

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISININ SOSYAL YAŞAM VE
MUTLULUKLA İLİŞKİSİ**

DR. EFSUN AKIN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2018

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

YAŞLILARDA ÖLÜM KAYGISININ SOSYAL YAŞAM VE MUTLULUKLA İLİŞKİSİ

DR. EFSUN AKIN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	V
KISALTMA LİSTESİ	VI
TEŞEKKÜRLER	VII
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	IX
SUMMARY-KEYWORD	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ölümün Tanımı	3
2.2. Ölümüne karşı tutumlar	4
2.2.1. Ölümü kabullenmeme	5
2.2.2. Ölümüne meydan okuma	5
2.2.3. Ölümü isteme	6
2.2.4. Ölümü kabullenme	7
2.2.5. Yas tutma	7
2.3. Ölüm kaygısı	8
2.3.1. Ölüm kaygısının tanımı	9
2.3.2. Ölüm kaygısının bileşenleri	11
2.4. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar	12
2.4.1. Psikodinamik yaklaşımlar	12
2.4.2. Varoluşsal yaklaşımlar	12
2.4.3. Bilişsel yaklaşımlar	13
2.4.4. Dehşet yönetim kuramı	13
2.5. Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler	13
2.5.1. Yaş	14
2.5.2. Cinsiyet	14
2.5.3. Eğitim durumu	15
2.5.4. Medeni hal	15
2.5.5. Fiziksel Hastalık	15
2.5.6. Ruhsal hastalık	16
2.5.7. Meslek	17
2.5.8. Yaşam olayları	18

2.5.9. Kişilik Özellikleri	18
2.5.10. Sosyokültürel özellikler ve din	19
2.5.11. Gelişimsel süreç	20
2.6. Ölüm kaygısının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler	21
2.6.1. Tek Boyutlu Ölçekler	21
2.6.1.1. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS, 1970)	21
2.6.1.2. Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA; Abdel Halek)	21
2.6.1.3. Ölüm Kaygısını Ölçmek İçin Tek Maddeli Ölçek	22
2.6.2. Çok boyutlu ölçekler	22
2.6.2.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği(RDAS)	22
2.6.2.2. Collett ve Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ)	22
2.7. Ölüm kaygısı ile ilgili çalışmalar	23
2.7.1. Türkiye'deki Çalışmalar	23
2.7.2. Yurtdışındaki Çalışmalar.....	24
2.8. Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı	26
2.8.1. Yaşlanma ve yaşlılık	26
2.8.2. Yaşlılarda genel psikopatoloji ve kaygı bozuklukları	27
2.8.3. Yaşlılarda ölüm kaygısı.....	28
2.9. Yaşlılık ve mutluluk	29
2.10. Yaşlılık ve sosyalizasyon	31
2.11. Yaşlılık ve yaşam kalitesi.....	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırma Modeli	38
3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	38
3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri.....	40
3.3. Araştırmanın Uygulanması	40
3.4. İstatistiksel yöntem.....	41
3.5. Veri Toplama Araçları.....	41
3.5.1. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	41
3.5.2. Saat Çizme Testi (SÇT).....	41
3.5.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form (GDÖ-K).....	42
3.5.4. Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Form (OMÖ-K).....	42
3.5.5. Barthel İndeksi	43
3.5.6. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ).....	43

4. BULGULAR	44
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	44
4.2. Ölçek Puanları	50
4.3. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Ölüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ	63
7. KAYNAKÇA	64
8. EKLER.....	76
Ek - 1 Standardize Mini Mental Test Anket Formu	76
Ek - 2 Saat Çizme Testi	77
Ek - 3 Sosyodemografik Anket Formu	78
Ek - 4 Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu	79
Ek - 5 Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu	80
Ek - 6 Barthel İndeksi.....	81
Ek - 7 Ölüm Kaygısı Ölçeği Formu	83
Ek - 8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	84
Ek - 9 Sağlık Bakanlığı Onay Formu	85
Ek - 10 Etik Kurul Onay Formu	86

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Nüfus dağılımına göre ilçelerde ulaşılması hedeflenen kişi sayıları	39
Tablo 2: Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	44
Tablo 3: Sosyodemografik değişkenlere göre ölüm kaygısı skorları	46
Tablo 4: Yaşlı Bireylerin Yaşlılık Dönemine İlişkin Görüşleri	48
Tablo 5: Yaşlılık dönemine ilişkin görüşlerin ölüm kaygısı skorları	49
Tablo 6: Hastalık durumlarına göre ölüm kaygısı skorları.....	50
Tablo 7: Yaşlı hastaların SÇT, SMMT, ÖKÖ, GDÖ-K, OMÖ-K ve Barthel İndeksi ölçek puanları	51
Tablo 8: Ölüm kaygısı olan ve olmayan gruplarda ölçek skorlarının dağılımı.....	52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupların medeni duruma göre dağılımları.....47

Şekil 2: Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupların kiminle yaşadığına göre dağılımları47



KISALTMALAR DİZİNİ

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

TDAS : Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği

ASDA : Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği

RDAS : Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

C&L FODS :Collett Lester's Fear of Death Scale-C&L FODS

GDÖ-K : Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa form

OMÖ-K: Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Form

SMMT: Standardize Mini Mental Test

SÇT: Saat Çizme Testi

ÖKÖ : Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ort: ortalama

SS: Standard sapma

TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleğinin öğrenilmesinde ara kademelerden biri olan asistanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimin ayrıntılarını öğrenmek ve hastalarımı zarar vermeden faydalı olmak için önümde aşmam gereken birçok engel olduğunun farkında olarak;

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum, kendisine ne zaman danışsam kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm değerli hocam Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a

Mesleki bilgi ve beceri edinmemde ilgi ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, hekimliğin tıp sanatı olduğunu öğreten, birinci basamağı daha ileriye taşımamız gerektiğini hatırlatarak bize rehber olan, teşekkürlerin az kalacağı değerli hocam Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a

Disiplinli çalışmasıyla, her zaman örnek aldığım, tez çalışmamda yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, istatistik öğrenmeme katkı sağlayan ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı sevgili hocam Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a

Çalışmamda konu, kaynak ve yöntem açısından bana sürekli yardımda bulunarak yol gösteren, farklı bakış açısıyla, hayata ve araştırmalara farklı açıdan bakmamızı sağlayan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e

Güler yüzü ve samimiyetiyle her zaman yanımda olan, geniş bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a

Birlikte çalışma şansını asistanlığımın son döneminde yakaladığım, Eğitim ASM'de çalıştığım süre boyunca yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, mesleki bilgi ve becerimi artırmama yardımcı olan Uzm. Dr. Neslişah TAN'a,

Samimiyeti ve yardımsever tutumuyla Uz. Dr. Ediz YILDIRIM'a,

Gösterdikleri dostluk ve yardımlarından dolayı birlikte çalıştığım tüm ASİSTAN ARKADAŞLARIMA,

Beni bu günlere sevgi ve saygı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiştirerek getiren ve benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen ANNEME ve BABAMA,

Varlıklarıyla beni mutlu eden, her zaman yanımda hissettiğim KARDEŞLERİME,

Her zaman yanımda olan, karşılaştığım zorlukları aşmamda varlığıyla destek olan, yaşamıma renk ve mutluluk katan, bu hayattaki en büyük şansım, sevgili eşim Bahadır Selim AKIN'A

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr.Efsun AKIN

ÖZET

Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Sosyal Yaşamla ve Mutlulukla İlişkisi

Dr.Efsun Akın, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İnciraltı/İZMİR

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı İzmir ilindeki yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşam ve mutlulukla ilişkisini belirlemek, ölüm kaygısı düzeyi belirlenerek bazı sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya İzmir 11 merkez ilçe aile sağlığı merkezlerine başvuran 65-74 yaş arası 386, 75 yaş ve üzeri 396 toplam 782 kişi (476 kadın, 306 erkek) alındı. Çalışmaya alınan yaşlılara yüzyüze görüşme yöntemiyle Standardize Mini Mental Test, eğitimsiz gruba Saat Çizme Testi yapılıp, sosyodemografik verileri kaydedildi. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form (GDÖ Kısa Form), Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Form (OMÖ Kısa Form), Barthel İndeksi, Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen yaşlıların %61'i kadındı, ortalama yaşları $73,9 \pm 5,5$ idi. Ortalama ÖKÖ puanı $8,8 \pm 1,5$ bulundu. 75 yaş ve üzeri grupta ölüm kaygısı skoru 65-74 yaş arası gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Cinsiyet durumuna göre bakıldığında ölüm kaygısı skoru, literatürdeki bir çok çalışmanın aksine, erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti. Ölüm kaygısı olanlarda bekar-dul oranı ölüm kaygısı olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Bekar-dul olanlarda ölüm kaygısı skoru evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Emeklilerde ölüm kaygısı skoru çalışan ve çalışmayan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Yas reaksiyonu olmayan grupta ölüm kaygısı skoru yas reaksiyonu olan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Depresyon olmayan grupta ölüm kaygısı skoru depresyon olan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Ek hastalık olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

SONUÇ: Bu çalışmada yaşlı bireylerde eğitim durumunun, ek hastalık varlığının ölüm kaygısını etkilemediği, ancak ölüm kaygısı skorunun yaş, yaş dağılımı, cinsiyet gelir düzeyiyle ve çalışma durumu ile ilişkili olduğu saptandı. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı bir gerçektir birinci basamakta sağlık hizmeti sunumu sırasında bunun farkında olmak aile hekimleri için yaşlıların yaşam kalitesini artıracak müdahalelerde bulunmayı kolaylaştırabilir.

Farklı değişkenler gzeterек yapılacak uzunlamasına çalışmalar ölüm kaygısının yaşamsal önemini ortaya koyacak ve bireyin sosyal yaşam ve mutluluğunu etkileyecek durumları belirleyerek daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: lm kaygısı, yaşlılar, mutluluk, sosyal yaşam



SUMMARY

The Relation of Death Anxiety to Social Life and Happiness in Elderly People

Dr.Efsun Akın, Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Family Medicine Department, İzmir, Türkiye

Introduction: The purpose of this study is to determine the relation of death anxiety to social life and happiness in elder people of İzmir province, to determine the level of death anxiety and evaluate its relation with some sociodemographic and clinical variables.

Materials and method: 386 persons who are between 65-74 years old, 396 persons who are equal or above 75 years old, a total of 782 persons (476 women, 306 men) applied to 11 central city family health centers were included in the study. Standardized Mini Mental Test was performed by interviewing the elderly with a face-to-face interview method, Time Drawing Test was performed on uneducated group and sociodemographic data were recorded. Geriatric Depression Scale Short Form (GDS Short Form), Oxford Happiness Scale Short Form (OHS Short Form), Barthel Index, Death Anxiety Scale (DAS) was performed.

Results: 61% of the elderly included in the study were female, with an average age of $73,9 \pm 5,5$. The average DAS score was $8,8 \pm 1,5$.

The anxiety score of 75 years old and over was significantly higher than the age group of 65-74 years. According to gender status, the anxiety score of death was significantly higher in males than in females, unlike many studies in the literature. In those with anxiety for death, the single-widow ratio was significantly higher than the group without anxiety for death. In single-widows, the anxiety score of death was significantly higher than that of married ones. The anxiety score of the retirees was significantly higher ($p < 0.05$) than the working and non-working group. The death anxiety score was significantly higher in the group without mild reaction than in the group with mild reaction. The death anxiety score was significantly higher in depression group ($p < 0.05$) than in depression group. The death anxiety score was not significantly different ($p > 0.05$) in patients with and without additional disease.

Conclusion: In this study, it was determined that educational status in elderly individuals did not affect death anxiety of additional disease, but death anxiety score was associated with age, age distribution, gender income level and working status. Anxiety about death in elderly individuals is a fact that being aware of this during health care delivery in the primary care can make it easier for family physicians to find interventions that will increase the quality of life for the elderly. Longitudinal studies by observing different variables will demonstrate the vital importance of the anxiety of death and help better understand meaning by determining situations that will affect the individual's social life and happiness.

KEYWORDS: Death anxiety, elderly, happiness, social life



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığının, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun bulunduğu kayıplar dönemidir[1].

Ölüm, durdurulması ya da önlenmesi mümkün olmayan, evrensel bir olgudur[2]. Ölümün kendisi ya da yaşamdaki güzel şeyleri kaybedecek olmak veya gelecekteki olacak şeyler hakkındaki mutlak belirsizlik şüphesiz insanda ölüm kaygısına neden olmaktadır[3].

Ölüm kaygısı, yaşlanan nüfusta en önemli konulardan biridir[4]. Yaşlı bireylerin çoğu ölmeye hazır değilken “ölümün kaçınılmaz olması” gerçeğiyle yüzleşmek durumundadır[1].

Ölüm ve yaşam birbirinden farklı kavramlar olarak düşünülse de kimi görüşe göre ölüm ve yaşam bir bütünü oluşturmakta, ölüm yaşamın amacı olarak görülmektedir[5].

Bireylerin kendilerinin ya da başkalarının ölümü karşısındaki tutumları farklı olabilir, bunlar ölümü kabullenmeme, ölüme meydan okuma, ölümü isteme, ölümü kabullenme, yas tutma şeklinde olabilir. Bireyin kendi ölümünü kabullenmesi, onu cesaretle karşılaması, hayatına zenginlik ve bütünlük katabilir[6].

Ölüm kaygısı, yaşadığımız tüm korkuların temeli olarak görülen, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur. Ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavramdır. Bu boyutlar yaşa, cinsiyete, dini inançlarına, yaşadıkları kültüre, eğitim seviyeleri, medeni durumları, meslekleri, bireyin yas durumu, ölüm düşüncesi sıklığı gibi birtakım faktörlerin durumuna göre değişiklikler gösterebilir[6].

Ölüm, inanç ve kültürlere göre değişiklikler göstermekle birlikte yaş ve bireysel değer yargılarından etkilenen, yaşam kalitesini etkileyen bir kavramdır. Yaşam ömrünün uzaması ile ölüm kaygısını yoğun olarak hisseden yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin etkileneceği beklenmekte ve bu etkinin boyutlarının değerli olacağı düşünülmektedir[7]. Bu nedenle, ölümü etkileyen faktörlerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve kontrolü yaşlıların günlük yaşantısında bu sorunun yükünü azaltmak için önemlidir. Maneviyat ve yaşam memnuniyeti ölüm kaygısını azaltmada etkili olabilir[4].

Kaygının somut bir kaynağı yok iken, korkunun kaynağı bellidir. Ceset görmek, mezarlık ziyareti, sevdiklerinden birinin ölümü gibi durumlar ölümün somutlaşmış biçimleri olarak

bireyde korku yaratırken; zamanın belli olmaması, hiç kimsenin ne zaman öleceğini bilememesi gibi yönleriyle de ölüm, tüm yaşama yayılan bir olgu olarak kaygıya sebep olabilmektedir. Ölüm korkutucu görünen ve yanlış anlaşılan bir konu olabilir. Yaşlıların ölüm süreciyle ilgili ne kadar çok bilgisi olursa o kadar kolay anlarlar. Anlamak yaşlının korkuyu yenmesini, kaygının önlenmesini ve de ölümü kabullenmesini sağlar[2]

Ölüme bakış açısı toplumdaki topluma, etnik kökene, sosyodemografik ve klinik pek çok değişkene göre farklılık göstermektedir. Literatürde yaşlı bireylerde ölüm kaygısının çeşitli değişkenlerle ilişkisi incelenmiş ve çalışmaların çoğunda birbirlerinden farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalar bireylerin ölüm kaygısı ile sosyal yaşam ve inanç durumlarını ortaya çıkarmaya yönelik araştırmalar olup daha çok dindarlıkla ilişkilendirilmiştir.

Araştırmamızdaki bakış açısıyla yapılmış çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri okuryazar olan; kanser, son dönem böbrek yetmezliği ölümcül hastalığı , demans ve deliryum gibi biliş bozukluğu olmayan ve İzmir 11 merkez ilçe ASM’lerine başvuran yaşlı bireylerde ölüm kaygısının sosyal yaşam ve mutlulukla ilişkisini belirlemek, ölüm kaygısı düzeyi belirlenerek bazı sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Ölümün Tanımı

Ölümle yaşam birbirinden farklı kavramlar olarak görünse de kimi görüşe göre yaşam ve ölüm bir bütünü oluşturmakta, ölüm yaşamın amacı olarak kabul edilmekte ve yaşamı tamamlamaktadır. Bu yüzden ölüm, salt anlamsız bir son olarak değil, yaşamın bütünlenmesi ve onun en gerçek yönüyle, amacı olmasıyla, uyumlu olduğu görülmektedir[6].

Farklı kültürlerde, toplumlarda, etnik gruplarda bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel durumuna bağlı olarak da farklılıklar gösteren çok farklı ölüm tanımlamaları yapılmıştır[8]. Tüm bu tanımlarda yer alan ortak noktalar canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini kaybederek hayatın sonlanması ve kaçınılmaz olmasıdır[9].

Ölüm farklı dinlerde farklı anlamlar ifade etmektedir. Yahudilikte ölüm ağır bir ceza ve korkunç bir gerçek; Hristiyanlıkta ölüm sadece bedenin kaybı ve hayatın daha güzel bir şekle dönüşmesi; Müslümanlıkta ise insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak değerlendirilir[10].

Antik çağdan bu yana üzerine konuşulmuş, hakkında kitaplar yazılmış, felsefe tarihine konu olmuş “ölüm”e dair Sokrates, savunulan ahlak değerleri için ölümün tercih edilebilir olduğunu söylemiştir. Sartre’a göre, ölümden başka her şeyi biz var ediyoruz ve ölüm hayatı anlamsız kılmakta. Ölüm, kişinin öznelliğinin ötesindedir bu sebeple de öznelliğin içinde yeri yoktur. Logoterapinin kurucusu Viktor E. Frankl’a göreyse, hayatın geçiciliği (ölüm) onu anlamlı kılıyor. Heidegger, ölümle dürüstçe yüzleşenlerin gerçekten yaşama dalabileceğini savunmuştur. Ölüm, varlık temelini en derinden açığa vurur ve insan varlığının tüm olanaklarının içinde en gerçek olanıdır. Heidegger, kaygıyı ölüme doğru varlığın ruh hali olarak tanımlamaktadır. Yani insan, her gün ölüme gider ve bu kaygı uyandırır

Koole, Greenberg ve Pysczynski (2006) derlemesinde XXP’deki mevcut araştırmanın merkezinde olan varoluşsal kaygıları beş ana başlığa ayırmıştır. İlk ana varoluşsal kaygı olan ölüm, kişinin varlığının devamı arzusu ile ölümün kaçınılmazlığının farkındalığı arasındaki psikolojik çatışmadan bahsetmektedir[11].

2.2. Ölüme karşı tutumlar

Ölümü sorgulama; yaşamın anlamlandırılmasında önemli rol oynamaktadır[8]. Ölüm düşüncesi kimi için stres kaynağı, kimi için stresten kurtulma yolu; kimi için bir yok oluş, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır[12].

Kimileri için daha önce ölmüş sevilen bir kişiye kavuşma, onunla yeniden birleşme inancını dile getirmektedir.Ölümü bir son, hiçlik,yok oluş, kişiliğin sona ermesi olarak görenler için ölüm, yaşamı ve ilişkileri kesen, bozan, sona erdiren bir düşman manasına gelmektedir.Yaşamı ve ölümü bir bütün olarak algılamak problemlerin çözümünde daha etkin bir katılımı sağlamaktadır. Beraberinde sorumluluk almayı getirmesinin yanında yaşamın daha zengin algılanmasını ve mutlu olmayı sağlamaktadır[13].

Ölümün yaşamın bir parçası olduğunu açıkça ve cesaretle kabullenmek, hayatı ve kendimizi bütün olarak anlamamızın ön koşuludur. Kişi ölümü tam anlamıyla kabullendiği vakit onun ruh sağlığını gerçek anlamıyla kazanmış olduğu düşünülür[14].

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır; ancak aşırı, ölçsüz, patolojik boyutta ölüm düşüncesi, insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir[15].Bu nedenle insanın dengesini koruması için, ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir[16].

Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artmakta,çevreye uyumu güçleşebilmektedir[17]. Ölümün tanımı gibi ölüme karşı tutumlar da kişisel özelliklere, topluma, dine, kültüre göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık kişinin kendi dışındaki insanların ölümü ya da kendi ölüm ihtimaline karşı da görülmektedir.İnsanlar çevrelerindeki ölümle ilgili olarak yaşadıkları yaşantılardan yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirmektedirler.

Kişinin kendi ölümü karşısında tutumu; ölümü isteme, **ölümü kabullenme,ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma** şeklinde 4 ana başlık altında toplanabilirken; başkalarının ölümünde buna **yas tutma** sürecide eklenmektedir.Bu tutumlar kısaca şu şekilde tanımlanır[12]:

2.2.1. Ölümü kabullenmeme

Eski kültürlerde büyük bir ilgi konusu olan ve bu yüzden varlığını her yerde hissettiren ölüm, günümüzün modern toplumunda dışlanmakta ve toplumsal yaşayışın görünen parçası olmaktan çıkarılmaktadır. Cinsellik, refah ve mutluluk düşüncesinin hakim olduğu günümüzde, ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek her şeyden uzak durmak çağdaş bir davranış biçimi olarak yer almaya başlamıştır[18].

Utanç verici bir olgu olarak görülmeye başlanan ölüm, adeta sosyal olarak kendisinden bahsedilmesi yasak bir tabuya dönüşmüştür[13]. Birey ölümü yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel gibi algılamaktadır. Modern insan, yaşamının her alanından uzaklaştırmak istediği ölümü, hastane odalarına taşımakta, ayrıca ölüleri gözden ve şehirden uzak, mezarlıklara veya film sahnelerine hapsedmeye çalışarak ölümün duygusal yükünden kurtulmak istemektedir. Ölüm, insan yaşamının sınırlarının dışına atılmış bir durumdadır. Ölüm, üstü örtülen ve rahatsız edici bir nesneye dönüştürülmüştür. Bu durumda yas tutmak da saklanması gereken ve rahatsız verici bir olgu haline gelmektedir[19].

Ölümü yadsıma ve onun varlığını reddetmenin, maskeleye ve bastırma şeklinde iki yolundan bahsedilebilir. Maskeleye; ölümü hatırlamamak, onunla hiç karşı karşıya gelmemek, onun hakkında düşünme fırsatı bulmamak için kendini günlük işlere, çalışmalara vermek, hayatı çok yoğun olarak yaşamaktır. Bastırma ise ölümü bilinçten atarak onu etkisiz hale getirmektir. Çoğu insan ileriye dönük planlarında ölümü hiç düşünmemekte, bu dünyada sonsuza dek yaşayacakmış gibi bir tavır arzusu sergilemektedir[13].

2.2.2. Ölüme meydan okuma

Tüm insanlarda ‘ölümsüzlük arzusu’ psikolojik bir gerçek olarak varlığını hissettirmektedir. İnsan bir yandan ölümle uzlaşmaya çalışırken bir yandan da ölümsüzlüğü ister[13]. Godin, insanların ölüm gerçeği karşısında iki şekilde hareket ettiğini belirlemiştir. Birincisi, kaçınma ve narsistik korunma hareketidir. Bu köklü bir yaşama arzusu, daha yaşama ve ölümü dışlama ihtiyacının bir ifadesidir.

İnsanda sonsuza dek yaşama isteği vardır. İkincisi ise ‘tamamlanma arzusudur’. Bu daha iyi yaşama, farklı yaşama arzusu şeklinde olmalıdır[6]. Her iki durumda da insan, hayatını

kesintiye uğratmaksızın devam ettirme ve sonsuza dek var olma isteğini dışa vurur[13].Fromm'a göre ölüm ve ölümle ilgili bazı adet ve uygulamalar da aynı isteği dışa vurmaktadır. Çeşitli törenlerde ve inançlarda sergilenen, insan bedenini muhafaza ederek saklama fikri, ölümsüzlük arzusunun en belirgin dışa vurumudur[20]. Ölüm düşüncesini bastırmak ve ölüme karşı duyulan korkuyu azaltmak için uygulanan, ölüyü gömmeden önce onu süsleme ve güzelleştirme, esasen ölümsüzlüğe duyulan özlemi göstermektedir[20]. Ölümsüzlük arzusu, inanç ve düşünce olarak değişik şekillerde dile getirilmiştir. Ölümsüzlük tanımı içinde maddi, biyolojik, sosyal ve ruhi ölümsüzlük kavramları geçmektedir. Maddi ölümsüzlük; ezeli ve ebedi olan yalnızca madde olduğundan insanın da maddi özü bakımından ölümsüz olabileceği görüşüne dayanmaktadır. Biyolojik ölümsüzlükte ise ölümden sonra yeniden dirilişe, başka bir alemde ölümsüz olarak hayatın devam edeceğine inansın ya da inanmasın çoğu insan, bu dünyada biyolojik bir çerçevede de olsa ölümsüz olmayı ister. Bazı insanların da kendilerinin ölümünden sonra başkalarına faydalı olacak eserler ve çalışmalar bırakarak ölümsüz olma gibi düşünceleri vardır. Bu anlayış çerçevesinde ölüm sonrası insanlığın ortak tarihine ulaşmak, ölümlülük karşısındaki en büyük avantajdır. Bu da sosyal ölümsüzlüğü ifade eder. Ruhun ölümsüzlüğü inancı çok eski dönemlere uzanır. Bu inançlarda beden ölümünden sonra ruhun yaşamaya devam edeceği ve sonsuza kadar varlığını sürdüreceği algısı vardır[13].

2.2.3. Ölümü isteme

Çağdaş kültürde bilinçli veya bilinçdışı olarak yaşanan ölüm isteği, sanıldığından daha yaygındır. Freud'un 'ölüm içgüdüleri' dediği şey bir bakıma (yaşamaya olduğu kadar) ölüme, hayatın aslı olan cansız maddeye dönmeye duyulan arzu ve eğilimdir. Jung, bu anlamda biyolojik temele bağlı bir ölüm içgüdüünü asla kabul etmez; ancak ona göre manevi hayata işaret eden başka bir içgüdü vardır[21]. İnsanın bilinçaltında varlığını şiddetle hissettiren ölüm isteği ve özlemini, ana rahmindeki rahat ve huzurlu hayata dönüşün bir ifadesi olarak yorumlar. Jung bu eğilimi psikolojik hayatın ileri gelişimini engelleyen bir 'gerileme' (regresyon) olarak tanımlar. Hayat mücadelesinde insanın düşmanı kendi içindedir; onu beraberinde taşımaktadır. İnsanda sakinliğe sessizliğe, rahatlığa, denge ve uyuma doğru olan eğilim, ölüme duyduğu özlemdir[13].

2.2.4. Ölümü kabullenme

Çeşitli varoluş felsefelerinde ölümü kabullenme tutumundan bahsedilir. Bunlardan bazıları ölümü hayatı sürdürmemizdeki temel sebep olarak düşünürken bazıları da ölüme yaklaşmanın fizyolojik bir son değil, var olmaya bir tehdit olarak algılandığı görüşünü savunur. Ölümü cesaretle kabullenmek psikolojik olarak sağlıklı yaşamının önkoşulu olarak görülmektedir. Kişi ölümlülüğünün ve hiçliğin bastırılmış gerçekliğiyle cesaretle yüzleşebilirse daha sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olabilir. Çünkü kişi ne kadar çok ölümsüzlük yanılsaması yaşarsa yaşasın, aslında kendi ölümlülüğünü bilir. Bundan dolayı ölümsüzlük yanılsaması kişide bunalım ve psikolojik olarak iyi olmama haline sebep olacaktır[13].

2.2.5. Yas tutma

Kişinin bir yakının, tanıdığı ve sevdiği birinin ölümünü görmesi oldukça acı verici bir hadisedir. Ölenin ardından şiddetli ruhsal acı ve elemeler yaşamak doğal bir durumdur. Normal bir yas süreci çeşitli evrelerden oluşmaktadır. Birinci evre şok, uyuşukluk, inkar ve inanmama evresi olup birkaç hafta sürer ve yoğun olarak yaşanır. Ardından gelen yadsıma ve inanmama evresi ise günlerce hatta aylarca sürebilmektedir. İkinci evre ise ölen kişiye özlem ve ardından depresif belirtilerin görülebildiği evredir. Genellikle 5-14 gün arasında doruk noktasına çıkmakta ama daha uzun sürebilmektedir. Yasın üçüncü evresinde yeni şartlara uyum sağlama vardır. Bu dönemde kişi insanlarla ve çevresel etkinliklerle yeniden ilgilenir, yeniden denge kurmaya çalışır. Kimileri için bu evre 6-8 hafta kimileri içinse aylar hatta yıllar sürebilir. Dördüncü evre, kimliğin yeniden kurulması evresi olup kişi yeni ilişkiler kurar sevdiği biriyle yeni roller üstlenir. Geride kalanların yaklaşık yarısının bu evrede yas yaşantısından bazı yararlar veya deneyimler edindikleri tespit edilmiştir[22]. Bazen yaslar normal dışı bir yol izler; bazıları çok karmaşıklaşır, bazıları patolojik bir hal alır. Karmaşık olarak tanımlanan yas özellikle çocukta ve yaşlıda sıkça görülür. Patolojik yas, zihinsel yaşamın işleyişini önemli ölçüde bozar, dolayısıyla da benlik algısını ciddi şekilde yıpratır. Bazıları ölen kişinin ölümünü bir türlü kabullenemez, onun hep hayatta olduğunu varsayar. Bazı kimseler de kendisinin bir parçasını kaybetmiş gibi bir duyguya kapılır. Ölenin arkasından acı çekme ve yası gereksiz olarak düşünen ‘ölümün önemi yoktur’ şeklinde değerlendirenler de vardır. Böyle düşünenlere göre zaten ölen kişinin hayattayken hiçbir faydası yoktur, dolayısıyla üzölmeye de değmez. Ölenin arkasından kendini suçlayan, bu ölümden kendisini sorumlu tutanlar da vardır. Son olarak zihnini sürekli ölen kişiyle meşgul eden, yas döneminde kendini ölenle özdeşleştiren, onun hastalığını ve ölümünü yeniden yaşayan, kendini onun yerine koyan ve ona benzemeye çalışan kimselere de rastlanır[5].

2.3. Ölüm kaygısı

İngilizce “anxiety” ve Almanca “angst” terimlerine karşılık gelen kaygı, daha çok psikoloji alanında çalışan bilim insanlarının ilgisini çekmektedir. (Öztürk, 1997). Üzerinde uzlaşılan tek bir kaygı tanımı olmasa da çoğu araştırmacı kaygının duygulanımla ilişkili olduğu konusunda hem fikirdir (Beck, 1972; Epstein, 1972; Lazarus & Averill, 1972; Schwarzer, Van der Ploeg, & Spielberger, 1982)[23].

Kaygıyla korkunun ilk ayrımı yapan Kierkegaard (2009) kaygının nesnesinin hiçlik olduğunu belirtmektedir. May (1977) kaygıyı belirsizlik, acizlik ve kişiliğin varlığına yönelik tehdit ilişkili bir durum olarak ifade etmiştir. O kaygıyı, temel bir tepki olarak değerlendirirken; korkuyu ise Kierkegaard’a (2009) benzer şekilde kaygının dışı vurumunun belirli bir şekli olarak tanımlamıştır. Kaygı hiçbir şeye karşı olduğu için onunla savaşmak imkansızdır (Yalom, 2001). Ancak kaygı bir şeyin korkusu olursa, yani korkuya dönüşebilirse onunla savaşılabilir. İnsanlar da kaygılarını korkulara dönüştürerek onunla savaşabilirler (Yalom, 2001).

Ölüm kaygısının herkes tarafından kabul gören ve evrensel bir tanımı yoktur. Özellikle kaygı ve korku kavramlarının birbirinin yerine kullanılıyor olması ve aynı deneyimi yaşıyor gibi görünmesi ölüm kaygısını tanımlamayı daha da zorlaştırmaktadır. Ölüm kaygısı literatüründe ölüm korkusu ve ölüm kaygısı farklı kavramlar olarak kullanılmakla birlikte çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır[23].

Korku ile kaygı kavramları arasındaki en temel fark korkunun kaynağının somut ve belirli, kaygının kaynağının ise belirsiz olmasıdır; hem ölüm korkusunun hem de ölüm kaygısının kaynağı belirsizdir ve bu durum da ayrımı güçleştirmektedir[23].

Ancak biyolojik çalışmalar korku ve kaygının beynin farklı bölgelerini etkileyen, birbirinden farklı durumlar olduğunu göstermektedir. Bu iki kavram arasındaki ayrımı inceleyen Momeyer’a (1988) göre ölüm kaygısı tamamen yok olmaya ilişkin bir duyguyu ifade ederken, ölüm korkusu ölümün korkunçluğuna karşı daha somut bir inançtır. Cicirelli (2006) ise ölüm kaygısını varlığın kaybıyla ilgili mental ve tinsel bir farkındalık ile ilişkili görürken ölüm korkusunu varlığın kaybının fiziksel farkındalığıyla ilgili olduğunu düşünmektedir[23].

Ölüm karşısında alınan tavır, denge ve uyumunu yitirdikçe bireyin kaygısı artırmakta, yaşadığı çevreye uyum sağlaması zorlaşmaktadır. Ölüm düşüncesi, insanda kaygı yaratırken

aynı zamanda onu yaşama bağlayan, varoluşunu anlamlandıran bir neden de dönüşebilmektedir[6].

2.3.1. Ölüm kaygısının tanımı

Günlük yaşamda ölüm korkusu olarak ifade edilen durum esasında ölüm kaygısı/anksiyetesidir.

Ölüm endişesinin getirdiği en görünen psikolojik boyut da ölümü bir korku olarak tanımlamaktır aslında. Var olamama tehdidiyle karşı karşıya gelen kişi bu durumun doğal bir süreç gibi algılanmasından daha çok ne olacağını ve sonunu bilememenin getirdiği endişe ile bu doğal süreçten korkmakta ve ölüm ile korku kelimelerini birbiri ile bağdaştırmaktadır. Çok korktuğumuz anlarda bile ‘korkudan ölüyordum’ tabiri bu görüşü desteklemektedir. Var olamama tehdidi veya sevdiği birinin varolmayacağı düşüncesi kaygıyı da beraberinde getirmektedir.

Ölüm kaygısı, çoğu zaman yaşanan travmatik bir durumun ardından ortaya çıkabilmekte. Kayıp-yas süreci sonrasında da yoğun bir kaygı olarak yaşamı olumsuz etkileyebilmekte hatta sosyal hayatı devam ettiremeyecek yoğunlukta kaygılara sebep olabilmektedir.

Literatürdeki araştırmalar ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmalarda en çok bahsedilen boyutları, belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusudur[15]. Bu boyutları özetlersek:

1-Belirsizlik korkusu: Belirsizlik, en önemli korkulardan biridir, aslında öngörülemeyen ve denetlenemeyen bir durum karşısında meydana gelir. Tehlike karşısında tedbirsiz yakalanmak bu sonucu doğurabileceği için, tehlikeler karşısında duyulan korku duygusunu uyarması doğal kabul edilir. Bu korku türünü sağlıklı bulduğumuza göre, belirsizliğin korku doğurması da doğal kabul edilebilir, ancak katlanılamaz bir rahatsızlık oluşturduğu durumlarda, belirsizliğin kişinin omnipotansını kaybetmesine yol açabilir. Belirsizlik, korkuya ve kendini kötü hissetmeye karşı oluşturulmuş birçok omnipotan savunmanın kullanılamamasına neden olur. İnsanlar kendilerini korkutan bir duruma önceden düşünerek, ihtimaller dahilinde planlar yaparak hazırlanırlar; bu süreç korkunun azalmasına

ve denetim altına alınmasına yarar sağlar. Belirsizlik ise bunun oluşmasına izin vermez; planlar yaparak durumu kontrol altında tutma imkânı tanımaz[24].

2-Bedenini kaybetme ve yok olma korkusu: Benliğin önemli bir parçası olan bedenin bir parçasının herhangi bir nedenle kopup eksilmesi, insanda utanç, küçüklük, yetersizlik gibi pek çok olumsuz düşüncelere, benlik saygısının azalmasına sebep olur. Ölümle birlikte bütün bir bedenin yok olacağını düşünen kişi için, ölüm fazlasıyla korku ve kaygı uyandırabilecek bir durumdur[13].

3-Acı duyma korkusu: Ölüm korkusunun, insanların ölümü acı veren bir hadise olarak görmesinden ve öyle olduğuna inanmasından kaynaklanabileceği düşünülür. Genellikle ölümün bir hastalık sonrası gerçekleşmesi ölüm ile hastalık arasında bir ilişki kurulmasına yol açmıştır. Hasta bir insan demek acı çeken, bazı organlarını kullanamayan bir insan anlamına geldiğinden, ölüm olgusu da hastalık gibi acı verici olarak algılanabilmektedir[5].

Imara (1984), ölüm korkusunun kaynağı hakkında bilgi verirken fiziksel acı çekme ile tıbbın yetersizliğinden kaynaklanan tıbbi kaygıdan bahseder. Gerçi, tıp teknolojisi, bu acıyı azaltma yönünde adımlar atmıştır. Fakat bu konuda yetersizliğin olması ölüm korkusuna yol açabilmektedir[25].

4-Yalnızlık korkusu: Eskiden, evinde ailesinin ve sevdiklerinin yanında ölen insanlar, bugün genelde hastanelerde, huzur veya bakım evlerinde ölmektedirler. Bu durum çoğu zaman akraba ve arkadaş gözlerinden uzakta, aileye mümkün olduğu kadar az rahatsızlık vererek öldükleri manasına gelebilir. İnsan hastalandığı zaman kendisinden ve çevresinden soyutlanma hisleri taşır. Çoğu kez bu durum, insanın kendisinden uzaklaşmasıyla pekiştirilir. Bu kopukluk ölmekte olan kişide daha belirgin hal alır. Dolayısıyla hasta kişi de depresyon başlar. Bu depresyon, kişinin bir yakınıni yitirdiği zaman taşıdığı duygudan farklı olarak, diğer insanlara duyulan doğal ihtiyaçtan yoksun bırakılmış olmaktan kaynaklanır. Başka bir deyişle, bu önce ölümle yüzleşmenin sonrasında da insanlar tarafından itilmenin getirdiği yoğun bir korkudur[25].

5-Yakınlarını kaybetme korkusu: Değerli bir eşyasını bile kaybetmekten korkan,tedbirler almaya çalışan insan için eşini, çocuğunu, anne babasını, bir aile yakını veya arkadaşının ölümü büyük bir üzüntü nedenidir. İnsan yakınlarını kaybetmekten ve onlarsız yaşamaktan korkar ve bunun için kaygılanır[25].

6-Denetimi kaybetme korkusu: Bazı hastalıklarda ya da ölümcül bir hastalığın ileri evrelerinde kişinin beden denetiminin azalması ego tarafından tehdit olarak algılandığından kişide kaygı ve korku yoğunlaşır[13].

7-Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: İnsanlarla ilişkiden yoksun kalmak, yakınları ve dostları kaybetmek, kişiliğin denetimini kaybetmek gibi durumlar kimlik duygusunu sarsabilir. İnsanlarla ilişkiler, kim olduğumuz ve bir ailenin olduğunu, bedenle ve zihinle ilişki durumunda olmak ise bir benliğin olduğunu sürekli hatırlatır[25].

8-Gerileme korkusu: Ölümün yaklaştığını düşünen kişi gerileme dönemine girdiğini düşünür ve korkuya kapılabilir[5].

9-Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Bazı dini inanışlarda kişinin ölümünden sonra, bir ceza verileceği ve işkence yapılacağı düşünceleri hakimdir[5].

2.3.2. Ölüm kaygısının bileşenleri

Ölüm kaygısının duygusal, bilişsel ve motivasyonel üç ana bileşeni vardır[26].

- a. Duygusal bileşen:** Bireyin varoluşuna bir tehdidin olması bireyin beynindeki duygusal bellek alanlarının aktifleşmesine neden olur[27].
- b. Bilişsel bileşen:**
 - 1-Ölüm kaygısının bilişsel boyutlarını,
 - 2-Ölüm süreci inanç veya düşüncelerini,
 - 3-Ölü olma durumu ile ilgili düşünceleri,
 - 4-Ölüm sonrası beden düşüncesini,
 - 5-Bilinmezlik hakkındaki düşünceleri,
 - 6-Ölüm hakkında bilinçli düşünceleri,
 - 7-Erken ölüm düşüncelerini içerebilir[26].
- c. Motivasyonel bileşen:** Ölüm kaygısı ve buna bağlı gelişen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilediği ve yaşam için bir motivasyon oluşturduğu düşünülmektedir[28].

2.4. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

İnsanın doğduğu andan itibaren ölüm kaygısını bilinçaltında bulunduruyor olması ve yaşam ile ölümün iç içe olması araştırmacıları bu konuya yönlendirmiş ve çeşitli yaklaşımlar öne sürülmüştür[6].

2.4.1. Psikodinamik yaklaşımlar:

Psikodinamik görüşler ölüm kaygısının, oedipal çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda gelişen suçluluk duygusu ya da çocuktaki animistik düşüncelerden kaynaklandığını savunmuşlardır. Ölüm kaygısı üstbenliğin yaşadığı en önemli kaygılardandır. Bu nedenle ölüm kaygısının, psikopatolojide ve psikosomatik hastalıklarda etkili bir rol oynadığı ve onlarla ilişkili olduğu düşünülür[29].

Freud, önce ölümden bahsetmemiş ve ölüme inanmadığını belirtmiştir. Daha sonra ‘yaşam ve ölüm içgüdüleri’ kuramında yaşamın gayesinin ölüm olduğunu savunmuştur[30]. Freud’a göre davranışların temeli geçmişten gelmektedir. Oysa ölüm gelecektedir ve bu nedenle de insanın davranışlarını etkileyemez[18].

Jung ise ölüm kaygısının temelinde yaşama korkusunun olduğunu ve ölümden korkan kişinin aslında yaşamaktan korktuğunu düşünmüştür[5]. Horney insanların, yaşamdaki olumsuz olaylar sebebiyle ölüme istek duyabileceğini ve bu isteğin ölüm korkusuyla birleşerek sebebi belirsiz bir kaygıya dönüştüğünü savunmuştur[31]. Zilboorg, ölüm kaygısının gerçek yüzünü göstermemesinden dolayı insanların onu yok saydığını savunmuş ve tıpkı yaşam için vazgeçilmez olan oksijenin tek başına hayat vermek yerine yakıcı ve öldürücü olması gibi tüm görünümünün altında yatan evrensel bir ölüm kaygısı olduğunu savunmuştur. Bu korku bilinçte sürekli tutulsaydı normal işlevselliğimizi yerine getiremezdik. Bu nedenle bizi hayatta tutmak için bastırılması gerektiği öne sürülmüştür[32, 33].

2.4.2. Varoluşsal yaklaşımlar

Genel olarak varoluşçu filozof ve psikologlar ölüm kaygısının, hepimizin benliğinin derinliklerinde olan ve bireyin bilinç düzeyine ulaşmadan yaşanan, kaçınılmaz bir kaygı olduğunu savunmuşlardır[34]. Yalom ise kaçınılmaz olanın ölüm kaygısı değil ölümün kendisi olduğunu savunmuştur. Yalom’ a göre, ölüm ilk kaygı kaynağıdır. Ölüm kaygısının varlığının, ölümden kaçma ve onu yadsıma davranışıyla ilişkili olduğunu ve ölüm kaygısıyla

baş etme ve ondan kurtulmanın yolunun, ölümle yüzleşmek, ölümü tanımak ve onu bilmek olduğunu ifade etmiştir[35].

Heidegger de Yalom'a benzer şekilde, ölümün inkarı, ölümden kaçma çabası, ölümün yenilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesinin bireyin psikolojisi üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini savunmuştur[5].

2.4.3. Bilişsel yaklaşımlar

Bilişsel kurama göre kaygı, koşullanmalar ve genellemeler sonucu ortaya çıkar. Kişi tehlide; korkutucu, kontrol dışı, baş edilmez şeklinde attettiği ölçüde kaygılanır. Bu kuram, ölümün kötü algılanmasının nedeninin ölümün kaygı ile beraber kötü olarak düşünülmesinden kaynaklandığını ve bireyin ölüme ilişkin edindiği olumsuz düşünceler neticesinde ölüm kaygısının geliştiğini savunur[17].

2.4.4. Dehşet yönetim kuramı

Jeff Greenberg tarafından öne sürülen bu kuram, kaygı ile baş etmek için kullanılan savunma mekanizmalarını açıklar. Ölüm kaygısının bireyin kendi ölümlülüğünün farkındalığı sonucunda geliştiğini ve ölüm kaygısının duygusal ve bilişsel 2 bileşeni olduğunu savunur. Bilişsel bileşenin ölümü sık sık düşünme ve bu konulara ilgi duyma ile karakterize olduğu, duygusal bileşenin ise bireyin tamamen yokolmayı öngörmesi sonucu gelişen duygusal gerginlikle karakterize olduğu düşünülür. Bu kuramda ölüm kaygısıyla baş etmede iki savunma mekanizmasından bahsedilmektedir[36].

1. Kişinin özsaygısını artırarak, ölümlülüğünü ve buna bağlı ölüm kaygısını bilinçlilikten uzak tutmak, 2. Kültürel dünya görüşlerinin desteklenmesi ve uygulanması ile kişinin ölümsüzlüğe ulaştığı düşünülür.

2.5. Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ölüm kaygısıyla ilgili çok farklı değişkenlerin olduğu görülmüştür. Bunların başında yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, kişilik özellikleri,

sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık varlığı gelmektedir[37, 38].

2.5.1. Yaş

Ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği düşünülen en önemli değişken yaştır. Genel beklenti yaştan artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna gelindikçe ölüm kaygısının artacağıdır[1].

Yaşlılık, bir yandan yaşlı bireyin gelişiminin devam ettiği, diğer yandan da gerileme belirtilerinin ve ölümün yaklaştığı bir gelişim dönemidir. Yaşlılar, kendini ölüme daha yakın hissetmektedir. Her gün, her saat, onu ölüme biraz daha yaklaştırır. Verimli bir geçmişi olan yaşlılar, ölümü uzun bir yaşamın “doğal sonu” olarak karşılar. Ölüme yaklaşmanın bilincindeki yaşlıyı rahatlatan tek şey, sağlam bir yaşam felsefesidir. Ancak mutsuz bir yaşam geçirmişler ise, geçmiş günlerin pişmanlığı ve yeniden yaşama arzusu ile ölüm korkusu yaşarlar[1].

Yaş ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakıldığında Templer yaş ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki olmadığını söylerken; çalışmaların çoğunda ilişki olduğu saptanmıştır. Bu ilişkinin doğrusal ya da inişli çıkışlı eğrisel bir ilişki olabileceği söylenmektedir[39, 40].

Çalışmaların çoğunda yaşlıların ölüm kaygısının ergenlere ve genç erişkinlere göre düşük olduğu görülmektedir[5]. Yaşın ilerlemesiyle beraber olgunlukla ölümü kabullenmenin yavaş yavaş gerçekleşmesi ve bazı yaşlıların fiziksel problemler ve sosyal yalıtım gibi sebeplerle yaşam korkularının ölüm korkusundan daha yüksek olması nedeni ile yaşlanmayla beraber ölüm kaygısının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır[5]. Literatürdeki az sayıda çalışmada yaşlılarda ölüm kaygısının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır[41, 42]. Yaştaki değişimin ölüm kaygısını nasıl etkilediği konusunda tam bir fikir birliği yoktur.

2.5.2. Cinsiyet

Ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkeni gibi bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunurken bazılarında anlamlı bulunmamıştır[43, 44].

Ölüm kaygısı, 20'li yaşlarında hem erkeklerde hem de kadınlarda zirve yapmış ve bundan sonra önemli ölçüde azalmıştır. Bununla birlikte, kadınlarda 50'li yaşlarda ikincil bir artış göstermiştir[45].

Kadınlarda ölüm kaygısını daha yüksek olarak değerlendiren çalışmalarda bu durum kadınların ölümle ilgili daha kaygılı olabileceği; erkeklerin ölümle ilgili kaygı duymadıkları veya ölüm kaygısı açısından aslında her iki cinsiyet arasında fark olmayıp, kadınların bunu daha çok dile getirdiği şeklinde yorumlanmıştır[5].

2.5.3. Eğitim durumu

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında aynı yaş ve cinsiyet değişkeninde olduğu gibi eğitim durumu bakımından farklı sonuçlara rastlanılmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısının artması beklenirken bazı çalışmalarda aksine azalmış bazılarında da istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azalması karşılaşılan olaylarda stresle baş etmede önemli bir etken olduğu şeklinde açıklanmıştır[6].

2.5.4. Medeni hal

Psikososyal bir varlık olan insanın toplumsal ilişkiler kurma ve zorlu yaşam olayları ile baş etmesinde aile ve eşin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir[32]. Bazı çalışmalarda dul kalmanın ölüm kaygısını artırdığı savunulmaktadır[5].

Türkiye’de yapılan bir araştırmada evli olanların bekarlara oranla ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmış ve bunun evli bireylerin eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanmıştır[46].

2.5.5. Fiziksel Hastalık

Organik hastalıklarda ölüm kaygısının iki durumda pik yaptığı düşünülmektedir. Birincisi hastalığın terminal döneminde olduğunun öğrenilmesidir. Bu dönemde kişide özkıyım düşünceleri, depresyon tablosu görülebilir. İkincisi organik hastalık sebebiyle kişide yorgunluk, işlevsellikte azalma ve sakat kalma durumunun olduğu dönemdir. Hayatı tehdit

eden bir hastalığı olan kişide ölüm kaygısının düzeyini belirleyen nedenler şu şekilde sıralanabilir.

a- Hastalıkta tanı ve prognozun belirsizliği

b- Yaşamı tehdit eden bir hastalığın olması

c- Tedaviyle semptomlarda yeterli düzelme olmaması

d- Kişinin bir yakınına kaybetmesi ve yaşamın sona ermesinin yaklaşmasıyla ilgili toplumsal düşünceler

e- Hayatın sonu ile ilgili kişisel düşünceler

f- Kişide hayatın anlamına ait düşünceler

g- Ölüm sürecinin son döneminde hissedilen çaresizlik ve ağrı deneyimleri hakkında kaygı[5]

Yapılan çalışmalara bakıldığında ise fiziksel hastalık varlığının her zaman ölüm kaygısını artırmadığı görülmektedir. Son dönem kanser hastalarıyla ölümcül hastalığı olmayan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada kanserli grupta ölüm kaygısının artmadığı bulunmuş ve de ölüm kaygısı ölçek puanlarının düştüğü saptanmıştır[47].

Başka bir çalışmada kanser hastaları ile başka bir hastalığı olan kişiler karşılaştırılmış ve yine kanserli grupta bir önceki çalışmaya benzer şekilde ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur[48]. Diyalize girenler ile sağlıklı bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ölüm kaygısı düzeyleri arasında fark bulunmamıştır[49, 50].

2.5.6. Ruhsal hastalık

Dünyası yıkılacakmış ya da yokolacakmış gibi hisseden bireyler ölümle ilgili kaygılarını daha yoğun yaşarlar. Ölüm kaygısının en sık ifade edildiği durumlar psikotik atak veya ilaç yan etkisi gibi kişide anksiyetenin arttığı durumlar olarak düşünülebilir. Bireyde kontrolünü kaybettiği hissi altta yatan neden ne olursa olsun ölüm kaygısını artırabilir. Ağır depresyonlarda kişi ölümü kabullendiği, hatta ölmek istediği için ölüm kaygısı yaşamamaktadır[5]. Ölüm kaygısı ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada bu durumu destekleyen bir kanıt bulunamamış, genel kaygı düzeyi ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir[51, 52].

Schulz 1979 yılında psikiyatrik hastalarda ölüm kaygısı ile ilgili araştırmaların tutarsız sonuçlar gösterdiğini belirtmiştir[53]. Planasky ve Johnstao 1977 senesinde ölüm kaygısını şizofrenlerde yüksek bulmuşlardır[54]. Lonetto ve Templer yatan psikiyatrik hastalarda TDAS ile MMPI ve şizofreni alt ölçekleri arasında pozitif ve yüksek bir ilişki belirlemişlerdir[55]. Alkol ile kontrolünü keybetmeye meyilli olmayan ve kontrolünü kaybeden bireylerde ölüm kaygısını araştıran bir çalışmada alkol ile kendini kaybeden bireylerde daha yüksek bulunmuştur[56].

Abdel-Khalek'in psikiyatrik tedavi gören ve görmeyenlerde ölüm kaygısının karşılaştırıldığı çalışmasında 7 alt grup yapılmış, bu alt gruplar, normal kadın ve erkek bireyler, kaygı bozukluğu olan kadın ve erkekler, şizofreni bozukluğu olan erkek ve kadın bireyler ve erkek bağımlıdır. ASDA skorları kadın ve erkek kaygı bozukluğu olan bireylerde diğer gruplara göre daha yüksek saptanmış ve bu durum klinik olarak kaygı bozukluğu tanısının ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Literatürün tersine erkek şizofrenlerde ASDA puanı gruplar arasında en düşük olarak saptanmıştır. Bağımlı gruptakilerde de ASDA puanı düşük olarak saptanmıştır[57].

Ölüm kaygısı ve psikopatoloji çalışmalarının çoğunda, psikopatolojisi olan kadınlarda erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısı düzeyi saptanmış ve cinsiyetin psikopatoloji ve ölüm arasındaki ilişkiyi etkilediği düşünülebilir[17].

Abdel Khalek'in yaptığı bir başka çalışmada ölüm kaygısı ile anksiyete, depresyon, obsesyon ve nörotizm arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır[58]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada obsesyon ve paranoid düşünce ile ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki saptanmış. Yine aynı çalışmada ölüm kaygısı düzeyleri ile anksiyete semptomları ve kişilerarası duyarlılık başta olmak üzere somatizasyon ve fobik kaçınma semptomları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur[59].

2.5.7. Meslek

Bazı meslek gruplarında ölüm ve ölüm anı ile daha sık karşılaşmaktadır. Örneğin hastanedeki acil servis, yenidoğan bakım ünitesi ve bazı dini kurumlarda çalışanlar ölümle belli bir amaç doğrultusunda birkaç dakikalığına da olsa diğer insanlardan daha sık yüzleşmektedirler[32].

Ölüm anına tanıklık sayısının özellikle bazı mesleklerde önemli olduğu düşünülmektedir. Bireyin bir kaza ya da bir hastalık gibi durumlarda ölümle yüzleşme deneyiminin olup olmaması da ölüm kaygısının gelişiminde önemli olarak kabul edilir[32]. Ölüm olayının sık yaşandığı ve ölüm olayının sık yaşanmadığı kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygılarının ve genel kaygılarının değerlendirildiği bir araştırmada hemşirelerin çalıştığı kliniğin genel kaygı düzeyi açısından etkili olmadığı saptanmıştır. Oysa ki araştırmada ölüm olaylarının sık yaşandığı klinikler ile ölüm olayının sık yaşanmadığı kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur[60]. Başka bir çalışmada hemşirelerin ölüm düşünme sıklığının ölüme ilişkin kaygı düzeylerini etkilemediği, ancak hemşirelerin ölümü ara sıra düşünmeleri ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır[61]. Başka bir çalışmada ise polis, pilot, itfaiyeci, muhasebeci, sınıf öğretmeni ve psikologdan oluşan farklı meslek gruplarındaki kişiler karşılaştırılmış; yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanlarda (pilot, polis ve itfaiyeci) daha düşük ölüm kaygısı belirlenmiştir[62].

2.5.8. Yaşam olayları

Boşanma, çalışma koşulları, yeni bir işe başlama, iş kaybı, başka bir yere taşınma gibi durumlar ölüm kaygısını artırabilir. Hatta ilk beyaz saç telinin genç bireyde ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir[5]. Olumsuz yaşam koşulları ve sorunlarla başa çıkma stratejilerinin ölüm kaygısı ile ilişkisinin bakıldığı bir çalışmada bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur[63].

Aile bireylerinin kaybının bireyin ölümle yüzleşmesi, yalnızlık, sosyal desteğin azalması gibi sebeplerden dolayı ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülür. Özellikle ailedeki kadının hastalanması durumunda erkeklerin normalde kadınların üstlendikleri sorumlulukları yerine getirmenin eklenmesi ile kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir[64]. Bireyin maddi sorunları genel kaygı düzeyini artırabilir, genel kaygının ölüm kaygısını artırdığı düşünüldüğünde maddi sorunlar ölüm kaygısının gelişiminde önemli olabilir[5].

2.5.9. Kişilik Özellikleri

Duygulardan kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni az olan, topluma uyumu az olan ve gergin kişilerdede ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur[65]. Kişilik

ve ölüm kaygısının değerlendirildiği bir çalışmada ise nörotiklik, saldırganlık ve duygusallık davranışları gösteren kişilerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır[66].105 Fobik ve diğer korku bozuklukları olan kişilerde ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur[5].

2.5.10. Sosyokültürel özellikler ve din

Her kültürün ölüm kaygısına karşı kendine özgü geliştirdiği inanç, tutum ve davranışları vardır. Bu inanç, tutum ve davranışların, kişiyi ölüm kaygısına karşı koruduğu savunulur. Araştırmalar her kültürün ölümü dile getirme ve anlam yükleme konusunda değişiklikler gösterdiğini ve bazı kültürlerin ölüm kaygısını azaltmada daha etkin olduklarını göstermiştir. Batı toplumlarının hasta ve yaşlıları dışladığı, bu kültürdeki insanların ölümün farkındalığından uzak kaldığı belirtilmiştir[67]. Çalışmalar, doğu toplumlarında ölüm kaygısının daha düşük olduğunu göstermektedir[68]. Schumaker ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptığı Japonların ve Avusturalyalıların karşılaştırıldığı çalışmada ölüm kaygısı Japonlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Japonların doğu kültüründen belirgin farklarının bulunmasına bağlanmıştır[69]. Kubler-Ross (1975) kültürlerin ölüme getirdikleri açıklamalar ve yükledikleri anlamlar bakımından farklılık gösterdiklerini; dolayısıyla kültürün ölüm kaygısının düzeyini biçimlendirebileceğini belirtmiştir[53, 70].

Din doğası gereği değişmez bir kavram olmasına rağmen toplumsal ve tarihsel süreç içerisinde din ve ölüm arasındaki ilişki de değişmiştir. Genel olarak dinlere bakıldığında her dinin kendi bireyini ölüm, yokluk ve hiçlik karşısında yaşanan kaygıya karşı koruduğu görülebilir[71]. Mezar ziyaretlerinin ölümü hatırlattığı ve ölüm kaygısını artırdığı düşünülür. Psikodinamik kuramcılara göre ölüm düşüncesi sürekli bastırılmaktadır. Araştırmalardan elde edilen bulgular da bu savı destekler niteliktedir. Dolayısıyla sürekli mezar ziyareti yapmanın ölüm düşüncesinin bastırılmasını engelleyerek ölüm kaygısının artmasına sebep olduğu savunulmuştur. Karaca' nın yapmış olduğu çalışmada ise bunun aksi bir sonuç bulunmuş ve bu durum çalışmanın yapıldığı yerde dindarlığın yaygın olması ve insanların manevi değerlerine bağlı olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır[59, 72].

Araştırmaların çoğu din ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Birçok çalışmada dindar kişilerde daha az düzeyde ölüm kaygısı bildirilmişken, bazılarında doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Aksine dindarlık ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır. Bu durumda din ve ölüm kaygısı ilişkisi için net bir sonuç bulunmamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmaların çoğunda dindar kişilerde daha düşük

seviyede ölüm kaygısı saptanmıştır[17]. Ölüm kaygısı ve dini yönelim arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, tanrı inancı ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, ölümden sonra cezalandırılma ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir sonuç elde edilmiştir[73].

Dehşet yönetim kuramına göre dindarlık ile ölümsüzlük arasında negatif bir ilişki olduğu; ölümsüzlük vaadini savunan kültürlerde ölüm kaygısının daha az olduğu; dinine çok bağlı kişilerin, ölümden sonraki süreçte ödüllendirileceklerine inandıklarından kendilerini ölüm tehdidine karşı korudukları savunulmaktadır[36].

2.5.11. Gelişimsel süreç

Literatürde çeşitli gelişim evrelerinde ölüm kaygısı şiddetinde farklılıklar olduğu yönünde veriler vardır. Çocukların aslında çok küçük yaşlarda bile ölümü fark ettikleri; ancak dil yetisindeki eksiklikler, soyut düşünme yetisinin henüz gelişmemesi, araştırmaları yapan yetişkinlerin ölüm kavramı konusunda çocukları derinlemesine sorgulamamaları gibi sebeplerden ölüm kavramını bilmediklerinin düşünüldüğü savunulmuştur[35]. 5 yaş altı çocuklar henüz soyut düşünme yetisi kazanmadığından ölümü anlamlandıramazlar. 6-9 yaşlarındaki çocuklar ölü insanın artık olmayan bir insan olduğunu anlamaya başlar. 9 yaşından sonra ise çocuk kendi ölümlülüğünün farkına varır ve bu yaşta ölüm kaygısının yaşanmaya başladığı savunulur[74].

Ergenlik dönemi, ölüm kaygısının açıkça yaşanmaya başladığı ilk gelişim evresidir[15]. Ergenler ölümü anlamsız olarak değerlendirip, çevreleriyle bu konuyu konuşmasalar da; onlar için aslında ölümlü olma ve zamanın ilerlemesi gibi düşüncelerin beraberliğinde ölüm kaygısı baş edilmesi gereken bir durum olmaya başlar[75]. Genç yetişkin ölümü özseverliğine karşı bir tehdit olarak algılar, sağlıklı bedenini kaybetme ve geleceğe ilişkin planlarını gerçekleştirememe gibi sebeplerle kaygı yaşar. Orta ve ileri yaştaki kişiler de işlerini ve yakınlarına olan sorumluluklarını yeterince yerine getirmeme sıkıntısı ile kaygı duyarlar[76].

Bazı araştırmalarda ölüm kaygısı ergenlik-erişkinlik dönemlerinde yüksek bulunmuş ve bu durum, bu dönemde bireyde henüz kimlik duygusunun tam olarak gelişmemiş olmasına bağlanmıştır. Ölüm kaygısının orta yaştaki kişilerde daha yüksek olup, bunun daha sonraki

yetişkinlikte düştüğünü ve daha sonra yaşlılıkta durgunlaştığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır[73, 77].

2.6. Ölüm kaygısının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler

1960'lı yıllardan itibaren ölüm kaygısı ve ölüm korkusunu ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiştir[78]. Ölüm kaygısını değerlendiren ölçekler tek boyutlu ve çok boyutlu olmak üzere iki grupta sınıflandırılabilir. Tek boyutlu ölçekler bir ya da daha fazla madde içerebilmektedir[79]. Bu ölçeklerden Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği, Thorson ve Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, Collet ve Lester Ölüm Korkusu Ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olup çeşitli yayınlarda kullanılmıştır[17].

2.6.1. Tek Boyutlu Ölçekler:

Tek boyutlu ölçekler ölümle ilgili deneyimleri geniş bir şekilde değerlendiren, bir veya birden fazla madde içeren ancak tek skor bırakan ölçeklerdir. Çok boyutlu ölçekleri tercih eden araştırmacılar tek boyutlu ölçekleri eleştirmektedir. Çünkü bu kişiler ölüm korkusunun üniter veya monolitik bir değişken olmadığını savunmaktadırlar. Buna karşın tek boyutlu ölçekler araştırmaların yarısından fazlasında kullanılmıştır[79].

2.6.1.1. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS, 1970)

1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Toplam skor 0-15 arasında olabilir. Yüksek puan artmış ölüm kaygısını gösterir. Arapça ve İspanyolcaya çevrilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 senesinde Şenol tarafından yapılmıştır[80, 81].

2.6.1.2. Arap Ölüm Kaygısı Ölçeği (ASDA; Abdel Halek)

1987 yılında Abdel Halek tarafından Arapça olarak hazırlanmış[78] ve sonra İngilizce, Türkçe ve İspanyolcaya çevrilmiştir. 20 madde içermektedir. Her madde 5 alt seçenek ile yanıtlanır. 1=Hiç ve 5=çok fazla olarak değerlendirilir. 2004 senesinde ASDA'nın

4 faktörü çıkarılarak yeniden yapılandırılmıştır[68]. Yüksek skor artmış ölüm kaygısı olarak değerlendirilmektedir. Toplam skor 20-100 arasındadır[82].

2.6.1.3. Ölüm Kaygısını Ölçmek İçin Tek Maddeli Ölçek

‘Ben ölümden korkuyorum’ şeklinde tek soru içermektedir. Soru 7’li likert formatı üzerinden değerlendirilir. Kullanımı basit, kamu anketleri için uygun bir ölçektir[78].

2.6.2. Çok boyutlu ölçekler:

Çok boyutlu ölçekler birçok faktör/alt ölçekler kapsar, bu faktörler birçok durumda düşük güvenirlilik gösteren az sayıda unsur içermektedir[83]. Çok boyutlu ölçekler farklı toplumlar ve kültürler tarafından uygulanırken değişiklikler yapılmıştır.

2.6.2.1. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği(RDAS)

Bu ölçeğin literatürde NTB (Nehrke, Templer, Boyar) ölçeği, Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Revize Edilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (RDAS) olarak adlandırılan revize edilmiş formları bulunmaktadır. 1991’den beri kullanılan RDAS formu 25 madde içerir. Sorular doğru ve yanlış şeklinde cevaplanır. Ölçek puanı 0-100 arasında değişir. Yüksek puan artmış ölüm kaygısını göstermektedir. Ölçek 2001 senesinde Karaca ve Yıldız tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır[17, 84].

2.6.2.2. Collett ve Lester’in Ölüm Korkusu Ölçeği (ÖKÖ)

(Collett Lester’s Fear of Death Scale-C&L FODS) Collett ve Lester (1969) ölüm korkusunun (death), ölüm anı (dying) korkusundan farklı olduğunu, bunların bireyin kendisi ve diğer insanlar için de ayrı ölçülmesinin daha yararlı olacağını savunmuşlardır. Ölçekte ölümle ilgili her bir soru 4 alt maddeden oluşur. Kişinin kendi ölümü, kendi ölüm anı, diğerlerinin ölümü, diğerlerinin ölüm anı değerlendirilmektedir. Türkiye’de Ertufan tarafından 2000 senesinde bu alt ölçeklerden sadece “kişinin kendi ölümü” kısmının geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış ve Türkiye’de kullanılmıştır. Zeyrek tarafından da Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır[85, 86].

2.7. Ölüm kaygısı ile ilgili çalışmalar

Yapılan felsefi ve psikolojik araştırmalar incelendiğinde ölüm olgusunun bireyin psikolojisi üzerine olumlu ve olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir[35, 87].

2.7.1. Türkiye’deki Çalışmalar

Türkiye’de ölüm olgusuna ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında, daha çok dini boyutta yapıldığı ve biyopsikososyal açısından ele alınışının oldukça sınırlı kaldığı söylenebilir. Türkiye’de ölüm kaygısını psikolojik açıdan ele alan ilk çalışmalardan biri Ünver (1938) tarafından yapılmıştır. Ünver çalışmasında daha çok ölümle ilgili tutumları incelemiştir. Araştırmada, mezar taşı yazılarından yola çıkarak bireylerin ölüm konusunda hissetmiş olduğu duygulardan, ele alınan kitabelerden, Türk kültüründe ölümden fazla korkulmadığı ve Türk insanının ölümü kolay kabul edebildiği sonucuna varılmıştır[88]. Şenol tarafından 1989 yılında yapılan çalışmada huzurevlerinde yaşayan 120 yaşlıda ölüme ilişkin kaygı ve korkuları etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Araştırmada Templer’in “Ölüm Kaygısı Ölçeği” kullanılmış olup, genel olarak yaşlıların ölüme ilişkin kaygı ve korkularının orta düzeyde olduğu ancak 60– 64 arası yaşlarındaki yaşlıların daha yüksek ölüm kaygısı varken 70 ve üzeri yaşlardaki yaşlıların daha düşük ölüm kaygısına sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu çalışmada ciddi bir sağlık sorunun varlığı, ortalama aylık gelir ve cinsiyet faktörlerinin ölüm kaygı puanına etki ettiği ancak eğitim düzeyinin, arkadaş ve akrabaların yaptığı ziyaretlerin ölüm kaygısı ve korkusu üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir[80].

Dindar kişilerin genel olarak ölümlle daha çok meşgul oldukları ve bununla beraber ölüm karşısında daha olumlu tutumlar geliştirdikleri bildirilmiştir[89].

Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada Psikiyatri polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran 60 yaş üstü 200 yaşlı hastada ölüm kaygısının yaş, cinsiyet gibi çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada depresyon puanı yüksek, eğitim düzeyi düşük, son bir aylık dönemde ölümü sıkça düşünen ve son bir yılda yas reaksiyonu yaşamamış kişilerde ölüm kaygısı anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu olumlu bulguların aksine, ölüm kaygısı ile yaş, cinsiyet, medeni hal, psikiyatrik hastalık varlığı, fiziksel hastalık varlığı ve türü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sosyodemografik ve klinik değişkenler dışında ölüm kaygı ölçeği puanları ile durumluk kaygı,

depresyon ve yaşam kalitesinin bazı alt ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmış ve bu durum genel kaygı ile ölüm kaygısı arasındaki paralellik ve benzerliklerle ilişkilendirilmiştir[5].

2011, Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi, adli çalışma Ankara’da evde yaşayan 237 yaşlı ve huzurevinde yaşayan 66 yaşlıda yapılmış. Ölüm kaygısına yaşanan yerin etkisi incelendiğinde evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayanlara göre daha fazla ölüm kaygısı olduğu saptanmış. Ölüm kaygısına yaşının cinsiyetinin, yaşının etkisi bulunmamıştır. Yaşlıların ölüm kaygısına eğitim durumunun etkisi incelendiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı saptanmıştır. Anlamlı farklılığın okuryazar olmayanlar ile orta dereceli okul ve üzeri okul mezunu yaşlılar arasında olduğu belirlenmiştir[2].

2010, Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık, adli çalışma Konya ilindeki 212 yaşlıda yapılmış, dindarlık düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının da arttığı saptanmış. Ayrıca ölüm kaygısı arttıkça dindarlık ve dindarlığın duygu ve davranış boyutlarından alınan puanlar da yükselmiştir. Buna göre yaşlılıkta dindarlığın ölüm kaygısını etkilediği ve ölüm kaygısının da bu yaş döneminde dindarlık üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır[90].

2012, Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi, adli çalışmaya Kastamonu ili merkez huzurevinde kalan 100 yaşlıdan 85 yaş üstü bireyler alınmış. Çalışmanın en önemli bulgusu, kalp hastalığı olanların olmayanlara göre ölüm kaygısının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunun tespit edilmesidir. Aynı çalışmada ölüm kaygısı ile yaş, cinsiyet, medeni hal, fiziksel hastalık varlığı ve türü arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır[1].

2.7.2. Yurtdışındaki Çalışmalar

Fortner ve Neimeyer’un yaptığı bir meta analizde 1996 - 1999 yılları arasında yaşlılarda ölüm kaygısıyla ilgili yapılan 49 araştırma nitel olarak analiz edilmiş, yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular ile benlik bütünlüğü arasında negatif korelasyon, bakım koşulları, fiziksel problemler ve psikolojik problemler ile pozitif korelasyon olduğu bulunmuş. Araştırmada yaş ve cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki saptanmamıştır[77].

Depaola ve arkadaşları, yaş ortalamaları 69,4 olan 51 erkek, 147 kadın toplam 198 kişinin alındığı çalışmada, ölüm kaygısı ve yaşlanmaya ilişkin tutumların cinsiyet ve etnik aidiyetler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmaya katılanların %75,8’i beyaz Amerikalılar,

%24,2'si Afrika asıllı Amerikalılardır. Elde edilen sonuçlara göre, yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık gözlenmediği halde, kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla ölüm kaygısı taşıdığı rapor edilmiştir. Farklı etnik gruplara dahil olan bireylerin yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanamamış, buna karşın beyaz Amerikalıların Afrika kökenli Amerikalılara göre ölümden çok daha fazla korktukları ortaya çıkmıştır. Ölüm kaygısıyla, yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur[91].

Amerika'da 18-87 yaş arasındaki 304 kişinin alındığı çalışmada ölüm kaygısının yaş ve cinsiyetle ilişkisine bakılmış, Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği (CollettLester Fear of Death Scale-FODS) kullanılmıştır. Erkeklerde ve kadınlarda ölüm kaygısı 20'li yaşlarda pik yapmış ve sonra aniden azalmıştır. Ancak, yalnızca kadınlarda, 50'li yaşlarda ikinci bir pik daha yaptığı görülmüştür. İkinci bir araştırma ile de ilk bulgular sınanmak istenmiş ve 18-85 yaş aralığındaki 113 kadına Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Aynı ilk çalışmadaki gibi ikili pik dağılımının tekrarlandığı gözlenmiştir. Her iki cins için neden yirmili yaşlarda ölüm kaygısının pik yaptığı ve ellili yaşlarda ikinci bir pikin neden erkeklerde değil de yalnızca kadınlarda görüldüğünün anlaşılması için ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir[45].

Galt ve Hayslip 1998 yılında, literatürdeki yaşla ilgili bulguların aksine yaşlıların ölüm kaygısının gençlerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir. 17-25 yaş arası 46 gencin 60 yaş üstü 40 yaşlının karşılaştırıldığı ve Templer'in Ölüm Kaygısı ve Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçeklerinin kullanıldığı çalışmada gençlerde ölüm kaygısının daha düşük olduğu görülmüştür[41].

Kaliforniya'da 18-80 yaş arası 196 kişiyle yapılan araştırmada psikososyal olgunluğun yaşa nazaran ölüm kaygısını daha iyi öngören bir değişken olduğu saptanmıştır. Sosyal olgunluk ve yaş, ölüm kaygısıyla ters ilişkili bulunmuş; yaş ve sosyal olgunluk artarken ölüm kaygısı azalmıştır[92].

Mart,2017 yılında İran'da tıp merkezini ziyaret eden yaş ortalaması 68.18, kadın ve erkek sayısının eşit olduğu 190 yaşlıyla yapılan çalışmada, ölüm kaygısı ile manevi deneyimler ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiye bakılmış. Yaşam doyumu ve manevi deneyimler arasında anlamlı pozitif, yaşam doyumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı negatif, manevi deneyimler ve ölüm kaygısı arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur[4].

Doğu kültüründe cinsiyet, yaş ve dini inanın ölüm kaygısı üzerindeki etkisini sorgulayan bir başka çalışmaya 16-30 ve 55-70 arası iki yaş grubu 132 kişi alınmış, bu kişilere Templer'in Ölüm Kaygısı ve Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçekleri uygulanmıştır. Literatürle uyumlu olarak kadınlarda ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur. Genel bulgulardan farklı olarak yaşlılarda ölüm kaygısı daha yüksek saptanmış. Araştırmanın en önemli sonuçlarından biri de daha az dindarların ölüm kaygısının daha yüksek çıkmasıdır. Çalışmada yaşlı, kadın ve az dindar olanların daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları vurgulanmıştır. Collett-Lester'in Ölüm Korkusu Ölçeği'nde cinsiyet farklılığı daha da derinleşmiştir. Kadın ve daha az dindar olanlar özellikle hayatın kısalığı, ölüm yalnızlığı, varolmama korkusu ve bedenin çürümesi ibarelerine çok daha yüksek korku bildirmişlerdir[42].

2.8. Yaşlılık ve Ölüm Kaygısı

2.8.1. Yaşlanma ve yaşlılık

Yaşlanma, doğal, evrensel, kaçınılmaz olup, doğumdan ölüme kadar devam eder. Başarılı yaşlanma sadece sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını kapsayan bir kavramdır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel unsurlarıdır. Bireylerin başarılı bir şekilde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilgilidir[93]. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler hem bazı hastalıkların yaygınlığının artmasına hem de atipik seyirli olmalarına sebep olur[94].

Yaşlılık dönemi bireyde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemenin ve yetersizliklerin ortaya çıktığı, buna bağlı olarak kişide iş veriminin azaldığı, sağlıkta bozulmaların başladığı, vücudun yapısal yıkım ve harabiyetine sebep olan değişikliklerin gerçekleştiği dönemdir[95, 96]. Çeşitli çevresel olaylar, beslenme, genetik yapı ve stres olayları yaşlılık sürecini etkiler. Yaşlılık bireyde çeşitli yetersizliklere ve organik değişikliklere sebep olsa da bu durum tamamen patolojik olarak düşünülmez[80, 97].

Yaşlı sağlığının korunmasıyla ilgili olarak 1963 yılında yapılan Dünya Sağlık Örgütü seminerinde yaşlılık dönemi üçe bölünmüştür. Orta yaşlılık(45-59 yaş), yaşlılık (60- 74 yaş) , ileri derece yaşlılık (75 -89 yaş), ihtiyarlık (90 ve üzeri). Çalışma yaşamı bakımından yaşlılık

bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emekli olduğu dönem olarak ifade edilmekte ve genellikle sınırı 60 veya 65 yaş olarak kabul edilmektedir[98, 99].

Yaşlılık kendi kendine yeterliliğin azaldığı durumlardan biridir. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada, ileri yaşlarda artan başkasına bağımlı olma durumunun, iki yıl içerisinde, 65-74 yaş grubunda yaklaşık bir buçuk kat, 75-84 yaş grubunda ise iki buçuk kat arttığı bulunmuştur. Yaşlıların günlük yaşam işlevlerini değerlendiren birçok çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde günlük yaşam işlevlerindeki bağımlılık düzeyinin anlamlı şekilde arttığı gözlenmiştir[100, 101].

Yaşlılar yaşlanmayı gelişim, üretim, ifade özgürlüğü, gereksiz bir gelişim evresine dönüşüm, olgunlaşmak, saygı görmek, dinlenmek, rahat etmek şeklinde algılamaktadırlar. Bazı yaşlılara göre ise yaşlılık bir hastalıktır[102, 103].

2.8.2. Yaşlılarda genel psikopatoloji ve kaygı bozuklukları

Yaşlanmaya bağlı bazı inanışların yaşlıların zihinsel ve fiziksel durumlarını, fiziksel hastalıklarının prognozunu ve yaşam sürelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fiziki hastalıklar, fiziksel yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, kullanılan bazı ilaçlar (yüksek tansiyonda ya da parkinson hastalığında kullanılanlar gibi) veya hastaneye yatmak gibi durumlar depresyona neden olabilir[104].

Depresif semptomlar yaşlı bireyler arasında yaygındır. Bununla beraber, major depresyon oranı genç erişkinlere göre daha düşüktür. 65 yaş ve üzeri kişilerde herhangi bir duygudurum bozukluğuna ait bir aylık yaygınlığı gösteren bir çalışmada depresyon yaygınlığının % 2,5 olduğu bulunmuştur. Toplumda depresif semptomları olan yaşlıların çoğu major depresyon ya da distimi ölçütlerini karşılamazlar[105].

Epidemiyolojik çalışmalar kaygı bozukluklarının yaşlı bireylerde daha az görüldüğünü göstermektedir. Yine de yaşlı bireylerde kaygı bozukluğu yaygınlığı diğer bozuklukların yaygınlığı ile kıyaslandığında yüksek seyretmektedir. Yapılan bir çalışmada, kaygı bozuklukları 65 yaş ve üzeri kişilerde en yaygın psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur. Kaygı bozukluklarının artan yaşla birlikte azalıyor gibi görünmesi, fobik bozukluk, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk için geçerlidir. Yaygın anksiyete bozukluğu kaygı bozukluğunun yaygınlığı ilerleyen yaşla beraber sabit kalır hatta artış gösterebilir.

Yaşlılardaki kaygı semptomlarının varlığı kaygı bozukluklarının yaygınlığından daha fazladır. Yaşlı erkeklerin yaklaşık %17'si ve yaşlı kadınların %21'i kaygı bozukluğu açısından DSM ölçütlerini karşılamayan, ancak klinik olarak anlamlı kaygı semptomları bildirmektedirler[105].

Yaşlılardaki kaygı bozukluklarının aslında çok yaygın olmayıp, genellikle diğer psikiyatrik ve tıbbi durumlara eştanı olarak ortaya çıktığı ve çoğu zaman tanı konamadığı ya da yanlış tanı konduğu düşünülmektedir. Duygudurum ve psikotik bozukluklarla karşılaştırıldığında yaşlı bireylerde yapılan kaygı bozukluklarının fenomenolojik, etyolojik ve tedavi odaklı çalışmaların az sayıda olduğu ve çoğunun daha çok gençlerle yapılan çalışmalardan elde edilen çıkarımlar olduğu düşünülebilir[105].

Kaygının yaşlanma sürecinin normal bir bileşeni olduğuna dair yanlış bir inanç olduğundan, bu durumlar daha az dikkate alınmaktadır. Fobik bozukluklar ile yaygın kaygı bozuklukları dışında, tüm sendromları içeren kaygı bozukluklarına dair yaygınlık oranları yaşlı bireylerde, genç ve orta yaşlılarda görüldüğü kadar yaygın değildir. Buna karşın, subsendromal kaygı oldukça yaygındır olup duygudurum bozukluklarına benzer şekilde sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Yaşlılarda başka psikiyatrik, tıbbi ve bilişsel bozukluklarına eştanı durumunda olan kaygı anlamlıdır ve bu durumlar dikkatli değerlendirmeyi ve tedaviyi gerektirir[105].

Yaşlılıkta yaşlılık depresyonu, kaygı bozuklukları, fobiler ve obsesyonların varlığında ölüme dair kaygı ve korkular artabilmektedir. Kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı ölüm olayları, kaybettiği yakınları ve kendisinin karşılaştığı tüm ölümcül olaylar, onun ölüme ilişkin genel kaygı ve korkularının düzeyini belirlemektedir. Yaşlılıkta da ölüme ilişkin kaygı ve korkular öğrenmeyle ilişkili olabilir[106, 107].

2.8.3. Yaşlılarda ölüm kaygısı

Yaşlıların kendilerini daha üretken ve bağımsız hissetmeleri için sosyal yaşama katılımlarının desteklenmesi gerekmektedir. Daha genç yaşlılarda daha fazla arkadaşlık, sosyal davranışlar, kişisel gelişim izlenebilmekte fakat ileri yaştaki yaşlılarda daha fazla dinsel konulara odaklanma ve depresyon gözlenmiştir. Cinsiyetler arasında yaşlılık algı ve tutumunda farklılık görülmekte, kadınlar daha yaşam dolu iken erkeklerde depresyon daha fazla yaşanmaktadır. Depresyon görülen yaşlı bireylerin bir kısmı bu durumu bir doktorla

konusmanın önemli olduğunu belirtirken, bir kısmı da bu durumu yaşlılığın getirdiği bir durum olarak değerlendirmektedir[108].

Yaşlanmayla beraber zaman daha hızlı geçmeye başlar gibi gelir ve bu duruma bir de zaman kullanımına ilişkin yanlış alışkanlıklar eklenirse sorun belirgin bir şekilde ortaya çıkabilir. Geçtan'a göre, katı ve baskıcı bir ortamda yetişmiş kişiler için zaman, yaşanılan anın değerlendirileceği bir varoluş boyutu değil de, tüketilmesi, bitirilmesi gereken bir nesne gibi kullanılır. Bu bireyler yaşamlarını bir an önce bitirme ve tüketme eğiliminde olurlar. İçinde bulundukları anı yaşayamayan ve hayata etkin katılamayan yaşlılarda ölüm kaygısı daha yüksektir[109, 110].

Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen faktörler genel popülasyondan çokta farklı değildir. Yakınlarından birinin kaybının yaşamın ilk dönemlerinde dengelenebilir bir durum olduğu; ileri yaşlarda ise kaybedilen her sevgi nesnesinin yeri doldurulamayacak boşluklar oluşturduğu ve bireyin sosyal ölümüne zemin hazırladığı savunulmaktadır. Sosyal çekirdekteki yitimlerden kaynaklanan sosyal ölüm, yaşlanmayı ve fiziksel ölümü hızlandırır. Yaşlanan kişi çeşitli sebeplerle (çevresindeki yakınlarını kaybetmesi gibi) sosyal ilişkilerinden zorunlu veya farkında olmadan soyutlanabilmektedir. Diğer insanlardan soyutlanmak ve tek kalmak yaşlıya hiçliği anımsatır. Hiçlik ölümde simgeleşir ve bunu bilmek sürekli yaşanan ölüm kaygısını da birlikte getirir[111].

Moreno ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların, huzurevinde yaşamayan yaşlılara göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları bulunmuştur. Bu durumun çeşitli faktörlere bağlı olabileceği bildirilmektedir. Bunlar, yaştan ilerlemesiyle ölüme yakın olma düşüncesinin daha az kaygı oluşturacağı düşüncesi ve kurumlarda ölüm gerçeği ile ilgili daha fazla bilgilendirilmeleri ve yüzleşmeleri ile ölüm olayına karşı desensitize oldukları olabilir[112].

Yaşlılıkta ortaya çıkan ciddi sağlık problemleri de yaşlıyı kaygılandırabilmektedir. Hastalık ve ölüm kaygısı ilişkisinin kurulmasında hastalıklarla ilgili kalıp-yargı düşünceler de önemlidir[113].

2.9. Yaşlılık ve mutluluk

Mutluluk diğer gelişim dönemlerindeki bireyler için önemli olduğu kadar, yaşlılık dönemindeki bireyler için de önemlidir[114].

Yaşlılıkta, fizyolojik değişimler kadar sosyal ve psikolojik pek çok değişim de yaşanmaktadır ve bu değişimler, yaşlıların mutluluklarını etkilemektedir[114] . Mutluluk, psikolojide öznel iyi oluş kavramıyla ele alınır. Öznel iyi oluş, bireyin yaşamını kişisel olarak değerlendirmesi ve yaşamına ilişkin yargı bildirmesi anlamına gelir. Öznel iyi oluşun olumlu duygulanım, olumsuz duygulanım ve yaşam doyumu olmak üzere üç önemli ögesi olduğu için öznel iyi oluş, çok boyutlu bir yapıdır[115]. Olumlu duygulanım, güven, ilgi, ümit, heyecan, gurur, neşe gibi duyguları; olumsuz duygulanım ise öfke, nefret, suçluluk, üzüntü gibi olumsuz duyguları kapsamaktadır. Yaşam doyumu boyutu, öznel iyi oluşun bilişsel bileşeni olarak ele alınmaktadır ve bireyin çeşitli yaşam alanlarındaki doyumuna ilişkin kişisel değerlendirmelerini içermektedir[115]. Kişi, haz veren yaşantıları daha çok deneyimliyor ve haz vermeyen yaşantıları daha az deneyimliyorsa bu durumda yüksek öznel iyi oluşa sahip demektir. Yaşlılar açısından bakıldığında, yaşlıların öznel iyi oluşlarıyla ilişkili görünen bir çok değişken vardır. Bunlardan bazıları, yalnızlık duygusu[116], kişinin kendi yaşamını yönetmesine işaret eden ve bir psikolojik yapı olarak algılanan kontrol ve kişilik özellikleridir[117]. Literatürde, öznel iyi oluş ile yalnızlık, algılanan kontrol ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkilere yönelik açıklamalar vardır. Örneğin; yaşlılıkta yalnızlığın bağımsızlığını yitirme duygusuna karşı geliştirilen korku, üzüntü ve kaygı gibi olumsuz duygulara eşlik ettiğinin üstünde durulmuştur. Bu nedenle kendilerini yalnız hisseden yaşlılar, olumlu düşüncelerden çok olumsuz düşüncelere odaklanmaktadırlar. Sonuç olarak, yaşlı bireyler için yalnızlıkla öznel iyi oluş arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu söylenebilir[118].

Türkiye’de yapılan bir çalışmada yalnızlık, algılanan kontrol ve kişilik özelliklerine dayalı olarak yaşlılar için bir öznel iyi oluş modeli geliştirilmiştir ve sınanmıştır. Araştırmaya 108 kadın (%49.5) ve 110 erkek (%50.5) olmak üzere ailesinin yanında yaşayan toplam 218 yaşlı birey (Ort. yaş: 67.60) alınmıştır. Yaşlıların duygusal dengesizlik, sorumluluk ve yalnızlık düzeylerinin yükselmesiyle öznel iyi oluş düzeyleri düşmektedir. Yaşlıların algılanan kontrol düzeylerinin yükselmesine paralel olarak öznel iyi oluş düzeylerinin yükseldiği belirtilmiştir[114]. Batı kültürlerinde yapılan çalışmalarda bireylerin sorumluluk özelliklerinin yükselmesine paralel olarak öznel iyi oluşlarının da yükseldiği; duygusal dengesizliğin yükselmesine paralel olarak öznel iyi oluş düzeylerinin düştüğü saptanmıştır[119, 120]. Öznel iyi oluş ve algılanan kontrol arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, bireylerin algılanan kontrol düzeylerinin yükselmesine paralel olarak öznel iyi oluş düzeylerinin de yükseldiğini vurgulamıştır[115, 121, 122].

Yaşlılık ve yaşlanma sorununa farklı yaklaşım ve perspektifler sunan dini araştırmalar, modern dünya ve bilimlerin hem alan hem de konu ve yöntem olarak dışta bıraktığı önemli bir boşluğu dolurmaktadır. Öyleki dinler, insanın sosyal, psikolojik, kültürel, fiziksel ve biyolojik varlığına, öğretileri ve çağrıştırdığı huzur, güven ve esenlik duygusu aracılığıyla farklı boyutlar katmaktadır. Değişik bir ifade ile, insani varoluşu ve yaşamı fiziksel, tarihsel ve toplumsal zaman ve mekan boyutunun ötesine taşıyarak, yaşamı bir süreklilik veya sonsuzluk duygusu ve inancı çerçevesinde, görece bütünlüklü ve anlamlı bir çerçevede tanımlamaktadır. Bu bağlamda dinin insan yaşamına kattığı anlam, duygu ve inanç yoğunluğu, insanın yaşam evrelerini bir bütünlük içinde kavramasını, böylece yaşam evreleri arasında değişimlenen yaşam süreci ve farklılaşmaları sahip olduğu duygu ve inanç aracılığıyla dengelemesini, gözlemlenen ve deneyimlenen yaşamın negatif görüntü, algı ve yansımalarını, pozitif bir alımlama haline getirmesini sağlamada oldukça fonksiyonel olduğu düşünülür. Dine inanma ve bağlanmanın insanın daha sağlıklı hissetmesi, bütünüyle hayatını anlamlandırmada olumlu etkilerinin tespit edilmesi, araştırmacılar tarafından dikkate değer bir ilgi uyandırmaktadır[123].

Konya’da huzurevinde yapılan bir çalışmada, Dindarlıkla ilgili değişken gruplar arasında hayattan zevk alma ve mutluluk açısından bir farklılık olup olmadığına bakılmış, değişkenler arasında kısmi bir farklılığın olduğu (namaz kılma ve kılınama durumu ile psikolojik durum arasında), ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır[123].

2.10. Yaşlılık ve sosyalizasyon

İnsanoğlunun yaşama entegre olmasında kullanılan sosyalizasyon kavramı bir süreç içerisinde uyuma karşılık gelen bir anlam taşımaktadır. Sosyoloji’de sosyalizasyon, doğum anından itibaren toplumun ve grubun yapma, duyma ve düşünme edinimlerini öğrenme ve bunu içselleştirme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç kişinin hayatı boyunca devam eder ve tekrar edilen öğrenmelerle pekişir. Burada amaç, bireyin yetiştirilmesi ve topluma uyumunun sağlanmasıdır. Böylece birey bebeklikten başlayarak aile içinde ve dışsal uyaranlar yolu ile sosyalleşmeye başlar. Öğrendikleri ile toplumsal yaşama katılır. Bu nedenle çocukluk yaşlardaki taklit, uyarı ve tekrarlara dayanan bu öğrenmeler çok önemlidir. Zihne bir kez kodlandı mı onu silmek zorlaşır. Ancak öte yandan çocuğun giderek bağımsız davranışlar kazanması onun önceki öğrenmeleri ile sürekli etkileşime girerek kendi düşünce ve davranışına şekil verir. Böylece sosyalizasyon süreci hayat boyu devam eder[124]. Bu

bağlamda Bourdieu, savunduğu kültürel sermaye ve habitus kavramları dolayımında bireyin sosyalizasyonun süreci içerisinde nasıl bir kimlik ve kişilik kazandırdığını, anlatmaya çalışır.

Bourdieu'ya göre, bireyin yetişkin yaşamında da bir taraftan öğrenmeler devam ederken diğer taraftan akıllı bir varlık olarak rasyonel düşünme yetisine de sahip olduğu için kendisine göre neyin doğru neyin yanlış olduğunu ayırt etme becerisini kazanır. Birey, içinde bulunduğu sosyal sınıfın özellikleri çerçevesinde (gelir, meslek, yaşam tarzı ve tüketim alışkanlıkları) sosyalleşir. Bu bağlamında sınıf, sadece ekonomik faktöre bağlı yaşam koşulları durumu değildir. Sınıf, aynı zamanda duruşumuzda, yürüme, konuşma, yeme, içme ve gülme biçimlerimizdedir. Bedenimizi kullandığımız her biçim ve yolda bulunabilir. Tavırlarımız, konuşmalarımız ve beğenilerimiz daha doğduğumuz andan itibaren bedenlerimize yerleşmeye başlar. Bu bakımdan sosyalizasyon sürecinde sınıfa ilişkin tüm öğrenmelerimiz bizim kültürel sermayemizi oluşturur. Örneğin, yoksul kesimler için yemek yemenin amacı hayatta kalmak iken, üst sınıflar için bu durum birer törene dönüşebilir. Sofranın düzenlenişi, tabaktaki hayatta kalmayı sağlayacak olan enerji miktarından çok daha önemli olabilir. Sınıf kavramının incelenmesinde eğitimin önemli bir yeri vardır. Çünkü eğitim başlı başına bir sosyalizasyon olup, bireyin bakış açısını ve düşünce biçimini etkiler. Alt sınıflardan üst sınıflara doğru gidildikçe daha soyut düşünme gelişir[125].

Bourdieu sınıfı olgusunu sermaye kavramı ile değerlendirir. Sermaye, kişilerin sosyalizasyon sürecinde sahip oldukları özellikler ve yatkınlıklar (inanç, aidiyet, bilgi birikimi ve donanımı, yeme alışkanlıkları, konuşma tarzı ve benzeri) ve bunları diğer bireylerle ilişkilerinde mübadele etmesi (tanıma, kutsama, tabi olma, paylaşma ve benzeri) biçiminde etkisini içinde barındıran dolayısıyla yeniden üretilip tedavüle sokulan ve gösteren değerini taşıyan bir toplumsal ilişki ya da toplumsal enerjidir[125]. Bourdieu, dört sermaye türünden bahseder. Bunlar **ekonomik sermaye**, **sosyal sermaye**, **kültürel sermaye** ve **sembolik sermaye**dir. Bu sermaye türlerinin sınıf yapılarının üretilmesinde ve tekrar edilmesinde önemli bir yere sahip olduğunu belirtir. Ekonomik sermaye kaynaklara egemendir ve sınıf eşitsizliklerini vurgular. Sosyal sermaye toplumsal ilişkilere egemendir ve kişinin içinde bulunduğu sosyal ilişki ağına atıfta bulunur. Bireylerin toplumsal konumları gereği kullanabilecekleri etki ve destek ağlarını belirler. Kültürel sermaye ise Bourdieu'nun en önem verdiği sermaye türüdür. Kültürel sermaye kişinin ekonomik koşullarının sonucu edindiği formal ve informal sosyal davranışlar, sosyal pratikler, iletişim kurma ve dili konuşma biçimi ile beğenilerini kapsar. Böylece kültürel sermaye formal eğitimden kaynaklanan diplomalarla objektif bir görünüm kazandıran okul sermayesi ile aileden kaynaklanan ve aile içinde

kazanılan nitelikleri gösteren bir sermaye türüdür. Dolayısıyla entelektüel niteliklerin toplamına karşılık gelir ve üç biçim altında ifade edilir. Bunlar kalıcı eğitim olarak bedene bağlı (başkaları karşısında rahat konuşma), kültürel meta olarak nesnel durumda (tablo gibi sanat eserlerine sahiplik) ve kurumlar tarafından sosyal olarak onaylanmak (okul unvanları gibi) şeklindedir. Sembolik sermaye ise onura ve tanınmaya bağlı tüm ritüelleri içerir. Özel bir alanla sınırlı kalmayıp, tüm sermaye türleri içinde bulunur. Bunlar doğuştan ve sonradan elde edilen tüm sıfat ve rütbeleri içerir[124]. Dolayısıyla bilgiye ve kabule dayalı bir sermayedir[125]. Bourdieu'nun ifadelerinden de anlaşılacağı üzere bireyin sosyalizasyon sürecindeki öğrenmelerine bağlı olarak tüm kazanımları kendi kültürel sermayesine yansır. Bireyin konuşurken, eylemde bulunurken ve seçim yaparken kullandığı yollar, ait olduğu sosyal sınıfın özünü ve formunu gösterir. Özellikle beğenileri, kurumlaşmış kültürel sermaye olarak nitelendirildiğinden, kişinin habitusunu oluşturur ve bu bedenine yansır. Böylece habitus bir nevi bireyin alışkanlığını ve yatkınlığını temsil eder. Dolayısı ile zevk ve beğenilerimizin bireysel olmadığı, tersine kaynağını ait olduğu sosyal sınıftan aldığı için toplumsal olduğunu vurgulamak gerekir. Kültürel sermaye, yetişkin bireyin tüm öğrenmelerini, bilgi ve deneyimlerini, alışkanlıklarını, önyargılarını, inançlarını içerir, kısaca bireyin eğilimleri ve yatkınlıkları anlamına gelen habitusunu simgeler. Kişinin sahip olduğu habitus bireysel ve kolektif pratikler yolu ile üretilir ve algıda, davranışta ve düşüncede deneyimlerin birikimine yol açar ve onları tortulaştırır[124]. Böylece birey toplum içinde yeni öğrendiği bilgiler ve kazandığı sembollerle eski bilgilerinden oluşan tortuları etkileşime girmekte ve bunları gereksindiği davranışa dönüştürerek yaşamına devam etmektedir. Dolayısı ile birey, kültürel sermayesini oluşturan öğrenme ve yatkınlıklarını tekrarlarla bir taraftan rutinleştirmekte ve öte yandan da dönüştürerek yeniden üretmektedir. Bireyin yapısı, yapının bireyi dolayimli olarak dönüştürdüğü ve bir sosyal inşa sürecini devam ettirdiğini göstermektedir.

Öte yandan Smith ve Moschis'in, ifade ettikleri üzere sosyalizasyon yaş değişkenine bağlı olarak sadece çocukluk ve adolesanlıkla değil beraberinde yaşlılıkla da ilgilidir. Yaşlı sosyalizasyonunda en önemli süreçler yapısal açıdan toplumsal olanıdır. Fakat daha sonraki dönemlerde fizyolojik baskılar çocuklukta olduğu gibi daha yoğun hale gelebilir[126]. Bu açıklamalar da göstermektedir ki sosyalizasyon süreci yaşlılık döneminde de önemlidir. Yaşlı bireyin yaşamını düzenleyici yönde bir sosyalizasyon sürecine tabi tutulması onun yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini artırması için önem taşımaktadır. Öte yandan bilinçli birey, genel olarak kendi hayatını kontrol gücüne sahip bir bireydir. Dolayısıyla hayatını

düzenlemek kendi elindedir. Yaşlı birey de girdiği her sosyal ilişkide öğrenmesine bağlı olarak bir sosyalizasyon yaşar. Bu demektir ki yaşlının yaşamı bırakmaması, yaşama bağlı olması önem taşır. Yaşlı kişinin, bir huzurevine yerleşmesi yeni arkadaşlıklar kurması, bir hastalığının iyileştirilmesine yönelik tedavi sürecine girmesi gibi yeni durumlar onun sosyalizasyonunu gerektirmektedir. Bu durumlar Bourdieu'nun ifade ettiği gibi onun sosyalizasyon sürecinde çocukken geçirdiği deneyimler, edindiği bilgiler ve ritüellerle kısaca kültürel sermayesi ile yakından ilgilidir[124]. Kimmel ve diğerleri, yaşlı bireyin yeni durumlara uyum yapmasını zorlaştıran en önemli faktörün “güvenli bir ego duygusuna sahip olamama” şeklinde açıklar. Kuşkusuz yaşlı birey güçlü bir ego duygusu oluşturur ise ego entegrasyonunu devam ettirir. Ancak bu olmaz ise benliğine ilişkin endişe oluşur ve ümitsiz bir tavır alır. Bunun adı ise depresyondur. Dolayısıyla yaşamla mücadele edebilmesi için yaşlının bir profesyonelden destek alması gerekir. Profesyonel destek onun yaşam doyumunu arttırıp yaşam kalitesini yükseltecektir[124, 127].

2.11. Yaşlılık ve yaşam kalitesi

Kalitenin kelime anlamı, işletme yönetiminde etkili olmak, işleri zamanında ve doğru yapmak ve müşteriye memnun etmektir. Juran, “kusursuzluk arayışına” sistemli bir yaklaşımdır, şeklinde tanımlansa da, genel olarak kalite, “amaçlananla gerçekleştirilen arasındaki uygunluk” olarak nitelendirilmektedir[128]. Aynı zamanda yaşam kalitesinde önemli olan göstergenin “sürdürülebilir bir iyileşmenin” varlığının olmasıdır. Bunun anlamı yaşlı kişinin istikrarlı bir yaşam sürmesidir. Bu konuya sağlık açısından yaklaşanlara göre yaşam kalitesi ölçümünde amaç, yaşlının mevcut potansiyel durumunun ve var ise hastalığın, kişinin yaşamını algılamada iyi olma durumu üzerindeki etkilerini standart bir şekilde belirlenmesidir[129]. Bu açıdan bakıldığında yaşam kalitesinin ölçümleri objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan değerlendirilebilir[130]. Subjektif ölçümler, yaşamdan duyulan memnuniyet ve memnuniyetsizlik bakımından psikolojiktir. Objektif ölçümler ise genel olarak yaşamını idame ettirecek bir gelir, eğitim ve sağlık koşullarını içeren sosyo-ekonomik değişkenlerdir. Bu değişkenlerle beraber subjektif ölçümlerin içinde değerlendirilebilecek olan “hastalık yükünün” derecesinin de yaşlı bireyler açısından yaşam kalitesinin ölçümleri arasına alınması önerilmektedir [131].

Yaşam kalitesi genel olarak bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak da ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alarak bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde kendi konumları ile ilgili algıları” biçiminde tanımlamaktadır [132]. Dolayısıyla kalite sözcüğü öznellik ve görelilik anlamını da çağrıştırdığı için bireyin algılamaları ile yakından ilgilidir ve bu bağlamda da sosyo-kültürel bir özellik taşımaktadır [133]. Öte yandan sosyo-kültürel bir özellik ve öznellik taşımasındandır ki, sosyolojik açıdan sosyalizasyonla bağlantılıdır. Bu bağlamda kişinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri kişinin yaşamı algılayışında ve yorumlayışında geliştirdiği bir dünya görüşü olarak kabul edilebilir. Bunun Bourdieu’nun kavramsallaştırması ile “kültürel sermayeye ” karşılık geldiğini vurgulamak gerekir.

Yaşlılık ve yaşam kalitesi kavramlarını yan yana getirmek belki bir noktada uygunsuz görülebilir. Yaşlılık döneminin başında bireyin bedensel işlevlerinin azalması ya da kaybı gelir ve yaşam kalitesinin giderek azaldığı bir duruma işaret eder[134]. Bu nedenle yaşlılık döneminde kaliteli bir yaşamın önemi daha çok ortaya çıkar. Çünkü yaşam kalitesi, bireylerin içinde bulunduğu koşullara bağlı olarak deneyimleri sonucu elde ettikleri doyum ve iyilik halidir[135]. Öte yandan çok sık birbirine karıştırılan yaşam kalitesi ile yaşam doyumu kavramlarının da birbirinden farklı olduklarını belirtmek gerekir. Hatta yaşam doyumu yaşam kalitesi kavramının içerisinde sayılır. Neugarten’e göre “yaşam doyumu, bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılması ile oluşan sonuçtur”[135]. Yani bireyin beklentilerine ulaşması durumu ile bilişsel değerlendirmesini yapabilmesidir. Bu nedenle tüm yaşam sürecini kapsar ve bireyin psikolojik durumu ile ilişkilidir. Yaşam kalitesi kavramında ise bireyin “yararlı olma” durumu temel değişken olarak alınır ve yaşlının toplumsal konumu, mental ve fiziksel durumuna ilişkin işlevleri yapabilecek konumda bulunması ilk akla gelen faktörlerdir [131]. Bu bakımdan yaşam doyumu kavramı psikolojik faktöre denk düştüğü için subjektif değerlendirmelerle ilgilidir. Yaşam kalitesinin ise objektif ölçümleri mümkün olmakla beraber subjektif yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir.

Öte yandan yaşam kalitesi kavramının çok yönlü bir doğasının bulunması nedeniyle tek bir disiplini içeren bir tanımda bulunmak açıklayıcı olmaz. Çünkü yaşam kalitesinin bileşenleri arasında hem nesnel hem de öznel bileşenler vardır. Bu bileşenler fiziksel sağlık, eğitim, yeterli ve dengeli beslenme, psikolojik doyum, bağımsızlık düzeyi, sosyal yaşama ve ilişkilere aktif katılım, entelektüel gelişim, cinsiyet eşitliği, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve güvenlik içinde yaşama olarak sayılabilir [129]. Dolayısıyla yaşam kalitesinin bileşenleri,

uygun maliyet için konuşulan genel mekanizmaların değerlendirilmesi kapsamında ve sosyal normlardan ayrı olarak kişinin fiziksel, bilişsel ve sosyal potansiyeline yönelik ölçülmesi olası araçlardan oluşur [131]. Her bir değişken farklı bir disiplini gösterdiğinden yaşam kalitesi tanımları da farklı olacaktır. Ancak yaşlılıkta yaşam kalitesinin göstergelerini farklı araştırmacıların açıklamaları doğrultusunda, özetle dört kategoride değerlendirmek mümkündür[135]. Bunlar;

1.Ekonomik göstergeler: Bu kategoride teknolojik gelişme ve ekonomik büyüme yer almaktadır. Gayri safi milli hasıladan kişi başına düşen yıllık gelir, mülkiyet sahipliği, çalışma koşullarına uygunluk, dayanıklı tüketim malları sahipliği gibi ekonomik göstergelerin görece iyilik halini temsil eder.

2.Sosyal göstergeler: Bu bağlamda yaşlı bireylerin toplum düzeyinde ve gündelik yaşamlarını sürdürmelerine ilişkin değişkenler üzerinde durulur. Burada ifade edilen yaşam kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. Bu değişkenlerin içinde en ilgi çekici olanlar; sosyal ilişkilerde aktiflik, sosyal güvence, bilgi ve deneyim sahipliği, dengeli beslenme durumu, konut ve çevre koşullarının bireyin yaşamasına olan uygunluğu, kamu güvenliği, sağlık durumunun görece iyi olma hali, fiziki hareketlilik kapasitesine sahiplik (seyahat ve gezi olanaklarına yönelik performans)'tir.

3.Psikolojik göstergeler: Bu göstergenin kapsamında yaşlının genel mutluluk ve doyum duyguları yer alır. Yaşlı bireyler açısından aile, akraba ve arkadaş çevresi dediğimiz sosyal çevresinden aldığı doyum, kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyet, kısaca yaşamından aldığı doyum gibi faktörler sayılabilir.

4.Sağlık göstergeleri: Bu kategoride tümüyle bireyin sağlığına yönelik faktörler vardır. Bunlar zihinsel, ruhsal ve fiziksel sağlık durumu ile ilgili olmak ile birlikte bu hizmetlerden yararlanma durumunu da kapsar. Bu açıdan bakıldığında yaşam kalitesi dört farklı göstergenin birbiri ile ilişkili olduğu ve görece iyi olma halini kapsadığı görülür. Bu nedenle yaşam kalitesi yaşam doyumu ve başarılı yaşlanma durumu birbirlerinden farklı şekilde tanımlansa da birbirleri ile ilişkili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda başarılı yaşlanma kapsamı içinde yaşam kalitesi, bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, maddi olanaklara sahip olmak, sağlık sorunlarını en aza indirmeyi gerekli kılan koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde bulunmak ve yaşama pozitif bankasını başarabilmek anlamına gelmektedir [124]. Caron'un tarif ettiği gibi, bireysel iyilik hali ile toplumsal iyilik hali

başarılı yaşlanmanın göstergesidir[124]. Öte yandan yaşlı bireyin kendi yaşlılık sürecini yönetme aktivitesine sahip olma ve bunun için bir yol bulabilme becerisini gösterebilmesi de başarılı yaşlanmanın değişkenleri arasında yer almaktadır [136]. Aynı durum yaşam kalitesinin de göstergeleri olarak sayılabilir. Öte yandan sosyal ağlara katılım yaşamın pek çok zorluklarını göğüslemek bakımından önem taşımaktadır. Bu bağlamda yaşlı bireylerin yaşama bağlanma çabaları göstermesi yaşam kalitelerinin artmasına işaret eder. Özellikle sosyal ilişkilerin genişliğinin yaşlanmanın olumsuz durumlarını yok ettiği, sosyal rollerin yitirilmesi karşısında bir denge oluşturduğu söylenmektedir. Sosyal ilişki ağı, yaşlılar için bir destek mekanizmasıdır. Bu da yaşlının kendine olan güven duygusunun ve kişisel değerlilik algısının artmasını ve sosyal yeterliliğinin güçlü olmasını sağlar[124]. Araştırmalar sosyal ilişki ağının genişliği yaşlının psikolojik doyumunu pozitif yönde etkilediğini vurgulamaktadır. Özellikle aile ilişkilerinin güçlü olması, arkadaşlarının destek vermesi, birbirlerine bilgi ve eşlik etmesi yaşlılarda yaşam doyumunu artıran etkenler olarak saptanmıştır[124, 137]. Böylece sosyal etkileşim ile kişisel uyum arasındaki ilişkinin güçlü olması ve bu durumun süreklilik göstermesi, yaşlı bireyin yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini arttırmaktadır[124].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma kesitsel tanımlayıcı çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10/03/206 tarihinde 2015/07-25 karar numarası ile etik uygunluk alınmış ve 20/01/2017 tarihinde İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü etik kurulundan geçmiştir.

Bu çalışmada, yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşam ve mutlulukla ilişkisi irdelenmiştir. Böylece yaşlılık döneminde ölüm kaygısına ilişkin farklı bakış açısı ortaya koyacak bir araştırma yürütülmüştür. Bu çalışmaya 01.04.2017- 31.05.2017 tarihleri arasında İzmir merkez ilçelerindeki 11 ASM' ye çeşitli nedenlerle başvuran 65-74 yaş ve 75 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde yaşayan 65 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. İzmir İl Halk Sağlığı müdürlüğünden elde edilen verilere göre bu kapsamda 65-74 yaş arası 157.802, 75 yaş ve üzeri 99.055 olmak üzere toplam 256.857 kişi mevcuttur. Örneklem sayısı her bir yaş grubu için, evreni bilinen örneklem hesaplama formülüne $\{n: N.t2.p.q/d2.(N-1)+t2.p.q\}$ göre ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasını ifade etmektedir.

Çalışmada p değeri 0,20; q değeri 0,80; d değeri 0,04 olarak alınmıştır.

Hesaplamalar %95 güven düzeyi ve %5 hata payı, t:1.96, d:0.05, p:0.2, q:0.8 değerleri kullanılarak yapılmıştır. Daha sonra yaşa göre tabakalanmış örneklem hesaplarımız, 11 merkez ilçede ilgili yaş gruplarına orantılı olarak bölünüp, her bir ilçeden yaş grubuna göre alınması gereken minimum kişi sayısı elde edilmiştir. Bu şekilde yapılan hesaplar sonucunda örnekleme alınması gereken kişi sayısının en az 771 olması gerektiği hesaplanmış olup ayrıntılı bilgi tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo-1. Nüfus dağılımına göre ilçelerde ulaşılması hedeflenen kişi sayıları

	Evren				Örneklem	
	65-74		≥ 75		Sayı	
	Sayı	%	Sayı	%	65-74	≥ 75
BALÇOVA	6512	4,13	3929	3,97	16	15
BAYRAKLI	15502	9,82	3929	3,97	38	30
BORNOVA	19999	12,67	11879	11,99	49	46
BUCA	20.213	12,81	12.009	12,12	49	47
ÇİĞLİ	7746	4,91	4025	4,06	19	16
GAZİEMİR	4665	2,96	2480	2,50	11	10
GÜZELBAHÇE	1915	1,21	1191	1,20	5	5
KARABAĞLAR	24171	15,32	14631	14,77	59	57
KARŞIYAKA	25264	16,01	16943	17,10	62	66
KONAK	28046	17,77	22224	22,44	68	86
NARLIDERE	3769	2,39	2000	2,02	9	8
Toplam	157802	100,00	99055	100,00	385	386

3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri:

Dahil etme kriterleri:

- a) Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- b) 65 ve üzeri yaşta olmak
- c) Okur-yazar olma

Dışlama kriterleri:

- a) Demans, deliryum gibi bilinç bozukluğunun olmaması
- b) Kanser, son dönem böbrek yetmezliği gibi ölümcül bir hastalığın olmaması
- c) Okur-yazar olmama
- d) Çalışmaya katılmayı reddetme
- e) Aydınlatılmış onam formunu imzalamak istememe

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya alınan hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle öncelikle Standardize Mini Mental Test uygulanmış, okuma yazma bilen ancak eğitimsiz gruba da Saat Çizme Testi yapılmıştır. Ardından yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, sürekli ilaç kullanımını gerektirecek fiziksel ve ruhsal hastalıkları gibi çeşitli sosyodemografik özellikler de sorgulanarak sosyodemografik veri formuna kaydedilmiştir. Görüşme sırasında son bir yıl içerisinde bir yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri ve buna bağlı olarak bir yas reaksiyonu yaşayıp yaşamadıkları ve ibadetle rahatlayıp rahatlamadıkları da değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerinin sayı ve yüzdelik değerleri verilerek yaş değişkeni tabakalandırılmıştır. Yaşlı bireylerin yaşlılık dönemine ilişkin olumlu ve olumsuz görüşlerinin değerlendirilmesi ile ilgili sorular konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır[138, 139]. İfadelere verilen yanıtlar “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak 3 kategoride ele alınmıştır Bu bölümden sonra katılımcılara Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-K), Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu (OMÖ-K), Barthel İndeksi ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

uygulanmıştır. Sorular tek tek okunarak yanıt vermeleri sağlanmış olup görüşme yaklaşık olarak 45 dakika sürmüştür.

3.4. İstatistiksel yöntem

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilecek, kısa, kullanışlı ve standardize bir metottur. Bugün için de, klinik pratikte, bilişsel bozuklukların saptanmas, demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtın izlenmesinde; araştırma sahasında da toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvuruolan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir. Mini mental test; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere 5 ana başlık altında toplanmıştır. 11 maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Geleneksel olarak 24 ila 30 arasındaki puanlar normal kabul edilir. Skorun 24'ün altında olması kognitif bozukluğa işaret eder. Bununla beraber normal sınırı 27 ve üstü kabul edenler de vardır[140].

3.5.2. Saat Çizme Testi (SÇT)

Standardize mini mental test ile tam olarak değerlendirilemeyen planlama ve yapılandırma alanlarını inceler. Bu testte hastaya bir saat çizmesi söylenir, ardından saate çizerek gösterdikleri zamanı söylemeleri istenir. 6-7 puan normal iken 0 ile 5 arasındaki puanlar kognisyonun planlama ve yapılandırma alanlarında bozulma olduğunu gösterir[140].

Puanlandırma kriterleri:

Saat kadranının tepesine 12 yazılmış: 2 puan

12 rakamın hepsi tam olarak yazılmış: 1 puan

Birbirinden ayırt edilebilen 2 saat kolu var: 2 puan

Saat kadranı üzerinde çizili olan zaman rakamlarla doğru şekilde yazılmış: 2 puan

Maksimum puan: 7 puan

3.5.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form (GDÖ-K)

Yaşlı hastalarda depresyon taraması yapılması için 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1991 yılında ise kullanım kolaylığı açısından Burke ve arkadaşları tarafından 15 soruluk kısa formunun geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Geriatrik depresyon skalası-kısa formu hızlı ve kolay uygulanabilir bir tarama testidir. Sorulara evet veya hayır yanıtı verilmesi istenir. Toplam puan 0-15 arası değişir. Beş puan üzeri depresyonla uyumlu olabilir, hastanın kliniğiyle değerlendirilmesi gerekir. Demanslı hastalara uygulanabilir olması bir avantajıdır. Testin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından 30'u depresyonlu 276 hasta üzerinde 2000 yılında araştırılmış ve Türkiye'deki depresyonun taramasında kullanılmasında güvenilir olduğu saptanmıştır[141].

3.5.4. Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Form (OMÖ-K)

Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu-OMÖ-K (Hills ve Argyle, 2002) mutluluk düzeyini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş 7 maddelik bir ölçektir. Bu çalışmada OMÖ-K Türkçe'ye çevrilmiş ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Çalışma, Sakarya Üniversitesi'nde öğrenimlerine devam etmekte olan 532 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Veri toplama araçları olarak OMÖ-K ile birlikte Yaşam Doyumu Ölçeği, Yaşam Yönelim Testi ve Zung Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. OMÖ-K'nun psikometrik özellikleri madde analizi, açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, benzer ölçek geçerliği, iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleriyle incelenmiştir. Faktör analizi sonuçları ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. Benzer ölçek geçerliği kapsamında OMÖ-K ile Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşam Yönelimi Testi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. OMÖ-K ile Zung Depresyon Ölçeği arasında ise negatif yönde manidar ilişki bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık ve test tekrar test güvenirlik katsayıları sırasıyla .74 ve .85 olarak saptanmıştır. Sonuç olarak OMÖ-K' nun mutluluğunu ölçmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir. 5'li likert tipi bir ölçek olup, ölçekten alınabilecek puan 7-35 arasında değişmektedir. 1. ve 7.madde olumsuz olup ters puanlanır.

Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin mutluluk düzeyinin yüksekliğini ifade etmektedir[142].

3.5.5. Barthel İndeksi

Günlük yaşam aktivitelerinin test edilmesi için geliştirilen ve en sık kullanılan ölçek Barthel İndeksi'dir. Bu testin amacı, hastanın günlük işlerinde ne yaptığını kaydetmektir. Hastanın ne yapabileceğini öğrenmek hedeflenmemiştir. Değerlendirilen işler gaita kontinansı, idrar kontinansı, beslenme, yıkanma (yüz yıkama, saç bakımı, tıraş), giyinme, transfer, tuvalet kullanma, mobilite, basamak çıkma ve banyodan oluşmaktadır. Hastanın bu işleri bağımsız veya yardımlı yapmasına göre puanlanır. Toplam puan 0-100 arası değişir. Alınan skor bağımsızlık derecesini gösterir, ne kadar çok puan alınırsa temel GYA'lar o kadar bağımsız yapılmaktadır[141].

3.5.6. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Templer'in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik toplam 15 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir[39]. Sorular evet/hayır şeklinde cevaplanır. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir "evet" yanıtı için "1", "hayır" yanıtı için "0", diğer 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için ise "0" puan alınır. Alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Testten alınabilen en yüksek puan 15 olup, 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "ağır düzeyde", 15 puan "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak değerlendirilmektedir[80]. Ölüme ilişkin olarak ortaya çıkan kaygı, korku, dehşet gibi duyguları dile getiren ifadelerden oluşan bu ölçek, birçok araştırmada kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır Templer(1970), ölçeğinin güvenilirlik katsayısı Kuder Richardson formülüne göre 0.76, product-moment korelasyon katsayısı 0.83 olarak bildirmiştir. Türkçe'ye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa 0.72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.80 bulunmuştur. Şenol 1989 yılında yürüttüğü çalışmayla ÖKÖ'ni dilimize çevirmiş, görünüm geçerliği ve test-tekrar test teknikleriyle güvenilirlik ve geçerlik hesaplamaları yapmıştır. Çalışmada ÖKÖ için test-tekrar test tekniğiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.86 bulunmuştur[32, 39, 80, 86].

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya 65-74 yaş arasında 386, 75 yaş ve üzeri 396 hasta dahil ettik. Hastaların %39'u erkek, ortalama yaşı 73.9 ± 5.5 idi. Hastaların yarısının geliri giderine eşitti. %68'i evliydi. %44.5'u ilkokul mezunu, %40'ı emekli idi. %76'sının sürekli ilaç kullanımını gerektiricek hastalığı mevcuttu. Hastalarımızın demografik ve klinik özellikleri Tablo-2' de gösterilmiştir.

Tablo-2. Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş	65,0 - 92,0	75,0	73,9 ± 5,5
Yaş	65-74 Yaş		386 49%
	≥75 Yaş		396 51%
Cinsiyet	Kadın		476 61%
	Erkek		306 39%
Eğitim Durumu			
İlkokul			348 44,50%
Ortaokul			131 16,75%
Lise			201 25,70%
Üniversite			93 11,89%
Yükseklisans			9 1,15%
Medeni Durum			
Bekar			38 5%
Evli			535 68%
Eşi Vefat			153 20%
Boşanmış/Ayrı			56 7%
Gelir			
Giderden Az			87 11,1%
Gidere Eşit			410 52,6%
Giderden Fazla			285 36,3%

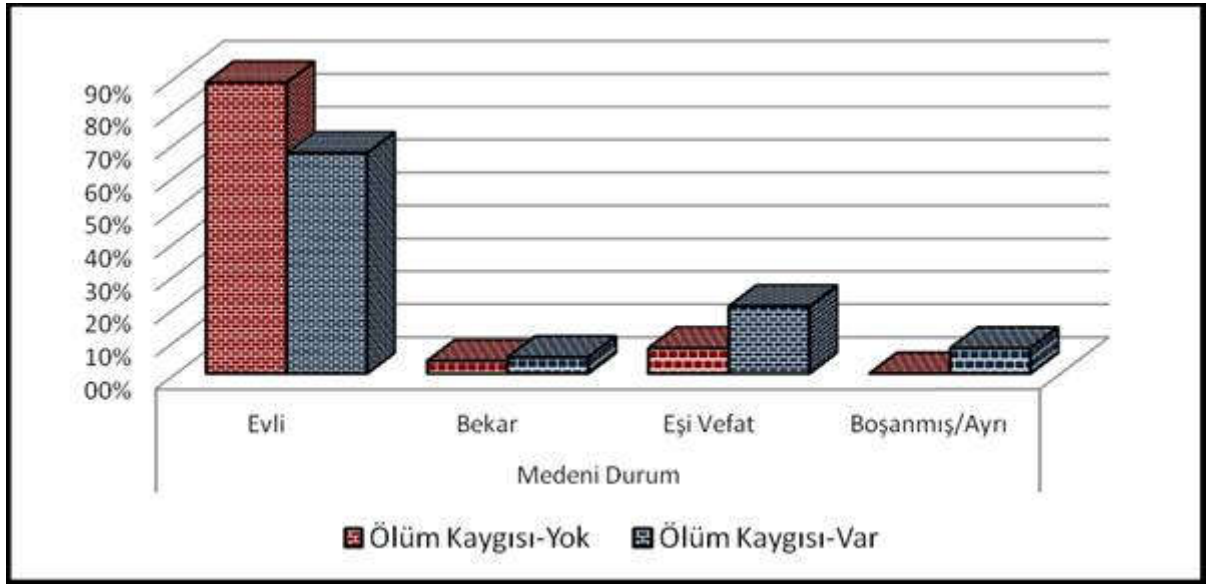
<i>Yaşadığı Yer</i>			
Balçova	30	3,8%	
Bayraklı	68	8,7%	
Bornova	95	12,1%	
Buca	96	12,3%	
Çiğli	36	4,6%	
Gaziemir	22	2,8%	
Güzelbahçe	12	1,5%	
Karabağlar	114	14,6%	
Karşıyaka	139	17,8%	
Konak	153	19,6%	
Narlidere	17	2,2%	
Sürekli İlaç Kullanımı yok	188	24%	
Hipertansiyon	236	30%	
Şeker Hastalığı	141	18%	
Kalp Hastalığı	83	11%	
Kolesterol Yüksekliği	137	18%	
Depresyon	49	6%	
Ek Hastalık	560	72%	
<i>Kiminle Yaşıyor</i>			
Yalnız	17	23%	
Eşle	523	67%	
Çocuklarla	57	7%	
Eş Ve Çocukla	17	2%	
Diğer	8	1%	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	14%
	Çalışmıyor	328	42%
	Emekli	346	44%

Yaş ≥ 75 olan grupta ölüm kaygısı skoru 65-74 yaş grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Erkeklerde ölüm kaygısı skoru kadınlardan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Eğitim durumuna göre ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Bekar-dullarda ölüm kaygısı skoru evlilerden anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Gelir düzeyi yüksek olanlarda ölüm kaygısı skoru geliri giderden az olan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Başkasıyla yada yalnız yaşayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Emeklilerde ölüm kaygısı skoru çalışan ve çalışmayan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 3)

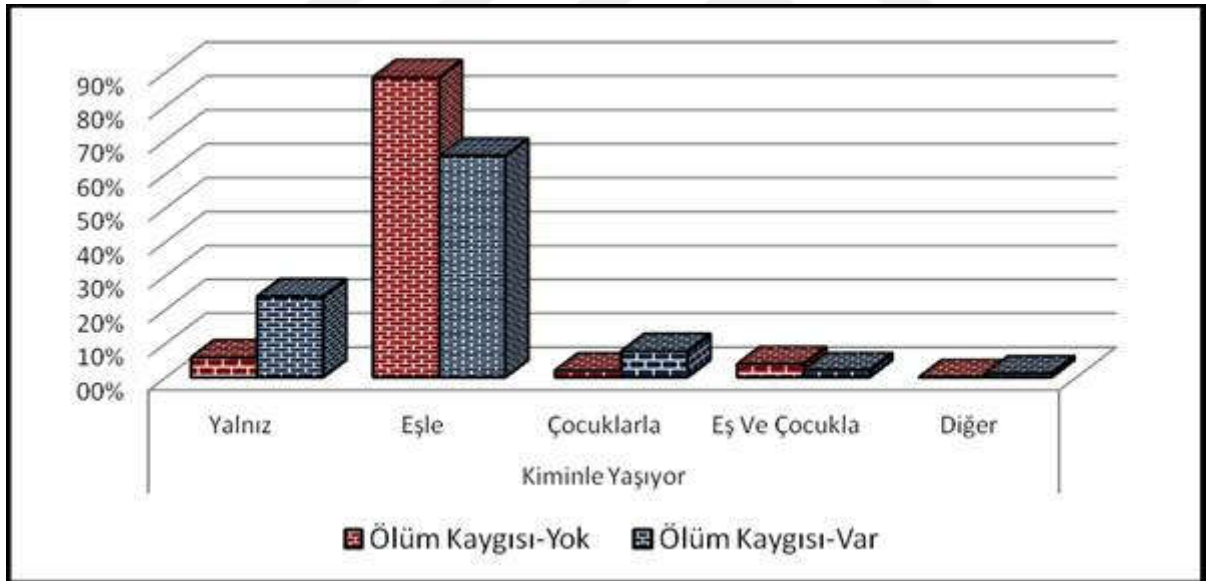
Tablo-3: Sosyodemografik değişkenlere göre ölüm kaygısı skorları

		Ölüm Kaygısı Skoru			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	
Yaş	65-74 Yaş	4.0 - 13.0	9.0	8.6 ± 1.5	0.000 ^m
	≥ 75 Yaş	5.0 - 12.0	9.0	9.1 ± 1.5	
Cinsiyet	Kadın	4.0 - 12.0	9.0	8.7 ± 1.5	0.017 ^m
	Erkek	4.0 - 13.0	9.0	9.0 ± 1.6	
Eğitim Durumu	İlkokul	6.0 - 12.0	9.0	8.8 ± 1.4	0.215 ^k
	Ortaokul	4.0 - 12.0	9.0	9.0 ± 1.9	
	Lise	4.0 - 13.0	9.0	8.7 ± 1.5	
	Üniversite	5.0 - 11.0	9.0	8.7 ± 1.3	
	Yükseklisans	9.0 - 10.0	9.0	9.4 ± 0.5	
Medeni Durum	Bekar-Dul	6.0 - 12.0	9.0	9.0 ± 1.5	0.043 ^m
	Evli	4.0 - 13.0	9.0	8.7 ± 1.5	
Gelir	Giderden az	6.0 - 11.0	8.0	8.5 ± 1.4	0.032 ^m
	Gidere eşit yada fazla	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	6.0 - 12.0	9.0	8.9 ± 1.5	0.599 ^m
	Aile -Diğer	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4.0 - 12.0	9.0	8.7 ± 1.6	0.003 ^k
	Çalışmıyor	4.0 - 12.0	9.0	8.6 ± 1.5	
	Emekli	5.0 - 13.0	9.0	9.0 ± 1.5	

^k Kruskal-wallis / ^m Mann-whitney u test



Şekil-1 : Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupların medeni duruma göre dağılımlar



Şekil-2 : Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupların kiminle yaşadığına göre dağılımları

Tablo-4. Yaşlı Bireylerin Yaşlılık Dönemine İlişkin Görüşleri

		n	%
Yas Reaksiyonu	Var	112	15%
	Yok	670	92%
İbadetle Rahatlama	Evet	574	78%
	Hayır	208	28%
Yaşlılık Plan Gerçekleştirme	Evet	496	68%
	Hayır	286	39%
Zevkli Yanları	Evet	644	88%
	Hayır	138	19%
Boş Zaman Değerlendirme Dönemi	Evet	467	64%
	Hayır	315	43%
Muhtaç Olmaktan Çekinirler	Evet	709	97%
	Hayır	73	10%
Toplum Tarafından Dışlanırlar	Evet	208	28%
	Hayır	574	78%
Sağlıklı Yaşamaya Çalışırım	Evet	508	69%
	Hayır	274	37%

Hastaların %14'ü son 1 yılda yas reaksiyonu yaşamıştı. İbadetle rahatlamaya %73'ü evet yanıtını verdi. 'Yaşlılık bireyin planlarını gerçekleştireceği bir dönemdir.' ifadesine %63'ü, 'Yaşlılığın bazı zorlukları olduğu gibi zevkli yanları da vardır.' ifadesine %82'si, 'Yaşlılık boş zamanların değerlendirildiği bir dönemdir.' ifadesine %60'ı, 'Yaşlılar birine muhtaç olmaktan çekinirler.' ifadesine %91'i, 'Yaşlılar toplum tarafından dışlanırlar.' ifadesine %27'si, 'Sağlıklı yaşamaya çalışırım.' ifadesine %65'i evet yanıtını verdi. Hastalarımızın yaşlılık dönemine ilişkin görüşleri Tablo-4' de gösterilmiştir.

Tablo-5: Yaşlılık dönemine ilişkin görüşlerin ölüm kaygısı skorları

		Ölüm Kaygısı Skoru			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	
Yas Reaksiyonu	Var	6.0 - 11.0	8.0	8.4 ± 1.3	0.000 ^m
	Yok	4.0 - 13.0	9.0	8.9 ± 1.5	
İbadetle Rahatlama	Evet	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.6	0.868 ^m
	Hayır	5.0 - 11.0	9.0	8.8 ± 1.4	
Yaşlılık Plan Gerçekleştirme	Evet	4.0 - 13.0	9.0	8.7 ± 1.4	0.254 ^m
	Hayır	4.0 - 12.0	9.0	8.9 ± 1.6	
Zevkli Yanları	Evet	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	0.065 ^m
	Hayır	6.0 - 12.0	8.0	8.7 ± 1.5	
Boş Zaman Değerlendirme	Evet	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	0.173 ^m
	Hayır	6.0 - 12.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Muhtaç Olmaktan Çekinirler	Evet	4.0 - 13.0	9.0	8.9 ± 1.5	0.000 ^m
	Hayır	5.0 - 11.0	8.0	8.1 ± 1.3	
Toplum Tarafından Dışlanırlar	Evet	5.0 - 11.0	8.0	8.3 ± 1.3	0.000 ^m
	Hayır	4.0 - 13.0	9.0	9.0 ± 1.6	
Sağlıklı Yaşamaya Çalışırım	Evet	4.0 - 13.0	9.0	9.0 ± 1.5	0.000 ^m
	Hayır	4.0 - 12.0	8.0	8.5 ± 1.5	

^m Mann-whitney u test

Yas reaksiyonu olmayan grupta ölüm kaygısı skoru yas reaksiyonu olan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. İbadetle rahatlama olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Yaşlılık plan gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyen grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Zevkli yanları olduğunu düşünen ve düşünmeyen grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Boş zaman değerlendiren ve değerlendirmeyen grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Muhtaç olmaktan çekinen grupta ölüm kaygısı skoru muhtaç olmaktan çekinmeyen gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Muhtaç olmaktan çekinen grupta ölüm kaygısı skoru muhtaç olmaktan çekinmeyen gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Toplum tarafında dışlandığını düşünmeyen grupta ölüm kaygısı skoru toplum tarafından dışlandığını düşünen gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Sağlıklı yaşamaya çalışan grupta ölüm kaygısı skoru sağlıklı yaşamaya çalışmayan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 5)

Tablo-6: Hastalık durumlarına göre ölüm kaygısı skorları

		Ölüm Kaygısı Skoru			P
		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	4.0 - 12.0	9.0	8.8 ± 1.5	0.815 ^m
	Yok	5.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Hipertansiyon	Var	4.0 - 13.0	9.0	9.0 ± 1.6	0.044 ^m
	Yok	4.0 - 12.0	9.0	8.7 ± 1.5	
Şeker Hastalığı	Var	5.0 - 12.0	9.0	9.0 ± 1.6	0.093 ^m
	Yok	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Kalp Hastalığı	Var	4.0 - 12.0	9.0	8.9 ± 1.6	0.423 ^m
	Yok	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Kolesterol Yüksekliği	Var	5.0 - 12.0	9.0	8.9 ± 1.8	0.650 ^m
	Yok	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	
Depresyon	Var	6.0 - 10.0	8.0	8.0 ± 1.3	0.000 ^m
	Yok	4.0 - 13.0	9.0	8.9 ± 1.5	
Ek Hastalık	Var	4.0 - 13.0	9.0	8.8 ± 1.5	0.518 ^m
	Yok	5.0 - 12.0	9.0	8.9 ± 1.5	

^m Mann-whitney u test

Sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Hipertansiyon olan grupta ölüm kaygısı skoru hipertansiyon olmayan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Şeker hastalığı olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Kalp hastalığı olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Kolesterol yüksekliği olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresyon olmayan grupta ölüm kaygısı skoru depresyon olan gruptan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Ek hastalık olan ve olmayan grupta ölüm kaygısı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 6)

4.2. Ölçek Puanları

Tablo 7 'de hastaların SÇT, SMMT, Barthel İndeksi, OMÖ-K, GDÖ-K ve ÖKÖ ölçek puanları verilmiştir. SÇT' i okuma yazma bilen fakat eğitimsiz, SMMT yapılamayan 67 kişiye uygulandı. Yalnızca çalışmaya katılan yaşlıların %3.45' inde kognisyonun yapılandırma ve planlama alanlarında bozulma olduğu kayıt edildi. SMMT' den alınan puan ortalaması $25,0 \pm 2,7$ idi. Çalışmaya alınan yaşlıların yalnızca %19' unda hafif demans saptı. Barthel İndeksi, ASM' ye çoğu zaman ayaktan başvuran bireylere uygulandığından ortalama

puan $99,6 \pm 1,9$ olup, fiziksel olarak tam bağımsız olarak değerlendirildi. OMÖ-K' nın ortalama puanı $24,2 \pm 5,7$ saptandı. OMÖ-K' dan alınan puan arttıkça mutluluk düzeyi artmaktadır. GDÖ' den alınan ortalama puan $7,3 \pm 1,8$ olup, hafif depresyon olarak değerlendirildi. ÖKÖ' den ortalama $8,8 \pm 1,5$ puan alındı. Bu, kesme puanı 7'ye göre değerlendirildiğinde yüksek ölüm kaygısı 'var' şeklinde kabul edildi.

Tablo-7: Yaşlı hastaların SÇT, SMMT, ÖKÖ, GDÖ-K, OMÖ-K ve Barthel İndeksi ölçek puanları								
		Min-Mak			Medyan	Ort.±s.s./n-%		
Saat Çizme Testi	<i>Yapılmadı</i>					715		91.43%
	0-5					27		3.45%
	6-7 Normal					40		5.11%
Standardize Mini Mental		18,0	-	30,0	25,0	25,0	±	2,7
Standardize Mini Mental	Normal					636		81%
	Hafif Demans					146		19%
Barthel İndeksi		75,0	-	100,0	100,0	99,6	±	1,9
Barthel İndeksi								
Tam Bağımsız						743		95%
Hafif Derecede Bağımlı						36		5%
Orta Derecede Bağımlı						3		0%
Oxford Mutluluk Ölçeği		9,0	-	35,0	24,0	24,2	±	5,7
Geriatrik Depresyon Ölçeği		2,0	-	11,0	7,0	7,3	±	1,8
Ölüm Kaygısı Ölçeği		4,0	-	13,0	9,0	8,8	±	1,5
Ölüm Kaygısı	Yok					52		7%
	Var					730		93%

Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta standardize mini mental skoru, demans oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta barthel indeks skoru, bağımlılık oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta Oxford mutluluk ölçek skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta geriatrik depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 8)

Tablo-8: Ölüm kaygısı olan ve olmayan gruplarda ölçek skorlarının dağılımı

	Ölüm Kaygısı-Yok		Ölüm Kaygısı-Var		p
	Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Standardize Mini Mental	25.0 ± 2.4	25.0	25.0 ± 2.7	25.0	0.949 ^m
Normal	45	86.5%	591	81.0%	0.318 ^{x²}
Hafif Demans	7	13.5%	139	19.0%	
Barthel İndeksi	100.0 ± .0	100.0	99.6 ± 2.0	100.0	0.088 ^m
Barthel İndeksi					
Tam Bağımsız	52	100.0%	691	94.7%	0.087 ^{x²}
Hafif Derecede Bağımlı	0	0.0%	36	4.9%	
Orta Derecede Bağımlı	0	0.0%	3	0.4%	
Oxford Mutluluk Ölçeği	24.6 ± 4.9	23.5	24.1 ± 5.8	24.0	0.469 ^m
Geriatrik Depresyon	7.1 ± 2.0	7.5	7.3 ± 1.7	7.0	0.710 ^m
Ölüm Kaygısı	5.7 ± .6	6.0	9.0 ± 1.3	9.0	

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

5. TARTIŞMA

Ölüm yaşamımızı her dönemde şekillendiren önemli bir konudur. Günümüzde tedavi ve sağlık alanındaki önemli gelişmeler ölüm karşısında insanların hissettiği kaygı ve çaresizlik duygularını ortadan kaldıramamıştır. Hayatın her döneminde insan ortaya çıkabilen ölümle ilgili düşünceler yaşlılık döneminde belirgin olarak görülür ve insanın bu konuyla daha çok yüzleşmesine neden olabilir. Bazıları bu süreçte bir umutsuzluk ve ölümden korkma duygusu yaşarken, bazıları da ölümü yaşamın bir doğal parçası olarak görür, ürettiklerinden hoşnutturlar, ölümden korkmazlar ve metanetle karşılarlar[143].

ASM' lere başvuran ölümcül hastalığı olmayan yaşlı hastalarda ölüm kaygısını araştırdığımız bu çalışmada, bu hasta grubun da ölüm kaygısının eğitim, gelir dağılımı cinsiyet gibi sosyodemografik değişkenler, depresyon varlığı, fiziksel hastalığa bağlı olarak yaşam kalitesinin etkilenmesi gibi klinik değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkisi saptanmamıştır. Bu veriler literatürdeki çalışmaların bazılarıyla uyumluyken bazılarıyla da uyumsuzdur.

Ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği düşünülen en önemli değişken yaştır. Genel beklenti yaştan artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna yaklaştıkça ölüm kaygısının artacağıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda bu beklentiye ters bulgular da çokça mevcuttur[5]. Yaşlılık döneminde değişik düzeylerde görülen ölüm kaygısının, yaşlı nüfus içinde yaş artışı ile birlikte artmadığı, aksine yaş arttıkça azaldığı ve bir süre sonra belli bir düzeyde sabit kaldığı saptanmıştır[77, 144, 145]. Bu çalışmalardan birinde Kalish ölüm kaygısını gençlerde %40, orta yaşta %25, yaşlılarda %10 oranında bulmuştur[146]. Benzer şekilde Nelson, ve Stevens ve arkadaşları yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmalarda yaştan artmasına paralel olarak ölüm kaygısının azaldığını tespit etmişlerdir[147, 148]. Çoğunlukla yaşlı bireylerin genç ve orta yaş erişkinlere göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları ve de ölüm kaygısının yaşlılarda belli bir yaştan sonra negatif doğrusal bir seyir izlediği görülmüştür. Bir çalışmada 70 li yaşların ortasındaki bireylerin, 60 lı yaşların sonundaki bireylere göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları bulunmuştur[77, 149, 150]. Şenol 60-64 yaş grubundaki yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini, 65-69 ve 70 ve üzeri yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulurken, 70 ve üzeri yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulmuştur[150]. Keller ve arkadaşları orta yaş ve orta yaş sonrası bireyler gençlerle karşılaştırıldığında daha az ölüm kaygısı gösterdikleri, yaşlı grubun ise gençlere göre oldukça düşük düzeyde ölüm kaygısı taşıdıklarını aktarmışlardır. Ayrıca yaşlı bireylerin kendi ölümleri hakkında daha az kaygılanmalarına rağmen başkalarının ölümü için daha çok kaygılandıkları gösterilmiştir[44].

Beklentilere uygun şekilde yaşla ölüm kaygısının arttığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan Erdoğan ve Özkan'ın 16 yaş üstü kişileri değerlendirdiği çalışmada, 60 yaşın üzerindeki bireylerde ölüm kaygısının diğer yaş gruplarına oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır[59]. Bu çalışmanın bulgularına benzer saptamalar yapan başka çalışmalar da vardır. Galt ve Hayslip'in yürüttüğü gençlerde ve yaşlılarda ölüm kaygısının karşılaştırıldığı çalışmada, gençlerde ölüm kaygısı daha düşük görülmüştür[41]. Russac ve arkadaşları 18-87 yaş arası 304 kadın ve erkekte ölüm kaygısını inceledikleri araştırmada her iki cinsiyette de ölüm kaygısının yirmili yaşlarda tepe noktasına ulaştığı; kadınlarda 50' li yaşlarda ikinci bir tepe noktası daha yaptığını kaydetmişlerdir[45].

Çalışmamızda yaş 75 ve üzeri olan grupta ölüm kaygısı skoru 65-74 yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu bakımdan konuyla ilgili literatürdeki birçok çalışmayla uyumlu olduğu görülmüştür.

Buna karşın kimi çalışmalarda ölüm kaygısı ile yaş arasında ilişki olmadığı da bulunmuştur. Fortner ve Neimeyer'in 1999 yılında, ölüm kaygısı ile çeşitli değişkenlerin incelendiği 49 araştırmayı kapsayan meta analizinde birçok değişkenin aksine yaş ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki saptanmamıştır[45]. Aynı şekilde Zehra ÖZTÜRK' ün 2010 yılında, psikiyatri polikliniğine çeşitli kliniklerden konsültasyon ile başvuran 60 yaş üstü 200 hasta (117 erkek, 83 kadın) ile yaşlı bireylerdeki ölüm kaygısını araştırdığı çalışmada yaşla ölüm kaygısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır[6].

Ölüm kaygısı ve cinsiyet konusunda yapılan çalışmaların çoğunda kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları görülmüştür. Madnawat ve arkadaşları kadınlarda yaşla beraber ölüm kaygısının arttığını bulmuşlardır[151]. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada kadın olgularda ölüm kaygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir[150]. Depaola ve arkadaşları yaş ortalamaları 69,4 olan 198 kişide yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı ancak kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla ölüm kaygısı taşıdığını bildirmişlerdir[91]. Abdel-Khalek ve arkadaşları klinik ve klinik olmayan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada kadınlarda ölüm kaygısı ölçeği puanlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir[57]. Kadınlarda ölüm kaygısının daha çok dışa vurulması ve erkeklerin geleneksel olarak cesur olmalarının beklendiği kültürlerin bir sonucu olarak kadınlarda ölüm kaygısının daha fazla görüldüğü sıkça bildirilmektedir[55]. Zehra' nın çalışmasında da ölüm kaygı puanları kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, ölüm kaygı ve ölüm depresyon puanları arasında cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir[6].

Bizim çalışmamızda, erkeklerde ölüm kaygısı skoru kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu bulgu literatürde bildirilen pek çok sonuç ile çelişkili görünmektedir. Öte yandan ülkemizde yapılan başka bir çalışmada cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır[59]. Aynı şekilde Fortner ve Neimeyer'in yaptığı metaanalizde de cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir[59]. Bu bulgular ışığında kültürel bir özellik olup olmadığı araştırılması gereken bir nokta gibi görünmektedir.

Daha önceki araştırmaların bir kısmında medeni durum ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel bir fark gösterilmemişken[150, 152]; çalışmaların çoğunda evli olanların bekar olanlara göre ölüm kaygıları daha yüksek saptanmıştır[59, 153]. Zehra' nın çalışmasında evli olanların bekar olanlara göre ölüm kaygı puanlarının daha düşük olduğunu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı görülmüştür[6]. Benzer şekilde bizim çalışmamızda ölüm kaygısı olanlarda bekar-dul olanların oranları ölüm kaygısı olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0.05$). Evli olanların bekar-dul olanlara göre ölüm kaygılarının düşük olmasının kişinin eş ve çocukları sayesinde neslini sürdürdüğünün farkında olması veya onlardan gördüğü sosyal destek, daha az sosyal izolasyon ile ilişkili olduğu sonucuna varılabilir[59].

Ramos ve arkadaşları Templer' ın ölüm kaygısı ölçeğinin İspanyol formunu kullandıkları araştırmalarında ölüm düşüncesi sıklığı ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönde bir korelasyon saptamışlardır[59]. Erdoğan ve Özkan'ın çalışmasında da ölümü hatırlama sıklıklarına göre kişilerin ölüm kaygısı ortalama ölçek puanlarının değiştiği görülmüştür[154]. Thorson-Powell ÖKÖ kullanarak yaptıkları çalışmalarında ölümü çok sık hatırlayanların puan ortalaması 90,53; ara sıra hatırlayanların 75,48; çok az hatırlayanların 75,43; hiç hatırlamayanların puan ortalaması 64,09 olarak bildirilmiştir[59]. Zehra'nın çalışmasında da Templer' ın ölçeği kullanılmış olup benzer sonuçlar elde edilmiştir[6]. Bu çalışmalarla benzer şekilde çalışmamızda hastaların son bir aydaki ölüm düşüncesi sıklığının düzeyi arttıkça Templer' ın ÖKÖ ölçeğine göre ölüm kaygı puanlarının da arttığı saptandı.

Eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiler de çelişkilidir. Yıldız tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı arasında ilişki bildirilmemiştir[152]. Benzer şekilde huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılan başka bir çalışmada da eğitim durumu ile kaygı puanları arasında ilişki saptanmamıştır[80]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta eğitim durumu bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Diğer taraftan, Erdoğan ve Özkan'ın 16 yaş üstü hastaları değerlendirdiği çalışmada eğitim

düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı belirlenmiştir[59]. Zehra' nın çalışmasında eğitim süresi ile ÖKÖ ve ÖDÖ arasında çok düşük düzeyde negatif korelasyon bildirilmiştir[6]. Eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azalmasının en temel nedeninin eğitim düzeylerine bağlı olarak bireylerin çalışma alanlarında ve gündelik yaşantılarındaki yoğunluktan dolayı ölümü hatırlama düzeylerini düşürdüğü düşünülmüş[59].

Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiler de farklılıklar göstermektedir. Farklı inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada, örneklem grubundaki bireylerin gelir düzeylerine göre ölüm kaygıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş. Buna göre alt ve üst sosyo-ekonomik düzeyde bulunanlarda ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuş. Üst sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin ekonomik olarak var olan rahatlığın ölümle sona ereceği düşüncesinin, alt sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerinde daha huzurlu bir yaşam umudunun varlığı bu gruplardaki ölüm kaygısını artıran nedenler olarak değerlendirilmiş[59]. Şenol tarafından yapılan bir çalışmaya göre de, ölüm kaygıları sosyo-ekonomik düzeye göre anlamlı farklılıklar göstermektedir[80]. Çalışmamızda ise gelir düzeyi yüksek olanlarda ölüm kaygısı skoru, geliri giderinden az olan gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0.05$). Geliri yüksek olan kişilerde sahip oldukları maddiyatı kaybedecekleri düşüncesi ölüm kaygısı düzeylerini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Emeklilik, hayat içerisindeki önemli değişim dönemlerinden biridir ve sıklıkla yaşlının karşılaştığı ilk büyük değişimdir. Emekli olan kişi öncelikle gelir kaybına uğrayacaktır, bunun beraber sosyal rol ve yetkileri de değişecektir. Emeklilikle beraber yaşanan bu kayıplara uyum sağlayamayan bireyler, kendilerini değersiz, önemsiz, yalnız, boşlukta, çaresiz hissedebilirler. Hayatlarının geri kalanını planlamakta zorluk çekerler. Yakınlarına yük oldukları hissine kapılır ve bazen de onlara karşı agresif tavırlar sergileyebilirler. Can sıkıntısı çekebilirler. Fiziksel sağlıkları bozulabilir. Bu kişilerin pek çoğunda klinik depresyon görülmektedir. Oysa emeklilikle beraber ortaya çıkan güçlü duygular tanınıp bu yeni duruma uyum sağlandığında, emeklilik bireyin kişisel gelişimi, büyümesi ve hayata yeni bir bakış açısı getirebilmesini sağlayacaktır[155]. Çalışmamızda beklenen doğrultuda, emeklilerde ölüm kaygısı skoru çalışan ve çalışmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Buna karşılık, Zehra'nın çalışmasında çalışma durumu bakımından anlamlı fark saptanmamış[6].

Florian ve Mikulincer, çalışmalarında çocukluk veya ergenlik yıllarında bir yakını kaybetmiş 86 kişi ile yakın zamanda bir yakını kaybetmiş olan 86 kişide ölüm kaygısı

karşılaştırmışlar ve yakın zamanda yakınıni kaybetmiş olan bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinin geçmişte bir yakınıni kaybetmeyen ve daha geç dönemde kaybetmiş bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişler[156]. Bazı çalışmalarda da yasa bağlı olumsuz düşüncelerin ölüm kaygısını etkilemediği şeklinde yorum değerlendirilmiştir. Zehra'nın çalışmasında ise bu bulgunun tersine son 1 yılda bir yakınıni kaybeden ve yas reaksiyonu yaşadığını bildiren bireylerin ÖKÖ ve ÖDÖ puanları, yas reaksiyonu yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur[6]. Mevcut çalışmamızda da benzer şekilde yas reaksiyonu olmayan grupta ölüm kaygısı skoru yas reaksiyonu olan gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bulgumuz Lester ve Templer'in ölüm ile ilgili daha önceki yaşantıların ölüm kaygısının önemli bir yordayıcı olduğunu vurguladığı iki faktörlü ölüm kaygısı teorisi ile uyumludur[149]. Bu teoriye göre daha önce ölümle ilgili herhangi bir yaşantısı olmayan veya çok az yaşantısı olan kişilerin ölüm kaygısı daha yüksek oranlarda görülebilir. Daha önceki yas yaşantılarının bireyin kendi kaynaklarını daha çok kullanmasını öğrenmeyi ve düşünceleri ve yetilerindeki ustalıkların artmasını sağladığı üstünde durulmaktadır.

Ölüm kaygısı ile depresyon ölçekleri arasında anlamlı korelasyonlar olduğu bildirilmiştir[58]. Abdel-Khalek ve arkadaşlarının kaygı bozukluğu, şizofreni, bağımlı ve normal hastaları karşılaştırdığı çalışmada hem kadın hem erkeklerde anksiyete bozukluğu olanlarda ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görülmüştür[57]. Erdoğan ve Özkan'ın çalışmasında da ölüm kaygısı düzeyi ile anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur[59]. Benzer şekilde Fortner ve Neimeyer'in yaptığı metaanalizde de psikolojik problemler ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Zehra'nın çalışmasında da depresyon puanları yüksek olan hastalarda ortalama ölüm kaygısı puanlarının yüksek olduğu, ÖKÖ ile STAI-I ve YDÖ arasında düşük korelasyon bulunduğu, STAI-II ile ise anlamlı bir korelasyon olmadığı bildirilmiştir. Yine İzmir ili merkezinde 65 yaş üstü 637 yaşlıda depresyon sıklığının araştırıldığı bir çalışmada değerlendirmeler sonucunda depresyon prevalansı %15,23 olarak tespit edilmiştir. 65-74 yaş arsında bu oran %10,95 iken, 75 yaş üstünde %20,34 olarak bulunmuş. Ayrıca ileri yaş, bekâr olmak, yalnız yaşamak, kadın olmak, düşük gelir seviyesi, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalıkların varlığı, uyku sorunu olmak ve ruhsal hastalıkların varlığı depresyon riskini arttırdığı görülmüş{AKYOL, 2015 #208}. Bu bulgular depresyon ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki olduğunu, bu tür belirtilere sahip kişilerde ölüm kaygısının yüksek olabileceğini telkin etmektedir. Depresyondaki hastalarda özellikle ağır depresyon durumlarında olguların kendilerini ölmüş gibi hissedip, yoğun ölüm kaygıları yaşadıkları da sıkça bildirilir. Bu veriler ölüm kaygısının ruhsal

bozukluklarla ilişkisini doğrular niteliktedir. Bizim çalışmamızda ise depresyon tanısı olmayan grupta ölüm kaygısı skoru depresyon tanısı olan gruptan anlamı olarak daha yüksek saptandı. Bulgunun bu şekilde olmasının nedeni, hastalara sadece depresyon tanısı alıp almadıklarının sorulmuş olması olarak düşünüldü. Oysaki yaşlılıkta depresyon sık görülüp pek çoğu tanı almamaktadır. Ayrıca çalışmamıza demans hastalarının dahil edilmemiş olması bunda etkili olmuş olabilir. Çünkü depresyon, demans hastalarında en sık gözlenen nöropsikiyatrik bozukluk olup demansı olmayan yaşlı bireylerle karşılaştırıldığında depresyon 3-4 kat daha fazla görülmektedir Bu da çalışmanın bir kısıtlılığı olarak düşünülebilir.

Fortner ve Neimeyer'in yaptığı meta-analizde fiziksel problemleri olan bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur[77]. Türkiye'de bir huzurevinde yapılan çalışmada ciddi sağlık sorunu varlığının ölüm kaygısını etkilediği görülmüştür[80]. Gibbs ve Lawlis son dönem kanser hastaları ve ölümcül hastalığı olmayanların ölüm kaygısı açısından karşılaştırdıkları çalışmada, kanserli grupta ölümcül hastalığı olmayan gruba göre ölüm kaygılarının artmadığını hatta ölçek puanlarının düştüğünü vurgulamışlardır[47]. Bu çalışma bulgusuna benzer şekilde Dougherty ve arkadaşları da son dönem kanser hastalarında normal hastalara oranla ölüm kaygısını daha düşük bulmuşlardır[48]. Huzurevinde yapılan bir çalışmada tanı konmuş ve halen devam eden hastalık sayısına göre ÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamış[150]. Lucas'ın diyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada normal gruba göre ölüm kaygısı düzeyinde anlamlı bir fark bulamamışlardır[49]. Kalp damar hastalıklarının ölüm nedenlerinin üst sıralarında yer alması sebebi ile bu tip hastalıkların kişilere ölümü hatırlattığı ve ölüme ilişkin kaygıları artırdığı düşünülmektedir. Bu nedenle kalp hastalığı ve hipertansiyonu olan yaşlıların yüksek düzeyde ölüm kaygısı açısından risk grubu olduğu üstünde durulmaktadır[150]. Zehra'nın çalışmasında ölüm kaygı puanları kardiyak hastalıklar da dahil hiç bir fiziksel hastalık grubunda anlamlı bir farklılık göstermemiştir[6]. Bizim çalışmamızda da hipertansiyonu olan grupta ölüm kaygı skoru anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu duruma karşın diğer fiziksel hastalıkların varlığı ve yokluğunda ölüm kaygısı skoru bakımından anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Dinî eğilimler yaşlı insanların psiko-sosyal uyumu için önemlidir. Yaşlılar için dinî inançlar kadar ölümü anlamlandırabilecek başka bir sistem mevcut değildir. Çünkü ölüm, dindarlar tarafından yeni bir hayatın başlangıcı olarak görülürken, ahiret inancından yoksun bazı insanlar tarafından ise bir yok oluş olarak algılanmakta ve bazı ruhsal rahatsızlıkların nedeni olabilmektedir[59, 90]. Konya ilinde 212 yaşlıda yapılan bir çalışmada, ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişkiye bakılmış ve çalışmanın neticesinde, ölüm kaygısı ile dindarlık

ve dindarlığın duygu ve davranış boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış. Yapılan analizler sonucunda yaşlılıkta dindarlık düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının da arttığı tespit edilmiş ve ölüm kaygısı arttıkça dindarlık ve dindarlığın duygu ve davranış boyutlarından alınan puanlar da yükselmiş[90]. Zorn ve Johnson (1997), yaptığı araştırmada yaştan ilerlemesi ile dinî inançların daha çok değer kazandığını yaşlıların kendi ifadeleriyle belirttiklerini kayıt etmiştir[157]. Taplamacıoğlu'nun (1962) çalışması ise yaştan ilerlemesiyle bireylerin dindarlıklarının da arttığını tespit etmiştir[158]. Sonuçlar ibadet konusunda dinî görevlerini yerine getiren kesimin en çok bu yaş grubunda olduğunu göstermektedir. Köktaş'ın (1993) çalışmasında da yaştan artması ile genelde dindarlığın da arttığı sonucuna varılmıştır[90, 159]. Akgül tarafından yapılan çalışmada huzur evi yaşlıları arasında Allah'a inanmayan veya bu konuda şüphesi olan kimsenin olmadığı ve Allah'a inanç oranının %100 olduğu gösterilmiş[123]. Aynı çalışmada peygamber inancında oran %95,1, ahiret gününe ve yeniden dirilmeye inanmada ise oran %99 saptanmış[123]. Konuyla ilgili ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da inançla ilgili bulgular yüksek bulunmuş[159-162]. Bu durumun nedeni üzerinde yapılan değerlendirmelerde ise yaşlılarda inancın yüksek çıkmasının yaşlıların fizyolojik ve psikolojik sınırlılıklar karşısında telafi edici bir destek olarak inançlara duyduğu ihtiyaca ışık tuttuğu düşünülmektedir[123]. Hasyılmaz, 129 yaşlıyla yaptığı araştırmada huzurevindeki yaşlılar arasında %96,5 oranında Allah'a şüphesiz inananın bulunduğu, %95,3 oranında Kur'anı Kerim'in Allah'ın kelamı olup tamamının gerçek olduğuna inananın bulunduğu, %90,7 oranında ise Hz.Muhammed'in Allah'ın kulu ve elçisi olduğuna şüphesiz inanıldığını belirtirken; ahiret gününe ve öldükten sonra dirilmeye ise yaşlıların %82,9'un inandığını saptamıştır[163]

Farklı Dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği; Müslüman, Yezidi ve Süryani dinine mensup 152'si erkek 88'si bayan toplam 240 kişinin dahil edildiği bir çalışmada ölüme yönelik en yoğun kaygı yaşayanların sırayla Yezidi, Müslüman ve Süryani dinine mensup olan bireyler olduğu bulunmuş[59]. Bu durum her dinin dünyevi yaşantı ve dini pratik yükümlülükleri arasındaki farklılıklar ve özellikle de ölümden sonraki yaşantılar ile ilgili dini öğretilerdeki farklılıklarla açıklanabileceği ifade edilmiş[59]

İstanbul'da ikamet eden 60 yaş üstü 115 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların cinsiyeti ve öznel sağlık algıları dindarlık düzeylerinde anlamlı farklılaşmaya neden olmuş. Ayrıca yaşanan problemler başa çıkma ve dini başa çıkma tarzlarında anlamlı farklılaşma tespit edilmiş[164]. Yapılan araştırmalarda insanların %45'inin stresli zamanlarda

bir takım dini davranışları gerçekleştirerek sorunu aşmaya çalıştıkları, hastalık, ölüm vb. olumsuz bir durum karşısında ise insanların %78'inin dini değerlere yöneldikleri saptanmış. Yaşlılar üzerine yapılan tüm araştırmalarda da başa çıkma yöntemi olarak din devamlı olarak ilk sırada yer almıştır [165].

Türkiye'de huzurevlerinde yapılan bir çalışmada dinsel pratiklerini yerine getiren yaşlıların uyum düzeyleri yüksek çıkmış. Ayrıca yaşlılar ibadet etmenin morallerini yükselttiğini ve onlara huzur verdiğini söylemiş[166].

Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yaşlılık döneminde dini yaşantı üzerine yapılan çalışmaların çoğunda benzer sonuçlar görülmektedir[123, 163, 164, 167, 168]. Dindarlığın en çok belirginleştiği alt boyut inanç boyutu olup inanç, duygu ve tecrübe boyutlarında dindarlık eğilimi belirginken, ibadet boyutunda ortalamanın düştüğü saptanmış. Bu da katılımcıların ibadetlerini aksatsalar bile inanç esaslarını benimsemekte olduklarını düşündürmektedir[164].

Geneli itibarı ile dindarlık ile dini başa çıkma arasında güçlü bir ilişki bulunmuş. Yapılan araştırmalar dindarlığı yararlı bir stres tamponu olarak değerlendirmiş[169-171].

Çalışmamızda yaşlılara ibadetle rahatlayıp rahatlamadıkları soruldu ve ibadetle rahatlama olan ve olmayan grupta ölüm kaygı skoru bakımından anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmaya alınan yaşlıların %73'ü ibadetle rahatlama sorusuna evet yanıtını vermişlerdir. Kişilere ibadet inancı, ibadet şekli, ibadet sıklığı ve dini inançlar gibi dini eğilimlerle ilgili başka sorular sorulmadı. Bu yönüyle araştırmamızın bir kısıtlılığı olarak görünmektedir.

Batıda, yaşlılarda dindarlık, hayattan zevk alma ve mutluluk arasındaki ilişkileri ölçen birçok çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. Ülkemizde ise, yaşlılık ve sorunlarıyla ilgili çalışmalar, genellikle tıbbi bilimler-geriatrik araştırmalar ve bulgular dolayımında yapılmıştır[172, 173]. Ülkemizde yapılan bir araştırmada huzurevindeki yaşlılara mutluluk ile ilgili olarak önemli bir sağlık sorunu olup olmadığı, aile fertleri ve yakınların ziyaret sıklığı, huzurevindeki dostluk ve arkadaşlık ilişkilerinden memnunluk düzeyi, huzurevi personelinden memnunluk düzeyi, psikolojik duruma dair algı, genel sağlık durumu hakkındaki algı, kendini mutlu . görüp görmediği sorulmuş. Hayattan zevk alma konusunu ise, yaşlının hayatta yapmak istediği şeylerin ne kadarını gerçekleştirdiği, çevresindeki kişiler ve topluma yararlı bir şeyler yapıp yapmadığına dair düşüncesi, kendini huzurlu hissetme duygusu, huzurevinde yetenek ve birikimini sergileyebildiğine dair tutumu, eğer sergileyemediğini düşünüyorsa bunun sebebi, kendini başkaları tarafından beğenilen bir kişi olarak görüp görmeme, hayatı anlamlı ve yaşamaya değer bulup bulmamaya dair sorularla ölçülmüştür. Bu

çalışmada dindarlıkla ilgili değişken grupları arasında hayattan zevk alma ve mutluluk açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmış, çapraz tablolarda değişkenler arasında kısmi bir farklılığın olduğu (namaz kılma ve kılmama durumu ile psikolojik durum arasında), genelde ise istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamış[123].

Bizim çalışmamızda da ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta Oxford mutluluk ölçek skoru anlamlı farklılık göstermemiştir. Bunun nedenleri, bazı soruların örneklem tarafından iyi anlaşılmamış olması olabilir. Ayrıca yaşlılar için özel bir mutluluk ölçeğinin bulunmaması da ciddi eksiklik olarak düşünülebilir. İlerde bu alanda yapılacak çalışmalar için yeni bir ölçek geliştirilebilir ve mutlulukla ilgili yapılacak yeni çalışmalar için aydınlatıcı ip uçları sunabilir.

Kronik hastalık prevalansının yüksekliği ve bu durumların oluşturduğu kısıtlılıklar sebebiyle yaşlılarda meydana gelen sağlık sorunlarının çoğu rehabilitasyon girişimlerini gerektirmektedir. Geriatrik rehabilitasyonda amaç, yaşlı bireyin olası en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşmasını sağlamak ve mümkün olduğunca günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneğini yeniden kazandırmaktır[174]. Özellikle, 85 yaş üzeri yaşlıların %40'ının günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyduğu tespit edilmiştir [175]. Fiziksel ve zihinsel yeteneklerdeki kayıplar yaşlı bireyin kendini kabulünü ve benlik saygısının düşmesini kolaylaştırır, bağımlılık ve yetersizlik duygusuna sebep olur[176].

Aralık 2010 tarihinde, iletişim problemi olmayan, bağımsız veya yarı bağımlı olan, 65 yaş üstü toplam 212 yaşlı bireyde yapılan bir çalışmada kendine yetebilen yaşlıların değerlendirilmesi hedeflenmiş. Yaşlıların %58.5'inin bağımsız olarak fiziksel gereksinimlerini karşıladığı, %72.6'sının baston, gözlük, tekerlekli sandalye, diş protezi kullandığı, sistemleri ile ilgili fiziksel muayenesinde en yoğun kas zayıflığı, yürüme güçlüğü (%71.2) olduğu bulunmuş[177]. Bayık ve arkadaşlarının (4) çalışmasında yaşlıların %13.1'inin, Yıldız ve arkadaşlarının (27) çalışmasında yaşlıların %9.5'inin konuşma güçlüğü çektiği saptanmış[178, 179]. Berberoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı bireylerin genellikle 75 yaş üzerinde bağımlı duruma geçtikleri ve en çok kullanılan yardımcı aletin gözlük ve diş protezi olduğu tespit edilmiştir[180]. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında büyük bir kısmının gözlük kullandığı ifade edilmiş[181]. Çuhadar ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların 38.5'inin haftada en az bir kez idrar kaçırma yaşadığı belirlenmiştir[182]. Aylaz ve arkadaşlarının çalışmasında sistemlerle ilgili eklem ağrısı, idrar tutamama sorunu belirlenmiştir[183].

Araştırmamızda günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Barthel İndeksi kullanılmıştır. Barthel İndeksi ortalama puanı $99,6 \pm 1,9$ olup fiziksel olarak hafif derecede bağımlı grubu temsil etti. Ayrıca ölüm kaygısı olan ve olmayan grupta Barthel İndeks skoru bakımından anlamlı bir farklılık görülmedi. Araştırma ASM'lere çoğunlukla ayaktan başvuran yaşlı kişilerde yapıldığından, yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmede evreni yansıtmayabilir.

Bu çalışmanın bir takım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışma grubu ölümcül hastalığı olmayan, okuryazar ve yaşlı bireylerden oluşmuştur. Hastaların tamamı ASM'lere başvuran hastalardan seçilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Bu elde ettiğimiz bulguları topluma genelleştirmemizi mümkün kılmamaktadır. Genelde ayaktan başvuran hastalar olduğundan fiziksel kısıtlılığı fazla olmayan bireylerden oluşmaktadır. Deneklerin ilgili konular ile ilgili gerçek duygu, düşünce ve tutumlarını yansıttıkları , sorulan soruları anlayarak cevapladıkları varsayılmıştır. Kullandığımız ölüm kaygı ölçeğinin tek boyutlu olması, ölçeklerin tek bir kez hastalara uygulanması elde edilen sonuçların dikkatli yorumlanmasını gerektirir.

Bu çalışmanın güçlü yanları ise örneklemimizin İzmir'deki yaşlı popülasyonu temsil ediyor olması, ülkemizde yaşlı popülasyonu temsil eden bu alanda başka bir çalışmanın olmamasıdır. Genelde çalışmalar huzurevinde, psikiyatri polikliniğinde ya da sınırlı bir alanda olup daha küçük örneklem grubuyla yürütülmüştür. Bu bakış açısıyla yapılan ilk çalışma olması ise en önemli özelliğidir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile sağlığı merkezlerine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlı hastalarda ölüm kaygısının yaş, cinsiyet gibi çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini ve İzmir ilindeki

yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşam ve mutlulukla ilişkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışma ile ülkemizde az sayıda bulunan ölüm kaygısı ile ilgili klinik çalışmalara bir katkıda bulunulmuştur. Bu çalışmanın bazı sonuçları literatürde yer alan ülkemizde ve yurtdışında bu yönde yapılan araştırmaların sonuçları ile uyum gösterirken kimileri çelişmiştir. Bu durumun örneklem grubunun oluşumu veya kültürel nedenlerden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Çeşitli kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma ülkemizdeki ilgili literatüre katkıda bulunacak niteliktedir. Olgu sayısının yeterliliği, örneklem grubunda kadın erkek oranının kabul edilebilir düzeyde olması, ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçeklerin kullanılması çalışmanın olumlu özellikleri olarak sayılabilir. Yaşlılara özel mutluluk ölçeğinin olmaması önemli bir eksiklik olarak sayılabilir. Yaşlılara özel ölçekler geliştirilebilir ya da mevcut ölçekler genişletilebilir bu sayede yaşlılarda mutluluk konusunda yapılacak yeni çalışmalar için aydınlatıcı ip uçları sunabilir.

Örneklemimiz İzmir'deki yaşlı popülasyonu temsil ediyor. Ülkemizde yaşlı popülasyonu temsil eden bu alanda başka çalışmanın (Genelde çalışmalar huzurevinde, psikiyatri polikliniğinde ya da sınırlı bir alanda olup daha küçük örneklem grubuyla yürütülmüş.) olmaması çalışmamızın en güçlü yanını oluşturmaktadır. Bütün evrene genelleştirilebilecek farklılıklar daha fazla örneklem kullanılarak bulunabilir.

Ölüm kaygısı başta yaşlılar olmak üzere her yaş grubunda insanın yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir kavramdır. Bu kavramın dikkate alınmaması birçok ruhsal bozukluğu etkileyen önemli noktalardan birinin ihmal edildiği anlamına gelebilir. Ölüm kaygısını ayrıntılı irdelenecek, fenomenolojik ve tedavi yaklaşımları bazında ele alacak çalışmalar ölüm kaygısını daha iyi anlamamıza sağlayacaktır. Bu çalışmalar ölüm kaygısını sadece ölümcül, ölmekte olan ya da yaşlı hastalarda değil diğer birçok yaş ve hastalık grubunda da ne düzeyde bulunduğunu anlamamıza katkıda bulunacaktır..

7.KAYNAKLAR

1. ESEN, D., *Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2011. **4**(1-2): p. 67-79.
2. ARPACI, F., et al., *Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2011. **4**(1-2): p. 53-66.
3. ÇINAR, M., *Tanrı'ya Bağlanma Tarzı ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*. Atatürk Üniversitesi İlahiyât Tetkikleri Dergisi, 2016(45): p. 313-338.
4. Taghiabadi, M., et al., *The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people*. Electronic physician, 2017. **9**(3): p. 3980.
5. Karakuş, G., Z. Öztürk, and L. Tamam, *Ölüm ve ölüm kaygısı*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012. **21**(1).
6. Öztürk, Z., G. Karakuş, and L. Tamam, *Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011. **12**(1): p. 37-43.
7. ANXIETY, D., *YAŞLI BİREYLERİN YAŞADIKLARI ÖLÜM KAYGISI İLE YAŞAM KALİTESİ*. EDİTÖR/EDITOR IN CHIEF: p. 48.
8. TANHAN, A.G.F. and A.G.F. ARI, *Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006. **3**(2).
9. Salt, A. and C. ÇOBANLI, *Dharma Ansiklopedi*. İstanbul: Dharma Yayınları, 2001.
10. Hökelekli, H., *Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma I*. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1992. **4**(1).
11. Koole, S.L., J. Greenberg, and T. Pyszczynski, *Introducing science to the psychology of the soul: Experimental existential psychology*. Current Directions in Psychological Science, 2006. **15**(5): p. 212-216.
12. GÜNDÜZALP, İ., *İnsanların Ölüm Karşısında Gösterdiği Psikolojik Tepkiler*, in *pdrgunlugu.net*. 2012.
13. Hökelekli, H., *Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din*. 2008: Dem Yayınları.
14. SOLOMON, R.C. and J. MALPAS, *ÖLÜM VE FELSEFE*, ed. İ. YAYINLARI. 2006. 221-235.
15. Karaca, F. and Ö. Psikolojisi, *Beyan Yayınları*. İstanbul-2000.
16. Alkan, A., *Bir Düşün Gecesi Denemesi*. Düşünen Siyaset, 1999. **4**: p. 25-32.
17. Tanhan, F., *Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi (Doktora tez, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara)*. 2007.

18. YALOM, I., *VAROŞÇU PSİKOTERAPİ*, ed. B. İZ. 2000, İSTANBUL: KABALCI YAYINLARI.
19. Román, E.M., E. Sorribes, and O. Ezquerro, *Nurses' attitudes to terminally ill patients*. Journal of advanced nursing, 2001. **34**(3): p. 338-345.
20. Fromm, E., *Sahip olmak ya da olmamak*. İstanbul: Arıtan Kitapevi, 2003.
21. JUNG, C., *Gustav; Metamorphose de l'ame et ses Symboles*. Fr. Çev. Yves Le Lay), Geneve, 1953.
22. Yıldız, M., *Dindarlık ve Ölüm Kaygısı. Tasavvufi Yaklaşım ve Günümüz Üniversite Öğrencileri*. Journal of Religious Culture, 2001(43b): p. 1-7.
23. SARIKAYA, Y. and M. BALOĞLU, *ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI*.
24. ÇALAK, E., *BELİRSİZLİK KORKUSU*, in <http://erdogancalak.blogspot.com.tr>. 2016.
25. KAMÇI, R., *Ölüm Ve Ölüm Korkusunun İnsan Psikolojisi Üzerine Etkisi*, in www.tavsiyee diyorum.com. 2015.
26. Nia, H.S., et al., *Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article*. International journal of community based nursing and midwifery, 2016. **4**(1): p. 2.
27. Greenberg, J., et al., *Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects*. Journal of personality and social psychology, 1994. **67**(4): p. 627.
28. Bassett, J.F., *Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory*. Death Studies, 2007. **31**(8): p. 727-750.
29. FEIFEL, H., *The Meaning of Death*. New York, Blakiston Division. 1959, Mc-Graw-Hill Book Co.
30. Bauman, Z., *Ölüm ve Ölümsüzlük ve Diğer Yaşam Stratejileri*. Çev.: Nurgül Demirdöven, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2000.
31. HORNEY, K., *Çağımızın Tedirgin İnsanı*, Çev. Ayda Yörükan, İstanbul: Tur Yayınları, 1980.
32. Ertufan, H., *Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi*. 2008, Ege Üniversitesi.
33. Yalom, I.D., *Existential psychotherapy*. Vol. 1. 1980: Basic books New York.
34. Geçtan, E.V., *Psikiyatri*. Remzi Kitapevi, İstanbul, 1990.
35. Yalom, I.D. and Z.İ. Babayiğit, *Varoluşçu psikoterapi*. 2001: Kabalcı Yayınevi.

36. Hui, V.K.-Y., M.H. Bond, and T.S.W. Ng, *General beliefs about the world as defensive mechanisms against death anxiety*. Omega-Journal of Death and Dying, 2007. **54**(3): p. 199-214.
37. Pollak, J.M., *Correlates of death anxiety: A review of empirical studies*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1980. **10**(2): p. 97-121.
38. Aday, R.H., *Belief in afterlife and death anxiety: Correlates and comparisons*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1985. **15**(1): p. 67-75.
39. Templer, D.I., *The construction and validation of a death anxiety scale*. The Journal of general psychology, 1970. **82**(2): p. 165-177.
40. Gesser, G., P.T. Wong, and G.T. Reker, *Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP)*. Omega-Journal of Death and Dying, 1988. **18**(2): p. 113-128.
41. Galt, C.P. and B. Hayslip Jr, *Age differences in levels of overt and covert death anxiety*. Omega-journal of Death and Dying, 1998. **37**(3): p. 187-202.
42. Suhail, K. and S. Akram, *Correlates of death anxiety in Pakistan*. Death studies, 2002. **26**(1): p. 39-50.
43. Conte, H.R., M.B. Weiner, and R. Plutchik, *Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects*. Journal of personality and social psychology, 1982. **43**(4): p. 775.
44. Keller, J.W., D. Sherry, and C. Piotrowski, *Perspectives on death: a developmental study*. The Journal of psychology, 1984. **116**(1): p. 137-142.
45. Russac, R., et al., *Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects*. Death studies, 2007. **31**(6): p. 549-561.
46. KOÇ, M., *YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÖLÜM PSİKOLOJİSİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI*. KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi 2003. **2**: p. 117-143.
47. Gibbs, H.W. and J. Achterberg-Lawlis, *Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients*. Journal of Counseling Psychology, 1978. **25**(6): p. 563.
48. Dougherty, K., D.I. Templer, and R. Brown, *Psychological states in terminal cancer patients as measured over time*. Journal of Counseling Psychology, 1986. **33**(3): p. 357.

49. Lucas, R.A., *A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1974. **5**(3): p. 233-243.
50. Hintze, J., et al., *Death depression and death anxiety in HIV-infected males*. Death Studies, 1993. **17**(4): p. 333-341.
51. Neimeyer, R.A., J. Wittkowski, and R.P. Moser, *Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation*. Death studies, 2004. **28**(4): p. 309-340.
52. Neimeyer, R.A. and D. Van Brunt, *Death anxiety*. 1995.
53. Schulz, R. and D. Aderman, *Physician's death anxiety and patient outcomes*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1979. **9**(4): p. 327-332.
54. Planansky, K. and R. Johnston, *Preoccupation with death in schizophrenic men*. Diseases of the nervous system, 1977.
55. Lonetto, R., *TEMPLER. DI: Death Anxiety*. Hemisphere, Washington, DC, 1986: p. 155.
56. Kumar, A., A. Vaidya, and C. Dwivedi, *Death anxiety as a personality dimension of alcoholics and non-alcoholics*. Psychological reports, 1982.
57. Abdel-Khalek, A.M., *Death anxiety in clinical and non-clinical groups*. Death studies, 2005. **29**(3): p. 251-259.
58. Abdel-Khalek, A.M. and D. Lester, *Death obsession in Kuwaiti and American college students*. Death studies, 2003. **27**(6): p. 541-553.
59. Erdoğan, M.Y. and M. Özkan, *Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler*. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2007. **14**(3).
60. Tanrıdağ, Ş.R., *Hemşirelerin Ölüm Kaygıları. Ve Genel Kaygı Düzeyleri Arasındaki ilişkisinin incelenmesi*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **2**(8).
61. U., T., *Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karsısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. 1998, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
62. Eke, S., *Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
63. Mikulincer, M. and V. Florian, *Stress, coping, and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement*. Death Studies, 1995. **19**(5): p. 413-431.
64. Cimete, G., *Yaşam Sonu Bakım*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002: p. 151-161.

65. Neufeldt, D.E. and C.B. Holmes, *Relationship between personality traits and fear of death*. Psychological reports, 1979. **45**(3): p. 907-910.
66. Frazier, P.H. and D. Foss-Goodman, *Death anxiety and personality: Are they truly related?* OMEGA-Journal of Death and Dying, 1989. **19**(3): p. 265-274.
67. Schumaker, J.F., R.A. Barraclough, and L.M. Vagg, *Death anxiety in Malaysian and Australian university students*. The Journal of social psychology, 1988. **128**(1): p. 41-47.
68. Abdel-Khalek, A.M., et al., *The Arabic scale of death anxiety: some results from east and west*. OMEGA-Journal of death and dying, 2009. **59**(1): p. 39-50.
69. Schumaker, J.F., W.G. Warren, and G. Groth-Marnat, *Death anxiety in Japan and Australia*. The Journal of social psychology, 1991. **131**(4): p. 511-518.
70. Kubler-Ross, E., *Death: the final stage of growth*, Englewood Cliffs, NJ, 1975. Prentice-Hall, Inc. Lindemann, E.: Symptomatology and management of acute grief, Am. J. Psychiatry, 1944. **101**: p. 52.
71. KÖKNEL, Ö., *Korkular, Takıntılar, Saplantılar*. 1990, İSTANBUL: ALTIN YAYINLARI.
72. Karaca, F., *Psikolojik açıdan ölüm ve dini inanç ilişkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.
73. L. SWANSON KEVIN R. BYRD, J., *DEATH ANXIETY IN YOUNG ADULTS AS A FUNCTION OF RELIGIOUS ORIENTATION, GUILT, AND SEPERATION-INDIVIDUATION CONFLICT*. Death Studies, 1998. **22**(3): p. 257-268.
74. Carey, S., *Conceptual change in childhood*. 1985.
75. KOESTENBAUM, P., *ÖLÜME YANIT VAR MI?* 1998, İSTANBUL: MAVİ YAYINLARI.
76. E., G., *Yasam ve Normal Dışı Davranışlar*. 2002, İSTANBUL: REMZİ KİTAPEVİ.
77. V. Fortner, R.A.N., Barry, *Death anxiety in older adults: A quantitative review*. Death studies, 1999. **23**(5): p. 387-411.
78. Abdel-Khalek, A.M., *Single-versus multi-item scales in measuring death anxiety*. Death Studies, 1998. **22**(8): p. 763-772.
79. Abdel-Khalek, A.M., *The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries*. Death studies, 2004. **28**(5): p. 435-457.
80. Şenol, C., *Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1989.

81. Abdel-Khalek, A.M. and J. Tomas-Sabado, *Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students*. Death Studies, 2005. **29**(2): p. 157-169.
82. Onur, B., *Gelişim Psikolojisi: (Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm)*. 1997: Sefat Yayıncılık.
83. Abdel-Khalek, A. and D. Lester, *Using the short subscales of a questionnaire to assess subcomponents with low reliabilities: A cautionary note*. Psychological reports, 2002. **90**(3_suppl): p. 1255-1256.
84. Karaca, F., Yıldız M. *Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği'nin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Tabula Rasa, 2001. **1**: p. 43-55.
85. Neimeyer, R.A. and M.K. Moore, *Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale*. 1994.
86. Ertufan, H., *Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenilirlik çalışması*. Unpublished master's thesis. İstanbul University, İstanbul, 2000.
87. HEIDEGGER, M., *VARLIK VE ZAMAN*. 2004, İSTANBUL: İDEA YAYINEVİ.
88. Ünver, S., *İstanbul halkının ölüm karşısındaki duyguları*. Yeni Türk, İstanbul, 1938. **68**: p. 312-321.
89. Hökelekli, H. and D. Psikolojisi, *Ölümlle İlgili Tutumlar ve Dinî Davranış*". İslamî Araştırmalar Dergisi, Ankara-1991, C, 1991. **5**: p. 2.
90. Dağlı, E.N., *Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık*. 2010, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
91. Depaola, S.J., et al., *Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity*. Death studies, 2003. **27**(4): p. 335-354.
92. Rasmussen, C.H. and M.E. Johnson, *Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1994. **29**(4): p. 313-318.
93. Teşkilatı, D.P., *Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı*. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT, 2007. **2741**.
94. Baysan, N., *Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
95. Konak, A. and Y. Çiğdem, *Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği*. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2005. **29**(1): p. 23-63.
96. Seviğ, Ü., *E.(1992), "Sağlıklı Yaşlanmada Temel Sağlık Alışkanlıklarının Kazandırılmasının Önemi"*. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı, Ankara: SHÇEK. Basımevi.

97. Degisiklikler, D.N.Y.F., *Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S, editörler*. Geriatri.
98. Toprak, İ., et al., *Yaşlı sağlığı*. Ankara. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2002: p. 8-12.
99. Arpacı, F., *Farklı boyutlarıyla yaşlılık*. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara, 2005.
100. Uçku, R., S. Ergin, and P. Erbay, *Yaşlılarda fiziksel fonksiyonlar hızla değişiyor*. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 1993. 1: p. 20-3.
101. Güneş, G., N. Demircioğlu, and L. Karaoğlu, *Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri*. Türk Geriatri Dergisi, 2005. 8(2): p. 78-83.
102. Chung, Y.G., et al., *Korean older adults' perceptions of the aging process*. Journal of gerontological nursing, 2008. 34(5): p. 36-44.
103. M, S. and Ç. A., *Kırıkkale İli Dört Ve Sekiz Nolu Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık Ve Sosyal Durumlarının Saptanması Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. 2004: 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı Ankara. 364.
104. Yaşam, Y.K., *Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi*. URL: www.gebam.hacettepe.edu.tr [Erişim Tarihi: 17.09.2015], 2012.
105. Sadock, B. and V. Sadock, *Comprehensive textbook of psychiatry*, (8. baskı). Türkçe çeviri, Ankara: Öncü Basımevi, 2007.
106. Templer, D.I., D. Lester, and C.F. Ruff, *Fear of death and femininity*. Psychological Reports, 1974. 35(1): p. 530-530.
107. Gilliland, J.C. and D.I. Templer, *Relationship of death anxiety scale factors to subjective states*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1986. 16(2): p. 155-167.
108. Sarkisian, C.A., M.H. Lee - Henderson, and C.M. Mangione, *Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care?* Journal of General Internal Medicine, 2003. 18(12): p. 1001-1005.
109. Vakfı, İ.İ.F., *İzmir İlahiyat Fakültesi Vakfı yayınları*. 1999.
110. Geçtan, E., *İnsan olmak: varoluşun bireysel ve toplumsal anlamı*. 1984: Adam Yayıncılık.
111. Özbek, A. and G. Leutz, *Psikodrama: Grup psikoterapisinde sahnesel etkileşim*. Ankara: Grup Psikoterapileri Derneği, 1987.

112. Moreno, R.P., et al., *Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 2009. **58**(1): p. 61-76.
113. Sontag, S. and İ. Murat, *Bir metafor olarak hastalık*. 1988: Sanat yay.
114. Eryilmaz, A. and H. Atak, *Ailesiyle Yaşayan Yaşlılarda Mutluluk Modeli*. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2011. **48**(4).
115. Diener, E., *Assessing subjective well-being: Progress and opportunities*. Social indicators research, 1994. **31**(2): p. 103-157.
116. Page, R.M. and G.E. Cole, *Demographic predictors of self-reported loneliness in adults*. Psychological Reports, 1991. **68**(3): p. 939-945.
117. Grob, A., *Subjective well-being and significant life-events across the life span*. Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie, 1995.
118. Iwatsubo, Y., et al., *Predictors of life satisfaction amongst retired people in Paris*. International journal of epidemiology, 1996. **25**(1): p. 160-170.
119. Booth - Kewley, S. and R.R. Vickers, *Associations between major domains of personality and health behavior*. Journal of personality, 1994. **62**(3): p. 281-298.
120. Lemos - Giráldez, S. and A.M. Fidalgo - Aliste, *Personality dispositions and health - related habits and attitudes: A cross - sectional study*. European Journal of Personality, 1997. **11**(3): p. 197-209.
121. Bowman, G.D. and M. Stern, *Adjustment to occupational stress: The relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies*. Journal of Counseling Psychology, 1995. **42**(3): p. 294.
122. Emmons, R.A. and E. Diener, *Personality correlates of subjective well-being*. Personality and Social Psychology Bulletin, 1985. **11**(1): p. 89-97.
123. Akgül, M., *Yaşlılık ve Dindarlık Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği*. Dini Araştırmalar, 2004. **7**(19).
124. GÖRGÜNBARAN, A., *Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008. **1**(2): p. 86-97.
125. Allan, K., *Contemporary social and sociological theory: Visualizing social worlds*. 2012: Sage.
126. Smith, R.B. and G.P. Moschis, *A socialization perspective on selected consumer characteristics of the elderly*. Journal of Consumer Affairs, 1985. **19**(1): p. 74-95.

127. Xavier, F.M., et al., *Elderly people s definition of quality of life*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003. **25**(1): p. 31-39.
128. Muluk, Z., E. Burcu, and N. Danacıoğlu, *Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi*. Kalder Yayınları, 2000.
129. Troisi, J. and Y. Gokce Kutsal, *Aging in Turkey, Hacettepe University Research and Application Center of Geriatrics Sciences-GEBAAM and International Institute on Aging-INIA publication*. 2006, Veritas Press, Malta.
130. BOYLU, A.A. and R.G. TERZİOĞLU, *AİLELERİN YAŞAM KALİTELERİNİ ETKİLEYEN BAZI OBJEKTİF VE SUBJEKTİF GÖSTERGELERİN İNCELENMESİ*. 2007.
131. Koch, T., *Life quality vs the ‘quality of life’: assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning*. Social Science & Medicine, 2000. **51**(3): p. 419-427.
132. Gülağz, G., G. Özgür, and E. Engin, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin görüşlerinin ve yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi*. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 2005: p. 371-378.
133. ERSOY, A.F., et al., *Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi*. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir, 2005: p. 379-390.
134. Özyurt, B., et al., *Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Turkish Journal of Geriatrics, 2007. **10**(3): p. 117-23.
135. Oktik, N., *Huzur evinde yaşam ve yaşam kalitesi: Muğla örneği*. 2004: Muğla Üniversitesi.
136. Steverink, N., S. Lindenberg, and J.P. Slaets, *How to understand and improve older people’s self-management of wellbeing*. European journal of ageing, 2005. **2**(4): p. 235-244.
137. Gosline, M.B., *Client participation to enhance socialization for frail elders*. Geriatric Nursing, 2003. **24**(5): p. 286-289.
138. Salman, M., *Gençlerin Yaşlı ve Yaşlılığa Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma*. I. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 2001: p. 300-310.10.
139. ARPACI, F. and A. ERSOY, *Türk Toplumunda Yaşlılık: Yetişkin Bireylerin Yaşlılık Dönemi Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma*. 2007.
140. DOĞAN, D., (www.drdenizdogan.com/2014/05/standardize-mini-mental-test.html), in www.drdenizdogan.com. 2014.

141. Yavuz, B., *Geriatrik değerlendirme ve testler*. İç Hastalıkları Dergisi, 2007. **14**: p. 5-17.
142. Doğan, T. and N.A. Çötök, *Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2011. **4**(36): p. 165-170.
143. Rasmussen, C. and C. Brema, *The relationship of death anxiety and the subjective experience of time in the elderly*. The Journal of Psychology, 1996: p. 141-144.
144. Cicirelli, V.G., *Personal meanings of death in relation to fear of death*. Death studies, 1998. **22**(8): p. 713-733.
145. Tang, C.S.-K., A.M. Wu, and E.C. W. Yan, *Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students*. Death Studies, 2002. **26**(6): p. 491-499.
146. Kalish, R.A. and D.K. Reynolds, *The role of age in death attitudes*. Death Studies, 1977. **1**(2): p. 205-230.
147. Nelson, L., *Structural conduciveness, personality characteristics and death anxiety*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1980. **10**(2): p. 123-133.
148. Stevens, S.J., P.E. Cooper, and L.E. Thomas, *Age norms for Templer's death anxiety scale*. Psychological Reports, 1980. **46**(1): p. 205-206.
149. Lester, D. and D. Templer, *Death anxiety scales: A dialogue*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 1993. **26**(4): p. 239-253.
150. Özen, D., *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
151. Madhawat, A.S. and P.S. Kachhawa, *Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety*. Death Studies, 2007. **31**(8): p. 763-769.
152. ile Ölüm, Y.M.D.H. and K.A.İ.Ü.B. Araştırma, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998.
153. Turgay, M., *Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.
154. Greenberg, J., et al., *Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview?* Journal of personality and social psychology, 1992. **63**(2): p. 212.
155. Unsalver, D.B.Ö., *Yaşlılarda yalnızlık korkusu*

- U.İ. CANBOLAT, Editor. 2009: <http://www.hurriyet.com.tr/yaslilarda-yalnizlik-korkusu-12235914>.
156. Florian, V. and M. Mikulincer, *Fear of death and the judgment of social transgressions: a multidimensional test of terror management theory*. Journal of personality and social psychology, 1997. **73**(2): p. 369.
157. Zorn, C.R. and M.T. Johnson, *Religious well - being in noninstitutionalized elderly women*. Health care for women international, 1997. **18**(3): p. 209-219.
158. Taplamacıoğlu, M., *Yaşlara Göre Dinî Yaşayışın Şiddet ve Kesafeti Üzerinde Bir Anket Denemesi*. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1962. **10**: p. 141-151.
159. Köktaş, M.E., *Din ve siyaset: siyasal davranış ve dindarlık*. 1997: Vadi Yayınları.
160. Bayyigit, M., *Üniversite Gençliğinin Dini İnanç Tutum ve Davranışları Üzerine Bir Araştırma*. Basılmamış doktora tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 1989.
161. Arslantürk, Z., *Kutsalın dönüşü: yeni toplum arayışları*. 1998: Ayışığıkitapları.
162. Kayıklık, H., *Orta yaş ve yaşlılıkta dinsel eğilimler*. Adana: Baki Kitabevi, 2003.
163. Hasyılmaz, H., *Huzur Evinde Yaşayan Yaşlılarda Dini Hayat (Antalya Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
164. Şentepe, A., *Yaşlılık Döneminde Dini Başa Çıkma*. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2015. **4**(1): p. 186-205.
165. Topuz, İ., *Dini Gelişim Seviyeleri İle Dini Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*. UÜSBE Yayınlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2003.
166. Koca, H., *Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyum*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1994.
167. Şimşek, A., *Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
168. Koenig, H.G., *Religion, spirituality and aging*. 2006, Taylor & Francis.
169. Ayten, A. and G.G.-K.S.-E. Ensa, *Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine amprik bir araştırma*. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 2012. **12**(2): p. 45-79.
170. Bjorck, J.P. and J.W. Thurman, *Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning*. Journal for the Scientific Study of Religion, 2007. **46**(2): p. 159-167.

171. Horozcu, Ü., *Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki*. MİLEL VE NİHAL inanç, kültür ve mitoloji araştırmaları dergisi, 2010. 7(1): p. 209-240.
172. Durgun, B. and T.Y. Kentleşme, *yaşlılara sunulan hizmetler*. Turkish Journal of Geriatrics, 1999. 2(3): p. 115-120.
173. Arslan, Ş., *Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürlülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma*. Geriatri, 1999. 2(3): p. 103-14.
174. Bahar, A. and S. Parlar, *Yaşlılık ve evde bakım*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007. 2(4): p. 32-39.
175. Fadiloğlu, Ç. and Y. Tokem, *Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü*. Turkish Journal of Geriatrics, 2004. 7(4): p. 241-6.
176. Öz, F. and J. Svviift, *YAŞAMIN SON EVRESİ: YAŞLILIK PSİKOSOSYAL AÇIDAN GÖZDEN GEÇİRME*. Kriz Dergisi, 2002. 10(2): p. 17-28.
177. Olgun, N., et al., *Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi*. 2013.
178. Bayık, A., et al., *Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları*. Geriatri, 2002. 5(2): p. 68-74.
179. Yıldız, A., S. Erol, and A. Ergün, *Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski*. Turkish Journal of Geriatrics, 2009. 12(3): p. 156-62.
180. Berberoğlu, U., et al., *Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz İndeksine göre günlük yaşam etkinlikleri*. Geriatri, 2002. 5(4): p. 144-149.
181. Özdemir, L., N. Akdemir, and İ. Akyar, *Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorunlar*. Türk Geriatri Dergisi, 2005. 8(2): p. 94-100.
182. Çuhadar, D., G. Sertbaş, and H. Tutkun, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006. 7(4): p. 232-239.
183. Aylaz, R., G. Güneş, and L. Karaoğlu, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi*. 2005.

EKLER

EK.1

EK 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyadı:
Eğitim (yılı):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif Ek:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeyiz ()

Hangi ülkede yaşıyorsunuz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

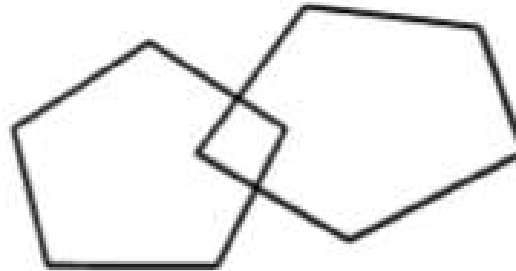
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise) ()

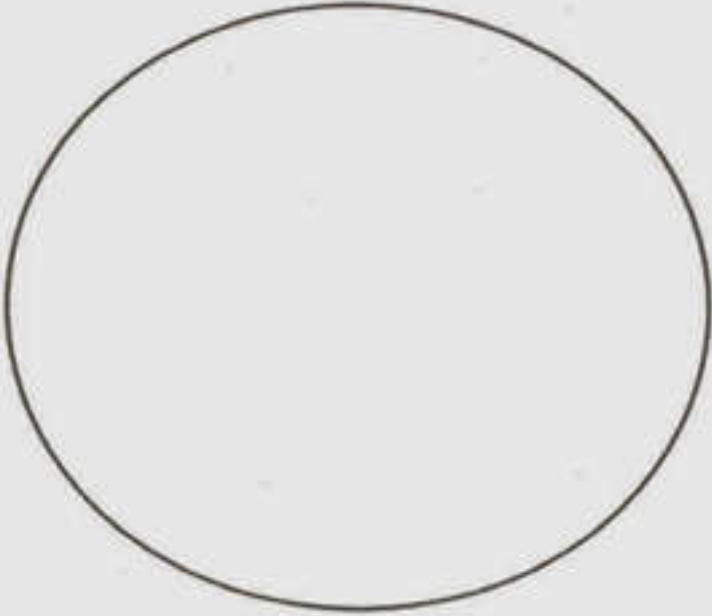
LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğümüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Tığır ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledığımı yapın. "Masa da duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakan titfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) ()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) ()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



Saat Çizme Testi (SÇT)					
İsim/Soyadı	:		Aktif kullanılan el	:	
Yaş	:		Tarih	:	
Eğitim (yıl)	:		Toplam skor	:	
Cinsiyet					

Lütfen bir saat çizin



Saatinizde gösterdiğiniz zamanı, rakamla yazın:

EK.3

KİŞİSEL SORULAR

Sayın Katılımcı

Bu araştırma yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşamla ve mutlulukla ilişkisini anlamak için yapılacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın ☐ 2. Erkek ☐

3. En son bitirdiğiniz okul: 1. İlkokul ☐ 2.Ortaokul ☐ 3. Lise ☐ 4. Üniversite ☐ 5. Yüksek lisans ☐

4. Medeni haliniz: 1. Bekar ☐ 2. Evli ☐ 3. Eşi vefat etmiş ☐ 4. Boşanmış- ayrı yaşıyor ☐

5. Aylık gelir durumunuz : 1. Gelirim giderimden az ☐
2. Gelirim giderime eşit ☐
3. Gelirim giderimden fazla ☐

6. Sürekli ilaç kullanmanız gereken hastalığınız var mı? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1. Yok ☐ 2.Hipertansiyon: ☐ 3. Şeker hastalığı: ☐ 4. Kalp hastalığı: ☐
5. Kolesterol yüksekliği: ☐ 6.Depresyon: ☐ 7. Diğer.....

7. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Yalnız ☐ 2. Eşimle☐ 3. Çocuklarımla ☐ 4.Eşim ve çocuklarımla ☐ Diğer

8.Çalışma durumu:

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Emekli

9.Yas reaksiyonu:

1.Var 2.Yok

10.İbadet ile rahatlar mısınız?

1.Evet 2. Hayır 3.Bilmiyorum

	1.Evet	2. Hayır	3.Bilmiyorum
11.Yaşlılık bireyin planlarını gerçekleştireceği bir dönemdir			
12.Yaşlılığın bazı zorlukları olduğu gibi zevkli yanları da vardır.			
13. Yaşlılık bos zamanların değerlendirildiği bir dönemdir.			
14.Yaşlılar birine muhtaç olmaktan çekinirler.			
15.Yaşlılar toplum tarafından dışlanırlar.			
16.Sağlıklı yaşlanmaya çalışıyorum.			

EK.4

Ek:5- Geriatrik Depresyon Ölçeği (kısa form):

1. Hayatınızdan memnun musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
2. İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
7. Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
8. Sıklıkla umutsuzluk hissedersiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Şu an hayatta olmak güzel mi? ☐ Evet ☐ Hayır
12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

EK.5

OXFORD MUTLULUK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kendimden hoşnut değilim.	1	2	3	4	5
2. Hayatın çok ödüllendirici olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Hayatımdaki her şeyden oldukça memnunum.	1	2	3	4	5
4. Çevremdeki güzelliklerin farkına varırım.	1	2	3	4	5
5. Yapmak istediğim her şeye zaman bulabilirim.	1	2	3	4	5
6. Zihinsel olarak kendimi tamamen zinde (dinç) hissedirim.	1	2	3	4	5
7. Geçmişle ilgili mutlu anılara sahip değilim.	1	2	3	4	5

EK.6

Barthel İndeksi

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı (10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkanma(5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.

10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüyebilir.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan:Yapamaz

8. Giyinip soyunma(10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı(10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.

0 puan:İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez

0-20 puan:Tam bağımlı**21-61 puan:** İleri derecede bağımlı**62-90 puan:** Orta derecede bağımlı**91-99 puan:** Hafif derecede bağımlı**100 puan:** Tam bağımsız



Ölüm Kaygısı Ölçeği

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

EK.8

İZMİR NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE;

İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Birinci Basamak Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'na sunduğumuz, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR rehberliğinde yürüteceğimiz "Yaşlılarda ölüm kaygısının sosyal yaşamla ve mutlulukla ilişkisi" konulu çalışmamızı İzmir ili merkez ilçelerindeki ASM'lerde hayata geçirmeyi planlamaktayız.

Çalışmamız için sorumlusu olduğunuz ASM'de kayıtlı olan 65-74 ve 75 yaş ve üzeri nüfustan rastgele seçilecek hastalar ile yüz yüze görüşerek "Standardize mini mental test", "Geriatrik depresyon ölçeği kısa formu", "Barthel indeksi", "Templer ölüm kaygı ölçeği", "Kısa form Oxford mutluluk ölçeği" ve "Sosyo-demografik Veriler Anketi" isimli anketleri uygulamak üzere onam vermenizi arz ederiz.

Araşt. Gör. Dr. Efsun AKIN

DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tel: 0232 412 49 51

"Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın onam veriyorum."

ASM Sorumlu Hekiminin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377/663.08
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.
Nilgün ÖZÇAKAR)

İZMİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi : 09/12/2016 tarihli ve 28907537-604.02-580 sayılı yazınız..

Dokuz Eylül Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda, Dr. Efsun AKIN tarafından yapılmak istenen “ Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Sosyal Yaşamla ve Mutlulukla İlişkisi” konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

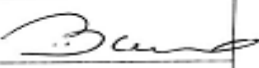
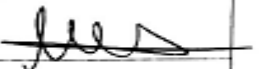
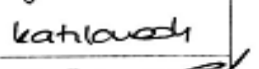
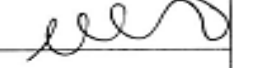
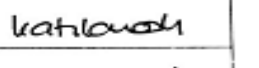
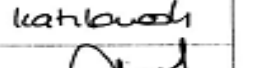
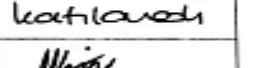
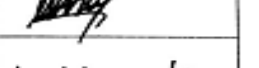
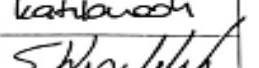
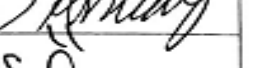
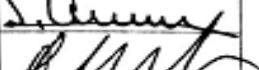
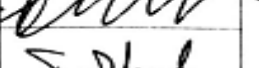
Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Ayrıca; aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin paylaşılamayacağı, araştırmacının bilgilere kendi imkanları ile ulaşması durumunda araştırmacının yapılabileceği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa UZUN
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 215534c2-7d73-417b-b316-f94029207fa6 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/07-25	Tarih:10.03.2016			
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Sosyal Yaşamla ve Mutlulukla İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğünden izin belgesi alınması koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -İzin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi? E ☐ H ☒	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	