	0,000	0,888	326	0,000
Zamanın Geçmesi	0,212	326	0,000	0,804	326	0,000
Hastalık ve Ağrı	0,308	326	0,000	0,825	326	0,000
Yalnızlık	0,141	326	0,000	0,910	326	0,000

Yapılan analizler sonucu ölçeklerden elde edilen puanlarının dağılımlarının normal dağılım özelliği göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmada nonparametrik analizler kullanılmıştır.

**Tablo 16. Kırılğan Narsisizm Düzeylerinin Ölüm Kaygısı, Ölüme Karşı Tutum ve Yalnızlık Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Düşük	17	76,97	2	15,132	0,001
	Orta	305	168,21			
	Yüksek	4	172,00			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Düşük	17	91,50	2	11,637	0,003
	Orta	305	166,80			
	Yüksek	4	217,75			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Düşük	17	86,21	2	17,235	0,000
	Orta	305	166,36			
	Yüksek	4	274,13			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Düşük	17	171,06	2	3,597	0,166
	Orta	305	164,19			
	Yüksek	4	78,50			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Düşük	17	108,91	2	6,732	0,035
	Orta	305	166,38			
	Yüksek	4	176,00			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	Düşük	17	166,41	2	0,525	0,769
	Orta	305	162,93			
	Yüksek	4	194,63			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	Düşük	17	117,29	2	5,359	0,069
	Orta	305	166,00			
	Yüksek	4	169,50			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Düşük	17	100,18	2	9,990	0,007
	Orta	305	166,15			
	Yüksek	4	230,75			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının kırılğan narsisizm düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısının fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=6,73$ ;  $p<0,05$ ), yalnızlık ( $X^2=9,99$ ;  $p<0,05$ ), ölüme karşı tutum tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=15,13$ ;  $p<0,05$ ), kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=11,63$ ;  $p<0,05$ ) ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=17,23$ ;  $p<0,05$ ) puanları kırılğan narsisizm düzeylerine göre farklılaşmaktadır.

**Tablo 17. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Cinsiyet Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması**

Toplam Puan	Kategoriler	n	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kadın	256	169,51	43394,50	8388,500	-0,818	0,413
	Erkek	70	141,52	9906,50			
Kaçış Kabullenme	Kadın	256	161,27	41284,50	7271,500	-2,417	0,016
	Erkek	70	171,66	12016,50			
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Kadın	256	170,10	43544,50	6126,500	-4,184	0,000
	Erkek	70	139,38	9756,50			
Bilişsel Duyuşsal	Kadın	256	152,43	39022,50	5710,500	-4,902	0,000
	Erkek	70	203,98	14278,50			
Fiziksel Değişimler	Kadın	256	176,19	45105,50	6236,000	-4,147	0,000
	Erkek	70	117,08	8195,50			
Zamanın Geçmesi	Kadın	256	174,14	44580,00	8684,000	-0,440	0,660
	Erkek	70	124,59	8721,00			
Hastalık ve Ağrı	Kadın	256	164,58	42132,00	7793,000	-1,673	0,094
	Erkek	70	159,56	11169,00			
Yalnızlık	Kadın	256	168,06	43023,00	8442,500	-1,741	0,082
	Erkek	70	146,83	10278,00			

Cinsiyete göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yalnızlık ( $U=8442,500$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $U=8388,500$ ;  $p>0,05$ ), ölüm kaygısı ölçeğinin zamanın geçmesi alt boyutu ( $U=8684,000$ ;  $p>0,05$ ) ve hastalık ve ağrı alt boyutu ( $U=7793,000$ ;  $p>0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmezken; ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu ( $U=7271,500$ ;  $p<0,05$ ), ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $U=6126,500$ ;  $p<0,05$ ) ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $U=5710,500$ ;  $p<0,05$ ) ve fiziksel değişimler alt boyutu ( $U=6236,000$ ;  $p<0,05$ ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

**Tablo 18. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Yaş Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	20-34	249	172,47	2	9,840	0,007
	35-44	52	138,55			
	44 ve üstü	25	126,10			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	20-34	249	170,02	2	5,074	0,079
	35-44	52	143,61			
	44 ve üstü	25	139,96			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	20-34	249	164,39	2	0,474	0,789
	35-44	52	165,21			
	44 ve üstü	25	151,08			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	20-34	249	163,44	2	1,865	0,394
	35-44	52	153,85			
	44 ve üstü	25	184,20			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	20-34	249	168,87	2	4,064	0,131
	35-44	52	142,51			
	44 ve üstü	25	153,70			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	20-34	249	167,98	2	3,135	0,209
	35-44	52	153,63			
	44 ve üstü	25	139,38			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	20-34	249	169,77	2	5,847	0,054
	35-44	52	144,68			
	44 ve üstü	25	140,16			
	Toplam	326				
Yalnızlık	20-34	249	162,70	2	1,493	0,474
	35-44	52	157,22			
	44 ve üstü	25	184,48			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=1,865$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=4,064$ ;  $p>0,05$ ), zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=3,135$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=5,847$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ( $X^2=1,493$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=5,074$ ;  $p>0,05$ ) ve ölüm

korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=0,474$ ;  $p>0,05$ ) puanları farklılaşma gözlenmezken, ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=9,840$ ;  $p<0,05$ ) puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılaşma gözlenmiştir. Farklılığa sebep olan yaş grubunu belirlenmesi için yapılan LSD tst sonucuna göre, 44 ve üstü ile 20-34 arasında bir farklılık olduğunu ve 35-44 ile 20-34 arası bir farklılık olduğu söylenebilir.

**Tablo 19. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Eğitim Düzeyi Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Sağlık ML	23	118,22	4	8,914	0,063
	Önlisans	47	173,47			
	Lisans	138	172,87			
	Yüksek Lisans	84	163,48			
	Doktora	34	142,37			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Sağlık ML	23	149,09	4	0,944	0,918
	Önlisans	47	168,51			
	Lisans	138	166,52			
	Yüksek Lisans	84	159,79			
	Doktora	34	163,22			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Sağlık ML	23	174,59	4	4,487	0,344
	Önlisans	47	179,23			
	Lisans	138	151,96			
	Yüksek Lisans	84	164,89			
	Doktora	34	177,66			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Sağlık ML	23	168,59	4	1,473	0,831
	Önlisans	47	173,54			
	Lisans	138	162,92			
	Yüksek Lisans	84	163,21			
	Doktora	34	149,25			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Sağlık ML	23	156,22	4	12,771	0,012
	Önlisans	47	205,78			
	Lisans	138	156,67			
	Yüksek Lisans	84	159,73			
	Doktora	34	147,03			
	Toplam	326				

Zamanın Geçmesi	Sağlık ML	23	151,76	4	2,855	0,582
	Önlisans	47	176,20			
	Lisans	138	166,73			
	Yüksek Lisans	84	161,16			
	Doktora	34	146,56			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	Sağlık ML	23	141,28	4	3,077	0,545
	Önlisans	47	169,10			
	Lisans	138	162,12			
	Yüksek Lisans	84	162,22			
	Doktora	34	179,57			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Sağlık ML	23	193,15	4	4,679	0,322
	Önlisans	47	152,89			
	Lisans	138	155,72			
	Yüksek Lisans	84	169,36			
	Doktora	34	175,21			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=1,473$ ;  $p>0,05$ ), zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=2,855$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=3,077$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ( $X^2=4,679$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=,944$ ;  $p>0,05$ ), tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=8,914$ ;  $p>0,05$ ) ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=4,487$ ;  $p>0,05$ ) puanları farklılaşma gözlenmezken, ölüm kaygısı ölçeğinin fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=12,771$ ;  $p<0,05$ ) puanı eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklılaşma gözlenmiştir. Farklılığa sebep olan eğitim düzeyi belirlenmesi için yapılan LSD test sonucuna göre, Doktora-Önlisans ve Lisans-Önlisans arası bir farklılık olduğu söylenebilir.

**Tablo 20. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Medeni Durum Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Evli	130	162,40	2	6,316	0,043
	Bekar	153	173,17			
	İlişkisi var	43	132,40			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Evli	130	164,80	2	12,204	0,002
	Bekar	153	175,08			
	İlişkisi var	43	118,38			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Evli	130	174,47	2	3,078	0,215
	Bekar	153	154,85			
	İlişkisi var	43	161,14			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Evli	130	164,83	2	0,774	0,679
	Bekar	153	165,57			
	İlişkisi var	43	152,12			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Evli	130	160,30	2	0,307	0,858
	Bekar	153	165,04			
	İlişkisi var	43	167,71			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	Evli	130	147,45	2	7,098	0,029
	Bekar	153	173,96			
	İlişkisi var	43	174,80			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	Evli	130	157,96	2	1,179	0,555
	Bekar	153	165,57			
	İlişkisi var	43	172,88			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Evli	130	164,93	2	1,134	0,567
	Bekar	153	158,84			
	İlişkisi var	43	175,74			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=0,774$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=0,307$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=1,179$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ( $X^2=1,134$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=4,487$ ;  $p>0,05$ ) puanlarında farklılaşma gözlenmezken, ölüme kaygısı ölçeğinin zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=7,098$ ;

$p < 0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=12,204$ ;  $p < 0,05$ ) ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=6,316$ ;  $p < 0,05$ ) puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak farklılaşma gözlenmiştir. Farklılığa sebep olan medeni durumun belirlenmesi için yapılan LSD test sonucuna göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutuna göre ilişkisi var ile bekar arası, kaçış kabullenme alt boyutuna göre ilişkisi var ile bekar arası ve ilişkisi var ile evli arasında, ölüm kaygısı ölçeğinin zamanın geçmesi alt boyutuna göre evli ile bekar arasında bir farklılık olduğu söylenebilir.

**Tablo 21. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Gelir Durumu Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kötü	22	150,36	2	0,572	0,751
	Orta	234	165,45			
	İyi	70	161,12			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Kötü	22	168,23	2	0,323	0,851
	Orta	234	164,68			
	İyi	70	158,09			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Kötü	22	172,11	2	0,197	0,906
	Orta	234	162,93			
	İyi	70	162,71			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Kötü	22	180,25	2	1,012	0,603
	Orta	234	160,95			
	İyi	70	166,76			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Kötü	22	180,66	2	3,154	0,207
	Orta	234	166,50			
	İyi	70	148,09			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	Kötü	22	166,77	2	0,065	0,968
	Orta	234	162,76			
	İyi	70	164,94			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	Kötü	22	173,68	2	0,530	0,767
	Orta	234	161,61			
	İyi	70	166,61			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Kötü	22	163,32	2	4,178	0,124
	Orta	234	169,54			
	İyi	70	143,35			

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının gelire göre farklılaşım farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=1,012$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=3,154$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=0,530$ ;  $p>0,05$ ) ve zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=0,065$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ölçeğinin puanı ( $X^2=4,178$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=0,197$ ;  $p>0,05$ ), kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=0,323$ ;  $p>0,05$ ) ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=0,572$ ;  $p>0,05$ ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşım gözlenmemiştir.

**Tablo 22. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Meslek Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		n	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Hekim	113	159,45	2	1,624	0,444
	Hemşire	125	159,46			
	Yardımcı sağlık personeli	88	174,44			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Hekim	113	153,88	2	1,846	0,397
	Hemşire	125	169,71			
	Yardımcı sağlık personeli	88	167,03			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Hekim	113	152,09	2	2,875	0,238
	Hemşire	125	166,40			
	Yardımcı sağlık personeli	88	174,03			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Hekim	113	160,12	2	0,593	0,744
	Hemşire	125	162,16			
	Yardımcı sağlık personeli	88	169,74			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Hekim	113	153,93	2	2,107	0,349
	Hemşire	125	166,75			
	Yardımcı sağlık personeli	88	171,17			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	Hekim	113	160,55	2	3,450	0,178
	Hemşire	125	155,87			
	Yardımcı sağlık personeli	88	178,13			
	Toplam	326				
	Hekim	113	176,22	2	8,374	0,015

Hastalık ve Ağrı	Hemşire	125	146,48			
	Yardımcı sağlık personeli	88	171,34			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Hekim	113	169,40	2	1,929	0,381
	Hemşire	125	154,33			
	Yardımcı sağlık personeli	88	168,95			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının meslek grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=0,593$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=2,107$ ;  $p>0,05$ ), zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=3,450$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ( $X^2=1,929$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=2,875$ ;  $p>0,05$ ) kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=1,846$ ;  $p>0,05$ ) ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=1,624$ ;  $p<0,05$ ) puanlarında farklılaşma gözlenmezken, ölüme kaygısı ölçeğinin hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=8,374$ ;  $p<0,05$ ), puanları meslek grubuna göre istatistiksel olarak farklılaşma gözlenmiştir. Farklılığa sebep olan meslek grubunun belirlenmesi için yapılan LSD test sonucuna göre, ölüm kaygısı ölçeğinin hastalık ve ağrı alt boyutuna göre hemşire ve hekim arasında bir farklılık olduğu söylenebilir.

**Tablo 23. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Meslekte Çalışma Yılı Kategorileri Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p	
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	1-5 yıl	194	174,72	4	7,820	0,098
	6-10 yıl	60	151,52			
	11-15 yıl	30	153,85			
	16-20 yıl	17	141,71			
	20 üstü yıl	25	131,56			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	1-5 yıl	194	164,86	4	3,025	0,554
	6-10 yıl	60	162,58			
	11-15 yıl	30	180,48			
	16-20 yıl	17	160,21			
	20 üstü yıl	25	136,98			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	1-5 yıl	194	153,56	4	7,646	0,105
	6-10 yıl	60	188,89			
	11-15 yıl	30	177,38			
	16-20 yıl	17	175,41			
	20 üstü yıl	25	154,96			
	Toplam	326				

Bilişsel Duyuşsal	1-5 yıl	194	170,29	4	6,665	0,155
	6-10 yıl	60	136,83			
	11-15 yıl	30	174,53			
	16-20 yıl	17	159,29			
	20 üstü yıl	25	164,44			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	1-5 yıl	194	173,39	4	7,162	0,128
	6-10 yıl	60	142,21			
	11-15 yıl	30	159,37			
	16-20 yıl	17	139,09			
	20 üstü yıl	25	159,40			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	1-5 yıl	194	172,42	4	5,335	0,255
	6-10 yıl	60	147,85			
	11-15 yıl	30	155,25			
	16-20 yıl	17	160,15			
	20 üstü yıl	25	144,00			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	1-5 yıl	194	169,27	4	4,376	0,358
	6-10 yıl	60	166,00			
	11-15 yıl	30	150,78			
	16-20 yıl	17	147,88			
	20 üstü yıl	25	138,62			
	Toplam	326				
Yalnızlık	1-5 yıl	194	156,77	4	3,483	0,480
	6-10 yıl	60	171,02			
	11-15 yıl	30	175,92			
	16-20 yıl	17	157,74			
	20 üstü yıl	25	186,70			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının çalışma yılına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=6,665$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=7,162$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=4,376$ ;  $p>0,05$ ) ve zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=5,335$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ölçeğinin puanı ( $X^2=3,483$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=7,646$ ;  $p>0,05$ ), kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=3,025$ ;  $p>0,05$ ) ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=7,820$ ;  $p>0,05$ ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir.

**Tablo 24. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Çalışılan Birim Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	P
Tarafsız	İdari	27	159,61	6	3,860	0,696
Kabullenme ve	Klinik	84	164,35			
Yaklaşım	Poliklinik	69	178,26			
Kabullenme	Acil	50	160,32			

	Yoğun bakım	19	153,61			
	Ameliyat	28	139,32			
	Diğer	49	164,30			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	İdari	27	129,41			
	Klinik	84	162,85			
	Poliklinik	69	178,26			
	Acil	50	168,13			
	Yoğun bakım	19	175,89	6	6,075	0,415
	Ameliyat	28	155,61			
	Diğer	49	157,60			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	İdari	27	160,07			
	Klinik	84	172,48			
	Poliklinik	69	170,36			
	Acil	50	160,47			
	Yoğun bakım	19	116,42	6	6,094	0,413
	Ameliyat	28	157,38			
	Diğer	49	165,17			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	İdari	27	152,57			
	Klinik	84	145,36			
	Poliklinik	69	168,47			
	Acil	50	179,61			
	Yoğun bakım	19	204,13	6	9,877	0,130
	Ameliyat	28	173,23			
	Diğer	49	155,86			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	İdari	27	143,26			
	Klinik	84	176,55			
	Poliklinik	69	163,37			
	Acil	50	160,35			
	Yoğun bakım	19	149,68	6	3,718	0,715
	Ameliyat	28	162,77			
	Diğer	49	161,45			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	İdari	27	183,11			
	Klinik	84	172,11			
	Poliklinik	69	158,26			
	Acil	50	146,40			
	Yoğun bakım	19	143,21	6	5,914	0,433
	Ameliyat	28	158,63			
	Diğer	49	173,42			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	İdari	27	128,83			
	Klinik	84	172,84			
	Poliklinik	69	163,43			
	Acil	50	178,99			
	Yoğun bakım	19	163,34	6	8,583	0,198
	Ameliyat	28	145,16			
	Diğer	49	161,43			
	Toplam	326				
Yalnızlık	İdari	27	171,50			
	Klinik	84	158,18			
	Poliklinik	69	175,35	6	10,030	0,123
	Acil	50	162,11			

Yoğun bakım	19	111,55
Ameliyat	28	191,30
Diğer	49	157,20
Toplam	326	

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının çalışılan birime göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=9,877$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=3,718$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=8,583$ ;  $p>0,05$ ) ve zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=5,914$ ;  $p>0,05$ ), yalnızlık ölçeğinin puanı ( $X^2=10,030$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=6,094$ ;  $p>0,05$ ), kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=6,075$ ;  $p>0,05$ ) ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=3,860$ ;  $p>0,05$ ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir.

**Tablo 25. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Daha Önce Yakın Çevrede Kayıp/Yas Yaşama Durumu Kategorileri Açısından Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması**

Toplam Puan	Kategoriler	n	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p																																																																																
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Hayır	118	159,80	18856,50	11835,500	-0,534	0,593																																																																																
	Evet	208	165,60	34444,50				Kaçış Kabullenme	Hayır	118	175,44	20701,50	10863,500	-1,724	0,085	Evet	208	156,73	32599,50	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Hayır	118	160,61	18951,50	11930,500	-0,418	0,676	Evet	208	165,14	34349,50	Bilişsel Duyuşsal	Hayır	118	180,17	21260,00	10305,000	-2,482	0,013	Evet	208	154,04	32041,00	Fiziksel Değişimler	Hayır	118	156,89	18512,50	11491,500	-1,006	0,314	Evet	208	167,25	34788,50	Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393	Evet	208	166,66	34665,00	Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500
Kaçış Kabullenme	Hayır	118	175,44	20701,50	10863,500	-1,724	0,085																																																																																
	Evet	208	156,73	32599,50				Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Hayır	118	160,61	18951,50	11930,500	-0,418	0,676	Evet	208	165,14	34349,50	Bilişsel Duyuşsal	Hayır	118	180,17	21260,00	10305,000	-2,482	0,013	Evet	208	154,04	32041,00	Fiziksel Değişimler	Hayır	118	156,89	18512,50	11491,500	-1,006	0,314	Evet	208	167,25	34788,50	Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393	Evet	208	166,66	34665,00	Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00								
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Hayır	118	160,61	18951,50	11930,500	-0,418	0,676																																																																																
	Evet	208	165,14	34349,50				Bilişsel Duyuşsal	Hayır	118	180,17	21260,00	10305,000	-2,482	0,013	Evet	208	154,04	32041,00	Fiziksel Değişimler	Hayır	118	156,89	18512,50	11491,500	-1,006	0,314	Evet	208	167,25	34788,50	Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393	Evet	208	166,66	34665,00	Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00																				
Bilişsel Duyuşsal	Hayır	118	180,17	21260,00	10305,000	-2,482	0,013																																																																																
	Evet	208	154,04	32041,00				Fiziksel Değişimler	Hayır	118	156,89	18512,50	11491,500	-1,006	0,314	Evet	208	167,25	34788,50	Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393	Evet	208	166,66	34665,00	Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00																																
Fiziksel Değişimler	Hayır	118	156,89	18512,50	11491,500	-1,006	0,314																																																																																
	Evet	208	167,25	34788,50				Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393	Evet	208	166,66	34665,00	Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00																																												
Zamanın Geçmesi	Hayır	118	157,93	18636,00	11615,000	-0,855	0,393																																																																																
	Evet	208	166,66	34665,00				Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797	Evet	208	162,59	33819,50	Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00																																																								
Hastalık ve Ağrı	Hayır	118	165,10	19481,50	12083,500	-0,257	0,797																																																																																
	Evet	208	162,59	33819,50				Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500	Evet	208	166,14	34558,00																																																																				
Yalnızlık	Hayır	118	158,84	18743,00	11722,000	-0,674	0,500																																																																																
	Evet	208	166,14	34558,00																																																																																			

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının kayıp yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının kayıp yaşama durumuna göre yalnızlık ( $U=11722,000$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $U=11835,500$ ;  $p>0,05$ ), kaçış kabullenme alt boyutu ( $U=11835,500$ ;  $p>0,05$ ) ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $U=11930,500$ ;  $p>0,05$ ), ölüm kaygısı ölçeğinin zamanın geçmesi alt boyutu

( $U=11615,000$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $U=11491,500$ ;  $p>0,05$ ) hastalık ve ağrı alt boyutu ( $U=12083,500$ ;  $p>0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmezken; ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $U=-2,482$ ;  $p<0,05$ ) puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

**Tablo 26. Ölüme Karşı Tutum, Ölüm Kaygısı ve Yalnızlığın Alt Boyutları Puanlarının Çalışılan Birimde Ölümle Karşılaşma Sıklığı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması**

Puan		Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	$\chi^2$	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Hiç karşılaşmadım	127	184,24	2	10,223	0,006
	Ara sıra	151	148,86			
	Çok sık	48	154,67			
	Toplam	326				
Kaçış Kabullenme	Hiç karşılaşmadım	127	163,76	2	0,035	0,983
	Ara sıra	151	162,65			
	Çok sık	48	165,49			
	Toplam	326				
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Hiç karşılaşmadım	127	149,52	2	5,669	0,059
	Ara sıra	151	168,50			
	Çok sık	48	184,77			
	Toplam	326				
Bilişsel Duyuşsal	Hiç karşılaşmadım	127	160,92	2	0,900	0,638
	Ara sıra	151	168,27			
	Çok sık	48	155,31			
	Toplam	326				
Fiziksel Değişimler	Hiç karşılaşmadım	127	163,98	2	1,766	0,414
	Ara sıra	151	158,45			
	Çok sık	48	178,10			
	Toplam	326				
Zamanın Geçmesi	Hiç karşılaşmadım	127	169,03	2	1,562	0,458
	Ara sıra	151	163,04			
	Çok sık	48	150,31			
	Toplam	326				
Hastalık ve Ağrı	Hiç karşılaşmadım	127	168,26	2	3,792	0,150
	Ara sıra	151	154,48			
	Çok sık	48	179,29			
	Toplam	326				
Yalnızlık	Hiç karşılaşmadım	127	162,59	2	0,037	0,982
	Ara sıra	151	164,58			
	Çok sık	48	162,52			
	Toplam	326				

Ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının ölümle karşılaşma sıklığına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis test sonucuna göre ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal alt boyutu ( $X^2=0,900$ ;  $p>0,05$ ), fiziksel değişimler alt boyutu ( $X^2=1,766$ ;  $p>0,05$ ), zamanın geçmesi alt boyutu ( $X^2=1,562$ ;  $p>0,05$ ), hastalık ve ağrı alt boyutu ( $X^2=3,792$ ;  $p>0,05$ ) yalnızlık

ölçeğinin ( $X^2= 0,037$ ;  $p>0,05$ ), ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ( $X^2=5,669$ ;  $p>0,05$ ) ve kaçış kabullenme alt boyutu ( $X^2=0,035$ ;  $p>0,05$ ) puanlarında farklılaşma gözlenmezken, ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ( $X^2=8,374$ ;  $p<0,05$ ), puanının ölümlerle karşılaşma sıklığına göre istatistiksel olarak farklılaşma gözlenmiştir. Farklılığa sebep olan ölümlerle karşılaşma sıklığının belirlenmesi için yapılan LSD test sonucuna göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutuna göre ara sıra ile hiç karşılaşmadım durumları arasında bir farklılık olduğu söylenebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarla yürütülen bu araştırmada, ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarına kırılğan narsisizm düzeylerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Bu değişkenlerin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Ek olarak bu değişkenler ile demografik özelliklerin ilişkisi de incelenmiştir. Ölüm kaygısı ve Ölüme karşı tutum ölçekleri alt boyutları dahil edilerek incelenmiş olup, kırılğan narsisizm ve yalnızlık ölçeklerin alt boyutları bulunmadığından dolayı tek boyutlu olarak ele alınmıştır. Kullanılan ölçeklerin Cronbach Alfa güvenilirlik değerlerine bakılarak analizlere başlanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara bakıldığında ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının kırılğan narsisizm düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde söz konusu değişkenlerin hep birlikte incelendiği araştırmalar bulunamamıştır. Benzer çalışmalar incelenerek bu değişkenler tartışılacaktır.

#### 3.1. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİSİZM DÜZEYLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE OLAN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Kırılğan narsisizmin düzeyleri cinsiyete göre incelendiğinde anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Bu konuda literatüre bakıldığında bulguların desteklendiği görülmektedir (Koşan, 2015; Imamoğlu, 2018; Özay, 2018; Yabancı, 2019; Grijalva ve diğ., 2015; Hacıoğlu, 2018; Türker, 2018; Üzümcü, 2016). Çağlayaner (2020) tarafından yapılan çalışmada kırılğan narsisizm ve büyülenmeci narsisizmin cinsiyete göre farklılaşma göstermediği bulunmuştur.

Kırılğan narsisizmde cinsiyete göre farklılık olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Bu farklılıkları Grijalva ve ark. (2015) rol teorisiyle açıklamaktadır. Grijalva'ya göre kadınlara ve erkeklere yöneltilen kişilik özellikleri ve rollerin

toplumsal bakış açısından etkilendiğini belirtmiştir. Bu rollerin benimsenmesiyle de narsisizm puanlarında farklılaşmalar olduğu savunulmuştur. Bu teorinin yanı sıra farklılık gösteren çalışmaların, farklı ölçeklerin kullanılması veya toplumsal-kültürel faktörler ile açıklanabilmektedir. Örneklemelerin farklı evrenlerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki bazı çalışmalarda kadınların kırılğan narsisizm puanlarının daha yüksek olduğu gösterirken (Chrétien, Ensink, Descoteaux & Normandin, 2018; Hibbard, 1992; O'Leary & Wright, 1986; Rohmann, Neumann, Herner & Bierhoff, 2012; Wright, Lukowitsky, Pincus & Conroy, 2010; Ük, 2020), Rıhtım (2020) tarafında üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığının kırılğan narsisizm ve sanal ortam yalnızlık düzeyi ile ilişkisini inceleyen çalışmada erkeklerin kırılğan narsisizm düzeylerin, kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu, Mahajan (2013) tarafından yapılan bir başka çalışmada erkeklerin narsistik özelliklerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, ve aynı şekilde büyülenmeci narsisizm ve kırılğan narsisizm ile bilişsel duygu düzenleme ve kişilerarası problemlerin ilişkisini inceleyen bir araştırmada (Köymen, 2019) erkeklerin kadınlara göre kırılğan narsisizmin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Pamukcu (2021) tarafından yapılan araştırmada erkekler, kadınlara kıyasla kırılğan narsisizm ölçeğinden daha yüksek puan almıştır.

Literatürde erkeklerin narsistik kişilik özelliği ortalama puanı yüksekken (Bushman ve Baumeister, 1998; Foster, Campbell ve Twenge, 2003; Hamedoğlu, 2009; Yumuşak, 2013; Karakuş, 2017) bazı araştırmalarda (Gülmez, 2009) ise kadınların ortalama puanı yüksek olarak saptanmıştır.

Yaş grubuna göre kırılğan narsisizmin düzeylerine bakıldığında birçok çalışma gibi (Köymen, 2019; Kurunç, 2022; Altun, 2015; Özdemir, 2017; Sağır, 2021) anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Her ne kadar kırılğan narsisizm düzeyleri ve yaş arasında anlamlı bir farkın olmadığını gösteren araştırmalar olmuş olsa da aksini iddia eden araştırmalar da vardır (Şeker, 2021; Gülmez, 2009). Araştırmalardan elde edilen bulguların farklılık göstermesinin kırılğan narsisizmin farklı özelliklerden etkilendiğini göstermektedir. Bu noktada yaş değişkeninin esas etkisinin inceleneceği araştırmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Şeker, 2021).

Sağlık çalışanları üzerinde Akyürek (2022) tarafından yapılan bir çalışmada narsistik düzeylerin yaş grupları arasında farklılaşma gösterdiği ve en yüksek olduğu

yaş grubu aralığı 40-49 yaş grubu olarak bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte mesleki yetkinlik ve saygınlığın artışı gibi durumların narsisistik düzeyi arttırabileceği düşünülmektedir (Akyürek, 2022).

Çalışmada kırılğan narsisizm düzeylerin eğitim düzeylerine göre farklılaşmadığı göstermiştir. Literatürdeki araştırmalar benzer sonuçlara ulaşılmış ve anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pamukcu, 2021; Halisçelik, 2021; Kurunç, 2022; Akbulut, 2020; Şafak ve Kahraman, 2019). Narsisizm ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmamasının nedeni eğitim düzeyleri arasında hiyerarşik olarak bir farklılık olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kurunç, 2022). Literatürde eğitim düzeyleri ve narsisizm düzeylerinin arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar az sayıda olduğundan aksini iddia eden bulgulara rastlanamamıştır.

Demografik değişkenlerden medeni duruma göre de kırılğan narsisizm düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Yapılan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Pamukcu, 2021). Akyürek (2022) tarafından yapılan araştırmada evli bireylerin narsisistik düzeyleri, bekar bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çoban ve İrmış (2018) araştırmasına göre bekar bireylerde narsisistik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun açıklaması bekar bireylerin benliklerini doyuracak ilgiden daha yoksun oluşlarını, evlilik sonrasında artan duygusal paylaşım ile birlikte bireylerin narsisistik düzeylerinin düşebileceğini düşünmektedirler (Akyürek, 2022).

Kırılğan narsisizm düzeyleri ve gelir durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında bir farklılaşma olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde (Halisçelik, 2021; Şeker, 2021; Pamukcu, 2021) yaptıkları çalışmalarda aynı sonucu ortaya koyulmuştur. Bu doğrultuda bulunan sonucun alan yazın ile tutarlı olduğu görülmektedir. Kırılğan narsisizmin gelir durumundan ziyade yaşanan deneyimler ve temelde kişilik özellikleri etrafında şekillendiği düşünülmektedir (Şeker, 2021).

Demografik değişkenlerden meslek ve çalışma yılına bakıldığında kırılğan narsisizm düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Covid-19 pandemisi boyunca sağlık çalışanlarının narsisizm düzeylerinin, sağlık çalışanlarını mesleki branşlarına göre yordama durumunu tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada (Akyürek, 2022) sağlık çalışanlarının narsisistik düzeylerinin mesleki branşlara göre

yordama durumunun olmadığı gösterirken, meslekte geçirdikleri süre ile paralel olarak narsisistik düzeylerinde artış meydana geldiği saptanmıştır.

Çalışılan birim ve ölümle karşılaşma durumu ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Literatürde bu konuyu el alan araştırmalar olmadığından destekleyecek veya aksini iddia eden çalışmalar bulunamamıştır.

Yakın çevrede kayıp yaşama durumu ile kırılğan narsisizm düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

### 3.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KIRILGAN NARSİSİZM DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLÜM KAYGISI, YALNIZLIK VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, Şeker (2021) tarafından üniversite öğrencilerinin sosyal medya bağımlılığı ile kırılğan narsisizm ve yalnızlık düzeyi arasında ilişkinin incelemesi amacıyla yapılan araştırmada kırılğan narsisizm ile yalnızlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre kırılğan narsisizm düzeyleri yükseldikçe yalnızlık de yükselmektedir. Çağlayaner ve Okuttan (2021) tarafından yapılan bir başka araştırmada reddedilme duyarlılığı ile yalnızlık arasındaki ilişkide kırılğan narsisizmin aracı rolü incelenmiştir. Araştırma sonucunda hem reddedilme duyarlılığı hem de yalnızlık ile kırılğan narsisizm arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Reddedilme duyarlılığı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi ve kırılğan narsisizm, büyüklenmeci narsisizm ve benlik saygısının aracı rolünü inceleyen bir başka araştırmada (Çağlayaner, 2020) kırılğan ve büyüklenmeci narsisizmin yalnızlığın yordayıcıları oldukları görülmüş, yapılan literatür taramasında Rogoza ve arkadaşlarının (2018) da narsisizmin yalnızlığı yordadığı sonucuna ulaştıkları görülmüştür.

Krizan ve Herlache (2018) tarafından yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir; yalnızlık ölçeklerinden yüksek puan alan bireyler aynı zamanda kırılğan narsisizmi ölçen ölçeklerden de yüksek puan almıştır. Bu araştırmanın bulguları, beklentimiz doğrultusunda ve literatürü desteklemek şekilde

kırılğan narsisizm ölçeğinin puanı ile yalnızlık ölçeğinin puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, kırılğan narsisizm ölçeğinin puanı ile ölüm kaygısı ölçeğinin fiziksel değişimler alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, bilişsel duyuşsal alt boyutu, zamanın geçmesi alt boyutu ve hastalık ve ağrı alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kırılğan narsisizm ölçeğinin puanı ile ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde kırılğan narsisizm ve ölüm kaygısını birlikte ele alan bir çalışma bulunmamakla birlikte araştırmanın dört değişkenini bir arada ele alan çalışma olmadığı da görülmektedir. Bu kapsamda değişkenlerin arasında ilişki olup olmadığının incelemesinin, literatürdeki söz konusu boşluğu doldurmada faydalı olabileceği düşünülmüştür.

### 3.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE ÖLÜM KAYGISI, YALNIZLIK VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada kullanılan ölüm kaygısı ölçeği, yalnızlık ölçeği ve ölüme karşı tutum ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının demografik özelliklere göre farklılaşım farklılaşmadığı yapılan analizlere göre, ölüm kaygısı ölçeğinin bilişsel duyuşsal ve fiziksel değişimler alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı farklılaşım bulunmuştur. Bilişsel duyuşsal alt boyutunda erkeklerin, fiziksel değişimler alt boyutunda kadınların erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutunda ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı farklılaşım bulunmuştur. Kaçış kabullenme alt boyutu erkeklerde, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akça ve Köse (2008) tarafından ölüm kaygısı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik için yapılan çalışmada cinsiyete göre ölüm kaygısı puan ortalaması kadınlarda erkeklerden daha fazla bulunmuştur.

Yalnızlık ölçeğinin puanlarının cinsiyete göre farklılığına bakıldığında, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alan yazın incelendiğinde yalnızlık ve cinsiyet

farklılıkları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları farklılaşmaktadır. Bazı araştırmalarda erkeklerin (Bingöl, 2017; Demir, 1990; Cecen, 2007; Karakoç ve Taydaş, 2013; Özen ve Sarıcı, 2010) bazılarında kadınların yalnızlık puanları yüksek çıktığı gözlenmiştir. Şeker (2021) tarafından yapılan araştırmada kadınların yalnızlık düzeylerinin düşük olmasının nedenleri arasında yaş, ilişki durumu gibi faktörlerinin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Çünkü yalnızlık pek çok unsurun birleşmesi sonucunda bireyler tarafından hissedilmektedir. Kadınların romantik ilişkilerinden memnun olması veya yaşları nedeniyle aktif çalışma hayatı içerisinde bulunmalarının yalnızlık hissini azaltabileceği düşünülmektedir.

Ölüm kaygısı ölçeğinin alt boyutları ve ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu yaş grubuna göre anlamlı bir farklılaşma göstermemişken, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu yaş grubuna göre anlamlı farklılaşma göstermiştir. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu 44 ve üstü grubu ile 20-34 arasında ve 35-44 ile 20-34 grubu arasında bir farklılık olduğu göstermiştir. Literatürde ölüm kaygısı ile ilişkili bulunan önemli değişkenlerden biri yaş olduğu görülmektedir (Cicirelli, 2002; Sinoff, 2017). Gündoğan ve Gümüş (2023) tarafından yapılan çalışmada yaşa göre ölüm kaygısının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar bildiren çalışmalara ulaşılmıştır (Esen, 2011; Özen, 2008; Öztürk 2011). Özen (2008) huzurevinde yaptığı çalışmada ölüm kaygısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmiştir. Öztürk ve ark. (2011) çalışmalarında yaşla ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

Benli (2017) tarafında yapılan çalışmada hemşirelerin yaşı arttıkça ölüm kaygısı ölçeğinin toplam puan ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının azaldığı, Yapılan ileri analizde 26-35 yaş aralığında ve 46 yaş ve üzerinde olan grup arasında da farkın olduğu görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin yaşı ile kaçış kabullenme alt boyutu puanı arasında önemli bir fark bulunmuş ve farkın 25 yaş ve altında olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda yaşı genç olan hemşirelerin ölüme karşı daha olumlu tutum göstermeleri

ve ölümü daha çok kabullenmelerinde bireysel özelliklerin, dini inançların, toplumsal ve kültürel yapının etkili olabileceği düşünülebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda yaşı genç olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının ileri yaşta olanlara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür (Işık, Fadıoğlu, ve Demir, 2009; Ay, 2013).

Yunanistan'da üroloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelik deneyimi ve ileri yaşın ölüme karşı olumlu tutumda güçlü değişkenler olduğu bildirilmiştir (Zyga, Malliarov, Lavdaniti, Athanasopoulov ve Sarafis, 2011).

Yapılan diğer bir çalışmada yaş ile ölüme karşı tutum ölçeğinin toplam puan ve alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur (Önsöz, 2013).

Ürkmez (2018) tarafından yapılan çalışmada yirmi dokuz yaş ve altı hemşirelerin iş yaşamında yalnızlık düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Keser ve Karaduman (2014) çalışmasında da 20-25 yaş grubu öğretmenlerin kendilerini 31-35 yaş grubu öğretmenlerden daha fazla yalnız hissettikleri sonucuna varılmıştır. Mercan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da yaş değişkeninin işyerinde yalnızlığın duygusal yoksunluk boyutunu etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine Demirbaş ve Haşit (2014) tarafından yapılan çalışmada akademisyenlerde iş yaşamı yalnızlığı ile yaş grupları arasında farklılık olmadığı belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmada yalnızlık ile yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ve kaçış kabullenme alt boyutu puanları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, aynı zamanda tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puanı ile ölümlerle karşılaşma sıklığı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

Ölüm kaygısı ölçeğinin fiziksel değişimler alt boyutu puanı ile eğitim düzeyi, zamanın geçmesi alt boyutu puanı ile medeni durumu, hastalık ve ağrı alt boyutu puanı ile meslek grubu ve bilişsel duyuşsal alt boyutu puanı ile yakın çevrede kayıp yaşama durumu arasında anlamlı bir farklılık göstermişken diğer demografik değişkenler arasında herhangi bir farklılık göstermemiştir.

## SONUÇ

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeylerine bağlı olarak ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bulgular, sağlık çalışanlarının ölümle ilgili duygusal rahatsızlık yaşadıklarını ve bu konuda endişe duyduklarını göstermektedir. Yüksek ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları, sağlık çalışanlarının ölümle ilgili duygusal tepkilerini ve başa çıkma mekanizmalarını etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanları, bu endişelerle başa çıkmak ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için desteklenmeli ve yönlendirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının genel olarak orta düzeyde yalnızlık hissi yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının yoğun iş programları ve zorlu çalışma koşulları nedeniyle sosyal bağlantılarına yeterince zaman ayıramayabileceklerini ve sosyal destekten yoksun kalmış olabileceklerini düşündürmektedir. Yalnızlık düzeyleri, bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebilmekte, bu nedenle sağlık çalışanlarının duygusal ihtiyaçlarını yönetmek, sosyal bağlantılarını güçlendirmek ve işyerinde destekleyici bir sosyal ortam oluşturmak önemlidir. Bu, sağlık çalışanlarının duygusal refahlarını artırabilir, iş stresini azaltabilir ve profesyonel tatminlerini artırabilecektir.

Sonuçlar aynı zamanda sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumlarının da farklı boyutlarda değişebileceğini göstermektedir. Sağlık çalışanları genellikle bilişsel ve duygusal olarak ılımlı bir tutum sergilerken, fiziksel değişimlere karşı daha kabullenici olma eğilimindedirler. Ancak, zamanın geçmesine karşı biraz daha olumsuz bir tutum sergilemekte ve hastalık ve ağrı konularında orta düzeyde bir duyarlılık mevcuttur. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının ölümle ilgili konuları işleme ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, duygusal destek ve kaynakların sağlanması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, sağlık çalışanlarının kırılğan narsisizm düzeylerine bağlı olarak ölüm kaygısı, yalnızlık ve ölüme karşı tutumlarının değişebileceğini göstermektedir. Kırılğan narsisizmi yüksek olan sağlık çalışanları, ölüm kaygısı ve yalnızlık gibi olumsuz duygusal deneyimlere daha yatkın olabilir. Bu, psikolojik dayanıklılıklarını zayıflatabilir ve iş stresiyile başa çıkmalarını daha zor hale

getirebilir. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için, bu tür ilişkileri daha ayrıntılı bir şekilde anlamak ve uygun destek ve eğitim sağlamak önemlidir. Özellikle sağlık çalışanlarının duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak ve iş stresiyle daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için çeşitli stratejiler geliştirilebilir. Ancak, bu sonuç sadece bir ilişki öneriliyor ve bu ilişkinin ne kadar güçlü olduğu ve nasıl çalıştığı hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekebilir. Bu konuyla ilgili daha fazla bilgi ve detaylı araştırma önerilebilir.

Sağlık çalışanlarının duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, sosyal destek ağlarını güçlendirmek ve uygun destek kaynaklarını sağlamak, duygusal refahlarını artırmak, iş stresini azaltmak ve iş memnuniyetlerini artırmak için önemlidir. Bu çalışmanın sonuçları, sağlık çalışanlarına yönelik duygusal destek programlarının geliştirilmesi, işyerinde sosyal destek ağlarının oluşturulması örneğin, birimlerde çalışanların sosyal etkileşimlerini artırmayı hedefleyen etkinliklerin düzenlenmesi, oryantasyon süreçlerinin, işyeri sosyalleşmesini desteklemek amacıyla etkili bir araç olarak kullanılması, sağlık çalışanları için, ölüm hakkında bilgi içeren, olumlu düşüncelere odaklanmak ve olumsuz düşünce ve duyguları yönetmeyi öğreten seminerlerin düzenlenmesi ve bu konularda sağlık politikalarının ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesine dayalı nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A. M.** (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death studies*, 29(3), 251-259.
- Akbulut, A.** (2020). Gösterişçi tüketim, sosyal medya bağımlılığı narsisizm ve empati arasındaki ilişkinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Akça, F., & Köse, İ. A.** (2008). Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1).
- Akhtar, S., & Thomson, J. A.** (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139, 12-20.
- Aksu, T., & Okçay, H.** (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 113-126.
- Aktürk, D. & Şahin, M.** (2019). Ölümle çok karşılaşan servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümle karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması . *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(7), 9-23.
- Akyürek, İ.** (2022). Pandemi sürecinde hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının covid-19 korkusu ve travma düzeylerini yordayıcılığı açısından narsisizmin incelenmesi. *İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Altun, R.** (2015). Üniversite öğrencilerin dedindarlık ve narsisizm ilişkisi (Sinop örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Samsun.*

- American Psychiatric Association.** (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association.** (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Rev. (3rd ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association.** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association.** (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) Text Revision* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association** (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).
- Armağan, A.** (2014). —Yalnızlık ve Kişilerarası İletişim İlişkisi: Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, cilt 7, sayı 30, ss.27-43.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A.** (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current directions in psychological science*, 12(3), 75-78.
- Augustin, S. G.** (2005). Anxiety disorders. In M. A. Koda-Kimble, L. Y. Young, W. A. Kradian (Eds.), *Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs* (8th ed., pp. 76-1 – 76-47). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ay, MA.** (2013). "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları". *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Ayten, A.** (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(1), 85-108.
- Badur, S.** (2004). Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. *Cogito*, 40, 93-105.

- Bahr, H.M., Harvey, C.D.** (1979). Correlates Of Loneliness Among Windows Bereaved In A Mining Disaster, *Psychological Reports*, cilt 44, sayı 2, ss.367-385.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R.** (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D.** (2001). Narcissism as addiction to esteem. *Psychological inquiry*, 12(4), 206-210.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L.** (1985). Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Laude, R., & Bohnert, M.** (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of general psychiatry*, 31(3), 319-325.
- Benli, S. S., & Yıldırım, A.** (2017). Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 167-179.
- Besser, A. ve Priel, B.** (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 166-201.
- Bingöl, A.** (2017). Virtual environment loneliness as a predictor of academic achievement. In *8th International Advanced Technologies Symposium*.
- Brown, R. P. & Zeigler-Hill, V.** (2004). Narcissism And The Non-Equivalence Of Self-Esteem Measures: A Matter Of Dominance?’, *Journal of Research in Personality*, cilt 38, sayı 6, ss.585-592.
- Buchholz, E. S., & Catton, R.** (1999). Adolescents' perceptions of aloneness and loneliness. *Adolescence*, 34(133), 203-204.
- Burger, J. M.** (1995). Individual differences in preference for solitude. *Journal of Research in Personality*, 29(1), 85-108.

- Bushman, B. J., & Baumeister, R. F.** (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence?. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 219.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B.** (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.
- Campbell, W. K., Reeder, G. D., Sedikides, C. ve Elliot, A. J.** (2000). Narcissism and comparative self-enhancement strategies. *Journal of Research in Personality*, 34, 329- 347.
- Carpenito-Moyet, L. J.** (2009). *Nursing care plans & documentation: nursing diagnoses and collaborative problems*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cates, M., Wells, B. G., & Thatcher, G. W.** (1996). Anxiety Disorders. In E. T. Herfindal and D. R. Gourley (Eds.). *Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management* (6th ed., pp. 1073-1093). Hagerstown, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Cecen, A. R.** (2007). The Turkish short version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S): Initial development and validation. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 35(6), 717-734.
- Ceyhan S.** (2005). Kayseri Nuh Naci Yazgan sağlık ocağı b"lgesinde yaşayan 65 yaş ve "st" bireylerin yalnızlık d"zeylerinin incelenmesi. *Erciyes "niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit"su Y"ksek Lisans Tezi, Kayseri*.
- Charles, I., & Shelton, D. O.** (2004). Diagnosis and management of anxiety disorders. *Journal of American Osteopathic Association*, 104(3), S2-S5.

- Cheek, J. M., & Busch, C. M.** (1981). The influence of shyness on loneliness in a new situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7(4), 572-577.
- Chipuer, H. M.** (2001). Dyadic attachments and community connectedness: Links with youths' loneliness experiences. *Journal of Community Psychology*, 29(4), 429-446.
- Chrétien, S. L., Ensink, K., Descoteaux, J., & Normandin, L.** (2018). Measuring grandiose and vulnerable narcissism in adolescents. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(2).
- Cicirelli, V. G.** (2006). Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), P75-P81.
- Cimete, G.** (2002). Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncül yaklaşım. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi*.
- Clark, D. A., & Beck, A. T.** (2011). *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. New York: The Guilford Press.
- Collett, L. J., & Lester, D.** (1969). The fear of death and the fear of dying. *The journal of Psychology*, 72(2), 179-181.
- Cooper, A.** (1981). Narcissism. In S. Arieti, H. Keith, & H. Brodie (Eds.), *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 4, pp. 297-316). *New York: Basic Books*.
- Cooper, A.** (1998). Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 53-74), *Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.*
- Cox, B. J., Wessel, I., Norton, G. R., Swinson, R. P., & Drenfeld, D. M.** (1995). Publication trends in anxiety disorders research: 1990–1992. *Journal of Anxiety disorders*, 9(6), 531-538.

- Cutrona, C. E.** (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*, 36, 291-309.
- Çağlayaner, A.** (2020). Üniversite öğrencilerinde reddedilme duyarlılığının; yaşam doyumu, narsisizm, benlik saygısı ve yalnızlık ile ilişkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- Çağlayaner, A., & Çoklar-Okutkan, I.** (2021). Reddedilme duyarlılığı ile yalnızlık arasındaki ilişki: Kırılgan narsisizm, büyüklenmeci narsisizm ve benlik saygısının aracı rolü. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(2), 160-182.
- Çetin, C., & Özlem, A. N. U. K.** (2020). COVID-19 pandemi sürecinde yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık: Bir kamu üniversitesi öğrencileri örnekleme. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 170-189.
- Çoban, H., & İrmiş, A.** (2018). Yöneticilerde narsisizm üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(1), 123-146.
- Dekkers W.** (1996). Neye "Ölüm" Deriz? Batı Kültüründe Yaşam Sonu Hakkında Bazı Düşünceler. *3P Dergisi*; 4(3): 9-16.
- Demir, A. G.** (1989). UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 14-18.
- Demir, A.** (1990). Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmeler. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara*.
- Demirbaş, B., & Haşit, G.** (2016). İş yerinde yalnızlık ve işten ayrılma niyetine etkisi: Akademisyenler üzerine bir uygulama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 137-158.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L.** (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders*, 17(3), 188-207.

- Ditfurth H.** (1991) Korku ve Kaygı. *Çev.: Barın N. Metris Yayınları*, İstanbul, 123.
- Durlak, J. A.** (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38(3), 463.
- Eggerman, S., & Dustin, D.** (1986). Death orientation and communication with the terminally ill. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 16(3), 255-265.
- Eke, S.** (2003). Farklı Mesleklerde Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Eldoğan, D., & Tunçel, E.** (2017). Kırılgan narsisizm ve sosyal kaygı bozukluğu: Benzerlikler ve farklılıklar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(11), 426-448.
- Ellis, H.** (1898). Auto-erotism: A psychological study. *Alienist and Neurologist (1880-1920)*, 19(2), 260.
- Epting, F. R., & Neimeyer, R. A. (Eds.)**. (1984). *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice* (No. 3511). Taylor & Francis.
- Erdoğan, T.** (2019). Onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Samsun.*
- Erikson, E.** (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). *New York: Norton.*
- Ertufan, H.** (2008). Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. *İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.*
- Esen, D.** (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2), 67-79.
- Eysenck, M. W.** (2004). Approaches to Abnormality. In M. W. Eysenck, *Psychology: An International Perspective* (pp. 794-853), New York, NY: Psychology Press.

- Eyüboğlu Ö. S.** (2009). Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Feifel, H.** (1969). Attitudes toward death: A psychological perspective. *Journal of consulting and clinical psychology, 33*(3), 29
- Feifel, H., & Branscomb, A. B.** (1973). Who's afraid of death?. *Journal of abnormal psychology, 81*(3), 282.
- Fischer, C. S., & Phillips, S. L.** (1982). Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 21–39). New York: Wiley.
- Flint, G. A., Gayton, W. F., & Ozmon, K. L.** (1983). Relationship between life satisfaction and acceptance of death by elderly persons. *Psychological reports.*
- Florian, V., Mikulincer, M., & Green, E.** (1994). Fear of personal death and the MMPI profile of middle-age men: The moderating impact of personal losses. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 28*(2), 151-164.
- Florian, V., & Mikulincer, M.** (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: a multidimensional test of terror management theory. *Journal of personality and social psychology, 73*(2), 369.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. ve Target, M.** (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other Press.
- Foster, J. D., Campbell, W. K., & Twenge, J. M.** (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of research in personality, 37*(6), 469-486.
- Franke, K. J., & Durlak, J. A.** (1990). Impact of life factors upon attitudes toward death. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 21*(1), 41-49.

- Freud, S.** (1914/1991). On narcissism: An introduction. In J. Sandler, E. Person, & P. Fonagy (Eds.) Freud's "On Narcissism: An Introduction." *Yale University Press, New Haven.*
- Freud, S.** (1930). *Civilization And Its Discontents*, London, Hogarth Press.
- Fromm-Reichmann, F.** (1959). Loneliness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 22.
- Gabbard, G. O.** (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527.
- Gabbard, G. O.** (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington, DC: *American Psychiatric Press, Inc.*
- Geçtan, E.** (1998). *Kim Bilir?*, İstanbul, Metis Yay.
- Gedik Z.** (2007). Ölüm Kaygısı ve Kendini Gerçekleştirme. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Gençtan E.** (1989). Yaşam ve ölüm, İnsan olmak, 6. basım, İstanbul, *Remzi Kitapevi*, 120-126.
- Georgemiller, R., & Maloney, H. N.** (1984). Group life review and denial of death. *Clinical Gerontologist*, 2(4), 37-49.
- Gersten, S. P.** (1991). Narcissistic personality disorder consists of two distinct subtypes. *Psychiatric Times*, 8, 25-26.
- Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T.** (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.

- Gierveld, J.D.J.** (1998). A Review of Loneliness: Concept and Definitions, Determinants and Consequences. *Reviews in Clinical Gerontology* 8, 73-80.
- Goldman, W. T.** (2001). Childhood and Adolescent Anxiety Disorders. Retrieved from [http://www.Keep Kids Healthy.com](http://www.KeepKidsHealthy.com)
- Goossens, L., & Marcoen, A.** (1999). Adolescent loneliness, self-reflection, and identity: From individual differences to developmental processes. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 225–243). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gray, J. A.** (1985). The neuropsychology of anxiety. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 201-228.
- Greyson, B.** (1992). Reduced death threat in near-death experiencers. *Death Studies*, 16(6), 523-536.
- Grijalva, E., Newman, D. A., Tay, L., Donnellan, M. B., Harms, P. D., Robins, R. W., & Yan, T.** (2015). Gender differences in narcissism: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 141(2), 261.
- Gülmez, N.** (2009). Narsistik liderlik. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Gündoğan, S., & Gümüş, A. B.** (2023). Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ile Hastalık Özellikleri, Yalnızlık ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), 81-92.
- Güngörmüş, K.** (2011). Hemşirelerin Duygusal Zekâları İle İş Yaşamında Yaşadıkları Yalnızlık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.*
- Hacıoğlu, M. B.** (2018). Kişilerarası bağımlılık eğilimi ile kırılabilir ve büyülenmeci narsistik kişilik özellikleri: Şema terapi modelinde bir inceleme.

*İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*

**Halişçelik, M.** (2021). Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.*

**Hamamcı, Z. ve Duy, B.** (2005). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Sosyal Beceri Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumları Üzerindeki Etkisi. *Journal Of Educational Sciences & Practices*, cilt 4, sayı 7, ss.3-20.

**Hamedoğlu, M. A.** (2009). Örgütsel narsisizm düzeyine ilişkin yönetici ve öğretmen algıları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, Ankara.*

**Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T.** (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 105.

**Heidegger, M.** (1996). Being and Time: A Translation of Sein und Zeit, (J.Stambaugh, Trans.). *State University of New York Press.*

**Heinrich, L. M., & Gullone, E.** (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.

**Hendin, H. M., & Cheek, J. M.** (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of research in personality*, 31(4), 588-599.

**Hibbard, S.** (1992). Narcissism, shame, masochism, and object relations: An exploratory correlational study. *Psychoanalytic psychology*, 9(4), 489.

- Hooper, T., & Spilka, B.** (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1(1), 49-56.
- Horney, K.** (1999). Ruhsal ÇatıŖmalarımız: Yapıcı Bir Nevroz Teorisi, Çev. S.Budak, Ankara, Öteki Yayınevi.
- Horton, R. S., Bleau, G., & Drwecki, B.** (2006). Parenting narcissus: What are the links between parenting and narcissism?. *Journal of personality*, 74(2), 345-376.
- Hull E. Perrodin CM.** (1960). Medical Nursing Philadelphia, Sixth Edition.
- Hymel, S., Tarulli, D., Hayden Thompson, L., & Terrell-Deutsch, B.** (1999). Loneliness through the eyes of children. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 80–106). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- İmamoğlu, A. H.** (2018). Narsisizm: Algılanan ebeveyn tutumları ve savunma mekanizmaları açısından bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Işık E.** (2008) Ölüme karşı tutum ölçeğinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.*
- Işık E., Fadıloğlu Ç, Demir, Y** (2009) Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2), 28-43.
- Jones, C.** (2004). Huzur İçinde Yatsın, Ölüme Dair Her Şey. çev. Mehmet Gürsel, İstanbul: Dharma Yayınları.
- Jones, W. H.** (1982). Loneliness and social behavior. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 238-252.

- Jones, W. H., Freemon, J. E., & Goswick, R. A.** (1981). The persistence of loneliness: Self and other determinants 1. *Journal of personality*, 49(1), 27-48.
- Kalish, R. A., & Reynolds, D. K.** (1976). Death and ethnicity: A psychocultural study University of Southern California Press. *Los Angeles*.
- Kaplan, M. S.** (2011). Öğretmenlerin İş Yerinde Yalnızlık Duygularının Okullardaki Örgütsel Güven Düzeyi Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya*.
- Karaca, F.** (2000). Ölüm Psikolojisi. *İstanbul: Beyan Yayınları*.
- Karahisar F.** (2006). Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.
- Karakoç, E., & Taydaş, O.** (2013). Bir serbest zaman etkinliği olarak üniversite öğrencilerinin internet kullanımı ile yalnızlık arasındaki ilişki. *Selçuk İletişim*, 7(4), 33-45.
- Karakuş, Ç.** (2017). Lise öğrencilerinde psikolojik savunmalar açısından narsisizm ve benlik saygısının karşılaştırılması. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- Karakuş, M.** (2019). Sosyal Medya Kullanımı Ve Yalnızlık Arasındaki İlişki: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya*.
- Karnick, P.** (2011). Yalnızlık Hissi: Teorik Yaklaşımlar, Çev. Selçuk Zengin, Muhammed Kızılgeçit, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, cilt 11, sayı 3, ss.217-229.
- Keller, J. W., Sherry, D., & Piotrowski, C.** (1984). Perspectives on death: a developmental study. *The Journal of psychology*, 116(1), 137-142.

- Kernberg, O. F.** (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F.** (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, NY, Jason Aronson.
- Kernberg, O. F.** (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 29–51). *Washington DC: American Psychiatric Press*.
- Keser, A., & Karaduman, M.** (2014). The correlation between loneliness at work-life and organizational citizenship and a research on teachers. *HAK-İŞ International Journal of Labour and Society*, 3(7), 178-197.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kirkwood, C. K., & Melton, S. T.** (2002). Anxiety disorders. In J. T. Dipro, R. L. Talbert, G. C. Yee, G. R. Matzke, B. G. Wells, L. M. Posey, *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (5th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Kızılgeçit, M.** (2011). *Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.*
- Kızılkaya, M., & Koştu, N.** (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Kohut, H.** (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H.** (1972). Thoughts On Narcissism And Narcissistic Raglel, *The Psychoanalytic Study Of The Child*, cilt 27, sayı 1, ss.360-400.

- Kohut, H.** (1977). The restoration of the self. *New York: International Universities Press.*
- Konrath, S., Bushman, B. J., & Campbell, W. K.** (2008). Attenuating the link between threatened egotism and aggression. *Psychological Science, 17*(11), 995-1001.
- Koşan, Y.** (2015). Üniversite öğrencilerinin facebook kullanımının narsisizm ve saldırganlık düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Van.*
- Köymen, E.** (2019). Büyüklenmeci narsisizm ve kırılğan narsisizm ile bilişsel duygu düzenleme ve kişilerarası problemlerin ilişkisi. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Krizan, Z., & Herlache, A. D.** (2018). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review, 22*(1), 3-31.
- Kurt Öncü H.** (2008) Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyinin incelenmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Samsun.*
- Kurunç, S.** (2022). Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ile narsisizm arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R.** (1982). Time alone in daily experience: Loneliness or renewal. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy, 40-53.*
- Larson, R. W.** (1999). The uses of loneliness in adolescence. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp.244–262). *Cambridge, England: Cambridge University Press.*

- Lewis, M. I., & Butler, R. N.** (1974). Life-review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29(11), 165-173.
- Lopata, H. Z.** (1969). Loneliness: Forms and components. *Social problems*, 17(2), 248-262.
- Mahajan, R.** (2013). Narcissism, loneliness and social networking site use: relationships and differences. *Archives of Mental Health*, 14(2), 134-134.
- Marshall, V. W.** (1981). Death and dying. In D. Mangen & W. Peterson (Eds.), *Research instruments in social gerontology* (pp. 303-381). *Minneapolis: University of Minnesota Press.*
- Masterson, J. F.** (1993). *The emerging self: A developmental, self, and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self.* New York: Brunner/Mazel.
- McWhirter, B. T.** (1990). Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling & Development*, 68(4), 417-422.
- Medora, N., & Woodward, J. C.** (1986). Loneliness among adolescent college students at a midwestern university. *Adolescence*, 21(82), 391.
- Mercan, N., Emine, Oyur, Alamur, B., Serpil, G. Ü. L., & Bengül, S.** (2012). İşyeri yalnızlığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 213-226.
- Millan, M. J.** (2003). The neurobiology and control of anxious states. *Progress in Neurobiology*, 70(2), 83-244.
- Miller, J. D., Campbell, W. K.** (2008). Comparing Clinical And Social-Personality Conceptualizations Of Narcissism, *Journal Of Personality*, cilt 76, sayı 3, ss.449-476.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R.** (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). New York: John Wiley.

- Moller, D. W.** (1996). *Confronting death: Values, institutions, and human mortality.* Oxford University Press.
- Momeyer, R. W.** (1988). *Confronting death.* Indianapolis: Indiana University Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E.** (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC).* St Louis: Mosby.
- Murphy, P. M., & Kupshik, G. A.** (1992). *Loneliness, Stress and Well-Being.* London: Routledge.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P.** (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies, 28*(4), 309-340.
- Neimeyer, R. A., Dingemans, P. M., & Epting, F. R.** (1977). Convergent validity, situational stability and meaningfulness of the Threat Index. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 8*(3), 251-265.
- Neto, F., & Barros, J.** (2000). Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *The Journal of psychology, 134*(5), 503-514.
- Norton, G. R., Cox, B. J., Asmundson, G. J., & Maser, J. D.** (1995). The growth of research on anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(1), 75-85.
- O'Leary, J., & Wright, F.** (1986). Shame and gender issues in pathological narcissism. *Psychoanalytic Psychology, 3*(4), 327.
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L.** (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(1), 104-116.

- Önsöz SB.** (2013). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.*
- Özay, S.** (2018). Ergenlerin sosyal medyaya ilişkin tutumları ile narsisizm arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Akdeniz Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.*
- Özdemir, H. E.** (2017). Bir grup üniversite öğrencisinde bağlanma stilleri ile narsisizm arasındaki ilişki: reddedilme duyarlılığının aracı rolü. *Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Özen, D.** (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Özen, Ü. & Korukçu Sarıcı, M. B.** (2010). Yalnızlık Olgusu Ve Sanal Sohbetin Yalnızlığın Paylaşımına Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 24* (1), 149-159.
- Özgel, İ.** (2014). Sosyolojik Tefsir Bağlamında Yalnızlık Sorunu Karşısında Kur'an, *Ekev Akademi Dergisi, cilt 59, sayı 59, ss.331-354.*
- Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L.** (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(1), 37-43.
- Pamukcu, V.** (2021). Erişkinlerde büyüklenmeci VE kırılğan narsisizmin depresyon eğilimi düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Parker, J. G., & Seal, J.** (1996). Forming, losing, renewing, and replacing friendships: Applying temporal parameters to the assessment of children's friendship experiences. *Child development, 67*(5), 2248-2268.

- Pepitone-Arreola-Rockwell, F.** (1981). Death anxiety: Comparison of psychiatrists, psychologists, suicidologists, and funeral directors. *Psychological reports, 49*(3), 979-982.
- Peplau, L. A., & Perlman, D.** (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In *Love and attraction: An interpersonal conference* (pp. 101-110).
- Peplau, L. A., & Perlman, D.** (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1–18). New York: Wiley.
- Perlman, D., & Peplau, L. A.** (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships, 3*, 31-56.
- Pharis, M. E.** (2004). Virtuous Narcissist: Extending Gabbard's Two Subtypes Of Narcissism, Honolulu, Annual Meeting Of The American Psychological Association.
- Pratt, C. C., Hare, J., & Wright, C.** (1985). Death anxiety and comfort in teaching about death among preschool teachers. *Death Studies, 9*(5-6), 417-425.
- Quinn, P. K., & Reznikoff, M.** (1986). The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *The International Journal of Aging and Human Development, 21*(3), 197-210.
- Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, & J. M., Flower, R.** (2007). Anxiolytic and hypnotic drugs. In *Rang & Dale's Pharmacology* (6th ed.). Churchill Livingstone: Elsevier.
- Revik, J. O.** (2001). Overt and covert narcissism: Turning points and mutative elements in two psychotherapies. *British Journal of Psychotherapy, 17*(4), 435-447.

- Rhodewalt, F. ve Morf, C.** (1998). On self-aggrandizement and anger: A temporal analysis of narcissism and affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 672-685.
- Rıhtım, Z. B.** (2020). Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığının kırılğan narsisizm ve sanal ortam yalnızlık düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Rogoza, R., Żemojtel-Piotrowska, M., Kwiatkowska, M. M., & Kwiatkowska, K.** (2018). The Bright, the Dark, and the Blue Face of Narcissism: The Spectrum of Narcissism in Its Relations to the Metatraits of Personality, Self-Esteem and the Nomological Network of Shyness, Loneliness, and Empathy. *Frontiers in Psychology*, 9, 343.
- Rohmann, E., Neumann, E., Herner, M. J., & Bierhoff, H. N.** (2012). Grandiose and Vulnerable Narcissism: Self-Construal, Attachment, and Love in Romantic Relationships. *European Psychologist*, 17(4), 279-290.
- Rokach, A.** (1998). Loneliness and psychotherapy. *Psychology—A Quarterly Journal of Human Behavior*, 35, 2–18.
- Ronningstam, E.** (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 68-75.
- Rotenberg, K. J.** (1999). Childhood and adolescent loneliness: An introduction. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 3–8). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Russell, D. W.** (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40
- Russell, D., Peplau, L., & Ferguson, M. L.** (1978). UCLA loneliness scale. *Journal of Personality Assessment*.

- Sağır, R.** (2021). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı Ve Narsisizm Arasındaki İlişki. *Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Schulz, R., & Aderman, D.** (1979). Physician's death anxiety and patient outcomes. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 9(4), 327-332.*
- Sengul, B. Z., Unal, E., Akca, S., Canbolat, F., Denizci, M., & Bastug, G.** (2015). Validity and Reliability Study for the Turkish Adaptation of the Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS). *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 28(3).*
- Shri, R.** (2006). Management of anxiety. In B. Mahesh, K. Brijlata, & B. Vivek (Eds.), *Modern Psychology and Human Life* (pp. 364-375). Agra, India: Rakhi Prakashan.
- Sinoff, G.** (2017). Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Frontiers in Medicine, 11.*
- Spielberger, C. D.** (1975). Anxiety: State-trait process. *Stress and anxiety, 115-143.*
- Standford, J. J., Argyropoulos, S. V., & Nutt, D. J.** (2000). The psychobiology of anxiolytic drugs Part 1: basic neurobiology. *Pharmacology & Therapeutics, 88, 197-212.*
- Storr, A.** (1988). A return to the self. *Free Press.*
- Sullivan, H. S.** (1953). The interpersonal theory of psychiatry. *New York: W. W. Norton & Company.*
- Sübeten, A.** (2018). Ölüm kaygısının benlik saygısı, öz-duyarlılık, yalnızlık ve hayatın anlamı ile terör yönetimi üzerinden ilişkisi. *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*

- Şafak, B., & Kahraman, S.** (2019). Sosyal medya kullanımının yalnızlık ve narsistik kişilik özelliği belirtileri ile ilgili ilişkinin incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 54-69.
- Şeker, G.** (2021). Üniversite öğrencilerinin sosyal medya bağımlılığı ile kırılğan narsisizm ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Şişman, M. ve Turan, S.** (2004). Bazı Örgütsel Değişkenler açısından Çalışanların İş Doyumu ve Sosyal-Duygusal Yalnızlık Düzeyleri (MEB Şube Müdür Adayları Üzerinde Bir Araştırma). *Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5:1, 118-128.
- Taka, F.** (2010). Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, 55-60.
- Templer, D. I.** (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Tokunaga, H. T.** (1986). The effect of bereavement upon death-related attitudes and fears. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 16(3), 267-280.
- Tokeri, I.** (2017). İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde çalışan hekimlerin iş yaşamında yalnızlık düzeyleri ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimler Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir*
- Torgersen, S.** (1983). Genetic Factors in Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40(10), 1085-1089.
- Türkçapar, H.** (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

- Türker, Ö.** (2018). Anneye dair algılanan narsisizm ve depresyonun narsisistik kişilik örgütlenmesinin gelişimine etkisi. *Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Twenge, J. M.** (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of personality and social psychology*, 79(6), 1007.
- Twenge, J. M. ve Campbell, W. K.** (2003). Isn't it fun to get the respect that we are going to deserve? Narcissism, social rejection and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 261-272.
- Uyer G.** (1982). Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 4:8.
- Uzun, G.** (2013). Yeni İletişim Teknolojilerinde Sosyalleşme ve Yalnızlık: (Elazığ ili örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.*
- Ük, B.** (2020). Relationship between subtypes of narcissism and depression: mediating roles of self-esteem, perceived stress and emotion regulation difficulties. *Bahçeşehir University, The Graduate School Of Social Sciences, Master's Thesis, İstanbul.*
- Ürkmez,** (2018). Hemşirelerin işyerinde yalnızlık düzeyi ile yaşam doyumu ve örgütsel güven ilişkisi. *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Üzümcü, E.** (2016). Büyükleme ve kırılma narsisistik kişilik özellikleri ile ilişkili faktörlerin şema terapi modeli çerçevesinde incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Vaux, A.** (1988). Social and emotional loneliness: The role of social and personal characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 722–734.

- Volkan, V. D.** (1997). *Psikanaliz Yazıları*. Ankara, Wallace, E. T. (1994). *Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması*, Çev. *Atalay T, Eylül Yayınları, İstanbul*, 43.
- Walder, R.** (1925). The psychoses: Their mechanisms and accessibility to influence. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 6, 259.
- Weissman, M. M.** (1993). Family genetic studies of panic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 27 (Suppl. 1), 69-78.
- Weiss, R. S.** (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press. Cambridge, MA.
- Wenz, F. V.** (1977). Seasonal suicide attempts and forms of loneliness. *Psychological Reports*, 40, 807-810.
- Wheeler, L., Reis, H., & Nezlek, J. B.** (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and social Psychology*, 45(4), 943.
- Wink, P.** (1991). Two Faces Of Narcissism, *Journal Of Personality And Social Psychology*, Sayı 61, ss.590–597.
- Wink, P.** (1996). Narcissism. In C.G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered* (pp. 146-172). New York: Wiley.
- Winnicott, D.** (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416–420.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G.** (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148.
- Wong, P. T., & Watt, L. M.** (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging?. *Psychology and aging*, 6(2), 272.
- Wood, L. A.** (1986). Loneliness. In R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 184–208). Oxford: Blackwell.

- Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E.** (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment, 17*(4), 467-483.
- Yabancı, C.** (2019). Lise öğrencilerinin sosyal medyaya ilişkin tutumları ile narsisizm ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Bursa.*
- Yalom, I. D.** (2020). Existential psychotherapy. *Hachette UK.*
- Yumuşak, A.** (2013). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine yönelik tutumları, toplumsal cinsiyetçilik ve narsisistik kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.*
- Zakahi, W. R., & Duran, R. L.** (1982). All the lonely people: The relationship among loneliness, communication competence, and communication anxiety. *Communication Quarterly, 30*, 203-209.
- Zeigler-Hill, V., Chadha, S., Osterman, L.** (2008). Psychological Defense And Self-Esteem Instability: Is Defense Style Associated With Unstable Self-Esteem?, *Journal Of Research in Personality*, cilt 42, sayı 2, ss.348-364.
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. ve Myers, E. M.** (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 96-103.
- Zyga S, Malliarov M, Lavdaniti M, Athanasopoulov M ve Sarafis P.** (2011). "Greek Renal Nurses' Attitudes Towards Death". *Journal of Renal Care, 37*(2):100-107.

## EKLER

### EK 1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: K() E()
2. Yaşınız: .....
3. Eğitim Düzeyi: Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans  
() Doktora ()
4. Medeni durumunuz: Evli () Bekar () İlişkisi var ()
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz: iyi () orta () kötü ()
6. Mesleğiniz: .....
7. Meslekte çalışma yılı:.....
8. Çalıştığınız birim: ()İdari Birim ()Klinik ()Poliklinik ()Acil ()YoğunBakım  
()Ameliyathane Diğer: .....
9. Daha önce yakın çevrenizde kayıp/yas yaşadınız mı? Evet () Hayır ()
10. 06.02.2023 depreminde yakın çevrenizde kayıp yaşadınız mı? Evet () Hayır (  
)
11. Çalıştığınız birimde ölümle ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz? Hiç karşılaşmadım (  
) Ara sıra () Çok sık ()

## EK 2: KIRILGAN NARSİZİZM ÖLÇEĞİ (KNÖ)

Lütfen aşağıdaki soruları, her bir maddenin sizin duygu ve davranışlarınızı ne dereceye kadar tanımladığına karar vererek cevaplandırınız. Altta yazılı derecelendirme ölçeğinden bir rakam seçerek her bir maddenin yanındaki boşluğu doldurunuz.

---

**1** = Hiç tanımlamıyor / Doğru değil / Kesinlikle katılmıyorum

**2** = Yansıtmıyor

**3** = Ne tanımlıyor ne tanımlamıyor / Kararsızım

**4** = Yansıtıyor

**5** = Oldukça tanımlıyor /Doğru/ Kesinlikle katılıyorum

---

- \_\_\_ 1. Duygularım, başkalarının alayları veya aşağılayıcı sözleriyle kolayca incinir.
- \_\_\_ 2. Bir mekâna girdiğimde sıklıkla kendimin farkında olur ve başkalarının gözlerinin benim üzerimde olduğunu hissederim.
- \_\_\_ 3. Diğer insanların sorunları hakkında endişelenmeksizin kendimde yeterince sorun olduğunu hissederim.
- \_\_\_ 4. Mizaç olarak çoğu insandan farklı olduğumu hissederim.
- \_\_\_ 5. Sıklıkla başkalarının görüşlerini kişisel olarak yorumlarım.
- \_\_\_ 6. Kendimi kolayca kendi uğraşlarıma kaptırır ve başkalarının varlığını unuturum.
- \_\_\_ 7. Bir gruptaki kişilerin en az biri tarafından takdir edildiğimi bilmezsem, o grupla beraber olmaktan hoşlanmam.
- \_\_\_ 8. Diğer insanlar sorunları için zamanımı ve acılarımı paylaşmamı isteyerek bana geldiklerinde içten içe kızgın ya da rahatsız olurum.

### EK 3: ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

1. Ölmekten çok korkuyorum. D Y
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir. D Y
3. Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam. D Y
4. Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur. D Y
5. Ölmekten pek de korkmam. D Y
6. Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur. D Y
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez. D Y
8. Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder. D Y
9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum. D Y
10. Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır. D Y
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum. D Y
12. Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm. D Y
13. Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim. D Y
14. Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir. D Y
15. Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum. D Y

#### EK 4: UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmenizdir.

	Ben bu durumu <b>HİÇ</b> yaşamam	Ben bu durumu <b>NADİREN</b> Yaşarım	Ben bu durumu <b>BAZEN</b> Yaşarım	Ben bu durumu <b>SIK</b> <b>SIK</b> Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimsem yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla birçok ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	1	2	3	4
13. Hiç kimse gerçekten beni iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstedikim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

## EK 5: ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

<b>İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Orta derece katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Orta derece katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	7	6	5	4	3	2	1
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.	7	6	5	4	3	2	1
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ölüm, bütün sıkıntıları bitmesini sağlayacak.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	7	6	5	4	3	2	1
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	7	6	5	4	3	2	1
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.	7	6	5	4	3	2	1
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	7	6	5	4	3	2	1
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	7	6	5	4	3	2	1
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	7	6	5	4	3	2	1
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	7	6	5	4	3	2	1
17. Ölümünden ne korkarım ne de gelmesini isterim.	7	6	5	4	3	2	1
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4	5	6	7

20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	7	6	5	4	3	2	1
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	7	6	5	4	3	2	1
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	7	6	5	4	3	2	1
24. Ölüm yaşamın sadece bir parçasıdır.	7	6	5	4	3	2	1
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	7	6	5	4	3	2	1
26. Ölüm konusu ile ilgili hiç bir şey yapmamaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	1	2	3	4	5	6	7
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	1	2	3	4	5	6	7
30. Ölüm ne iyidir ne de kötüdür.	7	6	5	4	3	2	1
31. Ölümünden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	7	6	5	4	3	2	1
32. Ölümünden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7