



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Yaşar AY

YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK SAĞLIK VE MANEVİ İYİ OLUŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2021



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Yaşar AY

**YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK SAĞLIK VE MANEVİ İYİ OLUŞ
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Danışman

Doç. Dr. Orhan GÜRSU

Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2021

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Yaşar AY'ın bu çalışması, jürimiz tarafından Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :Doç. Dr. Muhammed KIZILGEÇİT (İmza)

Üye (Danışmanı) :Doç. Dr. Orhan GÜRSU (İmza)

Üye :Doç. Dr. Şeref GÖKÜŞ (İmza)

Tez Başlığı: Yaşlılık Döneminde Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisinin Araştırılması
--

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi :.../.../20

Mezuniyet Tarihi :09/12/2021

(İmza)
Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yaşlılık Döneminde Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş ilişkisinin Araştırılması” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

İmza

Ad Soyadı





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



06/12/2021

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU BEYAN BELGESİ

Öğrenci Bilgileri	
Adı-Soyadı	Yaşar AY
Öğrenci Numarası	20185263008
Anabilim Dalı	Felsefe ve Din Bilimleri
Programı	Din Psikolojisi
Danışman Öğretim Üyesi Bilgileri	
Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Orhan GÜRSU
Yüksek Lisans Tez Başlığı	Yaşlılık Döneminde Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisinin Araştırılması
Turnitin Bilgileri	
Ödev Numarası	1722088879
Rapor Tarihi	06.12.2021
Benzerlik Oranı	Alıntılar hariç: %6 Alıntılar dahil: %14
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,	
Yukarıda bilgileri bulunan öğrenciye ait tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 134 sayfalık kısmına ilişkin olarak Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esaslarında belirlenen filtrelemeler uygulanarak yukarıdaki detayları verilen ve ekte sunulan rapor alınmıştır. Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir: (X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylarım. () Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esaslarında öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.	
Gerekçe:	
Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlere uygun olarak tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim. Danışman Öğretim Üyesi Doç. Dr. Orhan GÜRSU İmza	

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ.....	iv
TABLOLAR LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY.....	viii
TEŞEKKÜR.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOİK SAĞLIK VE MANEVİ İYİ OLUŞ

1.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramı	5
1.1.1. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişimler	7
1.1.1.1. Fizyolojik Değişimler	7
1.1.1.2. Psikolojik Değişimler.....	11
1.1.1.3. Sosyal Değişimler	13
1.2. Psikolojik Sağlık Kavramı.....	15
1.2.1. Depresyon.....	17
1.2.2. Anksiyete.....	20
1.2.3. Olumsuz Benlik-Öz Saygı Eksikliği	23
1.2.4. Somatizasyon/Bedenleştirme	26
1.2.5. Hostilite	28
1.3. Maneviyat Kavramı.....	30
1.3.1. Din ve Maneviyat İlişkisi	33
1.4. Manevi İyi Oluş Kavramı.....	36
1.5. Yaşlılık Döneminde Manevi İyi Oluş	39
1.6. Manevi İyi Oluş ve Psikolojik Sağlık İlişkisi	42

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	45
2.2. Evren ve Örneklem	45
2.3. Veri Toplama Araçları	46

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	46
2.3.2. Kısa Semptom Envanteri.....	46
2.3.3. Manevi İyi Oluş Ölçeği	47
2.4. Uygulama ve İşlem	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Demografik Bulguları.....	49
3.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı	49
3.1.2. Katılımcıların Yaş Dağılımı	50
3.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumu	51
3.1.4. Katılımcıların Gelir Durumu	51
3.1.5. Katılımcıların Algılanan Dindarlık Düzeyleri.....	53
3.1.6. Katılımcıların Psikolojik Sağlık Durumları	53
3.1.7. Katılımcıların Manevi İyi Oluş Durumları.....	54
3.1.8. Ölçeklerin Güvenilirlik Durumları	55
3.2. Demografik Değişkenler Açısından Psikolojik Sağlık Durumunun İncelenmesi	56
3.2.1. Cinsiyet ve Psikolojik Sağlık İlişkisi.....	57
3.2.2. Yaş Grupları ve Psikolojik Sağlık İlişkisi	57
3.2.3. Eğitim Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi.....	59
3.2.4. Gelir Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi	61
3.2.5. Dindarlık Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi	62
3.3. Demografik Değişkenler Açısından Manevi İyi Oluş Durumunun İncelenmesi.....	64
3.3.1. Cinsiyet ve Manevi İyi Oluş İlişkisi.....	64
3.3.2. Yaş Grupları ve Manevi İyi Oluş İlişkisi	65
3.3.3. Eğitim Düzeyi ve Manevi İyi Oluş İlişkisi.....	66
3.3.4. Gelir Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisi.....	67
3.3.5. Dindarlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisi.....	68
3.4. Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş	69
3.4.1. Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisi.....	71

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Psikolojik Sağlığa İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	73
4.2. Manevi İyi Oluşa İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	78
4.3. Psikolojik Sağlık Manevi İyi Oluş İlişkinin Değerlendirilmesi	82
SONUÇ ve ÖNERİLER	90
KAYNAKÇA	94
EKLER.....	113
Ek 1. Katılımcı Onam Formu	113
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu	114
Ek 3. Kısa Semptom Envanteri.....	115
Ek 4. Manevi İyi Oluş Ölçeği.....	117
ÖZGEÇMİŞ	118

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Din-Maneviyat İlişkisi-1	34
Şekil 1.2 Din-Maneviyat İlişkisi-2	35
Şekil 1.3 Din-Maneviyat İlişkisi-3	35
Şekil 1.4 Bütüncül İyilik Modeli	37
Şekil 1.5 Yaşlılıkta Manevi Görevler	42
Şekil 3.1 Cinsiyet Dağılımı	49
Şekil 3.2 Yaş Sınıflandırması	50
Şekil 3.3 Eğitim Düzeyi.....	51
Şekil 3.4 Gelir Durumu.....	52
Şekil 3.5 Dindarlık Düzeyi	53
Şekil 3.6 Manevi İyi Oluş Düzeyi	55

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Kronolojik Yaş Sınıflandırması.....	6
Tablo 1.2 Maneviyatın Ana Temaları.....	32
Tablo 1.3 Maneviyat Tanımları	32
Tablo 3.1 Yaş Dağılımı.....	50
Tablo 3.2 Gelir Durumu	51
Tablo 3.3 Psikolojik Sağlık düzeyi	54
Tablo 3.4 Manevi İyi Oluş Düzeyi	54
Tablo 3.5 Kısa Semptom Envanteri Güvenilirlik Bulguları	55
Tablo 3.6 Manevi İyi Oluş Ölçeği Güvenilirlik Bulguları	56
Tablo 3.7 Cinsiyet ve Psikolojik Sağlık İlişkisi T-Test Sonuçları.....	57
Tablo 3.8 Yaş ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları.....	58
Tablo 3.9 Eğitim Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları	59
Tablo 3.10 Gelir Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları....	61
Tablo 3.11 Dindarlık ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları.....	62
Tablo 3.12 Cinsiyet ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları	64
Tablo 3.13 Yaş ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları	65
Tablo 3.14 Eğitim Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları	66
Tablo 3.15 Gelir Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları	67
Tablo 3.16 Dindarlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları.....	68
Tablo 3.17 Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları	69
Tablo 3.18 Psikolojik sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	71
Tablo 3.19 İlişki Özeti	72

KISALTMALAR LİSTESİ

- BM : Birleşmiş Milletler
Bn. : Bilinmeyen Numara
DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı.
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü.
ICD : Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması.
MEB : Milli Eğitim Bakanlığı
NICA : Ulusal Yaşlanma Konseyi
TDK : Türk Dil Kurumu
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
vd. : ve diğerleri

ÖZET

Dünyada ve ülkemizde meydana gelen demografik dönüşüm neticesinde yaşlılık dönemine olan ilgi artmaktadır. Bu çalışmada da yaşlılık döneminde psikolojik sağlık sorunlarıyla manevi iyi oluş durumu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Nicel yöntemle tasarlanan çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Yaş ve katılımcı sayısı sınırlandırılarak kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama sürecinde ise demografik bilgi anketi, kısa semptom envanteri ve manevi iyi oluş ölçeği kullanılarak 400 kişilik veri toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde ise fark testleri ve pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada elde edilen demografik bulgulara bakıldığında katılımcıların çoğunun erkek (%57), genç yaşlı (60-74) (%80,2), ilkokul mezunu (%57) ve gelirin ortalamanın altında (%58,3) olduğu ve kendilerini çok dindar (%52) olarak tanımladığı bulunmuştur. Katılımcılarda psikolojik sağlık açısından depresyon ve somatizasyon düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Demografik değişkenler açısından psikolojik sağlık göstergelerinin tamamının gelir ve dindarlık durumuna göre farklılaştığı, yaşa göre anksiyete, somatizasyon ve hostilitenin farklılaştığı ve eğitim durumuna göre sadece depresyonun farklılaştığı bulunmuştur. Manevi iyi oluş açısından katılımcıların çoğunluğunun (%56) yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğu bulunmuştur. Demografik değişkenlerden cinsiyetin sadece aşkınlık boyutunda gelir durumunun ise sadece anomi boyutunda farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Yaş değişkeni, anomi ve manevi iyi oluş toplamında farklılık oluştururken dindarlık ise aşkınlık ve manevi iyi oluş toplamında farklılık oluşturmaktadır. Son olarak manevi iyi oluş ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve toplam psikolojik sağlık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık arasında çoğunlukla negatif ilişki tespit edilmesine rağmen bu çalışmada pozitif ilişki tespit edilmiştir. Bu durum yaşlılık döneminde psikolojik sağlık belirtileri ve manevi iyi oluş durumunun farklı değişkenlerden etkilendiğine işaret etmektedir. Bu veriler konuyla ilgili yapılacak araştırmaların artmasını ve yaşlılık dönemine özgü psikolojik değerlendirme ve maneviyat ölçümlerinin yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Din Psikolojisi, Gerontoloji Yaşlılık, Psikolojik Sağlık, Manevi İyi Oluş

SUMMARY

RESEARCH OF THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND SPIRITUAL WELL-BEING IN THE OLD AGE

As a result of the demographic transformation in the world and in our country, the interest in the old age is increasing. In this study, it was aimed to investigate the relationship between psychological health problems and spiritual well-being in old age. The relational survey model was used in the study, which was designed with a quantitative method. Quota sampling method was used by limiting age and number of participants. In the data collection process, data were collected from 400 people by using demographic information questionnaire, brief symptom inventory and spiritual well-being scale. In the analysis of the research data, difference tests and Pearson correlation analysis were performed. When we look at the demographic findings obtained in the study, most of the participants are male (57%), young old (60-74) (80.2%), primary school graduate (57%), and their income is below the average (58.3%) and they feel very religious (It was found to be defined as 52%). It was found that the participants had high levels of depression and somatization in terms of psychological health. In terms of demographic variables, it was found that all of the psychological health indicators differ according to income and religiosity, anxiety, somatization and hostility differ according to age, and only depression differs according to education level. In terms of spiritual well-being, the majority of the participants (56%) were found to have a high level of spiritual well-being. It was found that among the demographic variables, gender only made a difference in the dimension of transcendence, and income status only made a difference in the dimension of anomie. While the variable of age creates a difference in the sum of anomie and spiritual well-being, religiosity creates a difference in the sum of transcendence and spiritual well-being. Finally, it was found that there is a positive and significant relationship between spiritual well-being and depression, negative self, somatization and total psychological health. When the findings obtained in the research were evaluated, although mostly negative correlations were found between spiritual well-being and psychological health, a positive relationship was found in this study. This indicates that psychological health symptoms and spiritual well-being in old age are affected by different variables. These data make it necessary to increase the number of researches on the subject and to carry out psychological evaluation and spirituality measurements specific to the old age period.

Keywords: Psychology of Religion, Gerontology, Aging, Psychological Health, Spiritual Well-Being



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başladığım günden bu çalışmanın sonuçlanmasına kadar olan süreçte kendi kitaplığını bizim hizmetimize sunan, bilgi ve deneyimlerinden hem derslerde hem de özel hayatımda faydalandığım kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Orhan Gürsu'ya minnettarım.

Yüksek lisans ders döneminde bilim felsefesi ve araştırma yöntemlerinin mantığı üzerine fikirlerinden faydalandığım aynı zamanda bu çalışmanın tasarımı sürecinde görüşlerinden istifade ettiğim Din Eğitimi A.B.D.'da görev yapan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Fatih Ay hocama teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans süreci boyunca deneyimlerinden faydalandığım Rekreasyon bölümünde doktora öğrencisi arkadaşım Seyida İlyas'a teşekkür ediyorum.

Lisans ve yüksek lisans sürecinde her zaman ve her durumda yanımda olan devam etmem için beni destekleyip motive eden Gerontolog & Fizyoterapist arkadaşım Halil İmancioğlu'na şükranlarımı sunuyorum.

Son olarak benim burada olmama vesile olan, eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteklerini hiç eksik etmeyen kıymetli aile üyelerime teşekkür ediyorum.

ÖNSÖZ

Dünya genelinde nüfus 20. yüzyılın başında artmaya başlarken yaşam koşullarının iyileşmesi ve ölüm oranlarının azalmasıyla birlikte bu artış hızlanmıştır. Yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalmasıyla birlikte dünya nüfusu içinde yaşlı nüfus oranı da hızla artmaktadır. Ülkemizde ise TÜİK (2021) verilerine göre; 2015 yılında 8,2 olan yaşlı nüfusun son 5 yılda %22,5 artarak 2020 yılında 9,5 olarak gerçekleşmesi ülkemizde yaşlı nüfusun hızla arttığını ve dünyadaki demografik dönüşüme benzer bir eğilim gösterdiğini ortaya koymaktadır. İleriye dönük nüfus tahminlerine bakıldığında yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3 olacağı ve 2080 yılında toplam nüfusun dörtte birinin yaşlılardan oluşacağı ön görülmektedir.

Yaşlanma ve yaşlılık konuları sayılarla ifade edilenden daha karmaşık yapı arz etmektedir. Demografik dönüşümle birlikte görünür hale gelen yaşlılık dönemi gerontoloji disiplininde çok boyutlu olarak incelenmektedir. Yaşlanan bireyin zamanla geçirdiği biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşlılık döneminde çeşitli problemleri de beraberinde getirmektedir. Yaşlılarda sıklığı artan kronik hastalıklar, bakıma muhtaçlık, ekonomik yetersizlikler ve sosyal rollerdeki değişimler, yalnızlık, stres, ölüm kaygısı, depresyon gibi psikolojik problemler bunlardan bazılarıdır. Yaşlılık döneminde karşılaşılan problemlerin anlamlandırılmasında ve başa çıkılmasında kullanılan yöntemler değişiklik gösterebilmektedir. Din ve maneviyat da yaşlılık dönemi problemleriyle baş etmede kullanılan yöntemlerden biridir. Maneviyatın temel insani niteliklerden biri olması ve yaşamın fiziksel, sosyal ve psikolojik tüm alanlarını etkileme potansiyeli nedeniyle yaşlı bireylerdeki manevi iyi oluş durumu da önem kazanmaktadır. Alan yazında yapılan çalışmalarda maneviyatın psikolojik sağlığı iyileştirdiği yönündeki bulgulardan esinlenerek yaşlı bireylerdeki manevi iyi oluşun psikolojik sağlıkla ilişkisini ortaya koymak çalışmanın temel amacı olmuştur.

Bu doğrultuda hazırlanan çalışmada öncelikle kavramsal açıdan yaşlılık dönemi ana hatlarıyla tanıtılmış devamında psikolojik sağlık sorunları ve maneviyat konusu ele alınmıştır. Son olarak manevi iyi oluşun yaşlılık ve psikolojik sağlıkla ilişkisi incelenmiştir. Sonraki bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmış ve elde edilen bulgular raporlanmıştır. Son olarak elde edilen veriler alan yazınla kıyaslanarak çalışmanın sonuç ve önerileri ortaya konmuştur.

30 Ağustos 2021

ANTALYA

GİRİŞ

1.Araştırmanın Konusu

Son yüzyılda yaşlılık küresel bir olgu haline gelmiştir ve bu yüzyıl “*yaşlanma yüzyılı*” olarak nitelendirilmektedir. Teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmeler, yaşlı nüfusun artışının temel nedenlerinden biri olarak ele alınabilir. Toplumların refah seviyesindeki artışa müteakiben yaşam koşullarının iyileşmesi gibi sosyal alandaki gelişmelerin yanında; hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlık alanındaki gelişmeler yaşlı nüfusun artışını sağlamıştır (Özmete, 2019: 11). Yaşlı nüfusun artışının göstergelerinden biri de genel nüfus artış oranı ile yaşlı nüfus artış oranının kıyaslanmasıdır. Gelişmiş ülkelerde bu kıyaslamada yaşlı nüfusun artış hızı genel nüfusun artış hızından yaklaşık iki kat fazla olmakla birlikte Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere bu oranın daha yüksek seyrettiği görülmektedir. Bu verilerin önemli sonuçlarından biri de artan yaşlı nüfusun psiko-sosyal sorunları ve çeşitli alanlarda riskleri beraberinde getirmesidir. Bu açıdan gelişmekte olan ülkelere yaşlılara yönelik politikalara ve bilimsel faaliyetlere olan ihtiyacın arttığı söylenmektedir (Tuna ve Tenlik , 2017: 4).

Yaşlılık dönemi sayısal verilerin ötesinde içinde bulunulan durum itibariyle karmaşık bir yapı arz etmektedir. Yaşlanma sürecinde bireyler çeşitli stres etkenlerine maruz kalırken yaşanan bireylerde biyo-psiko-sosyal açıdan çeşitli değişimler ve sorunlar ortaya çıkmaktadır. Biyolojik anlamda vücudun hücre, doku ve organ sistemlerinde sorunlar görülürken psiko-sosyal alanda kişilik değişimleri, toplumsal rol ve statüdeki değişimler, sosyal izolasyon gibi sorunlar öncelikli olarak görülmektedir (Danış ve Günay, 2019: 44-59). Yaşlılık döneminde fiziksel özelliklerdeki değişimler daha görünür olmakla birlikte sağlık sorunları, emeklilik sonrası hayat ve yakınların kaybıyla beraber yaş süreçleri de gündeme gelmektedir. Yaşlanmayla birlikte ölümün yaklaşması da yaşlı bireyleri derinden etkileyebilmektedir (Can, 1990: 34). Yaşanan bu sorunların yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin düşmesine neden olurken yaşlılık sürecini zorlaştırmaktadır. Bu tip değişimler yaşlı bireylerin psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve psikiyatrik sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlıklı ve başarılı bir yaşlanma sürecinin geçirilmesinde bireylerin psikolojik sağlık durumlarının iyileştirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan fiziksel ve psiko-sosyal değişimler bireylerin kendilik algısını ve hayatın anlamına yönelik oluşturduğu düşünce kalıplarını gözden geçirmesine de neden olmaktadır. Kendilik algısını ve hayatın anlamını yeniden düzenleme sürecinde yaşlı bireylerin gençlik yıllarındaki ilgi odakları ve referansları değişime uğrayabilir. Yeni ilgi odağı

manevi alana kayarak yaşı bireylerde maneviyata yönelim ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlarla baş etmede maneviyat ve buna bağlı gelişen manevi iyi oluş düzeyi önemli bir etken olabilmektedir. Bu doğrultuda yaşı bireylerin psikolojik sağlık düzeyleriyle manevi iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması bu çalışmanın konusu olarak belirlenmiştir (İnce, 2012: 72; Düzgüner ve Telek, 2020: 29-30).

2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yaşlılık dönemi kendine has avantajları ve dezavantajları olan bir dönemdir. Yaşlanma sürecinin getirdiği fiziksel ve bilişsel gerilemelerle birlikte depresyon, anksiyete ve ölüm korkusu gibi psikolojik rahatsızlıklarda ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık ruhsal anlamda gelişim devam etmekte ve yaşlanma sürecinde kazanılan deneyimlerin bireylerin sorunların üstesinden gelmesini kolaylaştırmaktadır. Yaşlılıkla ilgili sorunlar bireylerin manevi kaygılarını artırabilir. Bu doğrultuda yaşı bireyler karşılaştığı fiziksel ve psikolojik problemlerle baş etmede dini ve manevi uygulamalara yönelebilmektedir. Din ve maneviyat çeşitli şekillerde bireyi etkileyerek ona umut ve iyimserlik aşılayıp psikolojik sağlığın iyileşmesine katkı sağlayabilir (Kızılgöç, 2020: 85-86). Alan yazında maneviyat ile fiziksel ve psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren bulgular vardır (Yusupu, 2017: 353-355). Bu bağlamda yaşı bireylerde depresyon, anksiyete, öz saygı, somatizasyon ve hostilete alt kategorilerinden oluşan psikolojik sağlığın düzeyinin manevi iyi oluş düzeyi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Alan yazında yapılan incelemelerde yaşlılık psikolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda manevi alana yönelik çalışmaların ülkemizde sınırlı olduğu; maneviyat ile ilgili çalışmalarda ise yaşlılık dönemine ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Sonuç itibariyle ülkemizde yaşlıların psikolojik sağlığı ve manevi iyi oluş düzeyine ilişkin yapılmış tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle alan yazındaki eksikliğin giderilmesi ve yaşlılık dönemine katkıları olacağı düşünülen psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırılması önem arz etmektedir.

3. Araştırmanın Problemi

Yaşlılık döneminde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin niteliğini tespit etmek amacıyla hazırlanan bu çalışmanın temel problemi, depresyon, anksiyete, özsaygı/olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete gibi psikolojik sağlık göstergelerinin manevi iyi oluş düzeyi ile ne tür bir ilişki içerisinde olduğunu belirlemektir. Bu doğrultuda şu alt problemler oluşturulmuştur:

1. Yaşlı bireylerde demografik değişkenler, psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş üzerinde anlamlı bir fark oluşturmakta mıdır?
2. Manevi iyi oluş düzeyi ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Manevi iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarının psikolojik sağlıkla ilişkisi ne yöndedir?

4. Araştırmanın Hipotezleri

4.1. Yaşlı bireylerde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş düzeyi ile demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, algılanan dindarlık düzeyi) arasında anlamlı farklılık vardır.

4.1.1. Demografik Değişkenler ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik Hipotezler

H1: Psikolojik sağlık alt ölçek ve toplam puanları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

H2: Yaş arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı yükselmektedir.

H3: Eğitim seviyesi arttıkça psikolojik sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlar artmaktadır.

H4: Gelir durumu ve psikolojik sağlık alt boyutları ile toplam puanı arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Dindarlık düzeyi arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı azalmaktadır.

4.1.2. Demografik Değişkenler ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik Hipotezler

H1: Manevi iyi oluş alt ölçek ve toplam puanları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

H2: Yaş arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı yükselmektedir.

H3: Manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.

H4: Gelir durumu arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları toplam puanı artmaktadır.

H5: Dindarlık düzeyi arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı artmaktadır

4.2. Yaşlılarda Manevi İyi Oluş Düzeyi İle Psikolojik Sağlık Toplam Puanı ve Alt Boyutları Arasında Anlamlı Farklılık Vardır.

H1: Manevi iyi oluş düzeyi arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı azalmaktadır.

4.3. Yaşlıların Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş Düzeyleri Arasında Anlamlı İlişkiler Vardır.

H1: Manevi iyi oluş alt ölçekleri ve toplam puanı ile psikolojik sağlık alt ölçekleri ve toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

5. Araştırmanın Sayıtları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın ön kabulleri şu şekildedir; araştırma sürecinde kullanılan ölçme araçları geçerli ve güvenilir olup araştırmanın amacı doğrultusunda veri toplamaya uygun ölçeklerdir. Araştırmaya katılan yaşlı bireyler ölçme araçlarını doğru bir şekilde yanıtlamışlardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: araştırmada elde edilen veriler araştırmanın örneklem grubu ile sınırlıdır. Araştırmada ulaşılan bulgular ölçeklerin ölçme kapasitesi ve uygulandığı zaman dilimi ile sınırlıdır. Covid-19 salgınından dolayı yaşlı bireylere uygulanan kısıtlamalar nedeniyle ulaşmak zor olduğundan dolayı örneklem sınırlı tutulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKOLOİK SAĞLIK VE MANEVİ İYİ OLUŞ

Bu bölümde araştırmanın temel kavramları ele alınmıştır. İlk olarak yaşlanma ve yaşlılığın tanımı, yaşlanma döneminde meydana gelen değişimler ele alınmıştır. Devamında psikolojik sağlık kavramı tanımlanmış ve psikolojik sağlık alt başlıkları açıklanarak yaşlılıkla ilişkisine değinilmiştir. Daha sonra maneviyat ve manevi iyi oluş kavramları tanımlanarak yaşlılık döneminde manevi iyi oluşa değinilmiştir. Bölüm sonunda manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık ilişkisine yönelik açıklama ve çalışmalara yer verilmiştir.

1.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramı

Yaşlılık ve yaşlanma konuları gerontoloji biliminin temel konularıdır. Gerontoloji yaşlanma sürecini ele alarak yaşlanmayı biyolojik, psikolojik, toplumsal, kültürel vb. boyutlarıyla inceleyen ve yaşlanmanın nedenlerini ve sonuçlarını tespit ederek yaşlanma sürecinin iyileştirilmesini amaçlayan bilim dalıdır (Kalinkara, 2016: 11). Yaşlının tanımlanması her dönemde farklılık arz etmektedir. Genellikle toplum tarafından kabul edilen belirli bir yaştan üstünde olan kişiler yaşı olarak tanımlanmaktadır. Ancak takvimsel bir temele oturan yaşı nitelemesi kişi hakkında yeterli bilgi sunmamaktadır. Çünkü toplumun hangi yaştan üzerindeki kişilere yaşı dediği zaman içerisinde değişiklik göstermektedir. O nedenle yaşlının tanımlanmasında biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörler daha etkili olmaktadır (Baran, 2005: 22). Bu bağlamda yaşlanma ve yaşlılık kavramlarının kendi içinde farklılık arz ettiği için kavramların doğru tanımlanması gerektiği düşünülmektedir. Yaşlanma canlı bir organizmadaki eskime ve değişimlerin zaman içerisinde organizmayı ölüme götürmesi olarak tarif edilebilir. Yaşlanma kavramı öncelikle biyolojik yapılara bağlı ele alınarak, vücudun hücre, doku ve organlarının aynı şekilde yaşlandığı kabul edilmiştir. Ancak biyolojik yaşlanma tüm insanlarda benzerlik göstereceği yaşlanma süreci bireylerin kişisel ve çevresel koşullarına göre farklılık göstermektedir. Günümüzde toplumsal ve psikolojik etkenlerin yaşlanma sürecindeki öneminin fark edilmesi de yaşlanma tanımına yaklaşımın değişmesine neden olmuştur. Yaşlılık ise kronolojik, bedensel ve toplumsal kriterlere göre belirlenen yaşam dönemlerinden biri ve sonuncusudur. Yaşlanma ve yaşlılık konusundaki kritik noktalardan birisi yaşlılığın ve yaşlanmanın ne zaman başladığıdır (Akçay, 2015: 10-11). “Yaşı kimdir?” sorusu gelişmiş ülkelerde 65 yaşını geçmiş kişiler olarak tarif edilir. Yine DSÖ’nün yaşı

tanımlamasında 65 yaş temel kriterdir. Bu tanımlamalar Bismarck¹'in kurduğu sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanmaktadır ve ülkelerin benimsediği sosyal güvenlik sistemleriyle ilişkilidir. BM ise 60 yaşı yaşlılığın başlangıcı olarak kabul etmektedir. Ülkemizde ise huzurevi yönetmeliği yaşlılık için 60 yaşı referans almaktadır. Görüldüğü üzere yaşlılığın başlangıcıyla ilgili kabuller değişebilmektedir (Onur, 2017: 285; Tuna ve Tenlik, 2017: 5-6). Bu çalışmada da alan yazındaki kaynaklar ve ülkemizin koşulları göz önünde bulundurularak yaşlılık dönemi başlangıcı olarak 60 yaş referans alınmıştır. Yaşlanmanın başlangıcı ise yaşlılık döneminden daha önceye tekabül etmektedir. Yaşlılık döneminin belirtileri olarak kabul edilen fiziksel ve zihinsel yeterliklerdeki azalmalar erken yaşlarda başlamaktadır. Bu bağlamda yaşlanma döneminin doğumla başladığını söyleyebiliriz. Orta yaşlara kadar olan dönemdeki yaşlanma gelişme ve büyüme olarak kabul edilirken orta yaşlardan sonraki değişimler gerileme ve yaşlanma olarak ifade edilebilir. Nihayetinde yaşlanma doğumla başlayıp ölüme kadar süren dinamik bir süreçtir (Akçay, 2015: 11).

Yaşlanma çok boyutlu bir süreç olması nedeniyle farklı sınıflandırma ve tanımlamalar yapılmaktadır. Bu konuda kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, sosyal yaşlanma ve psikolojik yaşlanma şeklinde farklı yaşlanma tasnifleri yer almaktadır (Kalınkara, 2016: 8).

Kronolojik Yaşlanma: Doğumla başlayan ve takvimsel olarak yaş almayı ifade eden yaşlanma biçimidir. Kronolojik yaşlanma da yaşlılık döneminin başlangıç yaşı ve yaşlılık döneminin kendi içinde sınıflandırılması önemli başlıklardır. Yaşlılık başlangıcını 65 olarak kabul eden DSÖ'nün yaptığı sınıflandırmada 65-74 yaş erken yaşlılık, 75-84 yaş orta yaşlılık, 85 yaş ve üzeri ileri yaşlılık dönemi olarak tarif edilmektedir (Tümerdem, 2006: 195). Ancak geçmişten bugüne yapılan yaşlılık dönemi sınıflamalarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 1.1 Kronolojik Yaş Sınıflandırması

1. Sınıflama		2. Sınıflama		3. Sınıflama	
45-59 yaş	Orta yaşlı	55-64 yaş	Yaşlı	60-74 yaş	Genç yaşlılık
60-74 yaş	Yaşlı	65-74 yaş	İhtiyar	75-84 yaş	Orta yaşlılık
75 + yaş	İhtiyar	75-84 yaş	Kocamış	85+ yaş	İleri yaşlılık
		85+ yaş	İleri dercede yaşlı		

(Karadakovan, 2014: 4)

Biyolojik Yaşlanma: Zamanın ilerlemesiyle birlikte vücudun hücre, doku ve organlarında meydana gelen genellikle geri dönüşü olmayan ve ölümle sonuçlanan değişimlerin tümü olarak tanımlanabilir. Biyolojik yaşlanma süreçlerinin altında yaşlılık döneminde

¹ Otto Von Bismarck: 1881 yılında Almanya'da ilk sosyal güvenlik sistemini oluşturan devlet adamıdır. Kurduğu sistem "*Bismarck Modeli*" olarak bilinmektedir.

hormonal dengenin bozulması, bağışıklık sisteminin zayıflaması, DNA hasarları ve hücrelerde mutasyon birikimi, mitokondri fonksiyonlarının hasar görmesi gibi çeşitli biyolojik sorunlar yatmaktadır. Genel olarak yaşlılık dönemindeki fiziksel değişimler ve sağlık problemleri biyolojik yaşlanmanın göstergeleri olarak değerlendirilebilir. (Karadakovan, 2014: 4; Öksüz, vd., 2016: 35).

Psikolojik Yaşlanma: Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin duygudurum ve davranışlarında meydana gelen değişimlerin tümüdür. Dikkat, algı, hafıza gibi bilişsel fonksiyonların gerilemesi; yeni durumlara uyumun zorlaşması, geçmişe özlemin artması, pişmanlık, umutsuzluk gibi çeşitli duygusal değişimler psikolojik yaşlanmanın bireylerdeki yansımaları olarak düşünülebilir (Bölüktaş, 2019: 9).

Sosyolojik Yaşlanma: Toplumun norm ve değerleriyle bireylerin yaşlanma biçimi arasındaki ilişkiyi ifade eden yaşlanma şeklidir. Sosyolojik yaşlanmanın odağında kişilerin ait olduğu sosyal çevreyle kurduğu ilişkilerin niteliği ve yaşlanan bireyin toplumsal statü ve rolündeki değişimler yer almaktadır. Kültürel değerlerle yakından ilişkili olan sosyolojik yaşlanma farklı toplumlarda farklı şekillerde ortaya çıkan göreceli bir yaşlanma şeklidir (Kalınkara, 2016: 9; Karadakovan, 2014: 5).

1.1.1.Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişimler

Çeşitli şekillerde devam eden yaşlanma süreci beraberinde birtakım sonuçlar doğurmaktadır. Yaşlılık döneminin iyi anlaşılabilmesi için bu dönemin kendine özgü fiziksel, psikolojik ve sosyal özelliklerini bilmek önemlidir (Yerli , 2017: 1279). Yaşlılık dönemi genel anlamda kayıpların olduğu bir dönem olarak algılanmaktadır. Ancak burada yaşlılığa bağlı değişimler ile hastalığa bağlı değişimlerin ayırt edilmesi zorlaşmaktadır. Bu nedenle yaşlanmanın doğal sonucu olan bir değişim hastalık olarak algılanarak tedavi edilmeye çalışılmaktadır (Onur, 2017: 303). Bu durumun yaşlı bireylerde yaşam kalitesini yükseltecek aktiviteler için kullanılacak enerjinin boşa harcanmasına neden olabilir. Bu nedenle yaşlılık döneminde meydana gelen değişimleri incelemek yerinde olacaktır.

1.1.1.1. Fizyolojik Değişimler

Yaşlanma sürecinde meydana gelen fizyolojik değişimler genellikle biyolojik yaşlanma süreçlerinden temel almaktadır. Hücresel düzlemde başlayan yaşlanma ilerleyerek solunum sistemi, kas-iskelet sistemi, sindirim sistemi, dolaşım sistemi, bağışıklık sistemi, üreme sistemi, hormonal sistem, nörolojik sistem ve duyuşsal alanları etkileyerek tüm vücudun fizyolojisinin değişmesine neden olmaktadır (Bölüktaş, 2019: 50).

Yaşlılık döneminde meydana gelen değişimler ilk olarak sinir sistemi üzerinde meydana gelmektedir. Sinir hücrelerinde sürekli kayıplar meydana gelirken nöronların tamir mekanizmaları da etkin olarak çalışmamaya başlar. Bunun yanına beyne giden kanda azalmalar meydana gelir bu durumda sinir hücrelerinin kaybını artırır. Bu kayıplardan en çok prefrontal korteks etkilenmektedir. Sinir hücrelerinin yapısındaki bozulmalarla beraber sinaptik bağlantılarda, dopamin ve serotonin gibi sinirsel iletiyi sağlayan maddelerde azalmalar meydana gelmektedir. Sinir hücrelerinde duyarlılığın ve sinirsel iletimin azalması yaşlı bireylerde duyu kayıplarına neden olmaktadır (Akdeniz vd., 2019: 10-12). Sinir sisteminde meydana gelen bu değişiklikler yaşlıların çevresel uyaranlara tepki süresini uzatmaktadır. Bunun yanında, öğrenme, hafıza, kelime haznesi, hatırlama, konuşma gibi mental fonksiyonlarda zayıflama meydana gelmektedir. Ayrıca beyinde oluşan nörofibriler yumaklar ve amiloid plaklar yaşlılarda Alzheimer tipi demans hastalığının gelişmesine neden olmaktadır (kartal vd., 2012: 21).

Yaşlanma sürecinde solunum sisteminde yapısal ve fonksiyonel bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Akciğerlerde gaz değişimini sağlayan alveollerin sayısının azalması, alveol yüzeylerinin küçülmesi, alveol etkinliğinin azalması gibi durumlar vücut hücrelerine yeterli oksijenin gitmemesine neden olmaktadır. Aynı zamanda göğüs kaslarının elastik özelliğinin kaybolması, göğüs kafesinin sertleşmesi, bronşların daralması gibi durumlar nefes alışveriş kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır (Beğer, 2003: Bn.). Bu tür değişimler yaşlılarda günlük yaşamını bozmasa da fiziksel etkinlik düzeyi arttığında yaşlı bireylerin zorlanmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen bu değişimlerde kötü yaşam koşulları ve sigara kullanımı önemli risk faktörleridir. Bu tip fonksiyon kayıpları ilerlediğinde ise yaşlılarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), pnömoni, pulmoner emboli, astım gibi solunum sistemine bağlı rahatsızlıklar sık görülmektedir (Karadeniz ve Dedeli, 2008: 20).

Dolaşım sisteminde meydana gelen değişimlere bakıldığında yaşla birlikte kalp atış sayısında düşme, kalp kaslarının sertleşmesi ve hacimsel olarak küçülmeler sonucunda kalpten pompalanan kan miktarında azalma meydana gelmektedir. Bununla beraber damar duvarında sertleşme, kan basıncını algılayan reseptörlerin yıpranması gibi değişimler tansiyon değerlerinin normal bireylerden farklı olmasına neden olmaktadır (Altındış, 2013: 13). Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimler yaşlılarda hipertansiyon, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği ve kapak hastalıklarının sık görülmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları yaşlı bireylerde ölüm nedenlerinde ilk sırada yer almaktadır (Çiflik Bolluk ve Özçakar, 2019: 69-70).

Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişimlere bakıldığında öncelikli olarak tükürük salgısında azalma, tat tomurcuklarında azalma buna bağlı olarak ağız kuruluğu ve tat almada bozulmalar meydana gelir. Besinlerin mideye ulaşmasında etkili kasların zayıflaması peristaltik hareketi yavaşlatır. Mide kaslarının elastikliğinin azalması sindirimi zorlaştırırken mide mukozasındaki azalmalar nedeniyle mide duvarında hasarlar meydana gelmeye başlar. Aynı şekilde bağırsak kaslarının ve salgısındaki bozulmalar sindirimi ve boşaltımı sekteye uğratmaktadır. Karaciğerde meydana gelen atrofi nedeniyle meydana gelen karaciğer kitlesindeki azalma, yenilenme kabiliyetinin azalması ve enzim yapılarının bozulması da sindirim sistemini etkilemektedir. Ayrıca karaciğere meydana gelen değişimler yaşlılarda ilaç metabolizmasının bozulmasına neden olarak iyileşme sürecini etkilemektedir. Gastrointestinal sistem değişimleri yaşlılarda yutma güçlüğü, reflü, diyare, fekal inkontinans, konsitipasyon gibi rahatsızların meydana gelmesine neden olmaktadır (Üçbilek vd., 2015: 11-15; Pehlivan ve Karadakovan, 2013: 391).

Yaşlılık döneminde kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişimlere bakıldığında kas kütlelerinde azalma ve kas gücünde azalmalar meydana gelmektedir. Kas atrofileri ilerlediğinde yaşlı bireylerde sarkopeni gelişmesine neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde vücudun genelinde meydana gelen kas kayıpları yaşlı bireylerin hareketliliğini azaltmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kemiklere bakıldığında yine kemik yoğunluğunda ve dayanıklılıkta azalmalar meydana gelmektedir. D vitamini eksikliğine bağlı olarak kemiklerdeki mineral dengesinin bozulması kemik kaybını artırmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda boy kısalması, diş kaybı, kamburluk gibi fiziksel değişikler meydana gelmektedir. Kıkırdak hücrelerindeki azalma yaşlılarda eklem ağrılarına neden olmakta ve darbelere karşı kırılgan hale gelmektedir (Akdeniz vd., 2019: 3-4). Kas-iskelet sistemi sorunlarına bağlı olarak yaşlılarda osteoartrit, osteoporoza bağlı kalça, omurga, distal radius kırıkları tendonlarda yırtıklar meydana gelmektedir (Akalın, 2012: 60). Yaşlılarda kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişimlerin önemli sonuçlarından biri de düşme ve ev kazalarıdır. Kas ve kemik yapısındaki değişimlerin yaşlılarda postür bozukluğu, denge problemi ve kaza sonucu kırılganlığın artmasına neden olmaktadır. Düşmeler yaşlılarda önemli mortalite nedenlerinden biridir. Ev düzenlemeri ve fiziksel egzersizler ev kazaları ve düşmelerin önlenmesinde faydalı olabilecek basit uygulamalardır (Şahin, 2012: 64-68).

Yaşlılık döneminde ürogenital sistemde meydana gelen değişimlere bakıldığında böbrek kan akışında azalma, glomerül hücrelerinde azalma buna bağlı olarak kan filtrasyonunda azalmalar meydana gelmektedir. Böbreklerin idrarı konsantre etme gücü azalırken, mesanede küçülme ve erkeklerde prostast büyümesi meydana gelmektedir (Altındış,

2013: 15). Böbrek fonksiyonlarındaki bozulmalar sonucunda yaşlılarda poliüri, dizüri ve ürüner inkontinas sık görülen rahatsızlıklardandır. Üreme sisteminde ise kadınlarda menapoz sonrası hormonal değişikliklerden dolayı cinsel organların yapısında bozulmalar meydana gelirken; erkeklerde ise cinsel fonksiyonlarda bozulmaların meydana gelmektedir. Ancak yaşlılık döneminde cinsel aktivite bu değişimden her zaman olumsuz etkilenmemektedir. Yaşlılarda cinsellik çeşitli duygusal göstergelerle devam edebilmektedir (Karadeniz ve Dedeli, 2008: 25)

Yaşlılık döneminde bağışıklık sistemi fonksiyonlarında zayıflama meydana gelmektedir. Kandaki lenfositlerin azalması vücudun mikroplara karşı direncini azaltarak kişinin enfeksiyonlara açık hale gelmesine neden olur. Hücresel bağışıklığın azalması yaşlı bireylerde kendi hücrelerinin zararlı gibi algılanarak sindirilmesine de neden olmaktadır. Yaşlılarda bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu pnömoni, tüberküloz, influenza enfeksiyonları, diyare, menenjit ve otoimmün hastalıklar daha sık görülmektedir (Nalbant, 2008: 10; Pehlivan ve Karadakovan, 2013: 393).

Yaşlılık döneminde fizyolojik değişimlerin oluşmasında önemli faktörlerden biri de hormonal etkinliktir. Yaşlılıkta hormonlarda meydana gelen değişimler başlıca kas-iskelet sistemi ve üreme sistemi üzerinde etkilidir. Tiroid hormonundaki azalmalar yaşlı bireyde metabolizmanın yavaşlamasına neden olurken kas kaybı ve kemik yapıları zayıflamaktadır. Testesteron ve östrojenindeki azalmalar ise kadınlarda menapozal süreçleri etkilerken erkeklerde üreme fonksiyonlarında bozulmalara neden olmaktadır. Ancak erkeklerin üreme fonksiyonundaki bozulmalar daha yavaş ilerlemektedir. Bunun yanında insülin hormonunun salgılama ve etkinliğindeki azalmalar yaşlı bireylerde glikoz toleransının düşmesine neden olarak tip-2 diyabet gelişmesine neden olabilmektedir. Hormonal sistemdeki bozulmaların olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmak için destekleyici hormon tedavileri alan yazında tartışılan konulardandır (Nalbant, 2008: 8-10; Pehlivan ve Karadakovan, 2013: 392-393).

Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişimlerin en görünür olanları duyuşal fonksiyonlardaki gerilemelerdir. Yaşlılığın en belirgin hissedildiğı duyulardan biri görmedir. Yaşlılarda lenslerin sertleşmesi odaklanmayı zorlaştırırken göze ışığın girmesini sağlayan pupillerde meydana gelen bozulmalar yaşlılarda ışık ve renk hassasiyetinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşlılarda katarakt, glokom ve maküler dejenerasyon sık görülen göz problemleridir (Yıldırım vd., 2012: 21-22; Kartal, 2012: 44-48). İşitme ile ilgili değişimlere bakıldığında yaşlıların iç kulaktaki zarın elastikliğini kaybetmesi, kulak kemiklerinde kireçlenme ve kan akışının azalması gibi nedenlerle işitme kaybı meydana gelmektedir. Bunun yanında kulak kiri, uzun süre gürültüye maruz kalmak gibi durumlarda yaşlılarda işitme sorunlarına neden olmaktadır. En sık görülen işitme sorunu presbiakuzidir (Akdeniz vd., 2019:

13; Akan, 2012: 50). Yaşlılık döneminde ağız sağlığında bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Dildeki tat tomurcuklarının azalması tat duyusunun kaybolmasına neden olurken tükürük salgısındaki azalmalarda yaşlılarda ağız kuruluğu, diş eti ve diş kayıplarına neden olmaktadır. Yaşlanma sürecinde deri altı yağ dokusu azalır. Buna bağlı olarak deride kırısklık, kuruluk ve sertlik meydana gelmektedir. Derinin soğuga dayanıklılığı azalırken güneş ışıklarından olumsuz etkilenir. Ayrıca deri reseptörlerindeki bozulmalar hassasiyetin azalmasına ve yaralanmalara neden olmaktadır. Deride meydana gelen değişimler yaşlılarda sık görülen deri sorunları deri kuruluğu ve egzemadır (Yıldırım vd., 2012: 21-22; Eren Bozdağ, 2012: 55-58).

1.1.1.2. Psikolojik Değişimler

Yaşlanma sürecinde bireylerin psikolojik yapısında çeşitli değişimler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen psikolojik değişimler bilişsel fonksiyonlardaki ve ruhsal alanda meydana gelen değişimler şeklinde iki grupta ele alınabilir (Ağar, 2020: 76).

Yaşlılık döneminde bilişsel becerilerin korunması yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir ve bütün bilişsel alanlarda gerileme görülmemektedir. Bilişsel değişimlerle ilgili alan yazında iki farklı görüş bulunmaktadır. Bir kısım araştırmacılar yaşlılarda; hafıza, dikkat, dil ve konuşma becerilerinde ciddi manada zayıflama olduğunu, yaşlı bireylerin temel yaratıcılık becerisinin kaybolmasa da gerilediğini öne sürmektedir. Bir kısım araştırmacılar ise yaşlanma sürecinde edinilen tecrübelerle birikimli zekâda gelişmenin devam ettiğini savunmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 10-11).

Yaşlılık döneminde bozulan bilişsel fonksiyonlardan bazıları şöyledir: hafıza, öğrenme, dikkat, dil ve konuşma becerisidir. Bu dönemde en çok etkilenen bilişsel fonksiyonlardan biri öğrenme ve hafıza alanındaki bozulmalardır. Bilgi işlem hızındaki azalma yeni bilgilerin öğrenilmesini zorlaştırmaktadır. Hafıza alanında ise kısa süreli hafızadaki kayıplar daha fazla görünürken uzun süreli hafızadaki bilgiler daha kalıcı olabilmektedir. Uzun süreli hafızada da bilgiyi geri çağırma hızı yavaşladığı için hatırlamada güçlük çekilmektedir. Bunun yanında episodik bellek, kaynak bellek ve flaş bellekte gerileme görülürken semantik bellek ve işlevsel bellek korunmaya devam etmektedir. Bu değişimler neticesinde yaşlılar gençlere göre günlük faaliyetleri akılda tutmada, yeni şeyler öğrenmede zorlanırken geçmişle ilgili konuları hatırlamada ve otomatik işlemleri gerçekleştirmede yeterliklerini sürdürmektedir (Cangöz, 2009: 100). Dikkat, yaşlanmadan etkilenen bir diğer bilişsel işlevdir. Yaşlı bireylerde odaklanma ve dikkati sürdürme konularında gerilemeler meydana gelmektedir. Aynı anda birden fazla konuya odaklanmaya yarayan bölünmüş dikkat yeteneği de yaşlılarda zayıflamaktadır. Ancak yaşlanma sürecinde elde edilen deneyimler yaşlı bireylerin dikkatlerini doğru kullanmaları

sağlayarak bu gerilemelerin kısmen telafi edilmesini sağlayabilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 11). Konuşma ve dil yeterliklerine bakıldığında yaşlıların anlamlı cümleler kurma ve sözel anlatım becerisi ileri yaşlara kadar korunmaktadır. Ancak uygun kelimeleri bulmada zorlanma nedeniyle akıcı konuşma yeteneği gerilemektedir (Cangöz, 2009: 100).

Yaşlılık döneminde psikolojik durumu etkileyen değişiklikler meydana gelmektedir. Bunlar genel olarak rol değişimleri, emeklilik ve eş kaybı olarak ele alınabilir. Yaşlı bireyin emeklilik döneminde aktif iş yaşamından ayrılması kişinin işinden dolayı elde ettiği ekonomik kazancın mesleki statünün kaybedilmesine neden olmaktadır. Bunun yanında ebeveyn rolünden büyükanne ve büyükbaba rollerine geçmiş olmaları toplumsal statünün de değişmesine neden olmaktadır. Bu değişimler sonunda yaşlının iş kaybı, gelirin azalması ve rollerinin değişmesi yaşlı bireylerde “*işe yaramazlık*” duygusunun gelişmesine neden olmaktadır (Eyüboğu vd., 2012: 20). Eş kaybı yaşlılarda cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Eşini kaybeden kadınlar çocuklarıyla birlikte yaşamaya kolay adapte olurken erkeklerin eşlerine bağılılıkları fazla olduğu durumlarda çocuklarıyla yaşamaya uyum sağlaması zorlaşmaktadır (Aslan ve Hocoğlu, 2017: 57). Yaşlılık döneminde yas süreci açısından da farklılıklar içermektedir. Kadınlar erkeklere göre yas süreciyle daha zor başa çıkmaktayken erkekler bu süreci daha kolay atlatabilmektedirler. Sosyal ilişkileri kısıtlı olan yaşlılar ise cinsiyetten bağımsız olarak yas süreci ve yalnızlığa alışmada zorlanmaktadırlar (Özden, 2018: 23).

Yaşlılık dönemindeki psikolojik değişimlerden biri de yenilik korkusu (neofobi) ve eskiye özlemin artmasıdır. Yaşlıların fiziksel ve psiko-sosyal değişimlerden dolayı uyum yeteneği azalmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin değişen dünyaya ve yeni durumlara uyum sağlaması zorlaşmaktadır. Bu durum yaşlılarda yenilik korkusuna neden olmaktadır. Bununla beraber yaşam koşullarına bağılı olarak nesillerin farklılaşması, kuşaklararası ilişkilerin bozulmasına neden olarak yaşlıların içe kapanmasına neden olmaktadır. Bu değişimler neticesinde yaşlıda önceki yaşantısına özlem artmaktadır (Ağar, 2020: 76; Eyüboğu vd., 2012: 76).

Yaşlılık döneminde meydana gelen psikolojik değişimlerden biri de umutsuzluk ve ölüm korkusudur. Erikson’un psikososyal gelişim kuramına göre bireyler yaşlılık döneminde geçmişiyle hesaplaşma içerisine girerek bir yaşam bilançosu çıkarmaktadır. Bu süreç iki şekilde son bulmaktadır. Kişi geçmişindekileri olduğu kabul ederek benlik bütünlüğüne ulaşarak hayata umutla bağlanma ve ölüme karşı daha kabullenici davranabilmektedir. Diğer durumda ise birey hayatının iyi yaşanmamış olduğuna kanaat getirerek baştan yaşama duygusu gelişmektedir. Bu da bireyleri umutsuzluğa sürüklemekte ve ölüm korkusunu artırmaktadır (Özden, 2018: 113-114). Erik Erikson’ un çalışmalarının devamını getiren eşi Jean Erikson 80’li yaşlardan sonra

yaşlı bireyleri yeni bir evreye geçtiğini belirterek bu evreyi kurama dokuzuncu evre olarak eklemiştir. Bu evrede bireyler kaçınılmaz olarak büyük oranda beden sağlığını kaybederek daha düşkün hale gelmeye başlar. Bu durumda yaşlı kişiler önceki sekiz evredeki adımları tek tek gözden geçirmeye başlar. Ancak eskisi kadar durumu telafi etme şansları yoktur. Bunun için zaman ve fiziksel yeterlikler azalmıştır. Bu süreçte umutsuzluk hâkim duygu olarak kalır. Ancak yaşamın getirdiği bilgelikle bu durum tevazu ile karşılanarak kabullenme sağlanabilir (Erikson ve Erikson, 2018: 157-169). Buradan esinlenerek Tornstam (2005: 48-78) yaşlı bireylerin dokuzuncu evrede geç-aşkınlığa (gero-transcendence) ulaşabileceğini ileri sürmüştür. Ona göre yaşlı bireyler yaşamın son dönemlerinde uzun vadeli planlar yerine günü veya haftayı geçirmeye odaklanır. Bedensel yetersizlikleri düşünsel anlamda benliğini yeniden kurgulayarak evrenle bütünleşmeye veya tanrısal bir ögeye bağlanarak bu zorlukları aşabilecektir.

1.1.1.3. Sosyal Değişimler

Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve bilişsel gerilemeler önleyici ve tıbbi müdahalelerle iyileştirilebilir olmakla birlikte psikolojik ve sosyal alandaki değişimler her zaman olumsuz olarak görülmeyebilir. Yaşlılık dönemi modern zamana kadar “*değer*” olarak görülürken modern toplumla birlikte “*sorun*” olarak algılanmaya başlamıştır (Ceylan, 2015: 26). Bu algı değişiminden dolayı yaşlılık dönemindeki değişimler başa çıkılması gereken durumlar olarak ele alınmaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen sosyal değişimlerin temelinde toplumun yaşlılığı algılama ve yaşlılığa yüklediği anlamlar yer almaktadır (Tuna ve Tenlik, 2017: 4-24). Bu bağlamda yaşlılık döneminde rol ve statü değişimi; aile, arkadaş ve kuşaklararası ilişkiler; toplum içinde yaşlılara karşı oluşturulan kalıp yargılar sosyal değişimlere neden olmaktadır.

Sanayi devriminden sonra tıbbi ve teknolojik gelişmelerin artması sonucu bireylerin yaşam kalitesi ve ömür uzunluğu da artmıştır. Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişimler de yaşlı nüfusunun artışıyla beraber daha görünür hale gelmiştir. Aile yapısının değişmesi, şehirleşmenin artması geleneksel yapının değişmesiyle yaşlılık toplumsal sorun haline gelmiştir. Kırsal alanda yaşlı bilgili, deneyimli ve saygı gösterilen kişiyken kent yaşamında yaşlının bilgisini kullanacağı alanlar azalmaktadır. Kırsal alanda üretime katılan ve ailede söz sahibi olan yaşlı birey kent yaşamında emeklilikle üretim zincirinin dışına çıkarak hem üretkenliğini kaybetmekte hem de ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadır. Yine kırsal alanda yaşlı bakımı aile içinde yapılabilirken kent yaşamında yaşlı bakımı önemli bir sorun alanına dönüşmektedir (Bulduk, 2014: 54-56).

Yaşlılık döneminde sosyal değişimlerin yaşandığı alanlardan biri de aile ilişkileridir. Aile içinde yaşlı bireyler eş ve çocuklarıyla yakın ilişkiler kurarak sosyal destek ağlarını canlı tutmaktadır. Sosyal desteğin artışı yaşlıların yaşam kalitesinin artmasını da sağlamaktadır (Aydiner Boylu, 2018: 1352). Yaşlılık döneminde ailenin önemli işlevlerinden biri de kuşaklararası bilgi ve tecrübenin aktarımıdır. Geniş aile yapısında torunlarıyla bir arada yaşayan büyükanne ve dedeler hem kültürel aktarımın sağlanması hem de bakımlarının yapılmasında işlev görmektedir. Çekirdek ailelerde bu tür kültürel aktarım olmazken yaşlı bireylerin bakımı da kurumlara kalmaktadır. Bu bağlamda yaşlının aile ve arkadaş çevresi hem onun psiko-sosyal gelişiminin devam etmesinde hem de bakıma muhtaçlık durumunda yardım ve sosyal destek alması açısından önemli birer faktördür (İlgar, 2008: 70-73).

Yaşlılık döneminde önemli sosyal değişimlerden biri de toplumun yaşlıyı algılama şekli ve yaşlıya yüklediği anlamlardır. Modern toplumda genel olarak “sorun” olarak algılanan yaşlılığa karşı toplumda olumsuz kalıp yargılar yer almaktadır. Bu kalıp yargılara ilk olarak yaşlıların üretkenlikten uzak ve sadece tüketici olarak görülmesi örnek verilebilir. Oysa birçok yaşlı birey gençlik dönemindeki üretkenliğini aynı kapasitede olmasa da sürdürebilmektedir. Bir başka kalıp yargı ise yaşlılığın kaçınılmaz olduğu ve buna bağlı olarak gelişen bakıma muhtaçlık durumunun da kaçınılmaz olduğudur. Ancak iyi yaşam koşulları ve düzenli faaliyetlerle bakıma muhtaçlık ileri yaşlara kadar önlenebilir bir durumdur. Başka bir kalıp yargı da yaşlıların hoşgörüsüz, sabit fikirli olduğu ve bu dönemin değiştirilemeyeceğidir. Yine bu durumda her zaman geçeli değildir. Çünkü hoşgörülü olmak daha çok kişilikle ilgilidir veya yaşlı bireyler ileri yaşlarda daha hoşgörülü olabilir. Yaşlılık döneminin değişmezliği ve yaşlıların sabit fikirli oluşu da her zaman geçerli değildir. Çünkü bireyler yaşlanma sürecinde elde ettikleri kazanımlarla kendilerini geliştirmeye devam edebilir ve kurdukları ilişkilerde sürekli bir değişim içinde olabilirler (İlgar, 2008: 68-70).

Genel itibariyle yaşlı bireylerde işlevsel, fiziksel ve psikolojik sorunların bir arada olduğunu ve her bir alandaki sorunun diğerini etkilediği ve artırdığını söyleyebiliriz. Baş etme kapasitesinin azalmasıyla birlikte bu sorunlar artmaktadır. Hem gelişim sürecinin hem de yaşamsal değişimlerin sonucu olarak yaşlı bireylerde psikopatoloji gelişebilmektedir. Yaşlı bireylerde eş ve yakınların kaybı, rol değişimleri ve fiziksel yeterliliklerin azalması gibi nedenler depresyon, kaygı, ölüm korkusu, bedenleştirme gibi psikolojik rahatsızlıkların oluşmasına neden olabilmektedir (Şenol-Durak ve Durak, 2018: 463-465).

1.2. Psikolojik Sağlık Kavramı

Sağlık, “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir.” (WHO, 2014: 1). Sağlığın bir boyutu olarak ele alınan psikolojik sağlık kavramı ise şöyle tanımlanmaktadır: “Bireyin kendi yeteneklerini fark ettiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, verimli çalışabildiği ve toplumuna katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir.” (WHO, 2020). DSÖ’nün sağlığı kapsamlı bir şekilde tanımlaması uygun olmakla birlikte iyilik halinin tespit edilmesinde kullanılacak genel geçer kıstasların olmaması açısından eleştirilmektedir. Şüphesiz fiziksel rahatsızlıkların yanında kültürel yapı ve toplumsal roller; psikolojik dayanıklılık, yeni durumlara uyum yeteneği ve baş etme yöntemleri de psikolojik sağlıkla ilişkilidir. Kendi bakımını kendi yapan bir hasta, yapamayana göre kendini daha iyi hissedebilir ya da kronik hastalığı olan birinin iyilik hali yüksek olabilir. Aynı zamanda iyilik halinin işsizlik, yoksulluk, sosyal ilişkiler, kültürel farklılar vb. etkenlerden etkileneceği düşünüldüğünde iyilik halinin tam olarak tanımlanması ve doğru ölçülmesi de mümkün görünmemektedir. Bu nedenlerden dolayı eleştirilen sağlık tanımı farkı modeller kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır (Söyük, 2015: 7-11).

Psikolojik sağlığın tanımlanmasında medikal, sosyal ve bireysel-kültürel-yapısal model olmak üzere üç farklı model kullanılmaktadır. Medikal modele göre kişilerin sağlıklı kabul edilmesi için potansiyel psikolojik hastalığının bulunmaması gerekmektedir. Bu doğrultuda psikolojik rahatsızlıkları tanımlayacak temel ölçütler geliştirilmiştir. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders²) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems³) kılavuzları ruh sağlığı uzmanları tarafından temel referans kaynağı olarak kullanılmaktadır. Sosyal modelde ise kişilerin psikolojik sağlığına etki eden toplumsal sorunlar ele alınır. İşsizlik, etnik köken, dulluk, engellilik, gibi çeşitli dezavantajlar kişilerin psikolojik dengesini bozarak psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği için sosyal model içinde ele alınarak psikolojik sağlık durumu değerlendirilir. Bireysel-kültürel-yapısal modelde ise bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürel değerleriyle kurduğu karşılıklı ilişki çerçevesinde psikolojik sağlık tanımlaması yapılmaktadır (Yıldız, 2019: 29-30). Psikolojik sağlığın algılanma biçimi kültüre göre farklılık göstermektedir. Kültürlerin hastalığa bakışı bilindiğinde psikolojik sağlık problemlerinin tedavisi de kolaylaşmaktadır (WHO, 2004: 21-23). Aynı zamanda psikolojik hastalıkların teşhisi için oluşturulan tanı testleri de kültürden etkilenmektedir (Çam ve Uğuryol, 2019: 56-57).

² <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

³ <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Klasik anlayışa göre psikolojik açıdan sağlıklı olmak; psikolojik hastalığın olmayışı ve normallik olarak tanımlanmaktadır (Güleç, 2016: 12). Hastalığın olmayışı medikal modelde ele alınan tıbbi yaklaşımlarla belirlenirken normalliğin ne olduğu konusu oldukça karmaşıktır. Bu nedenle medikal modelde öncelikle anormal üzerinden hastalığın tanımlaması yapılarak psikolojik sağlık sorunları teşhis edilmeye çalışılmaktadır. Bu doğrultuda anormali tanımlarken bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk gibi nitelikler göz önünde bulundurulmaktadır. Ancak kişilerin psikolojik anlamda hasta kabul edilmeleri için bu tip özelliklerin sürekli devam ederek kişinin çevreyle ilişkisini ve verimli çalışmasını önemli derecede etkiliyor olması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011: 129-133).

1960'lardan sonra psikiyatri alanında medikal modelden sosyal modele doğru bir geçiş başlamıştır. Bu dönüşüm neticesinde normalin ne olduğu konusu üzerinde durarak sağlıklı olmanın ölçüsü belirlenmeye çalışılmıştır. Normalliğin açıklanmasında çeşitli yaklaşımlar öne sürülmektedir. İlk olarak normal olmak sağlıklı olmak eş değer görülmüştür. Bu yaklaşımda normallik bireyin psiko-somatik işlevlerinin eksiksiz çalıştığı ve birey-çevre ilişkisinin sorunsuz devam etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bir diğer yaklaşım da ise normallik ortalama olmakla eş değer görülmektedir. Bu yaklaşımda ise istatistiksel yöntemlerden esinlenerek insan davranışının çan eğrisi şeklinde olduğu varsayımına dayanmaktadır. Ortalama değerlere denk gelen davranışların normal, uç değerler denk düşen davranışlarında anormal olarak değerlendirilerek psikolojik sağlık tespit edilmeye çalışılmaktadır (Seven, 2015: 4; Güleç, 2016: 9-10). Başka bir yaklaşımda ise normali çevreye uyum sağlama kapasitesine göre tanımlamaktadır. Uyumun hem toplumsal hem de bireysel boyutu vardır. Toplumsal anlamda toplumun benimsediği norm ve değerlere uygun hareket eden birinin normal kabul edilmesi psikolojik sağlık ölçütü olarak ele alınabilmektedir. Bireysel anlamda kişinin yaşam koşullarına uyumu sorunlarla baş etme yeterliliği bireysel uyumun göstergeleri olarak ele alınmaktadır. (Sargın, 2012: 13 ; Seven, 2015: 6).

Psikolojik sağlığın ne olduğu tartışmalı olmakla beraber bazı araştırmacılar psikolojik sağlık kıstaslarını belirlemeye çalışarak genel bir çerçeve çizmeye çalışmışlardır. Bu doğrultuda psikolojik açıdan sağlıklı bireyler; kendini ve çevreyi algılayıp gerçekçi değerlendirebilen, kendi kimliğiyle barışık kişilerdir. Geleceğe yönelik planlar yapan, psikolojik bütünlüğü bozacak unsurlara karşı direnç gösterebilen, kişisel ihtiyaçlarının ve özerkliğinin farkında olanlar psikolojik açıdan sağlıklı bireyler olarak nitelendirilmektedir. Bu bireyler çevresiyle iyi ilişkiler kurup yönetebilen, toplumun değerlerine uyum sağlayabilen, tutum ve davranışlarıyla çevresine huzur verirler. Yeniliklere açık, değişen durumlara karşı esnek olabilir ve farklı

düşüncelere saygı gösterebilir. Ayrıca bu bireylerin kendi problemlerini çözebilme gücüne sahip olması beklenmektedir (Güleç, 2016: 16; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 19).

Psikolojik sağlık tıbbi, sosyal, kültürel vb. boyutları bulunan geniş kapsamlı bir kavramdır. Kesin bir tanımı yapılamasa da alan yazında psikolojik sağlık farklı bakış açılarına göre farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir;

Yapıcı (2013: 46) psikolojik sağlığı şöyle tanımlamaktadır: “Ferdin bedensel ve psikolojik açıdan kendisiyle, benimsediği inançları ve değer yargılarıyla, yakın ve uzak çevresinde aynı kültürü paylaştığı diğer insanlarla, kendisini kuşatan fiziksel dünyayla uyumlu ve barışık olması.” Benzer şekilde Budak’a (2017: 620) göre psikolojik olarak sağlıklı birey günlük hayatını idare etmeye engel olacak bir sorunu olmayan, rol ve sorumluluklarını yerine getiren ve karşılaştığı güçlüklerle baş edebilir durumdadır.

Psikolojik sağlığa değindikten sonra etkilendiği faktörlere ve psikolojik sağlıkla ilgili problemlere bakmakta yarar vardır. Psikolojik sağlığı etkileyen faktörlere baktığımızda Çalışır (2014: 14)’ın bu faktörleri mevcut koşullar, bireysel faktörler, felaketler ve olanaklar şeklinde sınıflandırdığı görülmektedir. Ekonomik durum, aile yapısı ve iş hayatı gibi faktörler mevcut durumu oluşturmaktadır. Bireysel faktörlerin; genetik, hastalık, beslenme ve yaşam çevresi gibi faktörlerden oluşmaktadır. Doğal afetler, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişim, alt yapı imkanları gibi faktörlerin afetleri ve olanakları oluşturduğu görülmektedir. Genel itibariyle bireyin sosyal ve fiziksel çevresi sahip olduğu imkanlar psikolojik sağlıklarını etkilemektedir. Çeşitli nedenlerle psikolojik sağlığı bozulan kişilerde; depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik gibi psikolojik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Psikolojik sağlığın anlaşılabilmesi için bu alt başlıklar incelenecektir.

1.2.1. Depresyon

Psikolojik sağlık problemleri gün geçtikçe artmaktadır. Tıbbi yardım için başvuran her dört kişiden üçünde müdahale gerektirecek bir psikolojik sorun bulunabilmektedir. Bu psikolojik sorunların içinde en sık karşılaşılanı depresyondur. Bazen sendrom bazende hastalık boyutunda olabilmektedir (Savrun, 1999: 11).

Depresyon yaygınlığıyla ilgili çalışmalara bakıldığında DSÖ raporlarına göre depresyonun sık görülen hastalıklardan biri olduğu ve giderek yaygınlaşan bir hastalık olacağı yönünde tahminler yer almaktadır (Kaya, 2007: 11). Yine DSÖ depresyonu erken yaşlarda başladığı ve yeti yitimi ile ölüme sebep olabildiği için 40 yaş altında en önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir (Tan, 2019: 31-32). Depresyonun yaygınlaşmasında etkili olan biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerde vardır. Beyin yapısındaki

bozulmalar, hormonal değişiklikler depresyonun oluşmasında etkili olan biyolojik faktörlerdendir. Cinsiyet açısından kadınlarda depresyon oranı erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır. Ayrıca toplumsal cinsiyet rolleri de depresyon üzerinde etkili olmaktadır. Düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi depresyona neden olan diğer değişkenlerdir. Yakın ilişkilerde bozulma, travmalar, eş kaybı, erken yaşta ebeveyn kaybı gibi stresli yaşam olayları depresyon riskini artırmaktadır. Sosyal destek ağlarının azlığı ve şehir hayatı da depresyon riskini artıran diğer etkenlerdir (Savrun, 1999: 13-16; Tan, 2019: 31-33; Balcıoğlu, 1999: 19-28).

Depresyon kavramı ilk olarak 19. yy.da Baillarger tarafından kullanılmıştır. İlerleyen dönemde bireyin davranışlarını ve hayatının akışını bozarak psişik canlılığı azaltan tüm durumlar için yaygın olarak kullanılan bir kavram haline gelmiştir. Türkçe’de “çökkünlük” veya duygusal çöküntü kavramıyla karşılık bulan depresyonun, psikolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanması depresyon durumunda yaşanan üzüntü ve çökkünlüğün şiddetine ve süresine bağlıdır (Loo ve Loo, 1993: 10-11). Günlük hayatta insanlar çeşitli nedenlerden dolayı üzüntü ve çökkünlük yaşayabilir. Ancak haftalar veya ayları bulan bu üzüntü hali kişinin işlevselliğini azaltarak günlük yaşam aktivitelerini yapmasına engel olduğu durumlarda müdahale gerektirecek bir sorun olarak ele alınmaktadır (Cüceloğlu, 2019: 451-452). DSM kriterlerine göre teşhisi yapılan depresyonun bazı türleri vardır. Bunlar; majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar bozukluktaki depresyon, genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon, depresyonlu uyum bozukluğu, madde veya ilacın yol açtığı depresyon gibi türleri vardır. Bunlardan en yaygını major depresyondur (Morrison, 2016: 109-110).

Cohen (2019: 521) tarafından; “süregelen üzüntülü ruh haliyle nitelenen psikolojik bir hal” olarak tanımlanan depresyon çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Depresyon değersizlik duygusu, huzursuzluk, keder vb. olumsuz duyuların bir arada olduğu bir ruh halidir. Kişiler kendini işe yaramaz hissederek kendilerine güveni yok olmaktadır. Depresyonun temel belirtilerinden biri hayatta zevk alamama ve yaşam sevincinin kaybolması olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyondaki kişiler hiçbir şeyden zevk alamayan, zevk veren faaliyetlere karşı da ilgisiz biri haline gelmektedir. Bu durum kişilerde hayata katlanamama ve işkenceye dönüşen yaşama son vermek için intihara kadar giden bir düşünce sürecini tetikleyebilmektedir. Aşırı isteksizlik, sebepsiz sıkıntılar, heyecan, gerginlik gibi duygular kişide motivasyon kaybına neden olarak günlük işlerini aksatmaya başlamaktadır. Depresyonlu kişiler çabuk kaygılanıp sürekli kötü ihtimalleri düşünerek umutsuzluk, endişe ve korkuya kapılırlar. Uyku problemleri, iştahsızlık, yorgunluk, cinsel işlevlerde bozulma gibi belirtilerde sık rastlanan belirtilerdendir. Bunun yanında kalp çarpıntısı, nefes darlığı, yutkunma güçlüğü, baş dönmesi,

titreme, kasılma, ensede ve omuzda ağrılar, kulak çınlaması gibi farklı bedensel belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Seranı, 2017: 16; Cüceloğlu, 2019: 452; Tan, 2019: 22-28; Loo ve Loo, 1993: 28-32; Kaya ve Kaya, 2007: 3). Depresyon teşhisi konulması için yukarıda anlatılan depresyon belirtilerinden en az beş tanesi kişide iki hafta boyunca devam ediyor olmalıdır. Bu belirtiler yaşamdan zevk alamamayı da içermelidir (Morrison, 2016: 113). Depresyon tedavisinde ise ilaç ve psikoterapi yöntemi kullanılmaktadır. 20. yy.ın başlarında ilaçlar ve psikanaliz yaygın olarak kullanılmaktayken ilerleyen dönemde farklı psikoterapiler ve sosyal destek yaklaşımları da depresyon tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Hangi yöntemin daha etkin olacağı ise hastanın durumuna bağlıdır. Depresyonlu bireylerde biyolojik temelli belirtilerde ilaç tedavileri etkili olurken, depresif belirtilerin iyileşmesinde psikoterapi yöntemleri daha etkili olabilmektedir. Bazı durumlarda ilaç ve psikoterapi yöntemlerinin birlikte kullanılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır (Özmen, 1999: 121).

Depresyon yaşlı nüfus içinde sık görülen psikolojik sorunlardan biridir. Genel itibariyle yaşlılık döneminin getirdiği biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşlılarda depresyona neden olduğu yönünde yaygın bir kabul vardır. Ancak tanısı konulmuş major depresyon orta yaşlarda en yüksek seviyeye çıkarken yaşlı bireylerde orta yaşlara nispeten daha azdır. Yaşlı bireylerde depresyon görülmesi yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir. Toplum içinde sağlıklı ve aktif yaşayan yaşlılardan birden fazla hastalığı olan ve hastanede kalan yaşlılara ve huzurevi ve bakım merkezinde kalan yaşlılara doğru gidildikçe depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda depresyon az olsa da yaşlı bireylerde depresif belirtiler oldukça sık görülmekte ve çoğunlukla da bedensel belirtilerle kendini göstermektedir. Bu durum ise yaşlılarda depresyon teşhisini zorlaştırmaktadır. Yaşlılarda depresyon belirtileri genellikle hastalığa ve yaşlılığa bağlı doğal tepkiler olduğu düşünülebilmektedir (Eker ve Noyan, 2004: 75-77).

Yaşlılık döneminde görülen depreyonda ajitasyon, zevk kaybı, iştahsızlık, yorgunluk, kaygı, umutsuzluk, hiç uyumama veya çok fazla uyuma isteği, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, konuşmada bozulmalar sık görülen belirtilerdendir (Seranı, 2017: 32-33). Bu tip belirtilerin yaşlanmanın sonucu olduğu düşüncesi de depresyonun diğer sağlık problemlerinden ayırt edilmesi ve tedavi edilmesini de zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda depresyon tedavisinde hekimin yaşlılık dönemi özellikleriyle ilgili yetkinliğinin olması gerekmektedir. Bu doğrultuda hekimler yaşlılardaki bedensel belirtilerin biyolojik temelli mi yoksa psiko-sosyal temelli mi olduğunun ayrımı yaparak gerekli tedavi planının uygulanmasını sağlayabilecektir (Eker ve Noyan, 2004: 78-79).

Yaşlılık döneminde depresyonla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Özen Çınar ve Kartal (2008: 400-402)'ın 126 yaşlı katılımcıyla yaptığı çalışmada yaşlıların %53,2'si sınırın üzerinde (Beck depresyon ölçeğinde 17 ve üzeri puan almak) depresif belirti gösterdiğini bulmuşlardır. Bunlardan %10,3'ü ise şiddetli depresyon olan yaşlılardan oluşmaktadır. Yine bu çalışmada kadınların depresyon puanları erkeklerden daha fazladır. Keskinoglu vd., (2006: 23-25)'nin araştırmasında ise 201 yaşlıyla anket yapılarak yaşlılarda depresif belirtiler ve risk faktörleri araştırılmıştır. Düşük sosyo-ekonomik özelliklere sahip örnekleme düşük gelir, düşük eğitim düzeyi, sınırlı sosyal ilişki gibi çeşitli demografik değişkenlerden sadece yakınlarla görüşme sıklığı az olan yaşlıların daha depressif belirtiler gösterdiği bulunmuştur. Softa (2015: 63)'nın çalışmasında ise evde kalan ve huzurevinde kalan yaşlılar karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da orta düzeyde depresyon olmakla beraber huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

1.2.2. Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete genel bir tabirle, tehlike ve talihsizlik beklentisinin oluşturduğu bunaltı veya tedirginlik halidir (Budak, 2017: 421). Altıntaş (2018: 107) ise anksiyeteyi, “stres halinde tepki olarak ortaya çıkan duygusal, bedensel ve bilişsel belirtilerle ortaya çıkan psikolojik bir hal” olarak tanımlamaktadır. Baltaş ve Baltaş (2018: 123) kaygıyı, kaynağı belli olmayan korku olarak tarif etmektedir. Bu tanımlamadan hareketle korkunun ne olduğu ve kaygıyla ilişkisi üzerinde durulması gerekmektedir. Korku: “tehlike ve tehdit anında duyumsanan bir gerilim hali” olarak tanımlanmaktadır (Bakırcıoğlu, 2012: 771). Kaygı ve korkunun tanımları birbirine benzese de birbirinden ayrılan noktaları vardır. Cüceloğlu (2019: 274) kaygı ve korkunun farkını üç başlıkta toplamıştır. Bunlar, kaygıya ve korkuya neden olan tehditkar durumun kaynağı; yaşanan korku ve kaygının şiddeti ve süresidir. Korkunun kaynağı kaygıya nispeten bellidir. Ancak korkunun şiddeti kaygıdan daha yüksektir. Süre olarak karşılaştırıldığında ise kaygı daha uzun süren bir duygu durumudur. Korku tehdit edici duruma karşı zihinsel değerlendirmeyi içerirken kaygı, korku veren duruma karşı oluşan duygusal bir tepkidir. Bu yönüyle de birbirinden ayrılmaktadır (Beck ve Emery, 2017: 49).

Kaygıya neden olan çeşitli faktörler ve kaygı mekanizmasının nasıl işlediği alan yazında üzerinde durulan konulardan biridir. Kaygı, biyolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Biyolojik bağlamda kişilerde kaygıya karşı genetik bir yatkınlığın olduğu yönünde çalışmalar giderek önem kazanmaktadır. Genetik yatkınlık psikolojik düzlemde olumsuz duygu durumları yaşamaya yatkın nörotik kişilik oluşmasına neden olabilmektedir. Bunun dışında beynin duyusal bölümlerinde norepinefrin, serotonin gibi

nörotransmitter maddeler kaygı gelişimi üzerinde etkilidir (Butcher vd., 2016: 336). Kaygıya neden olan psikolojik faktörlere bakıldığında belirsizliğin en etkili faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Öngörülemeyen durumlarda öz kontrol ve denetimin kaybolacağı, en kötü ihtimalin gerçekleşeceğine yönelik yanlı değerlendirme kişilerin kaygılanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle belirsizlik önemli kaygı nedenlerinden biridir. Kişiler güvensiz olduğunu düşündükleri ve sosyal destekten yoksun oldukları ortamlarda da olumsuz düşüncelere odaklanarak kaygılanmaktadırlar (Cüceloğlu, 2019: 275; Butcher vd., 2016: 380-383). Kaygı mekanizmasının işleyişine yönelik açıklamalardan biri de Beck ve Emery (2017: 41-45) tarafından ortaya atılan anksiyete paradoksudur. Anksiyetenin temelinde kişinin en çok korktuğu ve başına gelmesini istemediği şeylerin meydana gelmesi vardır. Anksiyeteye sebep olacak bir tehdit unsurunun bir anda ortaya çıkması devamında otomatikleşen bilişel bir süreci tetikler. Bir noktadan sonra bu döngü kendini yeniden üretip içinden çıkılmaz bir noktaya gelerek anksiyete meydana gelir. Örneğin bir dağ tırmanışından sonra meydana gelen nefes darlığı doğal bir fizyolojik tepkiyken kişinin bunu bir kalp krizi belirtisi olarak yorumlaması kişide kaygı mekanizmasının devreye girmesine neden olarak kısır döngü oluşturur. Bu durum anksiyete paradoksu olarak tanımlanır ve bu paradoksa neden olan kilit unsur tespit edildiğinde anksiyete atağının üstesinden gelinebilir.

Kaygı her zaman olumsuz bir duruma tekabül etmeyebilir. Kaygı, muhtemel tehditlerin algılanması ve buna yönelik tedbirlerin alınmasını içerir. Bu durumda bireyin hayatında karşılaştığı her yeni olay belirli oranda kaygıya neden olur. Kişi bu yeni duruma uyum sağlamada algılanan kaygı düzeyine bağlı olarak harekete geçer ve gerekli müdahalelerde bulunur. Neticede basit düzeyde kaygı uyumu kolaylaştırarak gelişmeyi sağlar (Özakkaş, 2014: 13).

Ortada kişiyi tehdit eden somut bir durum yokken meydana gelen endişe hissi olarak tarif edilen anksiyete; bedensel, davranışsal ve bilişsel bir takım belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Anksiyeteyi tetikleyen bir nedenden dolayı kişide otonom sinir sistemi uyarılarak çeşitli fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bunlardan bazıları; kalp çarpıntısı, terleme, göğüste sıkışma hissi, kas gerginliği, mide ve bağırsak işlevlerinde bozulmalar, idrara çıkma isteği, bel ve boyun ağrıları, uzun süreli yorgunluk gibi belirtilerdir (Türkçapar, 2004: 13; Kocabaşoğlu, 2008: 175; Şahin, 2019: 119). Davranışsal olarak ise kaçma, sakınma, tepkilerde yavaşlama, donukluk, sosyal yeti kaybı, konuşma bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bilişsel alanda ise kararsızlık, konsantrasyon güçlüğü, çaresizlik, muhakeme güçlüğü, hafıza ve hatırlamada bozulma, kontrolü kaybetme hissi, baş edememekten korkma, aşırı uyarılma ve algılamada bozulma gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Şirvanlı Özen ve Temizsu, 2010: 3;

Beck ve Emery, 2017: 68-74). Algılamada meydana gelen bozulma nedeniyle olaylar yanlış değerlendirilerek cevap olarak yukarıda ifade edilen bedensel, davranışsal ve bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Böylece anksiyete döngüsü oluşarak belirtiler daha şiddetli hale gelebilmektedir (Özakkaş, 2014: 14).

DSM kriterlerine göre huzursuzluk, çabuk yorulma, sinirlilik, kas gerginliği, konsantrasyon güçlüğü ve uyku problemleri şeklinde ortaya çıkan belirtilerin son altı ay içerisinde yoğun olarak yaşanması durumunda anksiyete bozukluğu tanısı konmaktadır (Başer Baykal, 2017: 540-541). Anksiyete bozukluklarının, panik bozukluk, agorafobi, sosyal kaygı bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık kaygısı, seçici konuşmazlık, madde ve ilaç kullanımına bağlı kaygı bozukluğu ve başka hastalıklara bağlı kaygı bozukluğu çeşitleri bulunmaktadır (Morrison, 2016: 172). Bunlardan en çok görüleni yaygın anksiyete bozukluğudur. Genel nüfus içinde %3-6 arasında yaygınlığı olan yaygın anksiyete bozukluğu psikiyatri kliniklerinde tanı alma oranı %65'lerdedir (Alçı vd., 2019: 390). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ise en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklardan biridir (Kocabaşoğlu, 2008: 177). Diğer değişkenler açısından yaygınlığa bakıldığında; yirmili yaşlarda başlayıp orta yaşlara doğru anksiyete oranlarının attığı görülmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durumlardaki kişilerde yaygınlığın daha fazla olduğu yönünde veriler bulunmaktadır (Saatçioğlu, 2001: 61; Başer Baykal, 2017: 542-543). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde ise farmakolojik yöntemler ve psikoterapiler birlikte kullanılmaktadır. Kişinin durumuna göre hangi yöntemin uygun olacağı değişebilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi anksiyete bozukluklarında sık kullanılan psikolojik tedavilerden biridir (Saatçioğlu, 2001: 63).

Kaygı genel nüfus içinde görüldüğü gibi yaşlılar arasında da görülen psikolojik bir sorundur. Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel ve sosyal değişimler yaşlı bireylerin kaygı düzeyini de artırmaktadır. Yaşlının eğitimi, geliri, yaşadığı çevre ve kişisel yeterlikleri, yaşlanma sürecinde meydana gelen kayıplar yaşlı bireylerin kaygı düzeyini artıracak nedenlerdendir (Zubaroglu Yanardağ ve Say Şahin, 2019: 39-41). Anksiyetenin sık rastlanan bir türü olan yaygın anksiyete bozukluğu genelde erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmakla beraber geç başlangıçlı olan ve yaşlılık döneminde de ortaya çıkan bir kaygı bozukluğudur. Geç başlangıçlı anksiyete ortalama 48-50 yaş civarında ortaya çıkmakta ve yaşlılık döneminde devam etmektedir. Yaşlılık döneminde yaygın anksiyete bozukluğunun prevalansı %5-7 arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ancak yaşlılık dönemindeki kaygının başlangıcı, yaygınlığı, seyri ve etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalar sınırlıdır (Zengin Eroğlu vd., 2012: 143). Yaşlılık döneminde kaygıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında ise Zubaroglu

Yanardağ ve Say Şahin (2019: 45-49) Burdur ilinde yaşayan 404 yaşlı kişiyle yaptıkları araştırmada kadınların, bekarların, emekliliği olmayanların ve eğitim seviyesi düşük olanların kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Huzurevinde kalan yaşlılarda yapılan bir anksiyete araştırmasında ise araştırmaya katılan kişilerin tamamında anksiyetenin olmadığı bulunmuştur (Soydan vd., 2005: 112-113). 65 yaş üzeri ve 65 yaş altı iki grup arasında yaygın anksiyete bozukluğunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise 65 yaş üzeri bireylerde anksiyetenin somatik ve psişik belirtilerinin 65 yaş altı gruba göre daha şiddetli olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Zengin Eroğlu vd., 2012: 144-145). Yaşlılık döneminde önemli hale gelen kaygı türlerinden biri de ölüm kaygısıdır. Yaşlanmanın sürecinde meydana gelen kayıplar ve yaşamın sonuna doğru yaklaştığının bilincinde olmak yaşlı bireylerde doğal olarak ölüme karşı bir korku ve kaygı oluşturmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda üzerinde durulması gereken bir konu da ölüm kaygısıdır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada huzurevinde kalan yaşlı kişilerde ölüm kaygısını etkileyen çeşitli faktörler araştırılmıştır. Araştırmaya göre kalp hastalığı olan yaşlı kişilerin olmayanlara göre ölüm kaygısı anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Hasta olan kişilerde ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur. Bunun dışında diyabet, hipertansiyon ve prostat gibi diğer kronik hastalıkların ölüm kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Genel olarak yaşlı bireylerde ölüm kaygısı orta düzeydeyken durumluk kaygı ve ölüm kaygısı arasında da fark anlamlı bulunmamıştır (Softa vd., 2011: 73-76).

1.2.3. Olumsuz Benlik-Öz Saygı Eksikliği

Psikolojik sağlık göstergelerinden biri de olumsuz benlik veya öz saygı eksikliğidir. Öz saygı, kişilik psikolojisinde çalışılan alt başlıklardan biri olan benlikle ilişkilidir. Benlik, kabaca kişinin kendi hakkındaki olumlu/olumsuz her türden görüşlerinin toplamı, kişinin kendiyle ilgili kanaati ve bakış açısı şeklinde tanımlanabilir. Benlik kavramı kişinin geçmişini, gelecek planlarını, kendi hakkındaki düşünce ve algılarının tamamını kapsamaktadır. Kısaca, bireyin zihnindeki “ben” algısı kişinin benliğini oluşturmaktadır (Aydın, 1996: 41; Cüceloğlu, 2019: 425). “Ben kimim?” sorusuna verilen tüm cevaplar bireylerin benliğiyle ilişkilidir. Sosyal anlamda, atılgan, çekingen; akademik alanda başarılı, çalışkan; kişisel alanda, zeki, güvenilir, dürüst gibi kişisel değerlendirmeler bireylerin benliğini oluşturan niteliklerdendir (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2018: 248).

Modern psikoloji tarihinde benlik kavramıyla ilk ilgilenen kişi William James olmuştur. James’a göre benliğin iki yönü vardır. Benlik, bir yönüyle “bilen ben” diğer yönüyle “bilinen ben” şeklinde iki boyutlu bir bütünlüğü temsil etmektedir. Bilen ben, kişinin kendi varoluşunun temelini oluşturan, kendi hakkında düşünebilen ve var olduğunun farkında olan taraf iken

bilinen ben, bilen benin'in üzerine düşünüp açıklayabildiği görüngüsel tarafını oluşturmaktadır. Bu ayrım özne ben ve nesne ben şeklinde de yapılmaktadır. Özne ben, kişinin bilinçli ve düşünen öz benliğini oluştururken nesne ben, maddi, duygusal ve toplumsal unsurlardan oluşan dışsal özelliklerini oluşturan tarafıdır (Özen ve Gülaçtı, 2010: 22-23; Aslan, 1992: 8). Benlikle ilgili yapılan diğer bazı ayrımlar maddesel benlik, sosyal benlik, ruhsal benlik, ideal benlik gerçek benlik, akademik benlik gibi çeşitli şekillerde yapılmaktadır. Ancak benlikle ilgili yapılan tüm sınıflandırmalar temelde nesne benlik kavramına dayanmaktadır. Öz saygı ise benliğin nesne olarak incelendiği yaklaşımda araştırma konusu olan bir kavramdır (Aslan Yılmaz, 2016: 80-82; Carr, 2016: 285).

Psikolojik sağlığın göstergelerinden olan öz saygı, benliğimizi nasıl değerlendirdiğimizle alakalıdır (Burger, 2016: 486). Öz saygı kişinin kendini ne kadar olumlu değerlendirdiğinin göstergesidir (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2018: 258). Benliğin duygusal boyutunu oluşturan öz saygı, kişinin benliğiyle ilgili hoşnutluğu ve kendini değerli hissetmesidir. James'a göre öz saygı, hedefler ile başarıların oranından elde edilen tatminkarlık düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2006: 101-102).

Öz saygıyla ilgili çalışmalar diğer ekollere nisbeten hümanist ekolde ön plana çıkmaktadır. Hümanist yaklaşımın öncülerinden Rogers'a göre benliğin boyutlarından ikisi ideal benlik ve gerçek benliktir. İdeal benlik kişinin olmasını istediği benlik türü veya ulaşmak istediği hedeflerinden oluşmaktadır. Gerçek benlik ise sahip olduğunu düşündüğü niteliklerden oluşmaktadır. İdeal benlik ile gerçek benliğin birbiriyle tutarlı olması durumunda bireylerin öz saygıları yüksek olacak ve kişiler kendini gerçekleştirme düzeyine ulaşabileceklerdir. Ancak ideal benlik ile gerçek benlik arasından farkın çok olması düşük öz saygıyla karakterizedir. Bu durumda hayal kırıklığı, üzüntü ve keder gibi olumsuz duygulanımlar ortaya çıkmaktadır (Aslan Yılmaz, 2016: 81; Eroğlu, 2015: 244).

Öz saygısı yüksek kişiler kendileri hakkında olumlu kanaatlere sahiptir. Kendilerinin girişken, zeki, çalışkan, yetenekli, azimli gibi çeşitli özelliklere sahip olarak değerlendirmektedirler. Öz saygısı düşük kişiler ise kendilerini yeteneksiz, tembel, çekingen, korkak gibi daha olumsuz özelliklerle değerlendirme eğiliminde olmaktadır. Ancak burada kişilerin kendisiyle ilgili değerlendirmeleri farklı alanlarda değişiklik göstermektedir. Örneğin, kişi iş hayatında kendini başarısız görürken sosyal ilişkilerinde başarılı olarak değerlendirebilir. Benlik saygısı kişinin bu farklı alanlardaki görüşlerinin toplamından ziyade kendi için önemli olduğunu düşündüğü alanlardaki değerlendirmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2018: 258-259; Burger, 2016: 487).

Öz saygısı yüksek olan kişiler; kişisel, sosyal ve mesleki hayatında başarı göstermektedirler. Daha girişken olan bu kişiler sosyal ilişkileri kuvvetli olurken çevreden daha az etkilenererek kendi istekleri doğrultusunda hareket etmektedirler. Yine bu kişiler stresli durumlarla daha kolay başa çıkabilmekte ve pozitif duygular beslemektedirler. Nihayetinde yüksek öz saygı, yaşam doyumu ve iyi oluşu beraberinde getirmekte ve kişiler psikolojik açıdan sağlıklı, üretken ve başarılı olmaktadır. Öz saygısı düşük olan kişiler ise kişisel, sosyal ve mesleki hayatında başarısız kişiler olurken çevresel etkenlerden fazlaca etkinlenmektedirler. Aynı zamanda stres yönetiminde de başarısız olurken depresyon, kaygı, intihar, yalnızlık gibi psikolojik sorunlarda beraberinde gelmektedir. Öz saygısı düşük kişiler genelde karşılaştıkları olaylarla ilgili olumsuz düşüncelere sahip olurken kişilerarası ilişkilerde de olumsuz düşüncelere sahip olmaktadır. Yüksek öz saygılı kişiler daha girişken olup olumlu yönlerini ön plana çıkarırken düşük öz saygılı kişiler başarısızlıktan kaçma üzerine davranış sergilemektedirler (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2018: 259-260; Carr, 2016: 288-289).

Ülkemizde öz saygıyla ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve yalnızlık ilişkisi (Yöyen, 2017: 2185), ergenlerin ve ailelerinin benlik saygısı arasındaki ilişki (Dilek ve Aksoy, 2013: 95), yine ergenlerde dindarlık ve benlik saygısı arasındaki ilişki (Şahin, 2005: 187), evlilik uyumu, bağlanma ve yükleme tarzlarının benlik saygısıyla ilişkisi (Tutarel-Kışlak ve Çavuşoğlu, 2006: 61-68), haltercilerde yaşam doyumu, vücut benlik algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki (Karademir vd., 2013: 285-294) ve benlik saygısı ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin (Doğan ve Eryılmaz, 2013: 107-117) incelendiği görülmektedir. Alan yazındaki öz saygı çalışmalarında genellikle ergenlerde, gençlerde ve yetişkin bireylerde çeşitli değişkenler açısından incelendiği görülmüştür.

Yaşlılık döneminde öz saygıyla ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bunlardan ilki huzurevinde kalan yaşlıların öz saygısını inceleyen bir çalışmadır. Çalışmaya göre huzurevinde kalan yaşlıların %39,2 'sinin yüksek düzeyde öz saygıya, %49'unun orta düzeyde öz saygıya ve %11,2'sinin düşük düzeyde öz saygıya sahip olduğu bulunmuştur. Öz saygısı düşük kişilerde depresif duygulanımın daha fazla olduğu da araştırmanın diğer bulgularındandır (Terakye, 1989: 19). Bir diğer çalışmada ise yine huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon ve öz saygı ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmaya göre huzurevinde kalan yaşlıların %70'inde kesin depresyon belirtisinin olduğu, depresyonla öz saygı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Huzurevinde etkinliklere katılan bireylerin öz saygısının daha yüksek olduğu ise araştırmanın diğer bir sonucudur (Yılmaz, 2018: 553-554). Başka bir araştırmada ise yaşlıların benlik algısı araştırılmıştır. Benlik algısı ile öz saygı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu düşünüldüğünde araştırmaya değinmek yerinde olacaktır. Bu araştırma huzurevinde kalan

yaşlılarda benlik algısını sosyal destek açısından inceleyen bir çalışmadır. Araştırmaya göre algılanan sosyal destek benlik algısını anlamlı düzeyde yordamaktadır. Dolayısıyla sosyal destek ağları gelişmiş kişiler kendilerini daha olumlu değerlendirmekte ve öz saygısı yüksek olmaktadır (Gökler-Danışman ve Aydın, 2011: 69).

1.2.4. Somatizasyon/Bedenleştirme

Psikolojik rahatsızlıklar bazen kendini bedensel belirtilerle dışa vurabilmektedir. Bu nedenle çeşitli bedensel belirtilerle doktora başvuran kişilere her zaman fiziksel bir hastalık tanısı koymak mümkün olmamaktadır. Araştırmalara göre bedensel belirtilerle hastaneye gelen kişilerde yapılan muayene ve testler sonucunda %38 ile %60 oranında kesin bir hastalık tanısı konulamamaktadır. Birincil basamakta bu oranın %30 civarında olduğu bildirilmektedir (Tunçer, 1999: 135; Özmen, 2009: 34). Hastalık belirtisi olarak algılanan bedensel yakınmalarla hastaneye başvuran kişilerde yapılan tetkikler sonucunda bu belirtileri açıklayacak organik bir neden bulunmadığı durumlar somataform bozukluk olarak ele alınmaktadır. Bu tip bozukluklarda kişiler bedensel belirtilerden endişelenerek bunun kesin bir hastalık belirtisi olduğunu düşünerek sık sık doktora başvururlar. İncelemeler sonucundan bir şey olmasa da hasta olmadıklarına ikna olmayıp sık doktor değiştirirler. Ancak bunu yaparken başkalarını kandırma niyetleri yoktur ve belirtiler üzerinde kontrol sahibi değildirler (Butcher vd., 2016: 513).

Psikolojik sağlık göstergelerinden biri olan somatizasyon, somataform bozuklukların bir türüdür. Somatizasyon, patolojik bir nedeni olmayan, nesnel bir açıklamanın yapılamadığı, psiko-sosyal stresörlerle ilişkili olabilecek fiziksel acı ve ağrıların birey tarafından hissedilmesi ve bunun bir hastalık belirtisi olarak değerlendirilip tedavi etmeye çalışılması olarak tarif edilebilir (Kırpınar, 2013: 3-4). Briquet sendromu olarak da bilinen somatizasyon 30 ve daha önceki yaşlarda başlayan, en az iki yıl süreklilik gösteren, çeşitli organ sistemlerinde meydana gelen fiziksel yakınmaların inişli çıkışlı bir seyir sürdüğü, bazende yakınmaların abartıldığı bir bozukluktur (Tunçer, 1999: 137). Genç yaşlarda başlayan somatizasyon en az dört sistemle ilişkili çok sayıda belirtiyi ortaya çıkmaktadır (Özmen, 2009: 35). İlk başlarda 60 belirtiyi ele alınan somataform bozukluklar 12-13 semptomla ilk kez DSM-III de yerini almıştır. DSM-IV'te ise semptom sayısı 6 ya kadar inmiştir (Koptagel-İlal, 1999: 51). Somatizasyon bozukluğu DSM-IV'te dört katagoride çok sayıda semptomla tanımlanmıştır. İlk katagoride dört acı/ağrı belirtisi -baş, karın,sırt, eklemler vb.- ikinci katagoride dört gastrointestinal sistem rahatsızlığı -bulantı, ishal, kusma gibi- üçüncü katagoride en az bir cinsel işlevlerde bozukluk dördüncü katagoride ise en az bir sahte nörolojik belirti -yutkunma güçlüğü, denge problemleri,

halisünasyon vb.- yer almaktadır. Somatizasyon tanısı için bu belirtilerin kişinin sosyal, mesleki ve kişisel hayatındaki işlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir (Butcher vd., 2016: 519; Morrison, 2016: 256).

Bedenleştirme bozukluğunun muhtemel sebepleri üzerinde farklı görüşler bulunmaktadır. Genetik nedenlerin etkili olduğu görüşte kadınların somatizasyona erkeklerin ise antisosyal kişiliğe yatkınlık gösterdiği ifade edilmektedir. Bunun dışında aile ilişkileri, kişilik yapısı ve bilişsel süreçler de somatizasyonun muhtemel sebeplerindendir. Bazı kişilerde bedensel belirtilere karşı hassasiyet ve endişe yüksek düzeyde olup belirtiler hatalı algılanıp abartılabilmektedir (Butcher vd., 2016: 522). Aynı zamanda bedenselleştirme bozukluğu depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikolojik sorunların bir dışa vurum şekli olarak ortaya çıkabilmektedir (Oğuzhanoglu vd., 1995: 37-41). Psikanalitik yaklaşıma göre ise bastırılmış duygular beden aracılığıyla dışa vurularak dürtü boşalması sağlanarak rahatlama elde edilir (Atmaca, 2012: 277). Kişiler bazen duygularını veya sorunlarını bedenleştirerek ortaya koyabilmektedir. Bu durumda altta yatan psikolojik neden baskılanarak kaygı düzeyinde azalma sağlanabilir. Bunun dışında hasta olmanın ilgi görmek, sorumluluktan kurtulmak gibi avantajlarından faydalanmak, sosyal ilişkilerini hastalık üzerinden kurmak duygularını bedeni üzerinden yansıtmak gibi çeşitli nedenleri de bulunmaktadır. Bedenselleştirmede kültüründe etkisi kendini göstermektedir. Batı toplumunda psikolojik sorunlar doğrudan dile getirilirken doğu toplumlarında psikolojik sorunların etiketlenmeye sebep olması gibi durumlardan dolayı bedensel belirtiler aracılığıyla kendini gösterebilmektedir (Özmen, 2009: 34). Somatizasyonun tedavi sürecinde ise temelde iki yöntemin etkinliği göze çarpmaktadır. Bunlardan biri çeşitli ilaçlarla semptomları azaltmaya yönelik uygulamalardır. Tıbbi tedavi sürecinde hekimin hastaları yakından ve uzun süreli takibi yapılarak hastaları süreç içerisinde değerlendirmeleri olumlu sonuçlar vermiştir. İkinci olarak terapötik tedavi uygulanmaktadır. Somatizasyona yönelik bilişsel davranışçı terapi türlerinin hastaları bedensel belirtileri algılama ve yorumlama şeklini değiştirerek bedensel şüphelerden kurtulmasını dolayısıyla somatizasyonun iyileşmesinde katkı sağladığı görülmüştür. Her iki yaklaşımın beraber uygulandığı durumda daha çok verim elde edilmektedir (Çetin, 2018: 15-16).

Somatizasyon gençlik döneminde görülmekle birlikte ileri yaşlarda da görülen bir psikolojik bozukluktur. Somatizasyonun bir kişilik özelliği olarak ele alındığı ve yaşlılık dönemine kadar sürdüğü yönünde görüşlerde mevcuttur. Yaşlılık döneminde meydana gelen olumsuz bedensel değişimler ve hastalıkların artması yaşlıların hastalıkları algılama ve yorumlamasındaki değişimler somataform bozuklukların görülmesi açısından önemli birer etkindir (Deveci, 2013: 60-68). Yaşlılık döneminde bedensel işlevlerdeki bozulmalar,

hastalıklar ve psikolojik sıkıntılar sözlü olarak ifade etmek yerine bedenselleştirilerek ifade edilebilir. Bu durum yaşlı bireylerin çevrenin ilgisini toplama ve çevreyle ilişki kurmak için bedensel belirtileri aracı yapmak gibi ikincil kazançlar elde etmesini sağlayabilir (Şenol-Durak ve Durak, 2018: 494). Yaşlılıkta sık görülen somatoform bozukluklardan biri hipokonridir. Hipokondri, hastalık endişesi veya hasta olmadığı halde hasta olduğunu düşünme şeklinde tanımlanan bir somatoform bozukluk türüdür. Genelde orta yaşlarda görülmekle beraber yaşlılık döneminde de sık görülmektedir (Bican, 2011: 11). Somatizasyonun bir başka görülme şekli de depresyon ve anksiyete gibi hastalıkların bedensel belirtiler yoluyla ortaya çıkmasıdır. Yaşlılık döneminde meydana gelen biyo-psiko-sosyal değişimler ve ölüme yaklaşma durumu yaşlı bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda depresyon ve anksiyete yaşlı bireylerde bedenselleştirilerek ortaya çıkabilmektedir (Can ve Kaymak Ulusoy, 2016: 9-13; Kesebir, 2004: 15-16).

Yaşlılık döneminde somatizasyonla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle teorik çalışmaların yapıldığı görülmekte (Can ve Kaymak Ulusoy, 2016: 9-13; Deveci, 2013: 60-68) saha çalışmasında ise sınırlı araştırmaların olduğu dikkat çekmektedir. Babacan Gümüş vd., (2012: 299-303) tarafından yapılan araştırmada huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve günlük yaşam aktivitelerinin depresyon, anksiyete ve somatizasyonla ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre yaşlılarda ağrı yaygınlığının yüksek olduğu ve ağrı şiddeti arttıkça buna bağlı olarak somatizasyon düzeyinde yükseldiği bulunmuştur. Kronik ağrıların somatizasyonla beraber depresyon ve anksiyeteyi de artırdığı bulunmuştur. Bland ve ark.'nın huzurevinde kalan 3258 yaşlı kişiyle yaptığı çalışmada ise kadınlarda duygu durum bozuklukları ve somataform bozuklukların daha yüksek olduğu bulunmuştur (akt: Şenol-Durak ve Durak, 2018: 494).

1.2.5. Hostilite

Psikolojik sağlık göstergelerinden biri de hostilitedir. Hostilite kavramı alan yazında düşmanlık, öfke ve saldırganlık kavramlarıyla ilişkili olarak ele alınmaktadır. O nedenle bu kavramların birbiriyle ilişkisi bu başlıkta açıklanmıştır. Hostilite, başkalarına zarar verme eğilimi içeren bir veya daha fazla kişiye karşı beslenen olumsuz tutumlardan oluşmaktadır. Hostilite, karşıdaki kişiye karşı güvenizliğin olduğu, muhatabın aşağılandığı, incitilmek istendiği, kişilerin zor duruma düşmesi ve buna şahit olmak isteği ve onlara zarar verme isteğini barındırmaktadır (Eckhardt vd., 2004: 19). Budak (2017: 234) hostiliteyi “muhatabına zarar verme ve intikam alma isteği içeren inatçı bir öfke duygusu” olarak tanımlamaktadır. Hostilite, üç boyuttan oluşmaktadır. İlki hostilitenin bilişsel boyutudur. İnsanların güvenilmez olduğu ve

kötü şeyleri hakettiği yönünde olumsuz inançları barındırır. İkinci olarak duygusal boyut yer almaktadır. Duygusal boyutta muhataba karşı öfke, iğrenme, küçümseme ve aşağılama gibi olumsuz duygular yer almaktadır. Hostilitenin son boyutu ise davranışsaldır. Davranışsal boyut sözlü ve fiili olarak kaba ve kavgacı bir tavır sergileyerek kırıp dökmek gibi saldırgan davranışlardan oluşmaktadır (Anlı, 2017: 41). Başka bir deyişle hostilete; bireyin, kişilere ve nesnelere karşı oluşan olumsuz inançlar neticesinde öfkeye daha yatkın hale geldiği ve saldırgan davranışlarda bulunmaya yönelten bir davranış şeklidir (Dirik ve Şahin, 2008: 252).

Hostiliteyi daha iyi anlamak için öfkenin ne olduğunu açıklamak yerinde olacaktır. Öfke engellenme, saldırıya uğrama, kısıtlanma, aşağılanma, suçluluk, kıskançlık gibi çeşitli çevresel ve içsel nedenlerle ilgili nesne veya kişilere karşı ortaya çıkan negatif bir duygudur (Budak, 2017: 545; Karşlı, 2012: 58). Öfke, doyurulmamış ihtiyaçlara, karşılanmayan beklentilere karşı verilen doğal bir duygusal tepkidir (Soykan, 2003: 20). Öfkenin nedenleri üzerine farklı görüşler ortaya ortaya atılmıştır. Biyolojik yaklaşım canlılarda öfkenin neslin devamını sağlamak için kendini koruma güdüsüyle ortaya çıktığını ileri sürerken psikanalitik yaklaşım öfkenin libidonun bastırılmasına tepki olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Öğrenme kuramcıları ise öfkenin gözlem ve taklitte öğrenilerek ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Karşlı, 2012: 58). Kişiler çeşitli şekillerde engellendiklerinde ortaya bir enerji çıkar ve bu enerji öfkeye neden olmaktadır. Burada belirleyici olanda bu enerjinin yapıcı veya yakıcı kullanılabilmesidir. Öfke, amaca yöneliktir ve uygun bir şekilde dışsallaştırıldığında kişiye faydalı olabilmektedir. Ancak kontrol edilemediği durumlarda saldırgan davranışlara ve yıkıcı sonuçlara sebep olabilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2018: 292-293). Bastırılmış veya kontrolsüz öfke hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Öfke; koroner arter, hipertansiyon, kanser gibi çeşitli fiziksel hastalıklara neden olurken depresyon, anksiyete ve intihar gibi psikolojik sağlık sorunlarına da neden olmaktadır.

Öfkenin kontrolsüz olarak dışa aktarılması saldırgan davranışlara neden olur ve bu hem bireyin kendisi hem de çevresi için yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2018: 292). Saldırganlık, engellenme, öfke düşmanlık gibi nedenlerle ortaya çıkan karşıdakine zarar vermeyi amaçlayan fiziksel, sözel ve veya sembolik davranışların tümünü içermektedir (Budak, 2017: 528-529). Saldırganlık muhatabına kasıtlı olarak zarar vermeyi ve acı çektirmeyi amaçlayan davranışlardır. Saldırganlık, düşmanca veya araçsal olarak iki şekilde sınıflanmaktadır. Araçsal saldırınlıkta kişinin kendini koruması veya amacına ulaşması için başkalarına saldırgan davranışlarda bulunması yer almaktadır. Düşmanca saldırınlık ise öfkeden kaynaklanan ve doğrudan karşıdakine acı vermeyi amaçlayan saldırınlık türüdür (Aranson vd., 2012: 675-676). Saldırganlığın nasıl oluştuğu hakkındaki yaklaşımlar öfke

konusuyla benzerdir. Biyolojik yaklaşım genlerin aktarılması ve türün devamı için özellikle erkeklerin daha saldırgan olduklarını ileri sürmektedir. Psikanalitik yaklaşım ise saldırganlığın doğuştan geldiği, libodonun bastırılması ve ölüm iç güdüsüne tepki olarak saldırgan davranışların ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Sosyal öğrenme kurumacıları da yine saldırganlığın çevreden öğrenildiğini öne sürmektedir (Aranson vd., 2012: 676-678). Saldırganlığın nedenlerinde biri de engellenme durumudur. Engellenme ve saldırganlık ilişkisini destekleyen çok sayıda araştırma olsa da engellenmenin her zaman saldırganlığa neden olmadığı ve engellenmeyle beraber bir çok duygunun da saldırganlığa sebep olduğu görülmüştür (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2018: 233-236).

Yaşamın her döneminde kişiler farklı nedenlerden dolayı engellenerek öfke ve düşmanlık besleyerek saldırgan davranışlar sergileyebilmektedir. Orta yaştan ileri yaşa doğru yaşlanmanın meydana getirdiği fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler de yaşlı bireylerde güvensizlik, belirsizlik ve güçsüzlük gibi çeşitli duygulanımlara neden olarak yaşlı bireylerin öfkelenmesine ve saldırgan davranışlar göstermesine neden olmaktadır. (Baltaş ve Baltaş, 2018: 292; Sarı, 2019: 19; Khorshid, 1992: 97). Yaşlılık döneminde öfke ve saldırganlıkla ilgili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan birinde huzurevinde kalan yaşlılarda müzik dinlemenin stres ve öfkeyle ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda müzik dinlemenin yaşlılarda öfkeyi azalttığı ve öfke kontrolünü artırdığı bulunmuştur (Sarı, 2019: 39-64). Başka bir çalışmada ise yine huzurevinde kalan yaşlılarda saldırganlık (agresyon) ve depresyon ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya göre yaşlı bireylerde dışa dönük ve ego savunması türünde agresyonların fazla olduğu ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadınlarda içe dönük agresyonun erkeklerden fazla olduğu bulunmuştur. (Ergene, 1989: 1-98). Başka bir çalışmada ise demans hastalarının bakıcılara karşı gösterdiği saldırgan davranışlar incelenmiştir. Çalışmanın neticesinde demans hastalarına bakım veren personelin sözel ve fiziksel saldırganlığa aynı zamanda taciz ve tehtide maruz kaldıkları bulunmuştur. (Erebak, 2019: 81).

1.3. Maneviyat Kavramı

Tinsellik ve ruhsallık olarak da anılan maneviyat kavramı toplum içinde yaygın bir kavram olmasına karşın muhteviyatı geniş ve anlaşılması zor bir kavramdır. Bireylerin kendi bakış açılarına, deneyimlerine bağlı olarak anlamı ve içeriği değişerek herkes tarafından farklı algılanabilmektedir. Bu yüzden tanımlanması zordur ve fikir birliği bulunmamaktadır (Bedel, 2009: 2-10; Ergül, 2010: 65-67; Kızılırmak, 2015:31-38; Ayten ve Uysal, 2009: 318-320).

Maneviyat, TDK tarafından “maddi olmayan manevi şeyler” ve “yürek gücü ve moral” şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2006). Maneviyat kök itibarıyla manevi kelimesinden türemektedir. Manevi ise duyu organlarından bağımsız olarak kalp veya yürek diye ifade edilen merkez tarafından kavranan bir hissiyat olarak tarif edilebilir. (Seyyar, 2010: 31). Seyyar (2010: 30-32) ve TDK tanımlarında ortak olarak geçen manevi kelimesi de köken bakımından mana kelimesinden türemektedir. Mana kelimesi de sözlük anlamı olarak; “demek istemek, kastetmek” şeklinde geçer. Başka bir deyişle anlaşılması hedeflenen şey anlamına gelmektedir. (Şensoy, 2003: 555-557). Mana ve manevi kelimesinin bir türevi olan maneviyat kavramı içinde birkaç unsur barındırmaktadır. Maneviyat, soyut, hissi, ruhani, içe ait olmak gibi unsurlardan oluşmaktadır. Bu unsurlardan hareketle maneviyat bireylerin duygu, düşünce, ruh dünyasını, inanç ve değerlerini içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda aynı anda din, psikoloji, ahlak ve tasavvuf gibi alanların ortak ögesi olmakla birlikte farklı tanımları olan çok boyutlu bir kavramdır (Düzgüner, 2013: 8-11; Ayverdi, 2005: 768).

Mana, manevi ve maneviyat kavramlarının ingilizce karşılığı spirit, spiritual ve spirituality olarak karşımıza çıkmaktadır. Spirit kelimesinin ingilizce sözlükteki karşılığına bakıldığında; ruhla aynı, hayatın kaynağı olduğuna inanılan ilke, kişiyi harekete geçiren tutum veya duygu, hayatın gerçek anlamı, insanın bedeninden farklı olan kısmı gibi çeşitli anlamları olduğu görülmektedir. spiritual kelimesinin ingilizce sözlükteki karşılıklarına bakıldığında ise; ruh veya can, fiziksel doğasından bağımsız bedensel değil ruhla ilgili olan, kutsal, dini, kişinin ahlaki ve inançlarıyla ilgili gibi anlamları olduğu görülmektedir (Guralnik, 1990: 576; Dalgish, 1997: 712). Karşılaştırmalı olarak baktığımızda ruh-ruhsal-ruhsallık kelimeleri; spirit-spiritual-spirituality kelimeleriyle eşleşmektedir. Tin-tinsel-tinsellik ise felsefe alanında çok kullanılan tanımlamadır. Türkiye’de ise maneviyat kelimesi daha yaygın kullanıma sahiptir (Düzgüner, 2013: 11-14).

Maneviyat kavramının tanımlanmasındaki zorluğa karşılık kavram çeşitli temalar etrafında ele alınarak genel bir bakış açısı ortaya konmaya çalışılmıştır. Maneviyat kavramı; kişisel entegrasyon ve deneyim , hayatın anlamı ve amacına yönelik dini veya materyal arayışlar, aşkınlığa yönelik farkındalık ve kişi ötesine yönelik eğilim gibi çeşitli temalarla ele alınmaktadır. Bu temalardan ilki olan kişisel entegrasyon oldukça önemlidir. Maneviyat, bireyin içsel birliğini, çevresiyle olan ilişkisini ve aşkın olana yönelme yeteneğini geliştiren bütünleştirici bir yapıya sahiptir (Nasel, 2004: 15-40; Nelson, 2009: 8-9; Gürsu ve Ay, 2018: 1178). Bu doğrultuda Maneviyat, 1995 yılındaki maneviyat zirvesinde maneviyat tanımlama yerine tarif edilmeye çalışılmıştır;

Nefes, rüzgâr, canlılık ve cesaret gibi simgelerle temsil edilen, yaşama canlılık veren güçtür. Maneviyat, ruhu, yaşama katmak ve ondan faydalanmaktır. Maneviyat insana özel bir kapasite ve eğilimdir. Bu

manevi eğilim, bireyi, bilgiye, sevgiye, anlama, umuda, aşkına, bağlılığa ve merhamete götürür. Maneviyat, kişinin yaratıcılık, kapasitesini de içerir. Maneviyat, dini, manevi olanı ve kişi ötesini kuşatır. (Frame, 2002'den akt. Kırac, 2013:122).

Yapılan bu tarif ve temalara benzer olarak Martsolfand Mickley'den esinlenerek maneviyatın merkezi özelliklerini tespit eden John Swinton bu özellikleri şu şekilde açıklıyor (Swinton, 2001: 25);

Tablo 1.2 Maneviyatın Ana Temaları

Anlam:	Hayatın ontolojik önemi, yaşam durumlarını anlamlandırma ve varoluş amacını keşfetme
Değer:	Gerçeği, güzelliği, düşünceyi, nesneyi veya davranışını değerlendirecek inançlar; çoğu zaman 'nihai değerler' olarak ele alınır
Aşkınlık:	Benliğin ötesine geçen bir boyutun deneyimlenmesi ve takdir edilmesi; kendini sınırları genişletmek.
Bağlantı:	Tanrı / yüksek güç ve çevre ile ilişki kurma
Olmak:	Yansıma ve deneyim isteyen bir yaşam açılımı; kim olduğunu ve kendini nasıl tanımladığı gibi bir anlam içerir.

Literatürde Bazı Maneviyat Tanımları

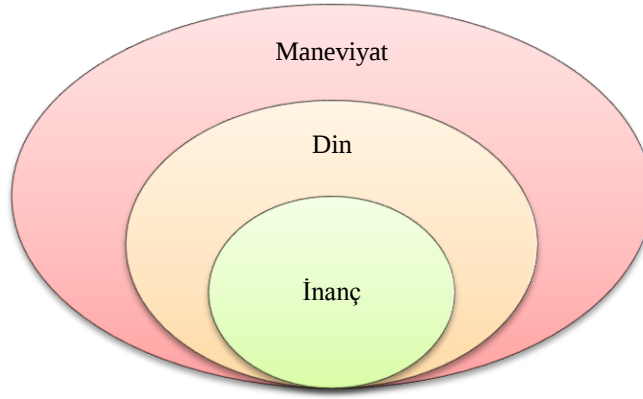
Tablo 1.3 Maneviyat Tanımları

Myers vd. (2000: 252'den akt: Kasaoğlu, 2015: 56)	"Yaşamın maddi yönlerini aşan ve evrene derin bir bütünlük veya bağlılık hissi veren bir varlık veya kuvvetin farkındalığıdır."
Benner (1989: 20'den akt: Kasaoğlu, 2015: 56)	"Tanrı'yla ilişki kurulmasına yönelik Tanrı'nın merhametli çağrısına insanın cevabı olarak tanımlanmıştır."
Elkins vd. (1988: 10'den akt: Zinnbauer ve Pargament, 2013: 65)	"Aşkın bir boyutun farkındalığıyla ortaya çıkan ve kendine, başkalarına, doğaya ilişkin belirli tanımlanabilir değerlerle karakterize edilen bir varolma ve deneyimleme biçimidir."
Doyle (1992: 302'den akt: Ayten ve Uysal, 2009: 319)	"Varoluşsal bir anlam arayışıdır."
Belzen (2004: 303'den akt: Ayten ve Uysal, 2009: 319)	"Aşkın olana bağlılıktır."
Vaughan (1991: 105'den akt: Zinnbauer ve Pargament, 2013: 65)	"Kutsalın öznel tecrübesidir."
Senreich (2013:553)	"Bir insanın varoluş hakkında bilinemez olanla olan öznel ilişkisini ve bir kişinin bu ilişkiyi evren, dünya, diğerleri, benlik, ahlaki değerler ve kişinin duygusu hakkında bir perspektife nasıl entegre ettiğini ifade eder."

1.3.1. Din ve Maneviyat İlişkisi

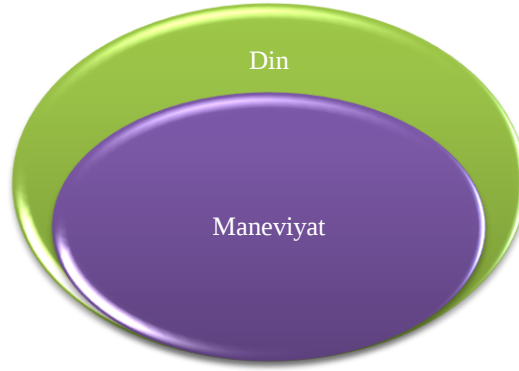
Din ve maneviyat tarih boyunca insan deneyimlerinin bir parçası olmuştur. Tarihsel süreçte bireylerin deneyimlerinden ve bakış açılarından etkilenen din ve maneviyat ilişkisi oldukça karmaşık ve iç içe geçmiş durumdadır. Son birkaç yüzyılda dini yapıların sorgulanarak kurumsal dini yapıların geri planda kalmasına karşılık bireysel ve içkin manevi arayışların ön plana çıkması din ve maneviyat ilişkisine yeni boyutlar kazandırmıştır. Din psikolojisi yazınında konuyla ilgili kapsamlı tartışmalar yer almaktadır. Bu tartışmanın temel konularından biri din ve maneviyat tanımlarının kapsam ve içeriğinin ne olduğudur. Kesin çizgilerle ayrılmayan bu kavramlar çok boyutlu iç içe geçmiş durumdadır. Kavramların tanımlanması esnasında din ve maneviyatın farklı kutuplar şeklinde ele alarak çeşitli zıtlıklar ortaya çıkarılmıştır. Din daha çok kurumsal, sistemli, sosyal boyutları içerirken maneviyat kişisel, aşkın ve biricikliği içermektedir. Din inançlarla ilgili ele alınırken maneviyat aşkın olanla bağlantı kurmak ve kalpte hissedilen duygularla ele alınarak buradan bir zıtlık üretilmiştir. Başka bir zıtlık noktası da dinin olumsuz maneviyatın olumlu algılanmasıdır. Maneviyat hayatın ulvi yönü, ulaşılabilecek en üst noktayı işaret ederken din günün şartlarına uymayan doktrinler, insan potansiyeline ket vuran kurallar gibi ele alınarak, olumsuz din şeklinde algılanarak bir tezat oluşturulmuştur (Hill vd., 2013: 92-101; Zinnbauer ve Pargament, 2013: 61-76).

Alan yazındaki tartışmalar neticesinde din ve maneviyat ilişkisine yönelik üç farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan güncel ve popüler olanı maneviyatı dinden daha geniş olarak ele alır ve maneviyatı bütün her şeyi kuşatacak şekilde konumlandırır. Bu yaklaşımda üç temel unsur vardır. Bu unsurlar bir halka şeklinde içten dışa doğru; inanç, din ve maneviyat şeklinde konumlanmıştır. Bu yaklaşıma göre dini olan her şey aynı zamanda manevidir. Ancak manevi olan şeyler dini olanla sınırlı değildir. Aynı şekilde inanç da dinin bir parçasını oluşturmaktadır. Dinde bir aşkınlık bularak insanlığın üzerine çıkarız. Yani biyolojik varlığımızın üstüne çıkarak insani vasıflara ulaşmayı sağlayabiliriz. Bu aşkınlık arayışından son noktaya gelindiğinde karşılaştığımız en aşkın olan dinde kutsal, mutlak ya da tanrı olarak ifade edilir. Maneviyatın karakteristiğinde olan aşkını aramak, aşkın olanla bağ kurmak dinde yerini bulur ve din manevi arayışın zirvesi olarak kabul edilebilir. Unutmamamız gereken ise maneviyatın dini oluşumlar dışında sanat, edebiyat, bilim gibi alanlardan da elde edilebileceği ve zayıf dini yapıların insanın manevi arayışına cevap veremeyeceğidir. Bunlarda maneviyatın kapsamının genişliğini göstermektedir (Hull, 2003: 109-120; Nelson, 2009: 9-12).



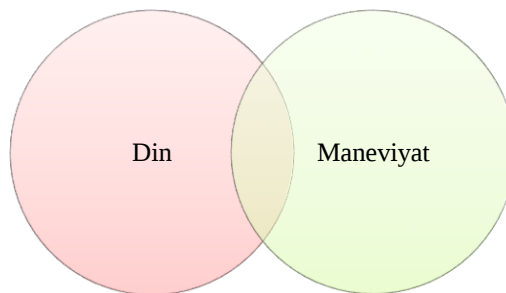
Şekil 1.1 Din-Maneviyat İlişkisi-1

Din ve maneviyat ilişkisine yönelik alan yazında yer alan geleneksel yaklaşım ise dinin maneviyattan daha geniş olduğunu ileri sürmektedir. Pargament (2015: 374-378) dini bir anlam arayışı olarak kabul eder ve dini diğer anlam arayışlarından farklı kılan şeyin ise kutsalla ilişkili olmasını söyler. Kutsal, anlama ulaşma sürecinde koyulan hedefler veya bu hedeflere yönelik faaliyetlerin bir parçası olabilir. Pargament aynı zamanda maneviyatı kutsal arayışı olarak tarif etmektedir. Maneviyatın nihai hedefi kutsala ulaşmaktır. Bu doğrultuda bireyler dua, meditasyon, ibadethanelere gitme, orman yürüyüşü, sosyal eylem gibi çok çeşitli faaliyetlerde bulunabilir. Önemli olan nokta hepsindeki hedefin kutsala ulaşmak olmasıdır. Din ve maneviyatı kutsal üzerinden birleştiren Pargament maneviyatı dindarlığın özü olarak kabul eder (Zinnbauer ve Pargament, 2013: 91). Burada kutsalın detayına bakacak olursak “kutsal” tanrısal, sıradan şeylerden farklı, hürmete layık olarak tanımlanmaktadır. Kutsal kavramı aşkınlığı da içine almaktadır. Seküler yaşamda bireylerin farklı nesneleri kutsallaştırması ve farklı alanlardaki arayışları kutsallaştırma yoluyla manevilik kazanabilmektedir. Örneğin evliliği kutsal bir müessese gören bireylerin memnuniyetinin daha fazla olabileceği ve sorunlarla baş etmede farklı çözümler üretebilmelerini sağlamaktadır. Pargament’e göre maneviyatta din gibi kurumsal ve bireysel olabilmektedir. Din ve maneviyat ilişkisinde dinin maneviyatı kapsadığını ve maneviyatın dinin ruhu olduğunu ileri sürmektedir. Maneviyatı dinin merkezi bir fonksiyonu olarak görmektedir. Ortaya attığı bu yaklaşımı da dinin daha geniş kapsamlı olması ve anlam arayışındaki birçok nesneyi kuşatmakta olduğunu; maneviyatın ise sadece kutsala doğru bir yönelim olarak ele almaktadır. Aynı zamanda maneviyattaki arayış sürecinde kutsallaştırılan nesnelerin çoğalmasından dolayı da maneviyat ve din arasındaki farkın azaldığı ve maneviyatın dine yaklaştığını da söylemektedir (Nelson, 2009: 9-12; Pargament, 2015: 366-378).



Şekil 1.2 Din-Maneviyat İlişkisi-2

Din ve maneviyat kavramlarının değişen anlamları üzerinde sıkça durulmaktadır. Din, bireyleri tanrıya yaklaştırmak için inanç, ibadet ve çeşitli ritüellerle yürütülen kurumsal ve sistematik bir olgudur. Aynı zamanda dinin bireysel tecrübe ve hissi deneyimlerle de ilgili öznel bir boyutu da bulunmaktadır. Dinin kurumsal yapısının bireylerin davranışlarını sınırladığını düşünen yeni akımlar, bu kurumsal yapıyı kenara iterek bireysellikten ve içsel süreçlere odaklanarak maneviyatı, geliştirmeye ve dinden daha geniş kapsamlı ele almaya başlamışlardır. Dini olguların yetersiz, kötü; manevi yönelimlerin iyi olarak tanımlanması her iki kavramında ortak özelliği olan kutsallığın yitirilmesi gibi sorunlara da sebep olabilmektedir. O yüzden din ve maneviyat arasında kesin çizgiler koymakta yerinde değildir. Bu bağlamda din ve maneviyat ilişkisine yönelik üçüncü yaklaşım ise din ve maneviyatın kişilerin öznel deneyimleri ve bilgi birikimlerine bağlı olarak tanımlandığını ileri sürmektedir. Bu yaklaşımda din ve maneviyatın çok boyutluluğu ele alınmakta hem özselsel hem de işlevsel yönlerinin olduğu vurgulanarak birbirlerine indirgenemez fenomenler oldukları kabul edilmektedir. Netice itibariyle kişiler din ve maneviyat arasında kesin çizgilerle ayırım yapmak yerine çoğunluk kendilerini hem dindar hem de manevi olarak tanımlamaktadır (Nelson, 2009: 9-12; Zinnbauer ve Pargament, 2013: 77, 93; Pargament, 2015: 366-378).



Şekil 1.3 Din-Maneviyat İlişkisi-3

1.4. Manevi İyi Oluş Kavramı

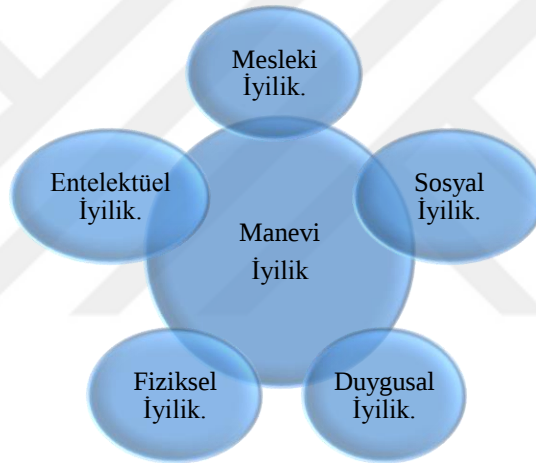
Psikoloji alanındaki güncel yaklaşımlardan olan pozitif psikolojinin konularından biri “iyi oluş” tur. Bireyler genelde tercihini kendisi için iyi olandan yana kullanmaktadır. İyi oluşun tanımlanmasında farklı yaklaşımlar mevcuttur. Genel olarak mutluluk ile eş anlamlı olarak tanımlanan iyi oluş hazla, olumlu olumsuz duygu ve durumların varlığıyla da ilişkilendirilmiştir. Hastalığın, keder ve elemine olmaması olumlu durumların fazla olması gibi durumlarda iyi oluştan bahsedilebilmektedir. Öznel, psikolojik, nesnel ve manevi iyi oluş gibi farklı çeşitleri bulunmaktadır (Topuz, 2013: 21-25). Jung’ a göre insanın fiziksel, sosyal, bilişsel boyutunun yanında manevi boyutu da bulunmaktadır. İnsanın biyolojik yapısının üzerine çıkıldıkça maneviyat daha görünür hale gelmektedir. Aynı zamanda maneviyat kişilik gelişiminin önemli ve ayrılmaz bir parçası olarak yer almaktadır. Jung’a göre insanların sorunlarını manevidir. Bu nedenle maneviyat eğitim, danışmanlık, bağımlılık gibi birbirinden farklı birçok alanı etkilemektedir. Bu durumda maneviyata ilginin artmasına ve son yüzyılda bireylerin manevi kaygılarına cevap arama faaliyetlerinin başlamasına neden olmuştur. Bu durum psikoloji alanında da kendisini göstermiş ve insanların sorunlarına maneviyat temelli cevaplarda aranmaya başlanmıştır (Stanard vd., 2000: 204-206). Son on yılda yapılan çalışmalarda ise maneviyatın etkin kullanımının bireylerin iyi oluş düzeyine olumlu katkı sağladığı görülmektedir (Keskinoglu vd., 2019: 728).

İyi oluşun türlerinden biri olarak ele alınan manevi iyi oluş kavramı ilk olarak 1971 yılında yaşlılıkla ilgili bir konferansta gündeme getirilmiştir. Daha sonra ise Paloutzian ve Ellison (1982: 224-237) tarafından kavramlaştırılmıştır. Manevi iyi oluşun batı alan yazınında çokça örneği vardır. Türkiye’de ise manevi bakım alanında çalışılmaktadır. Psikolojik sağlık bağlamında ele alınan manevi iyi oluşun, psikolojik sağlıktaki iyileşmeyle beraber artacağı düşünülmüştür. Ancak psikolojik sağlıktaki iyileşme aynı oranda manevi iyi oluş durumunu artırmamıştır. Bu durumda psikolojik sağlığın manevi iyi oluşu kapsamadığını ortaya çıkarmıştır. Netice itibarıyla manevi iyi oluş üzerine daha kapsamlı araştırmaların yapılmasının gerekli olduğu anlaşılmıştır (Acar, 2014: 392-393).

Manevi iyi oluşa ulaşmada farklı manevi mücadeleler yer almaktadır. Kişilerarası, kişinin kendi içinde ve tanrıyla olmak üzere üç çeşit dinsel ve manevi mücadele vardır. İlki bireyin iletişim halinde olduğu diğer insanlarla arasında gerçekleşir. İkincisi kendi içinde hisleri, düşünce ve davranışları arasında ortaya çıkmaktadır. Sonuncusu da yaratıcının varlığının sorgulanması, hayatın anlamının sorgulanması gibi durumlarda verilen mücadeledir. Bireylerin ruhsal ve manevi iyi oluşu bu mücadelelere verdikleri cevaplara bağlı olarak değişmektedir. Bu spiritüel çabaların sonucunda süreci olumlu yönetenler iyi oluşa ve daha iyi

bir sağığa kavuşabilirken amacına ulaşamayanlar ise manevi olarak çöküntü yaşayabilmektedirler (Pargament ve Hill, 2015: 354-355).

Chandler vd.' ne (1992: 169-171) göre maneviyat, benmerkezciliği ve kapasiteyi aşmaya yönelik doğuştan gelen arama eğilimidir. Bu eğilim bilgi ve sevgiyide içermektedir. Manevi iyilik ise manevi gelişimin peşinde olmaktır. Chandler vd. manevi iyiliğin, doğrudan iyiliğin boyutlarından (fiziksel, sosyal, entelektüel, vb.) biri olarak ele alınamaması gerektiğini manevi iyiliğin birbiriyle ilişkili boyutlar arasında temel bir unsur olduğunu öne sürmüşlerdir. Manevi iyiliğin psikolojik iyiliğide kapsadığını ileri sürenlerde bulunmaktadır. Bu yaklaşma göre bireylerin kişiliğinin çözülmesi ve psikolojik sorunların sağaltılmasında fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel vb. birçok yönünü ele almak gerekmektedir. Bu iyilik boyutlarının birlikte ele alınması kişiyi ruhsal ve psikolojik açıdan daha sağıklı yapacaktır (Baldwin, 2003: 23-24).



Kaynak: (Chandler vd., 1992: 171)

Şekil 1.4 Bütüncül İyilik Modeli

Patneau'de'nin (2006: 4-5) üniversite öğrencilerinde manevi inanç ve uygulamaların iyiliğin diğer boyutlarıyla (fiziksel, sosyal, duygusal vb.) ilişkisini anlamak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Araştırma neticesinde öğrencilerin manevi iyilik durumu iyiliğin diğer boyutlarının tamamıyla ilişkili olduğunu ve öğrencilerin günlük hayatında verdikleri kararlarda manevi iyilik halinin etkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin sosyal yardımlar, gönüllü faaliyetler, dua ve manevi ritüelleri devam ettirerek manevi iyilik hallerinin geliştirmeye çabaladıkları bulunmuştur.

Ulusal Yaşlanma Konseyi (NICA) 1975 yılında manevi iyi oluşu, "hayatın; tanrı, benlik, toplum ve çevreyle olan ilişkisinde bütünlüğü büyütüp kutsayan olumlama" şeklinde tanımlamıştır (Moberg, 1984: 352). NICA'nın tanımından hareketle Gomez ve Fisher (2003: 1976) manevi iyi oluşu, bireyin kendisi, çevresi ve aşkın olanla olumlu ilişkisinden doğan, bireyin hayatına yön veren, kimlik kazandıran; bütünlük, neşe memnuniyet vb. olumlu duygular

yaşatan bir varoluş biçimi olarak tarif etmiştir. Ellison'a (1983: 331-332) göre manevi iyi oluş bireyin Tanrıyla olan ilişkisinden doğan iyilik halini içeren dikey boyut ile dinden bağımsız olarak hayatın anlamı, amacı ve yaşam doyumuna yönelik yatay boyutun birleşiminden meydana gelmektedir. Ellison dinsel iyilik ve varoluşsal iyilik olarka adlandırılan bu boyutların ayrıştırılmasından ziyade birlikte ele alınıp manevi iyi oluş durumunu geliştirmeye odaklanmayı önermektedir. Opatz'da (1986: 61-62) manevi iyiliği bireyin varoluşsal anlam ve amaç arayışından ve maddi olmayan şeylere karşı ilgisinden ortaya çıktığını ifade etmiştir. Manevi iyi oluşa ulaşan bireyin iç dünyası ile çevresi arasında bir uyum bulunmaktadır. Seaward'a (1991: 166-167) göre manevi iyi oluş, duygu, düşünce ve davranış ağının tümüyle ilişkili olan çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle psikoloji, sosyaloloji, teoloji, felsefe gibi farklı disiplinleri ilgilendiren bir konu ve tanımının yapılması zor bir kavramdır. Seaward manevi iyi oluşun üç farkı boyutun bileşiminden teşekkül eden bütünleştirici bir unsur olduğunu ifade etmektedir. Bu boyutlar kişinin kendisi ve çevresiyle kurduğu ilişki, kişinin mevcut değer sistemi ve yaşamın anlamı ve amacından oluşmaktadır. Manevi iyi oluşun geliştirilmesi bu boyutların bütünleştirilmesimesiyle olmakta ve bu durum bireylerin psikolojik açıdan daha sağlıklı olmasını sağlamaktadır.

Manevi iyi oluş, tanımlarında görüldüğü üzere aşkın bir güç olan tanrı veya diğer kutsal kabul edilen varlıklarla ilişkili olan dikey bir boyutla hayatın anlamı ve amacına yönelik yatay bir boyut olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlarda varoluşsal ve dinsel iyilik olarak kavramlaştırılmakta ve toplamda manevi iyi oluş olarak ele alınmaktadır (Ai, 2000: 9). Varoluşsal iyiliğin temelinde insanın anlam arayışı yer almaktadır. İnsan dünyada var olduğu müddetçe karşılaştığı her yeni durumu anlamaya veya açıklamaya çalışan bir varlıktır. İnsan karşılaştığı olayları anlayıp açıklayabildiği oranda kendi hayatında söz sahibi olabilmekte ve hayatına yön verip sürdürebilmektedir. Neticede insanın bu anlama mücadelesinden elde ettiği doyum ise varoluşsal iyiliği oluşturmaktadır (Acar, 2014: 395-396; Gürsu ve Ay, 2018:1180). Manevi iyi oluşun dikey boyutu olan dinsel iyilik, insanın yaratıcı olarak gördüğü ya da kutsal olarak kabul ettiği varlıklarla ilişkisini içermektedir. Bu doğrultuda insanın din ve tanrı tasavvurunun duygu, düşünce ve davranışlarına yansımaları bakımından insanın din ve tanrıyla ilişkisinin psikoloji alanında incelenmesine zemin hazırlamaktadır. İnsan acizlik, çaresizlik, günahkârlık gibi nedenlerden dolayı tanrıya veya başka yüce bir güce yönelim gösterebilmektedir. Aynı zamanda insanın anlam arayışında dinler önemli bir faktör olabilmektedir. Nihayetinde insan çeşitli nedenlerle dine ve tanrıya bağlanmaktadır ve bağlı olduğu dinin gereklerini yerine getirmekte kararlılık göstermektedir. İnsanın zihninde kurguladığı din ve tanrı fikri onun aile, arkadaşlık ve sosyal hayatına da yön verebilmektedir

(Peker, 2017: 75-84; Acar, 2014: 397-403; Ay, 2005: 107-112). Aynı zamanda Tanrı bağlanma kuramı açısından bir bağlantı figürü olarak ele alınmaktadır. Bireyin zihninde kurguladığı tanrı tasavvuru onu tanrıya bağlamakta bu bağlılıkta bireyin hayatına etki etmektedir. Örneğin sevecen ve affedici bir tanrı tasavvuru bireyin tanrıya güvenli bağlanmasını sağlamaktadır. Bu bağlanma bireyin zor zamanların tanrıdan yardım istemeyi ve ona sığınmayı sağlamaktadır. Bu durum bireyin zorluklarla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Aksine cezalandırıcı bir Tanrı tasavvuru ise bireyin Tanrıya güvensiz bağlanmasına neden olmaktadır. Bunun neticesinde birey karşılaştığı güçlükleri aşmakta zorlanmakta ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sonuç itibariyle insanın tanrıyla kurduğu bu öznel ilişkiden elde ettiği doyum ise dinsel iyilik olarak manevi iyi oluşun dikey boyutunu oluşturmaktadır (Acar, 2014: 397-403; Pargament ve Hill, 2015: 349-350).

1.5. Yaşlılık Döneminde Manevi İyi Oluş

Araştırmanın temel iki unsuru olan yaşlılık ve maneviyat konularına ilgi son yüzyılda bir hayli artmaktadır. İngiliz Gerontoloji Derneği 2001 yılında maneviyat üzerine bir dizi araştırma gerçekleştirmiştir. American Gerontoloji Topluluğu'nda ise aktif yaşlanmada din ve maneviyat temasında komite mevcuttur (Mowat, 2004: 44). Yaşlılık döneminde maneviyatın ve manevi yönden iyi olmanın önemini anlamak için yaşlılığın ve maneviyatın içeriklerini detaylı bir şekilde ele almaya çalışılmıştır. Bu başlıkta ise yaşlılığın getirdiği değişimler ve maneviyat kavramının bir sentezi yapıp yaşlı bireylerdeki manevi iyi oluşun önemi alan yazına bağlı bir şekilde incelenmiştir.

Genellikle fiziksel ve bilişsel yeterliklerin azalmasıyla anılan yaşlılık dönemi, kayıpların yoğun olduğu bir dönemdir. İş hayatının sona ermesi, emeklilik, eş kaybı, yakın arkadaşların ölümü gibi nedenler yaşlılarda ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Bireyin fiziksel yeterliklerinin azalması sağlık sorunlarının artması da bunlara eklenebilir. Yaşlılık döneminde kayıplarla başa çıkmada dini ve manevi eğilimler önemli bir yere sahiptir. Bireylerin kaybolan yeteneklerinin yerine duygusal ve manevi anlamda destekler sağlayarak bireylerin yaşama tutunmalarına destek olunabilmektedir (Klavuz ve Klavuz, 2016: 17-37). Yaşlı bireylerin karşılaştığı bu değişimler bireylerin stres düzeylerini olumsuz yönde artırarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Stresin etkisi ise bireylerin karşılaştığı olayların şiddetine ve bireylerin kendilerine ve dünyaya olan inançlarına bağlı olarak değişebilmektedir. Maneviyat yaşlılıkta meydana gelen bu değişimler ve stres ile baş etmede önemli bir etkiye sahiptir. Bireyler yaşadıkları zorluklar karşısında üstün bir varlıkla iletişime geçerek, hastalık ya da zorluklara

karşı yardım ve rehberlik bekleyerek, baş etme stratejisi olarak maneviyatı etkin bir biçimde kullanabilmektedirler (Öz ve Hiçdurmaz, 2012: 50-55).

Manevi iyi oluş kavramının arka planına baktığımızda ise White House Conference On Aging'de belirlenen yaşlılıkta gerekli olan manevi ihtiyaçları şu başlıklarda görmekteyiz (Moberg, 1971: 12);

- Tanrı'nın devam eden aşkının güvencesinin varlığı.
- Yaşamın korunduğunun kesinliği
- İyileştirilmiş duyguların (suçluluk, keder, korku gibi) rahatlatılması.
- Yalnızlık sancılarından kurtulma.
- Zaman ve sonsuzluğu kucaklayan bir bakış açısı.
- Yeni deneyimler yoluyla manevi büyümeye devam etmek.
- Bir kişi olarak hayatta tatmin edici bir statü sahibi olmak
- Sürekli bir faydalılık hissi

Sayre Adams, yaşlılıkta manevi ihtiyaçların bazı değişikliklere uğradığını ileri sürerek yaşlılık döneminde bireylerin izolasyon, kabul edilme, kutlama, onaylama, uzlaşma ve entegrasyon gibi çeşitli manevi ihtiyaçları olduğunu ileri sürmektedir. İzolasyon ihtiyacını yaşlı bireylerdeki eş ve arkadaş kaybının onları yalnızlaştırdığı ve topludan izole ettiği ancak yaşlı bireyin her zaman bir arkadaşına ihtiyaç duyabileceği şekilde açıklamaktadır. Kabul edilme ve onaylama ihtiyacı ise yaşlı bireylerin geçmiş yaşamlarının önemli olduğu ve onların hayata kattığı olumlu değerlerin olduğunun diğerleri tarafından kabul edilmesi, onaylanması ve yaşlı bireylerin kendilerini değerli hissetmesi olarak açıklanabilir. Kutlama ihtiyacı ise yaşlı bireylerin özel zamanlarında yalnız bırakılmamasını içermektedir. Uzlaşma ihtiyacı ise yaşlı bireylerin kendisi, çevresi ve inandıkları tanrı ile barış ve uzlaşma içerisinde ölüme gitmeyi istemeleri olarak açıklanmaktadır. Entegrasyon ihtiyacı ise yaşlı bireylerin hayatı parçalı değil bütün olarak gördüğü ve en üst anlam seviyesine ulaşmayı istemeleri olarak tarif edilmektedir (Yusupu, 2017: 357).

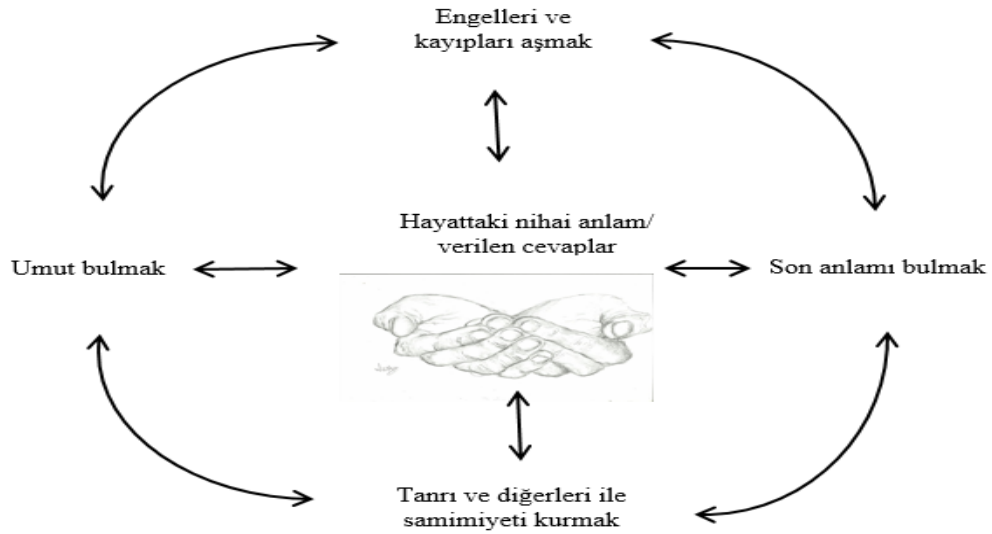
Amerikan toplumundaki yaşlılarda yaşlılığın getirdiği dezavantajlı durumlara karşın yaşlıların manevi ihtiyaçlarının karşılanma çabası manevi iyi oluş kavramının geliştirilmesine neden olmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte dini yönelimlerin arttığı ve manevi ihtiyaçların karşılanması önem arz etmektedir. Kişilerin manevi gelişimleri çocukluk dönemlerinde olmasına karşın yaşlılıktaki bu manevi yönelimlerin artışı kişinin hayatındaki öznel değişimlerden kaynaklanmaktadır. İleri yaşlardaki bu manevi gelişimin desteklenmesi sağlıklı ve başarılı bir yaşlanmayı beraberinde getirecektir. Nitekim alan yazında benzer bulgular bulunmaktadır (Lynn, 2012: 85-98; Mowat, 2004: 42-58).

Yaşlılarda manevi yönelim ve maneviyat konusunda çalışmalar yapan Elizabeth MacKinlay yaşlı bireylerdeki manevi boyutları anlamak için mülakatlar eşliğinde çalışmalar yapmıştır. Çalışmalar neticesinde yaşlı bireylerin en çok bakıma muhtaçlık ve demans olmaktan korktuklarını tespit eden MacKinlay genel olarak yaşlı bireylerin hayatlarındaki kontrolü kaybetmekten korktuklarını bulmuştur. Yaşlıların bakımında bu hususların göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmekte ve manevi ihtiyaçlarına yönelik uygulamalarında bakım hizmetlerine eklememesi gerektiğini ifade etmektedir. Maneviyatın çok boyutlu ve üzerinde tartışılan bir kavram olmasına karşılık MacKinlay maneviyatı herkesin varoluşun temelinde bulunan kişilerin hayatına anlam katan bir unsur olarak değerlendirmektedir. Maneviyatı dinle sınırlı görmeyen MacKinlay hayatın anlam ve amacına yönelik her türü aracın manevi olduğunu kabul etmektedir. Bireyler bu amaca ulaşmada tanrısal bir yol izlemek veya din dışı bilim, sanat gibi kültürel bir yolda izleyebilmektedir. Bu doğrultuda yaşlı bireylerle yaptığı çalışmalarda kişilerin nihai hayat anlamını aile ve çevresiyle kurdukları ilişkilerden elde ettiklerini tespit etmiştir. Yaşlılarda hayatın nihai anlamının önemi, bireylerin karşılaştıkları sorunlar ve yeni durumlar karşısında onları anlamlandırma ve çözüm yolları bulabilmesini sağlamasıdır. Hayatın nihai anlamını bulamamış bireylerin üzüntü ve keder içerisinde kalacağını belirtmektedir (MacKinlay, 2001: 119-133, 220-241; MacKinlay, 2004: 72-86). Çalışmasının sonucunda yaşlılıktaki manevi görevlere yönelik temaları şu şekilde sıralamaktadır;

- ❖ Nihai hayat anlamı
- ❖ Anlama verilen cevaplar
- ❖ Kendi kendine yeterliliğe karşı savunmasızlık
- ❖ Sonraki yaşamın anlamı ve bilgelik
- ❖ İlişkiye karşı izolasyon
- ❖ Umuda karşı korku

MacKinlay bu temalardan dinamik bir model oluşturmuştur. Modelin temelinde nihai anlama ulaşmak yer almaktadır. Nihai anlamın merkezinde tanrı ve dini inançlar yer almaktadır. Manevi gelişimin sağlanması için hayatın nihai anlamını bulma ihtiyacının karşılanması gerekmektedir. Nihai anlamın karşılanması dua, meditasyon ve ibadet gibi dini ritüellerle olabileceği gibi kişilerin hayatının merkezinde yer alan önem verdikleri şeylerle de ilişkili olabilmektedir. Yeterliliğe karşı savunmasızlık aşkınlığa yönelmiştir. Kayıpları ve engelleri aşarak zayıf noktaların ötesine ulaşmayı içermektedir. Anlam ve bilgelik teması nihai anlama ulaşmada aracı olarak yer almaktadır. Bilgelikle nihai anlamı diğerlerinden ayırt etme ve belirsizlikleri tolere etme becerisi gelişmektedir. İlişkiye karşı izolasyon teması ise tanrı veya diğerleriyle kurulan ilişkinin kaybını veya yaşlılık döneminde yeniden kurulmasıyla ilgilidir.

Umuda karşı korku teması ise yaşlılıkta artan kayıp ve zayıflıklar karşısında sevgi, barış ve umudun kazanılmasıyla ilgilidir (MacKinlay, 2001: 119-133, 220-241; MacKinlay, 2004: 72-86; Yusuğu, 2017: 356-360).



Şekil 1.5 Yaşlılıkta Manevi Görevler Kaynak: (MacKinlay, 2001: 224'den Akt. Gürsu ve Ay, 2018: 1181).

1.6. Manevi İyi Oluş ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

İnsanı anlamaya yönelik geliştirilen çok boyutlu ve bütünsel yaklaşımlar maneviyatı bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal yapılarının anlaşılmasında müracaat edilen bir konu olarak ele almaktadır. Bu sayede maneviyatın doğasının araştırılmasının önü açılmıştır. Doğu kültüründe maneviyat daha ön planda yer alırken Batıda din ve bilim arasındaki gerginlikler nedeniyle maneviyat çalışmaları Doğuya nispeten daha geç başlamıştır. Maneviyat ve psikolojik sağlıkla ilgili çalışmalar psikiyatri, teoloji, hemşirelik ve gerontoloji gibi farklı disiplinler tarafından araştırılan bir konudur (Cornah, 2006: 6-8). Maneviyat ve psikolojik sağlıkla ilgili çalışmalar yirminci yüzyılın son çeyreğinden bu yana kayda değer artış göstermiştir (Köylü, 2010: 6). Yapılan çalışmalar din ve maneviyatın depresyon, kaygı, öz kontrol, öz saygı gibi farklı psikolojik sağlık göstergeleriyle anlamlı ilişkiye sahip olduğu yönünde bulgular ortaya koymuştur. Maneviyatın birey üzerindeki yansıması olarak değerlendirebileceğimiz manevi iyi oluş durumu da yaşam doyumu, duygusal iyi oluş, psikolojik iyi oluş, stresle başa çıkma gibi çeşitli psikolojik göstergelerle olumlu ilişkiler içinde olup psikolojik uyumu ve işlevselliği güçlendirmektedir (Jafari vd., 2010: 1478).

Dindarlık ve maneviyatın psikolojik sağlıkla ilişkisinin incelenmesinde öncelikle kavramsal ve metodolojik açıklamalar önemli yer tutmaktadır. Dindarlık ve maneviyatın tanımları ve ilişkisinin belirlenmesi araştırmanın temelini oluştururken kültürel faktörlerin maneviyat ve psikolojik sağlığı açıklama şekilleri de yapılan araştırmaların modelini ve muhtemel sonuçlarını etkilemektedir. Maneviyatla ilgili kavramların fazla soyut veya seküler

ve davranışa indirgeme şeklinde ele alınması da psikolojik sağlık ve maneviyat araştırmalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmalar tasarlanırken bu noktaların dikkate alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda dindarlık veya maneviyat belli noktalarda psikolojik sağlığa olumlu katkılar sağlamaktadır (Miller ve Kelley, 2013: 344-347). Maneviyatın psikolojik sağlıkla ilişkisinde dinsel katılım, dini pratikler, tanrı veya üstün güç ile kurulan ilişki, dini ve manevi inançlar, baş etme şekilleri, sosyal destek gibi farklı bileşenler yer almaktadır (Cohen ve Koenig, 2016: 154). Bu bağlamda bireyler dua ve meditasyon-rabıta yapma, günlük dini ibadet ve manevi pratiklere devam etme, kutsal metin okuma, dini katılım (klise, cami vb. yerlere gitme) gösterme gibi uygulamalarla ve tanrı tasavvurları, dini ve manevi inançlar gibi düşünsel öğelerle dini ve manevi alanda eylemde bulunmaktadırlar. Bu manevi faaliyetlerde bireylerin depresyon, kaygı, sosyal izolasyon, intihar, umutsuzluk gibi çeşitli psikolojik durumlarını etkileyerek bireylerin stresle baş etmelerine destek olmakta ve iyi oluş düzeylerini artırarak psikolojik sağlığa katkıda bulunmaktadır (Horozcu, 2010: 211-216). Aynı zamanda dini ve manevi uygulama ve inançlar bireylerin psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileme potansiyeli de barındırmaktadır. Olumsuz dini başa çıkma ve bireyin kendisi, çevresi ve yaratıcıyla girdiği manevi mücadele süreci stres düzeyini artırarak depresyon ve kaygı düzeyini artırabilmektedir. Olumsuz dini inançlar ve psikolojik sağlığa ilişkin olumsuz dini tutumlar veya ait oldukları dini-manevi grubun söylemleri bireylerin var olan psikolojik semptomlarını küçümsemeye, doktor veya terapistin önerilerini ciddiye almamaya ve terapi sürecinin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilmektedir. Olumsuz ve cezalandırıcı bir yaratıcıya inananlar daha depresif ve kaygılı olabilmektedir. Dini-manevi sorgulamalar ve dini gerekliklerin yerine getirilememesi bireylerin daha şüpheli, günahkâr ve suçlu hissetmelerine neden olarak psikolojik sorunların ortaya çıkmasına ortam oluşturabilmektedir (Weber ve Pargament, 2014: 358-360).

Din ve maneviyatın psikolojik sağlıkla ilişkisinde yapılan araştırmaların çoğunluğu olumlu ilişkiler ortaya koyarken daha az çalışma da olumsuz ilişkinin olduğunu ortaya çıkarmıştır. Konuyla ilgili Koenig (2004: 1195) 2000 yılından önce yapılan din ve ruh sağlığı ilişkisini araştıran 700 çalışmanın meta analiz bulgularını paylaşmaktadır. Araştırmaya göre 700 çalışmadan 500'ü (%71) din ve psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki ve daha yüksek iyi oluş düzeyi tespit etmiştir. Dini/manevi inanç ve uygulamaların daha düşük depresyon düzeyi (93 araştırmanın 60'ında), daha düşük intihar (68'de 57), daha düşük kaygı (69'da 35) ile ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda dini/manevi uygulamalar daha fazla iyi oluş, umut, iyimserlik ve evlilik doyumuyla ilişkili bulunmuştur. 2000 yılından öncesini kapsayan bu çalışmadan sonra 2000-2002 yılları arasında 1000 den fazla din ve psikolojik sağlıkla ilgili

Çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu rakamlar konuyla ilgili yapılan çalışmalarda 2000 yılı öncesine göre yaklaşık 11 katlık bir artış olduğunu göstermektedir.

Din ve maneviyatın psikolojik sağlık ilişkisinde yaşlı örneklemde yapılan çalışmalara bakıldığında ise genelde maneviyat ve psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Örneğin, Jafari vd.'nin (2013: 431) alışmasında yaşlılarda psikolojik sağlığı etkileyen faktörleri araştırmışlardır. Yaşlılarda manevi iyi oluş ve psikolojik dayanıklılığın psikolojik sağlıkla ilişkisini araştıran bu çalışmaya İran'da bir huzurevinde yaşayan 100 kişi katılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre manevi iyi oluş kaygı, depresyon, sosyal işlev bozukluğu arasında negatif ilişki bulunurken dayanıklılıkla manevi iyi oluş arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı zamanda dayanıklılık ve psikolojik sağlık göstergeleri (kaygı, depresyon, somatizasyon, sosyal işlev bozukluğu) arasında negatif ilişki tespit edilirken manevi iyi oluş arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Çalışma verilerine dayanarak yaşlılarda manevi iyi oluşun hem dayanıklılığı artırdığı hem de psikolojik sağlığı iyileştirdiği ve yaşlıların psikolojik sağlığının korunmasında manevi iyi oluş ve dayanıklılığın önemli faktörler olduğu sonucuna varılmıştır.

Madhi ve Najafi (2018: 78-80) yaşlılarda manevi iyi oluş, yaşam kalitesi, umut ve mutluluk arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 263 kişiyle yapılan çalışmaya göre manevi iyi oluş ve umut ile yaşam kalitesi ve mutluluk arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmaya göre manevi iyi oluş ve umut yaşlılarda yaşam kalitesi ve mutluluğu yordayan birer değişkendir. Manevi iyi oluşu ve umudu yüksek yaşlılar daha kaliteli yaşam sürmekte ve daha mutlu olmaktadır. Khalili vd.'nin (2013: 16-23) 230 yaşlı ile yaptėı çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların diğerlerine göre daha düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğunu bulunmuştur. Çalışmaya göre manevi ve dini kaynaklardan destek almak ve üstün bir güçle ilişki kurmak yaşam kalitesini iyileştirmeye fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştmeye katkı sağlayabilir. Başka bir çalışmada ise dini/manevi iyi oluş durumunun yaşlılarda umudu, fiziksel sağlığı ve psikolojik sağlığı yordadığı bulunmuştur. Araştırmaya göre manevi iyi oluş düzeyi yüksek olan yaşlıların daha umutlu olduğu, daha az somatik belirtilerden yakındığı ve psikolojik sağlık durumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Abdolahrezaee vd., 2020: 932-933).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Nicel araştırma olarak hazırlanan bu araştırmanın ikinci bölümünü çalışmanın yöntemsel özellikleri oluşturmaktadır. Bu bölümde araştırmanın modeli, örneklem seçimi, veri toplama araçlarının özellikleri, veri toplama süreci ve analiz süreci açıklanmıştır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Yaşlı bireylerin psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırılmasını konu edinen bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tarama araştırmaları, deneysel olmayan araştırmaların yaygın olarak kullanılan bir türüdür. Tarama araştırmalarında bireylerin herhangi bir konudaki tutumları, fikirleri, inançları, eylemleri hakkında anket veya çeşitli görüşme formları kullanılarak bilgi elde edilir. Psikoloji alanında yapılan tarama araştırmalarından belirlenen konu hakkında tahminde bulunmak ve mevcut durumu tanımlamak amacıyla yararlanılmaktadır. İlişkisel araştırma modeli ise iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin değişkenlere müdahale etmeden araştırılmasıdır. İlişkisel araştırma, betimleme ve yordama amacıyla kullanılabilir ve ilişkili değişkenlerle ilgili araştırmacıya ön görüde bulunma imkânı verir. Ancak nedensellik ile ilgili kesin sonuçlar elde etmek için yeterli değildir (Cheristensen vd., 2015: 367-378; Shaughnessy vd., 2018: 40-49). Bu doğrultuda yapılan çalışmada yaşlı bireylerin manevi iyi oluş düzeyleriyle psikolojik sağlık göstergeleri arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’deki tüm 60 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Güncel TÜİK (2021) verilerine göre ülkemizde 2020 yılı itibarıyla 7 milyon 953 bin 555 tane 65 yaş ve üzeri kişi yaşamaktadır. 2020 yılı itibarıyla 60-64 yaş grubunda ise 3.574.394 kişi yer almaktadır. Buna göre ülkemizde toplamda 11 milyon 527 bin 949 kişi 60 yaş ve üzeridir. Bu durumda araştırmanın evreni 11 milyon, 527 bin 949 kişiden oluşmaktadır.

Örneklem sayısı araştırma yöntemleri alanında uzman kişiler tarafından evren ve örneklem büyüklüğünü tespit etmek için hazırlanan tabloya göre belirlenmiştir. Buna göre evren büyüklüğü 1-10 milyon aralığında olduğu durumda $\pm\%5$ hata payı ile % 95 güven aralığında ulaşılması gereken katılımcı sayısı 384’tür (Coşkun vd., 2017:142-144). Buna dayanarak 400 kişilik örnekleme ulaşmanın yeterli olacağı kanaatine varılmıştır. Araştırmada olasılıklı olmayan örnekleme yöntemi kota örneklem tekniği kullanılmıştır. Kota örnekleme

araştırmanın amacına uygun olarak yaş, cinsiyet vb. değişkenlere göre sınıflandırılır. Araştırmacı seçilen değişkenlerden evreni gruplara ayırır ve imkânları çerçevesinde katılımcı sayısını belirler. Daha sonra evrendeki sayıya bölerek kota oranını saptar ve belirlediği alt grupları bu oranla çarparak ulaşması gereken kişi sayısını ve niteliklerini belirler (Gökçe, 1988). Bu araştırmada 400 kişilik kota belirlenmiş ve dâhil etme kriteri olarak 60 yaş referans alınmıştır. Netice itibarıyla İstanbul'un çeşitli merkez ilçelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri 400 kişi bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İstanbul, kozmopolitik yapıya sahip metropol bir şehir ve Türkiye geneli örneklemin özeti olarak değerlendirilebilecek yapıda olması nedeniyle araştırma yeri olarak seçilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Yaşlılık döneminde psikolojik sağlıkla manevi iyi oluş ilişkisini ölçmek amacıyla tasarlanan bu araştırmada sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacıyla kişisel bilgi formu, psikolojik sağlığı ölçmek üzere hazırlanan kısa semptom envanteri ve manevi iyi oluşu ölçmek için spiritüel iyi oluş ölçeği kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve gelir durumunu belirleyecek sorular sorulmuştur. Bunlara ek olarak araştırmayla ilişkili olarak bireyin subjektif dindarlık düzeyini ölçen dindarlık sorusu eklenmiştir.

2.3.2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa semptom envanteri çeşitli psikolojik belirtileri ölçmeye yönelik bir ölçektir. Derogatis tarafından geliştirilen kısa semptom envanteri Şahin ve Durak (1994: 44-56) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yapılan bu uyarlama çalışmasında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutları geçerli ve güvenilir olarak bulunmuştur. Çalışmada Cronbach α değeri; anksiyete alt boyutu için 0.87, depresyon alt boyutu için 0.88, olumsuz benlik alt boyutu için 0.87, somatizasyon alt boyutu için 0.75 ve hostilite alt boyutu için 0.76 olarak belirlenmiştir. Kısa semptom envanterini Türkiye'de yaşlı bireylerde uygulayan Aydın vd. (2020: 835)'nin çalışmasında ise Cronbach α değerleri; anksiyete için 0,81, depresyon için 0,81, olumsuz benlik için 0,78, somatizasyon için 0,69 ve hostilite için 0,70 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise kısa semptom envanterinin toplam puanının Cronbach α değeri 0,89 iken alt boyutlarda α değeri 0,50 ile 0,82 arasında değişmektedir.

Kısa semptom envanteri 53 sorudan oluşmaktadır. Likert tipi ölçeğin puanlaması (0) “Hiç” ; (1) “Biraz”; (2) “Orta derecede”; (3) “Epey”; (4) “Çok fazla” şeklindedir. Kısa semptom envanterinin depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Depresyon alt ölçeği 12 maddeden (17, 14, 20, 16, 19, 39, 25, 37, 35, 18, 27, 9 maddeleri) oluşur. Anksiyete alt ölçeği 13 (45, 46, 43, 47, 38, 31, 28, 42, 32, 13, 36, 49, 12 maddeleri) maddeden oluşur. Olumsuz Benlik alt ölçeği 12 maddeden (50, 22, 51, 52, 53, 44, 21, 24, 48, 15, 34, 26 maddeleri) oluşur. Somatizasyon alt ölçeği 9 maddeden (8, 2, 7, 33, 29, 30, 5, 11, 23 maddeleri) oluşur. Hostilite alt ölçeği 7 maddeden (40, 4, 41, 3, 6, 1, 10 maddeleri) oluşur (Gürsu, 2011: 147-149).

2.3.3. Manevi İyi Oluş Ölçeği

İlk olarak Paloutzian ve Ellison (1982: 224-237) tarafından geliştirilen manevi iyi oluş ölçeğinin (Spiritual Well-Being Scale=SWBS) Türkiye’de ki geçerlilik çalışması Ekşi ve Kardaş (2017: 97) tarafından yapılmıştır. Yaşları 16-54 arasında değişen 498 kadın ve 367 erkek olmak üzere 865 kişiye uygulanmıştır. Başlangıçta ortaya koyulan 170 maddelik form alanda uzman kişilerin görüşüne sunulurak gerekli değişimler yapıldıktan sonra ölçek geliştirme analizleri yapılmıştır. Verilerin geçerlilik çalışması için faktör analizi; Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsıyı, Bartlett’in küresellik testi ve güvenilirliğin değerlendirilmesi içinde Cronbach α katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach α değerleri aşkınlık alt boyutunda 0,95, doğayla uyum alt boyutunda 0,86, anomi alt boyutunda 0,85 ve ölçek toplam puanında 0,88 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 60 yaş üzeri nüfusta ilk defa uygulanan bir çalışmada manevi iyi oluş ölçeğinin Cronbach α değeri 0,84 olarak bulunmuştur (Gürsu ve Ay, 2018: 1184). Bu çalışmada ise manevi iyi oluş toplam puanının cronbach α değeri 0,84 bulurken alt boyutlarda α değeri 0,51 ile 0,83 arasında bulunmuştur.

Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Geliştirilen bu ölçek doğaya uyum, aşkınlık ve anomi olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların iç geçerliliğinin kontrolü içinde gerekli istatistiksel testler yapılmıştır. Aşkınlık alt boyutunu: (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29) numaralı sorular, doğayla uyum alt boyutunu; (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28) numaralı sorular ve anomi alt boyutunu ise (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26) numaralı sorular ölçmektedir. Ölçeğin puanlaması ise 5’li Likert (1= bana hiç uygun değil – 5= bana tamamen uygun) şeklindedir. Manevi iyi oluş puanın ölçülmesinde ise anomi alt boyutuna verilen cevapların puan değeri ters toplanmaktadır.

2.4. Uygulama ve İşlem

Yaşlılarda psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırıldığı bu araştırmanın anketleri araştırma takvimine uygun olarak 2021 yılının şubat ve mart aylarında İstanbul ilinde toplanmıştır. İstanbul içinde veri toplanan yerler şu şekildedir: Bakırköy, Bahçelievler, Avcılar, Küçükçekmece, Esenyurt, Fatih, Bayrampaşa, Şişli, Beşiktaş, Sarıyer, Kadıköy, Üsküdar, Ümraniye, Maltepe, Ataşehir, Beykoz, Kartal'dır. Veri toplama sürecinde herhangi bir mekân veya kurum belirlenmeyip yaşlıların bulunduğu park, bahçe gibi sosyal alanlarda katılımcılara anket ve ölçekler uygulanmıştır. Anketler daha çok parklarda uygulanmış olmakla birlikte doğrudan yaşlının bulunduğu adreste de uygulandığı olmuştur. Veri toplama sürecinde yaş ve kişi sayısında kota uygulanmıştır. Öncelikli olarak katılımcıların gönüllü olması devamında ise yaş kriteri değerlendirilip araştırmaya uygunsa diğer ölçme araçlarındaki sorulara geçilmesi sağlanmıştır. Yaşlıların araştırmaya katılmakta çekimser davrandığı, anket sırasında farklı konulardan bahsedip araştırmaya odaklanmakta zorlandığı görülmüştür. Bu durum veri toplama sürecini zorlaştırmıştır. Bu tür anket sorularının anlaşılmadığı ve cevapların sağlıklı olmadığı fark edildiği durumlarda anket yarıda bırakılmış ve çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmada ulaşılmaya hedeflenen 400 kişiye ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Araştırma için toplanan veriler öncelikle PASW Statistics18 programına işlenmiştir. Verilerin işlenmesi sırasında eksik ve hatalı doldurulduğu tespit edilen 16 katılımcıya ait anket veri setinden çıkartılmıştır. Yapılan analizler 384 kişi üzerinden yapılmıştır. Devamında demografik verilere ilişkin frekans, ortalama, maksimum değerler gibi betimsel istatistikler tablo ve grafiklere dökülmüştür. Hipotez testleri için yaş, gelir ve dindarlık bağımsız değişkenleri ve manevi iyi oluş toplam puanı yeniden gruplandırılmıştır. Kısa semptom envanteri ve manevi iyi oluş ölçeğiyle ilgili anket soruları alt boyutlar ve toplam puan alınabilecek şekle dönüştürülmüştür. Ölçeklerin oluşturulmasından sonra güvenilirlik analizi yapılarak ölçeklerin alt boyutları ve toplam puanının Cronbach α değerleri hesaplanmıştır. Daha sonra demografik değişkenler ile psikolojik sağlık ve manevi iyi oluşun kıyaslanabilmesi için değişkenlere uygun olarak bağımsız örneklem t testi ve one way anova testi uygulanmıştır. Anova testi yapılan değişkenlerde farkın hangi gruplarda olduğunun tespit edilebilmesi için post-hoc testleri yapılmıştır. Post-hoc testlerinin seçiminde ise varyansların homojenliği ve alt gruplardaki örneklem sayılarının eşit olup olmadığı göz önünde bulundurulmuştur. Son olarak psikolojik sağlık manevi iyi oluş ilişkisinin tespiti için korelasyon analizi yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

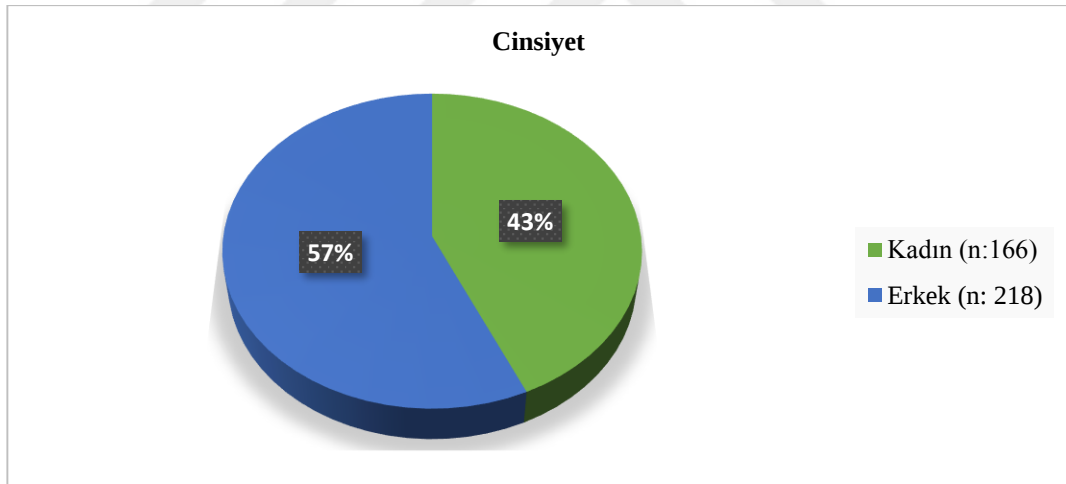
BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları yer almaktadır. Araştırmada elde edilen veriler üç aşamada analiz edilmiştir. İlk olarak araştırmaya katılan kişilerin demografik verileri aktarılmıştır. Devamında psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ile demografik verilerin kıyaslanması yapılmıştır. Son kısımda ise psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik veriler analiz edilmiş ve elde edilen bulgular raporlanarak bulgular kısmı sonlanmıştır.

3.1. Katılımcıların Demografik Bulguları

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için yapılan kişisel bilgi anketinde katılımcılara cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi ve hissedilen dindarlık düzeyine ilişkin sorular sorulmuştur. Elde edilen veriler bu başlıkta raporlanmıştır.

3.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı



Şekil 3. 1 Cinsiyet Dağılımı

Araştırmaya katılan kişiden 384 kişiden 166 tanesi (%57'si) kadın, 218 tanesi (%43'ü) erkektir. Veri toplama sürecinde cinsiyetle ilgili herhangi bir kıstas belirlenmemiştir. Cinsiyet dağılımı tesadüfi olarak elde edilmiştir. Genel itibariyle 60 yaş üzeri nüfusta kadın sayısı fazla iken bu araştırmada erkeklerin çoğunlukta olduğu görülmüştür. Bu durum erkeklerin kadınlara nispeten toplum içinde daha fazla bulunduklarını göstermektedir.

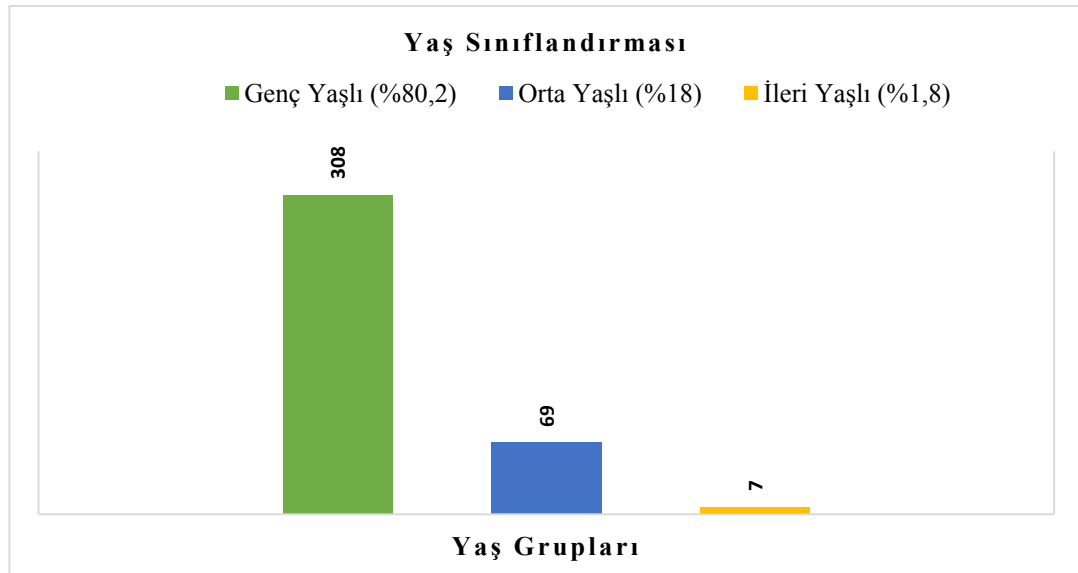
3.1.2. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Tablo 3. 1 Yaş Dağılımı

		Yaş
N	Geçerli	384
	Kayıp değer	0
Yaş Ortalaması		68,35
Ortanca Yaş		67,00
En Çok Tekrar Eden Yaş (Mod)		66
Standart Sapma		6,383
Minimum		60
Maksimum		86

Örneklem belirlenirken yaşlılık başlangıcı olarak 60 yaş referans alındığı için veri toplama sürecinde yaş değişkeninde kota uygulanmıştır. Bu durumda araştırmaya 60 yaş ve üzerindeki kişiler dâhil edilmiştir. Katılımcıların yaşla ilgili bulgularına bakıldığında en düşük yaş 60 en yüksek yaş 86 olarak bulunmuştur. Örneklem yaşı ortalaması 68,35, ortanca yaş 67 ve en çok tekrar eden yaş 66 olarak bulunmuştur.

Yaş ile psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik yapılacak kıyaslamalar için yaşı gruplanması gerekmektedir. Bu nedenle yaş değişkeni aralıklı (interval) bir değişkenden sıralı kategorik (ordinal) bir değişkene dönüştürülmüştür.

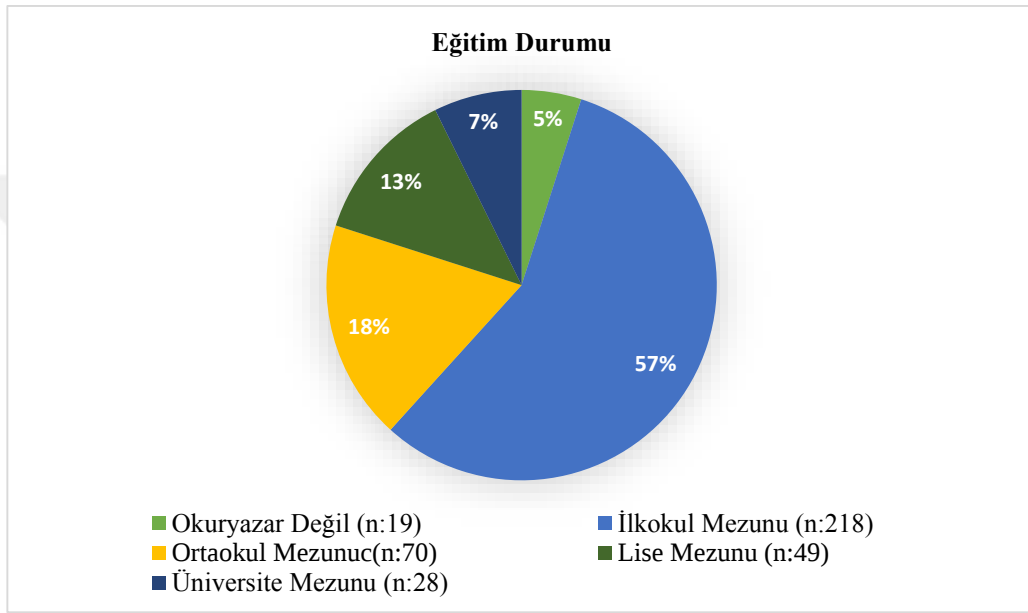


Şekil 3. 2 Yaş Sınıflandırması

Kronolojik yaşla ilgili yapılan çalışmalarda yaşlılık dönemiyle ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bu sınıflandırmalardan biride 60-74 yaş arasını “genç yaşlı” 75-84 yaş arasını “orta yaşlı” ve 85 yaş ve üzerini “ileri yaşlı” olarak sınıflandırmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan kişilerin %80,2’si (n:308) genç yaşlı, %18’i (n:69) orta yaşlı ve %1,8’i (n:7) ileri yaşlı sınıfına dâhildir. Aynı zamanda ortanca yaş, en çok tekrar eden yaş ve yaş

ortalamasına bakıldığında da katılımcıların çoğunluklu 65-70 arasında olduğu dolayısıyla yaş gruplandırmasında “genç yaşlı” grubuna dâhil olduğu görülmektedir. Araştırma da genç yaşlı nüfusun çoğunlukta olması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki nüfus piramitlerine (çan, arı kovanı) uygun olarak genç yaşlı nüfusun (60-74 yaş arası) çoğunlukta olması ileri yaşlı nüfusun daha az olmasıyla ilişkilendirilerek açıklanabilir.

3.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumu



Şekil 3. 3 Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim düzeylerine bakıldığında çoğunluğun ilkökul mezunu (%57, n:218) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %18'i (n:70) ortaokul mezunuyken, %13'ü (n:49) lise mezunu, %7'si (n:28) üniversite mezunu ve %5'i (n:19) ise okuma yazma bilmemektedir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan kişilerin okul çağlarının 1960-1980 yılları arasına denk geldiği göz önünde bulundurulduğunda ülkenin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullara ve gelişmişlik düzeyine bağlı olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir.

3.1.4. Katılımcıların Gelir Durumu

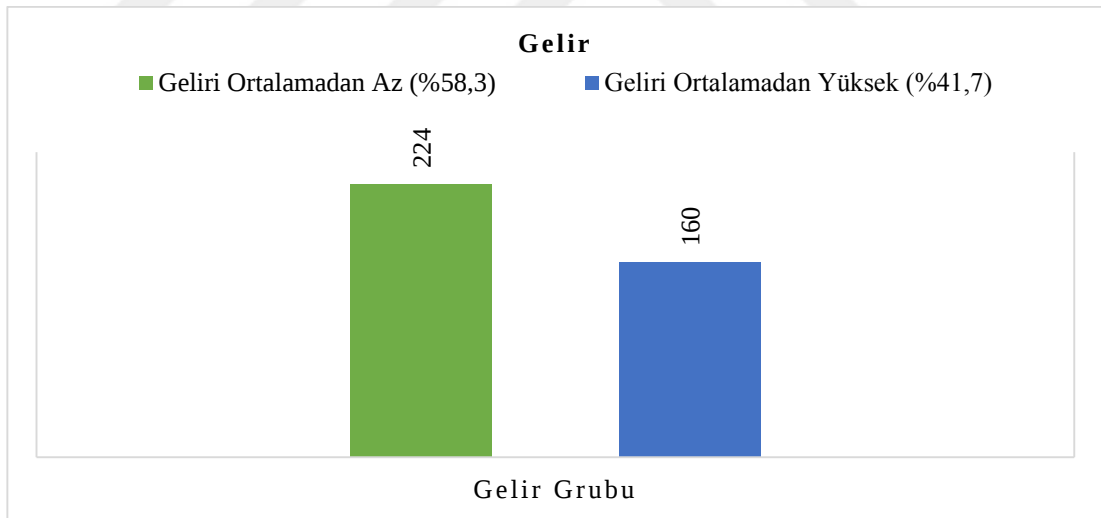
Tablo 3. 2 Gelir Durumu

		Gelir
N	Geçerli	384
	Kayıp Değer	0

Ortalama	2536,37
Ortanca gelir	2300,00
En çok tekrar eden (Mod)	3000
Standart Sapma	1445,462
Minimum	0
Maksimum	8000

Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumları açık uçlu şekilde sorulmuştur. Elde edilen verilere göre katılımcıların en düşük geliri 0 en yüksek 8000 TL olarak bulunmuştur. En yüksek ve en düşük gelir arasındaki farkın yüksek olması araştırmaya katılan kişilerin farklı sosyo-ekonomik düzeye ve farklı yaşam koşullarına sahip kişilerden oluştuğunu göstermektedir. Verilerin çeşitliliği açısından olumlu bir bulgu iken hiç geliri olmayan yaşlıların olması ve yaşam koşulları arasındaki farkın yüksek olması yaşlılık döneminin ekonomik zorluklarla geçen bir dönem olması açısından olumsuz bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Araştırmaya katılan kişilerin gelir ortalaması 2536 TL olarak bulunmuştur.

Gelir ile psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik yapılacak analizler için gelir değişkeninin gruplanması gerekmektedir bu nedenle gelir durumu gruplandırılarak interval bir değişkenden ordinal bir değişkene dönüştürülmüştür.

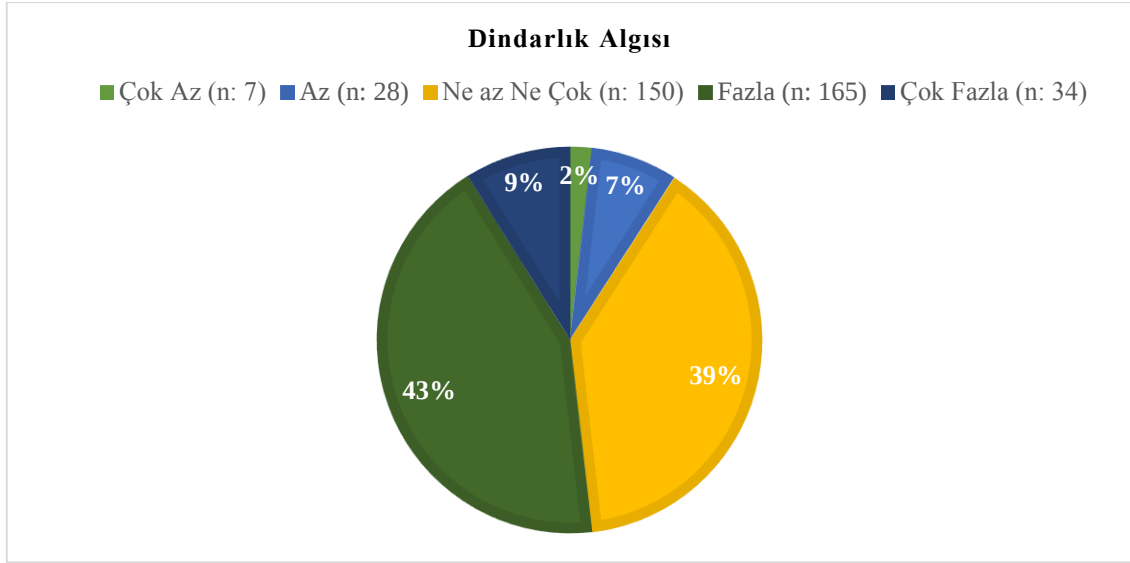


Şekil 3. 4 Gelir Durumu

Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumu analiz edilebilmesi için ortalama gelir (2536 TL) iki gruba ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların %58,3 (n: 224)' ü ortalamadan daha az gelire sahipken % 41,7 (n: 160)'si ortalamadan yüksek gelire sahiptir. Ortalama gelirin 2021 yılı itibariyle ülkemizde geçerli olan asgari ücret tutarından (Net:2825 TL) daha düşük olması ve katılımcıların çoğunluğunun (%58,3) ortalamanın altında gelire sahip olması örneklemin gelir durumunun asgari geçim koşullarından daha düşük olduğunu göstermektedir.

3.1.5. Katılımcıların Algılanan Dindarlık Düzeyleri

Dindarlık, hem manevi iyi oluş konusuyla yakından ilgili hem de psikolojik sağlık konusunda araştırılan bir değişkendir. Bu doğrultuda araştırma konusuyla yakından ilgili olduğu düşünüldüğünden demografik verilerle ilgili anket sorularına kişilerin dindarlığa yönelik öznel algısını belirlemek için soru eklenmiştir. Katılımcılara “*kendinizi ne kadar dindar hissediyorsunuz?*” Şeklinde sorulan soruyu 5’li likert şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.



Şekil 3. 5 Dindarlık Düzeyi

Araştırmaya katılan kişilerin %43’ü (n:165) kendilerini fazla dindar olarak tanımlarken, %39’u (n:150) ise ne az ne fazla dindar olarak tanımlamaktadırlar. Geriye kalan katılımcıların % 9’u (n:34) çok fazla dindar, %7’si (n:28) az dindar ve % 2’si (n:7) ise çok az dindar olarak tanımlamaktadır. Dindarlığın psikolojik sağlık ve manevi iyi oluşla ilişkine yönelik yapılacak analizler için algılanan dindarlık düzeyi “az”, “orta” ve “çok” şeklinde yeniden gruplandırıldığında %9’u az dindar, %39’u orta düzey ve %52’si ise kendini fazla dindar olarak tanımlamaktadır. Buna göre katılımcıların çoğunluğu (%52) kendini fazla dindar olarak tanımlamaktadır. Bu bulgu bize katılımcıların dindarlığı konusunda fikir verse de algılanan dindarlık düzeyi sorulduğu için sınırlı bir veri olarak değerlendirilebilir.

3.1.6. Katılımcıların Psikolojik Sağlık Durumları

Araştırmaya katılan kişilerin psikolojik sağlık durumları Kısa Semptom Envanteri ile ölçülmüştür. Bu envanter psikolojik sağlığı beş alt boyutta ölçmektedir. Bunlar; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir.

Tablo 3. 3 Psikolojik Sağlık düzeyi

Ölçekler	N	Min.	Maks.	X _{ort}	SS.
Depresyon	384	0,67	4	1,79	0,64
Anksiyete	384	0,31	2,54	1,43	0,38
Olumsuz benlik	384	0,25	3	1,51	0,44
Somatizasyon	384	0,44	3,33	1,54	0,57
Hostilite	384	0	3,57	1,39	0,66
Psikolojik sağlık	384	0,66	2,91	1,54	0,41

Katılımcıların psikolojik sağlık göstergelerine ilişkin ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcıların psikolojik sağlık göstergelerinden aldıkları en yüksek ortalama puanın depresyon belirtisinde olduğu görülmektedir (Ort.1,79). Devamında ise sırasıyla somatizasyon (Ort. 1,54), olumsuz benlik (Ort. 1,51), anksiyete (Ort. 1,43) ve hostilite (Ort. 1,39) gelmektedir. Katılımcıların psikolojik sağlık toplam puanından aldıkları ortalama puan ise 1,54 olarak bulunmuştur.

Elde edilen veriler değerlendirildiğinde katılımcıların en çok depresyon ve somatizasyona maruz kaldıkları görülmektedir. Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel kayıplar ve sağlık sorunlarının psikolojik sağlığı etkilemesi ve depresyona sebep olması doğal bir sonuç olduğu göz önüne alındığında bu bulgu anlaşılır olmaktadır. Yaşlılarda psikolojik sağlık belirtilerinin daha çok ağrı ve fiziksel yakınmalarla ortaya çıkabileceği düşünüldüğünde somatizasyonun yaşlılarda yüksek olması anlaşılabilir. Genel belirti düzeyinin puan ortalaması 1,54 $\pm$ 0,41'dir GSI' nın 1'in üzerinde olması belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir (Şentepe, 2016: 124). Bu çalışmada ise GSI değeri 1'in üzerinde bulunmuştur. Dolayısıyla katılımcıların psikolojik sağlık durumları patolojik seviyededir. Bu veri yaşlılıkla ilgili alanda çalışan ruh sağlığı uzmanları için dikkate değer bir bulgudur.

3.1.7. Katılımcıların Manevi İyi Oluş Durumları

Araştırmaya katılan kişilerin manevi iyi oluş düzeyini belirlemek için Spiritüel İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; aşkınlık, doğayla uyum ve anomidir. Katılımcıların manevi iyi oluş ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları tablodaki gibidir.

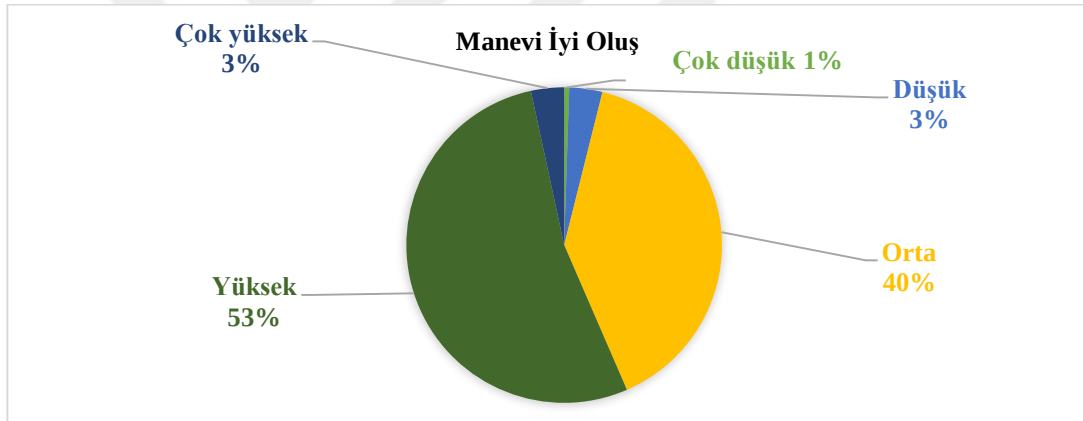
Tablo 3. 4 Manevi İyi Oluş Düzeyi

Ölçekler	N	Min.	Maks.	X _{ort}	SS.
Aşkınlık	384	1,20	5	3,52	0,58
Doğayla uyum	384	2,29	5	3,84	0,44
Anomi	384	1,14	5	2,98	0,52

Manevi iyi oluş	384	1,59	5	3,47	0,44
-----------------	-----	------	---	------	------

Tabloya göre katılımcıların en yüksek ortalama puanı doğayla uyum (Ort. 3,84) boyutundadır. Daha sonra aşkınlık (Ort. 3,52) ve anomi (Ort. 2,98) boyutlarındadır. Katılımcıların manevi iyi oluş ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması ise 3,47 olarak bulunmuştur. 5’li likert tipi ölçeklerin tipolojisi şu şekildedir; ortalama 1-1,79 çok düşük, 1,80-2,59 düşük, 2,60-3,39 orta, 3,40-4,19 yüksek, 4,20-5 çok yüksek (Arun ve Pamuk, 2014). 5’li likert türünde bir ölçek olan manevi iyi oluş ölçeğinin puan ortalamaları bu tipolojiye göre yorumlandığında katılımcılar yüksek düzeyde aşkınlık ve doğayla uyuma sahipken orta düzeyde anomiye sahiptir. Katılımcılar toplam manevi iyi oluş düzeyleri ise yüksektir.

Katılımcıların manevi iyi oluş düzeyleri düşükten yükseğe doğru gruplandırıldığında çoğunluğun (%53) yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğu bulunmuştur. Orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanların oranı ise %40 olarak bulunmuştur. Çok yüksek ve düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerin oranı ise %3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %1’i ise çok düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahiptir.



Şekil 3. 6 Manevi İyi Oluş Düzeyi

3.1.8. Ölçeklerin Güvenilirlik Durumları

Psikolojik sağlığı ölçmek için kullanılan kısa semptom envanterinin alt boyutları ve toplam güvenilirlik değerleri aşağıdaki gibidir.⁴

Tablo 3. 5 Kısa Semptom Envanteri Güvenilirlik Bulguları

Boyutlar	Cronbachs' α	Ortalama	Standart Sapma
Anksiyete	0,50	18,70	5,04
Depresyon	0,82	21,50	7,69
Olumsuz benlik	0,66	18,13	5,31
Somatizasyon	0,65	13,87	5,15

⁴ Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik çalışması ve yaşlı örnekleimde uygulanan güvenilirlik bulgularına ilişkin bilgiler yöntem kısmında "Ölçme Araçları" başlığında detaylandırılmıştır.

Hostilite	0,62	9,74	4,64
Psikolojik sağlık toplamı	0,89	81,94	21,76

Güvenilirlik ölçme yöntemlerinden biri olan Cronbach' Alpha testi sonuçları tablodaki gibidir. Genellikle eğitim ve sosyal bilimlerde Cronbach' α değerinin güvenilirlik sınıflandırılması şu şekilde yapılmaktadır. Eğer $\alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha \leq 0,50$ arasında ise ölçek düşük derecede güvenilir. Eğer α değeri $0,50 \leq \alpha \leq 0,60$ ise orta düzeyde güvenilir, $0,60 \leq \alpha \leq 0,75$ ise genel kabul gören düzeyde güvenilir, $0,75 \leq \alpha \leq 0,85$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir, $\alpha \geq 0,85$ arasında ise ölçek mükemmel derecede güvenilirdir (Özdamar, 2017, s. 74). Bu sınıflandırmaya göre psikolojik sağlık ölçeği toplamı mükemmel derece güvenilirdir ($\alpha:0,89$). Alt boyutlara bakıldığında ise depresyon boyutu yüksek derece güvenilirdir ($\alpha:0,82$). Olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite boyutları ise genel kabul gören düzeyde güvenilirdir (sırasıyla $\alpha:0,66$; $\alpha: 0,65$; $\alpha:0,62$). Anksiyete alt boyutu ise orta derecede güvenilirdir ($\alpha:0,50$). Genel olarak bakıldığında kısa semptom envanteri bu araştırmanın örnekleminde güvenilir bulunmuştur.

Manevi iyi oluş durumunu ölçmek için kullanılan manevi iyi oluş ölçeğine ait alt boyutlar ve ölçeğin toplam güvenilirlik değerleri aşağıdaki gibidir⁵.

Tablo 3. 6 Manevi İyi Oluş Ölçeği Güvenilirlik Bulguları

Boyutlar	Cronbachs' Alpha	Ortalama	Standart Sapma
Aşkınlık	0,830	52,89	8,74
Doğayla uyum	0,510	26,93	3,11
Anomi	0,542	20,92	3,68
Manevi İyi Oluş	0,849	100,74	12,88

Tabloda veriler değerlendirildiğinde Özdamar (2017)'ın sınıflandırmasına göre manevi iyi oluş ölçeği yüksek derecede güvenilirdir ($\alpha:0,84$). Alt boyutlara bakıldığında ise aşkınlık boyutu yüksek derecede güvenilirken ($\alpha:0,83$) doğayla uyum ve anomie alt boyutları orta derecede güvenilirdir ($\alpha:0,51$; $\alpha: 0,54$).

3.2. Demografik Değişkenler Açısından Psikolojik Sağlık Durumunun İncelenmesi

Bu başlıkta sırasıyla cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve dindarlık düzeyinin oluşturulan hipotezler doğrultusunda psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanıyla nasıl farklılaştığı incelenmiştir.

⁵ Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik çalışması ve yaşlı örnekleimde uygulanan güvenilirlik bulgularına ilişkin bilgiler yöntem kısmında "ölçme araçları" başlığında detaylandırılmıştır.

3.2.1. Cinsiyet ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

H1: Psikolojik sağlık alt ölçek ve toplam puanları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

Oluşturulan hipotez doğrultusunda psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanının cinsiyete göre nasıl farklılaştığını belirlemek için yapılan Bağımsız Örneklem T-testi sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. 7 Cinsiyet ve Psikolojik Sağlık İlişkisi T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	X	SS	T	P*
Anksiyete	Kadın	166	31,72	4,86	,087	,930
	Erkek	218	31,68	5,17		
Depresyon	Kadın	166	33,16	6,85	-,749	,454
	Erkek	218	33,75	8,27		
Olumsuz benlik	Kadın	166	30,45	5,33	1,043	,298
	Erkek	218	29,88	5,30		
Somatizasyon	Kadın	166	22,45	5,06	-1,361	,174
	Erkek	218	23,17	5,20		
Hostilite	Kadın	166	16,25	3,75	-1,774	,077
	Erkek	218	17,10	5,20		
Psikolojik Sağlık	Kadın	166	134,06	20,67	-,689	,491
	Erkek	218	135,60	22,58		

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (tüm boyutlar için $p>0,05$). Bu sonuca göre oluşturulan hipotez psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı açısından doğrulanmıştır.

3.2.2. Yaş Grupları ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

H2: Yaş arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı yükselmektedir.

Oluşturulan hipotez doğrultusunda psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanının yaşa göre nasıl farklılaştığını belirlemek için yapılan One Way Anova testinin sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. 8 Yaş ve Psikolojik sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

	Yaş grubu	N	X	SS	F	P*	Fark
Anksiyete	1.Genç yaşlı	308	31,37	5,18	3,475	,032*	1-2
	2.Orta yaşlı	69	33,10	4,17			
	3.İleri yaşlı	7	32,57	4,42			
	Toplam	384	31,70	5,04			
Depresyon	1.Genç yaşlı	308	33,42	8,34	,093	,911	
	2.Orta yaşlı	69	33,72	4,11			
	3.İleri yaşlı	7	34,42	4,19			
	Toplam	384	33,50	7,69			
Olumsuz benlik	1.Genç yaşlı	308	30	5,56	,422	,656	
	2.Orta yaşlı	69	30,57	4,26			
	3.İleri Yaşlı	7	31	3,51			
	Toplam	384	30,12	5,31			
Somatizasyon	1.Genç Yaşlı	308	22,47	5,44	4,831	,008*	1-2
	2.Orta Yaşlı	69	24,57	3,34			
	3.İleri Yaşlı	7	23,28	2,49			
	Toplam	384	22,86	5,14			
Hostilite	1.Genç Yaşlı	308	17	4,88	3,440	,033*	1-2
	2.Orta Yaşlı	69	15,43	3,38			
	3.İleri Yaşlı	7	17,71	2,13			
	Total	384	16,73	4,64			
Psikolojik sağlık	1.Genç Yaşlı	308	134,28	23,68	,707	,494	
	2.Orta Yaşlı	69	137,42	10,80			
	3.İleri Yaşlı	7	139	10,27			
	Toplam	384	134,93	21,76			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre; psikolojik sağlık alt boyutlarından anksiyete, somatizasyon ve hostilite ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,032$; $p=0,008$; $p=0,033$). Depresyon, olumsuz benlik ve psikolojik sağlık toplam puanı ile yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,911$; $p=0,656$; $p=0,494$). Anlamlı fark bulunan boyutlarda farkın hangi yaş grubu arasında olduğunu test etmek için yapılan Post-Hoc testlerinden Bonferroni ve Tamhane's T2 testlerine göre genç yaşlı grup (60-74) ile orta yaşlı (75-84) grup arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre orta yaşlı bireylerin anksiyete düzeyleri (ort:33,10) genç yaşlı bireylerden (ort:31,37) daha yüksektir. Somatizasyon durumuna bakıldığında orta yaşlı kişilerin somatizasyon düzeyleri (ort:24,57) genç yaşlı kişilerin somatizasyon düzeyinden (ort:22,47) daha yüksektir. Hostilite durumuna bakıldığında ise genç yaşlı kişilerin hostilite düzeyleri (ort:17) orta yaşlı kişilerin hostilite düzeyinden (ort:15,43) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre oluşturulan hipotez sadece anksiyete ve somatizasyon boyutlarında doğrulanmıştır. Yaş arttıkça anksiyete ve somatizasyonun artmasının yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel ve psiko-sosyal sorunların artmasına bağlı olduğu düşünülebilir. Ancak hostilite düzeyinin genç yaşlılarda daha yüksek olması beklenenin dışında bir durumdur. Bu durum yaşlılık dönemine yeni başlayan kişilerin dönemin koşullarına uyum sağlamada zorlanmaları ve henüz kabullenememeleri dolayısıyla öfkeli ve saldırgan davranışlarda bulunabileceği için hostilite düzeylerinin orta yaşlı kişilerden daha yüksek olabileceği şeklinde açıklanabilir.

3.2.3. Eğitim Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

H3: *Eğitim seviyesi arttıkça psikolojik sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlar artmaktadır.*

Oluşturulan hipotez doğrultusunda psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanının eğitime göre nasıl farklılaştığını belirlemek için yapılan One Way Anova testinin sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. 9 Eğitim Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

Eğitim düzeyi		N	X	SS	F	P*	Fark
Anksiyete	1.Okuryazar değil	19	31,73	5,31	,337	,853	
	2.İlkokul	218	31,83	5,14			
	3.Ortaokul	70	31,11	4,42			
	4.Lise	49	31,67	5,64			
	5.Üniversite	28	32,17	4,60			
	Toplam	384	31,70	5,04			
Depresyon	1.Okuryazar değil	19	33,26	5,20			
	2.İlkokul	218	33,45	7,30			

	3.Ortaokul	70	31,44	7,20	2,717	,030*	3-4; 3-5
	4.Lise	49	35,24	8,51			
	5.Üniversite	28	36,07	10,40			
	Toplam	384	33,50	7,69			
Olumsuz benlik	1.Okuryazar değil	19	30,26	3,76	2,093	,081	
	2.İlkokul	218	30,34	5,10			
	3.Ortaokul	70	28,58	5,11			
	4.Lise	49	30,57	5,85			
	5.Üniversite	28	31,42	6,71			
	Toplam	384	30,12	5,31			
Somatizasyon	1.Okuryazar değil	19	22,57	3,48	2,176	,071	
	2.İlkokul	218	22,74	5,06			
	3.Ortaokul	70	21,88	4,86			
	4.Lise	49	23,73	5,75			
	5.Üniversite	28	24,92	5,82			
	Toplam	384	22,86	5,14			
Hostilite	1.Okuryazar değil	19	16,73	3,94	1,803	,128	
	2.İlkokul	218	16,75	4,41			
	3.Ortaokul	70	15,64	3,66			
	4.Lise	49	17,61	5,34			
	5.Üniversite	28	17,82	6,92			
	Toplam	384	16,73	4,64			
Psikolojik sağlık	1.Okuryazar değil	19	134,57	12,12	2,727	,029*	3-2; 3-4; 3-5
	2.İlkokul	218	135,14	21,54			
	3.Ortaokul	70	128,67	19,27			
	4.Lise	49	138,83	25,29			
	5.Üniversite	28	142,42	24,80			
	Toplam	384	134,93	21,76			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre eğitim düzeyi ile psikolojik sağlık toplam puanı ve depresyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,029$; $p=0,030$). Eğitim düzeyi ile anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,853$; $p=0,081$; $p=0,071$; $p=0,128$). Eğitim düzeyi ile psikolojik sağlık toplam puanı arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Post-Hoc testlerinden LSD testi yapılmıştır. Yapılan analize göre ilkokul ile ortaokul arasında yine ortaokul ile lise arasında ve ortaokul ile üniversite arasında psikolojik sağlık toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Buna göre ortaokul düzeyinde eğitime sahip kişilerin psikolojik sağlık puanları ilkokul düzeyinde eğitime sahip kişilerden daha düşüktür

(ilkokul ort:135,14; ortaokul ort:128,67). Ancak lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerin psikolojik sağlık toplam puanları ortaokul düzeyinde eğitime sahip kişilerden daha yüksektir (lise ort:138,83; üniversite ort:142,42). Depresyon boyutu ile eğitim düzeyi arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için Post-Hoc testlerinden LSD testi yapılmıştır. Yapılan analize göre ortaokul düzeyinde eğitime sahip kişilerle lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark vardır. Buna göre ortaokul düzeyinde eğitime sahip kişilerin depresyon düzeyleri lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerden daha düşüktür(ortaokul ort:31,44; lise ort:35,24; üniversite ort:36,07). Elde edilen bulgular neticesinde ortaokul düzeyinden üniversite düzeyine doğru katılımcıların depresyon düzeyleri ve psikolojik sağlık toplam puanları artmaktadır. Bu durumda kurulan hipotez depresyon ve psikolojik sağlık toplam puanı için doğrulanmıştır.

3.2.4. Gelir Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

H4:Gelir durumu ve psikolojik sağlık alt boyutları ile toplam puanı arasında anlamlı bir fark vardır.

İnterval ölçüm düzeyine sahip gelir değişkeni analize uygun hale gelmesi için gruplandırılmıştır. Katılımcıların gelirlerinin ortalama değeri 2536 TL olarak bulunmuştur. Bu ortalama değer referans kabul edilerek katılımcıların gelir durumu ortalamadan az olanlar ve ortalamadan yüksek olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Devamında hipotezin test edilmesi için Bağımsız Örneklem T testi yapılmıştır. Elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.10 Gelir Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları

	Gelir grubu	N	X	SS	T	P*
Anksiyete	Geliri ortalamadan az	224	31,20	3,99	-2,150	,033
	Geliri ortalamadan yüksek	160	32,40	6,16		
Depresyon	Geliri ortalamadan az	224	31,10	5,27	-7,136	,0001
	Geliri ortalamadan yüksek	160	36,85	9,17		
Olumsuz benlik	Geliri ortalamadan az	224	28,71	4,05	-6,043	,0001
	Geliri ortalamadan yüksek	160	32,10	6,19		
Somatizasyon	Geliri ortalamadan az	224	21,54	4,13	-5,909	,0001
	Geliri ortalamadan yüksek	160	24,71	5,82		
Hostilite	Geliri ortalamadan az	224	15,57	3,65	-5,716	,0001
	Geliri ortalamadan yüksek	160	18,36	5,35		
Psikolojik sağlık	Geliri ortalamadan az	224	128,14	14,93	-7,148	,0001
	Geliri ortalamadan yüksek	160	144,44	25,93		

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre gelir grubu ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete alt boyutları ve psikolojik sağlık toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,033$; $p=0,0001$; $p=0,0001$; $p=0,0001$; $p=0,0001$; $p=0,0001$). Buna göre geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin anksiyete düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:32,40; GOA ort:31,20). Geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin depresyon düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:36,85; GOA ort:31,10). Geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin olumsuz benlik düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:32,10; GOA ort:28,71). Geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin somatizasyon düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:24,71; GOA ort:21,54). Geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin hostilete düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:18,36; GOA ort:15,57). Geliri ortalamanın üzerinde olan kişilerin psikolojik sağlık düzeyleri geliri ortalamanın altında olan kişilerden fazladır (GOY ort:144,44; GOA ort:128,14). Elde edilen bulgulara göre gelir durumu ile psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buna ek olarak gelir arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı artmaktadır. Bu doğrultuda kurulan hipotez doğrulanmıştır.

3.2.5. Dindarlık Durumu ve Psikolojik Sağlık İlişkisi

H5:Dindarlık düzeyi arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı azalmaktadır.

Araştırma konusuyla yakından ilişkili olduğu için katılımcıların algıladıkları öznel dindarlık düzeyleriyle ilgili bilgi edinmek için kişisel bilgi anketine dindarlık sorusu eklenmiştir. 5'li likert şeklinde sorulan dindarlık sorusu analize hazırlanırken “az”, “orta”, “çok” şeklinde üç grupta ordinal bir değişken olarak yeniden kodlanmıştır. Dindarlıkla ilgili hipotezin test edilmesi için One Way Anova testi yapılmıştır. Elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. 11 Dindarlık ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

Algılanan dindarlık		N	X	SS	F	P*	Fark
Anksiyete	1.Az	35	31,31	3,86	,161	,851	
	2.Orta	150	31,64	5,84			
	3.Çok	199	31,81	4,56			
	Toplam	384	31,70	5,04			
Depresyon	1.Az	35	31,60	4,53	4,891	,008	1-2; 2-3
	2.Orta	150	34,96	8,97			
	3.Çok	199	32,72	6,89			

	Toplam	384	33,50	7,69			
Olumsuz benlik	1.Az	35	28,11	3,72	3,171	,043	1-2; 1-3
	2.Orta	150	30,61	5,98			
	3.Çok	199	30,11	4,94			
	Toplam	384	30,12	5,31			
Somatizasyon	1.Az	35	21,82	4,64	4,855	,008	2-3
	2.Orta	150	23,86	5,79			
	3.Çok	199	22,29	4,58			
	Toplam	384	22,86	5,14			
Hostilite	1.Az	35	15,31	3,24	7,327	,001	1-2; 2-3
	2.Orta	150	17,81	5,22			
	3.Çok	199	16,18	4,22			
	Toplam	384	16,73	4,64			
Psikolojik sağlık	1.Az	35	128,17	13,31	4,968	,007	1-2
	2.Orta	150	138,90	25,72			
	3.Çok	199	133,13	19,09			
	Toplam	384	134,93	21,76			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre dindarlık düzeyi ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve psikolojik sağlık toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,008$; $p=0,043$; $p=0,008$; $p=0,001$; $p=0,007$). Anksiyete ile dindarlık arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,0851$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post-Hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Yapılan analize göre dindarlık düzeyi az olanlar ile orta düzeyde dindar olanların ve dindarlık düzeyi orta düzey olanlar ile dindarlık düzeyi yüksek olanların depresyon düzeyleri arasında fark vardır. Buna göre dindarlık düzeyi orta olanların (ort:34,96) depresyon düzeyi dindarlık düzeyi az olanlardan (ort:31,60) yüksektir. Ancak çok dindar olanların (ort:32,72) depresyon düzeyleri orta düzeyde dindar olanlardan (ort:34,96) daha düşüktür. Netice itibarıyla dindarlık azdan orta ya doğru geldiğinde depresyon artarken orta düzeyden çok dindar düzeyine doğru depresyon azalmaktadır. Olumsuz benlik düzeyine bakıldığında ise az dindar olanlar (ort:28,11) ile orta düzeyde dindar olanlar (ort:30,61) ve az dindar olanlar (ort:28,11) ve çok dindar olanlar (ort:30,11) arasında fark bulunmaktadır. Buna göre dindarlık azdan otaya ve çoğa doğru gittikçe olumsuz benlik düzeyi artmaktadır. Somatizasyon düzeyine bakıldığında orta düzeyde dindar olanlar (ort:23,86) ile çok dindar olanlar (ort:22,29) arasında fark vardır. Buna göre çok dindar olanların somatizasyon düzeyi daha düşüktür. Hostilite düzeyine bakıldığında ise az dindar olanlar (ort:15,31) ile orta düzeyde dindar olanlar (ort:17,81) arasında ve orta düzeyde dindar olanlar (ort:17,81) ile çok dindar olanlar (ort:16,83) arasında fark vardır. Buna göre hostilite

düzeyi az dindardan orta düzeyde dindar olanlara doğru artarken orta düzeyde dindarlıktan çok dindarlığa doğru azalmaktadır. Psikolojik sağlık toplam puanına bakıldığında ise az dindar olanlar (ort:128,17) ile orta düzeyde dindar olanlar (ort:138,90) arasında fark vardır. Buna göre az dindardan orta düzeyde dindarlığa doğru psikolojik sağlık toplam puanı artmaktadır. Yapılan analizler neticesinde dindarlık arttıkça psikolojik sağlık toplam puanı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri artmaktadır. Bu nedenle kurulan hipotez doğrulanmamıştır.

3.3. Demografik Değişkenler Açısından Manevi İyi Oluş Durumunun İncelenmesi

Bu başlıkta sırasıyla cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve dindarlık düzeyinin oluşturulan hipotezler doğrultusunda manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanıyla nasıl farklılaştığı incelenmiştir.

3.3.1. Cinsiyet ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H1: *Manevi iyi oluş alt ölçek ve toplam puanları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.*

Oluşturulan hipotez doğrultusunda manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanının cinsiyete göre nasıl farklılaştığını belirlemek için yapılan Bağımsız Örneklem T-testi sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.12 Cinsiyet ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	X	SS	T	P*
Aşkınlık	Kadın	166	54,09	8,62	2,371	,018*
	Erkek	218	51,96	8,73		
Doğayla uyum	Kadın	166	27,11	2,89	,987	,324
	Erkek	218	26,79	3,27		
Anomi	Kadın	166	20,87	3,40	-,196	,844
	Erkek	218	20,95	3,89		
Manevi iyi oluş	Kadın	166	102,08	12,18	1,786	,075
	Erkek	218	99,72	13,33		

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre cinsiyet ile aşkınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılaşma vardır ($p=0,018$). Aşkınlık ve cinsiyet arasındaki farka bakıldığında ise kadınların aşkınlık düzeyleri erkeklerden daha yüksektir (K.ort:54,09; E.ort:51,96). Ancak cinsiyet ile doğayla uyum, anomi alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,0324$; $p=0,0844$; $p=0,075$). Buna göre kurulan hipotez doğayla uyum, anomi alt

boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı için doğrulanmıştır. Ancak aşkınlık alt boyutu için doğrulanmamıştır.

3.3.2. Yaş Grupları ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H2:Yaş arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanlar yükselmektedir.

Oluşturulan hipotez doğrultusunda manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanının yaşa göre nasıl farklılaştığını belirlemek için yapılan One way Anova testinin sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.13 Yaş ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

Yaş grupları		N	X	SS	F	P*	Fark
Aşkınlık	1.Genç yaşlı	308	52,49	9,12	1,769	,172	
	2.Orta yaşlı	69	54,24	7,04			
	3.İleri yaşlı	7	56,57	3,55			
	Toplam	384	52,88	8,74			
Doğayla uyum	1.Genç yaşlı	308	26,82	3,21	,967	,381	
	2.Orta yaşlı	69	27,33	2,72			
	3.İleri yaşlı	7	27,71	1,60			
	Toplam	384	26,93	3,11			
Anomi	1.Genç yaşlı	308	20,48	3,59	11,795	,000*	1-2
	2.Orta yaşlı	69	22,72	3,60			
	3.İleri yaşlı	7	22,57	3,04			
	Toplam	384	20,92	3,68			
Manevi iyi oluş	1.Genç yaşlı	308	99,80	13,39	4,312	,014*	1-2
	2.Orta yaşlı	69	104,30	10,06			
	3.İleri yaşlı	7	106,85	5,98			
	Toplam	384	100,74	12,88			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre yaş grupları ile anomi alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,0001$; $p=0,014$). Yaş grupları ile aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutu arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,172$; $p=0,381$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için Post-Hoc testlerinden Bonferroni ve Tamhane's T2 ve testi yapılmıştır. Yapılan analize göre genç yaşlı kişiler ile orta yaşlı kişilerin anomi düzeyleri arasında fark vardır. Orta yaşlı kişilerin (ort:22,72) anomi düzeyleri genç yaşlı kişilerden (ort:20,48) daha yüksektir. Manevi iyi oluş toplam puanlarına bakıldığında yine genç yaşlı kişiler ile orta yaşlı kişiler arasında fark vardır. Orta

yaşlı kişilerin (ort:104,30) manevi iyi oluş puanı genç yaşlı kişilerden (ort:99,80) daha yüksektir. Yaş grupları ve manevi iyi oluş arasındaki farka ilişkin kurulan hipotez elde edilen bulgulara göre anomi alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı için doğrulanmıştır. Ancak aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutu açısından hipotez doğrulanmamıştır.

3.3.3. Eğitim Düzeyi ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H3: *Manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.*

Oluşturulan hipotez doğrultusunda eğitim düzeyine göre manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanın nasıl farklılaştığını görmek için One Way Anova Testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.14 Eğitim Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

Eğitim düzeyi		N	X	SS	F	P*	Fark
Aşkınlık	Okuryazar değil	19	55,21	4,76	1,584	,178	-
	İlkokul	218	52,58	8,75			
	Ortaokul	70	53,31	7,93			
	Lise	49	54,36	10,68			
	Üniversite	28	49,96	8,46			
	Toplam	384	52,88	8,74			
Doğayla uyum	Okuryazar değil	19	26,05	2,85	2,255	,063	-
	İlkokul	218	26,98	2,96			
	Ortaokul	70	27,20	2,83			
	Lise	49	27,46	3,70			
	Üniversite	28	25,57	3,65			
	Toplam	384	26,93	3,11			
Anomi	Okuryazar değil	19	21,47	2,16	,595	,667	-
	İlkokul	218	20,98	3,89			
	Ortaokul	70	21,15	2,89			
	Lise	49	20,30	3,86			
	Üniversite	28	20,57	4,25			
	Toplam	384	20,92	3,68			
Manevi İyi Oluş *($\alpha=0,05$)	Okuryazar değil	19	102,73	7,93	1,271	,281	-
	İlkokul	218	100,55	12,79			
	Ortaokul	70	101,67	10,42			
	Lise	49	102,14	16,62			
	Üniversite	28	96,10	14,07			
	Toplam	384	100,74	12,88			

Elde edilen bulgulara göre eğitim düzeyi ile aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutu ve toplam manevi iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,178$; $p=0,063$; $p=0,667$; $p=0,281$). Bu sonuca göre eğitim düzeyi ve manevi iyi oluş ile ilgili kurulan hipotez doğrulanmıştır.

3.3.4. Gelir Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H4: Gelir durumu arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları toplam puanı artmaktadır.

Gelir durumu ile aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanının nasıl farklılaştığını anlamak için Bağımsız Örneklem T testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.15 Gelir Durumu ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik T-Test Sonuçları

	Gelir grubu	N	X	SS	T	P*
Aşkınlık	Geliri ortalamadan az	224	52,82	7,09	-,159	,874
	Geliri ortalamadan yüksek	160	52,97	10,65		
Doğayla uyum	Geliri ortalamadan az	224	26,89	2,44	-,291	,771
	Geliri ortalamadan yüksek	160	26,99	3,86		
Anomi	Geliri ortalamadan az	224	21,38	3,06	2,804	,005*
	Geliri ortalamadan yüksek	160	20,26	4,33		
Manevi iyi oluş	Geliri ortalamadan az	224	101,10	9,44	,595	,552
	Geliri ortalamadan yüksek	160	100,23	16,56		

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre gelir grubu ile anomi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,005$). Gelir grubu ile aşkınlık, doğayla uyum alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı arasındaki fark ise anlamlı değildir ($p=0,874$; $p=0,771$; $p=0,552$). Gelir grubu ile anomi alt boyutu arasındaki farka bakıldığında ise ortalamanın üstünde gelire sahip kişilerin anomi düzeyi (ort:20,26) ortalamanın altında gelire sahip olanların anomi düzeyinden (ort:21,38) daha düşüktür. Buna göre gelir arttıkça anomi düzeyi azalmaktadır. Anomi alt boyutu manevi iyi oluşun ters boyutudur. Yani anomi düzeyi azaldıkça manevi iyi oluş artmaktadır. Bu nedenle gelir arttıkça manevi iyi oluş artmaktadır. Dolayısıyla gelir grubu ile manevi iyi oluş arasındaki farklılığa yönelik kurulan hipotez anomi alt boyutu için doğrulanmıştır. Diğer alt boyutlar ve toplam puan açısından ise hipotez doğrulanamamıştır.

3.3.5. Dindarlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H5:Dindarlık düzeyi arttıkça manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı artmaktadır.

Dindarlık düzeyi ile manevi iyi oluş alt boyutlarıyla toplam puanının nasıl farklılaştığını anlamak için kurulan hipotez doğrultusunda One Way Anova Testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.16 Dindarlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

	Algılanan dindarlık	N	X	SS	F	P*	Fark
Aşkınlık	1.Az	35	41,25	6,39	41,618	,000	1-2; 1-3
	2.Orta	150	54,45	8,82			
	3.Çok	199	53,74	7,46			
	Toplam	384	52,88	8,74			
Doğayla uyum	1.Az	35	27,34	2,42	2,902	,056	
	2.Orta	150	27,32	3,37			
	3.Çok	199	26,56	2,97			
	Toplam	384	26,93	3,11			
Anomi	1.Az	35	21,60	2,49	1,454	,235	
	2.Orta	150	20,56	4,18			
	3.Çok	199	21,07	3,43			
	Toplam	384	20,92	3,68			
Manevi İyi Oluş	1.Az	35	90,20	7,71	14,016	,000	1-2; 1-3
	2.Orta	150	102,34	14,20			
	3.Çok	199	101,38	11,70			
	Toplam	384	100,74	12,88			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre dindarlık düzeyi ile aşkınlık alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,0001$; $p=0,0001$). Dindarlık düzeyi ile doğayla uyum ve anomi alt boyutları arasındaki ise anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p=0,056$; $p=0,235$). Aşkınlık ve manevi iyi oluş toplam puanlarındaki farkın hangi dindarlık düzeyleri arasında olduğunu tespit edebilmek için Post-Hoc testlerinden Tamhane's T2 testi uygulanmıştır. Yapılan analize göre aşkınlık alt boyutundaki fark, az dindar olanlar ile orta düzeyde dindar olanlar ve az dindar olanlar ile çok dindar olanlar arasındadır. Buna göre orta düzeyde dindar olanların (ort:54,45) aşkınlık düzeyi az dindar olanlardan (ort:41,25) fazladır. Aynı şekilde çok dindar olanların (ort:53,74) aşkınlık düzeyleri az dindar olanlardan (ort:41,25) fazladır. Manevi iyi oluş toplam puanları arasındaki fark ise az dindar olanlar ile orta düzeyde dindar olanlar ve az dindar olanlar ile çok dindar olanlar arasındadır.

Buna göre orta düzeyde dindar olanların (ort:102,94) manevi iyi oluş toplam puanları az dindar olanlardan (ort:90,20) fazladır. Aynı şekilde çok dindar olanların (ort:101,38) manevi iyi oluş düzeyleri az dindar olanlardan (ort:90,20) fazladır. Elde edilen sonuçlara göre dindarlık düzeyi az olandan ortaya ve az olandan çoğa doğru gittikçe aşkınlık ve manevi iyi oluş toplam puanları artmaktadır. Bu doğrultuda kurulan hipotez aşkınlık alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı açısından doğrulanmaktadır. Ancak doğayla uyum ve anomi alt boyutları açısından oluşturulan hipotez doğrulanmamıştır.

3.4. Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş

H1: Manevi iyi oluş düzeyi arttıkça psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı azalmaktadır.

Psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada katılımcıların manevi iyi oluş düzeyleri ile psikolojik sağlık durumları arasında farklılaşma olup olmadığını bulmak için katılımcıların manevi iyi oluş toplam puanı “düşük”, “orta”, “yüksek” şeklinde üç grupta ordinal bir değişken olarak yeniden kodlanmıştır. Devamında manevi iyi oluş toplam puanı ve psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı One Way Anova Testine tabi tutulmuştur. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.17 Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik One Way Anova Sonuçları

Manevi iyi oluş düzeyi		N	X	SS	F	P*	Fark
Anksiyete	1.Düşük	15	31,93	6,57	,308	,735	
	2.Orta	152	31,45	4,81			
	3.Yüksek	217	31,86	5,09			
	Toplam	384	31,70	5,04			
Depresyon	1.Düşük	15	37,93	9,09	7,705	,001*	2-3
	2.Orta	152	31,82	6,78			
	3.Yüksek	217	34,36	7,95			
	Toplam	384	33,50	7,69			
Olumsuz benlik	1.Düşük	15	33,13	6,06	8,894	,000*	1-2; 2-3
	2.Orta	152	28,85	4,97			
	3.Yüksek	217	30,81	5,31			
	Toplam	384	30,12	5,31			
Somatizasyon	1.Düşük	15	25,00	6,00	5,834	,003*	2-3
	2.Orta	152	21,83	4,76			
	3.Yüksek	217	23,44	5,23			
	Toplam	384	22,86	5,14			
Hostilite	1.Düşük	15	21,26	4,92			
	2.Orta	152	16,26	4,38			

	3.Yüksek	217	16,76	4,65	8,222	,000*	1-2; 1-3
	Toplam	384	16,73	4,64			
Psikolojik sağlık	1.Düşük	15	149,26	27,46	8,316	,000*	1-2; 2-3
	2.Orta	152	130,23	19,15			
	3.Yüksek	217	137,23	22,34			
	Toplam	384	134,93	21,76			

*($\alpha=0,05$)

Elde edilen bulgulara göre manevi iyi oluş düzeyi ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete alt boyutları ve psikolojik sağlık toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır ($p=0,001$; $p=0,0001$; $p=0,003$; $p=0,0001$; $p=0,0001$). Ancak anksiyete alt boyutu ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,735$). Anlamlı farkın hangi manevi iyi oluş düzeyleri arasında olduğunu anlamak için Post-Hoc testlerinden Bonferroni ve Tamhane's T2 testleri uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre depresyon boyutundaki fark orta düzey manevi iyi oluş ile yüksek manevi iyi oluşa sahip kişiler arasındadır. Buna göre manevi iyi oluş düzeyi yüksek olanların (ort:34,36) depresyon düzeyleri manevi iyi oluş düzeyi orta olanlardan (ort:31,82) yüksektir. Olumsuz benlik boyutuna bakıldığında farkın orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olan kişiler ile düşük olanlar arasında ve orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar ile yüksek olanlar arasındadır. Buna göre manevi iyi oluş düzeyi düşük olanların (ort:33,13) olumsuz benlik düzeyleri manevi iyi oluş düzeyi orta olanlardan (ort:28,85) yüksektir. Manevi iyi oluş düzeyi yüksek olanların (ort:30,81) olumsuz benlik düzeyleri orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerden (ort:28,85) daha yüksektir. Sonuç itibarıyla katılımcıların olumsuz benlik düzeyleri düşük manevi iyi oluştan orta düzeyde manevi iyi oluşa doğru azalırken orta düzeyde manevi iyi oluştan yüksek düzeyde manevi iyi oluşa doğru yükselmektedir. Somatizasyon alt boyutuna bakıldığında ise orta düzeyde manevi iyi oluş ile yüksek düzeyde manevi iyi oluş grubu arasında fark bulunmaktadır. Buna göre manevi iyi oluş düzeyi yüksek olanların (ort:23,44) somatizasyon düzeyleri orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olan kişilerden (ort:21,83) yüksektir. Hostilite boyutunda bakıldığında fark düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar ile orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar arasında ve düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar ile yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar arasındadır. Buna göre düşük manevi iyi oluşa sahip kişilerin (ort:21,26) hostilete düzeyleri orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerden (ort:16,26) ve yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerden (ort:16,76) daha yüksektir. Psikolojik sağlık toplam puanına bakıldığında orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişiler ile düşük düşük manevi iyi oluşa sahip kişiler arasında ve orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişiler ile yüksek manevi iyi oluşa sahip kişiler arasında fark vardır. Buna göre manevi iyi oluş düzeyi düşük olanların (ort:149,26)

psikolojik sağlık toplam puanları orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerden (ort:130,23) daha yüksektir. Manevi iyi oluş düzeyi yüksek olanların (ort:137,23) psikolojik sağlık toplam puanı ise orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip kişilerden (ort:130,23) daha yüksektir. Sonuç olarak manevi iyi oluş düzeyi düşükten ortaya doğru gittikçe psikolojik sağlık toplam puanı azalırken manevi iyi oluş düzeyi ortadan yükseğe doğru gittikçe psikolojik sağlık toplam puanı artmaktadır. Elde edilen analizler sonucunda psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş arasındaki farklılaşmaya yönelik kurulan hipotez hostilete alt boyutu açısından doğrulanmıştır. Ancak anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon alt boyutları psikolojik sağlık toplam puanı açısından doğrulanmamıştır.

3.4.1. Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisi

H2: Manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı ile psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı arasında negatif bir ilişki vardır.

Psikolojik sağlık ile manevi iyi oluş arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan bu çalışmada manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanının psikolojik sağlık alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişkiyi tespit etmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinde hesaplanan korelasyon katsayısı “ r ” $-1 \leq r \leq +1$ arasında bir değer almaktadır. Bu değer 0 ile 1 arasındaysa ilişki pozitif yönde, -1 ile 0 arasındaysa ilişki negatif yöndedir. İlişkinin gücü ise 0 dan 1 veya -1 doğru yaklaştıkça artmaktadır. Elde edilen veriler bu doğrultuda incelenmiştir.

Tablo 3.18 Psikolojik sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Manevi iyi oluş
Anksiyete	r	,044	,065	-,020	,040
	p	,196	,102	,346	,219
Depresyon	r	,116*	,099*	-,013	,099*
	p	,011	,027	,403	,026
Olumsuz benlik	r	,112*	,022	,038	,092*
	p	,014	,332	,232	,036
Somatizasyon	r	,099*	,103*	,074	,113*
	p	,027	,022	,075	,013
Hostilite	r	-,009	,032	-,070	-,019
	p	,427	,269	,086	,357
Psikolojik sağlık	r	,100*	,086*	,003	,089*
	p	,025	,046	,480	,040
*($\alpha=0,05$)	n	384	384	384	384

Elde edilen bulgulara göre manevi iyi oluş alt boyutları ile psikolojik sağlık alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler vardır. Aşkınlık alt boyutu ile depresyon ($r=0,116$; $p=0,011$), olumsuz benlik ($r=0,112$; $p=0,014$) ve somatizasyon ($r=0,099$; $p=0,027$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Doğayla uyum alt boyutuna bakıldığında ise doğayla uyum ile depresyon ($r=0,099$; $p=0,027$) ve somatizasyon ($r=0,103$; $p=0,022$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Anomi alt boyutu ile psikolojik sağlık alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Aynı zamanda aşkınlık ($r=0,100$; $p=0,025$) ve doğayla uyum ($r=0,086$; $p=0,046$) alt boyutları ile psikolojik sağlık toplam puanı arasındaki ilişkide pozitif yönde ve anlamlıdır.

Manevi iyi oluş toplam puanı ile psikolojik sağlık alt boyutları da ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkilere bakıldığında ise manevi iyi oluş ile depresyon ($r=0,099$; $p=0,026$), olumsuz benlik ($r=0,092$; $p=0,036$) ve somatizasyon ($r=0,113$; $p=0,013$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Son olarak manevi iyi oluş toplam puanı ile psikolojik sağlık toplam arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,089$; $p=0,040$). Anksiyete ve hostilete alt boyutlarının ise manevi iyi oluşun alt boyutları ve toplam puanıyla bir ilişkisi tespit edilememiştir. Genel olarak tespit edilen tüm ilişkilerin yönüne ve gücüne bakıldığında ise tamamının 0 ile 1 arasında ve 0'a daha yakın olması nedeniyle pozitif yönde ve zayıf ilişkiler olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar neticesinde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik kurulan hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 3.19 İlişki Özeti

İlişki Özet Tablosu				
	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Manevi iyi oluş
Anksiyete	0	0	0	0
Depresyon	+	+	0	+
Olumsuz benlik	+	0	0	+
Somatizasyon	+	+	0	+
Hostilite	0	0	0	0
Psikolojik sağlık	+	+	0	+

“+” :pozitif ilişki; “-“ : negatif ilişki; “0” : ilişki yok

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın bulguları alan yazınla tartışılmıştır. Bu doğrultuda sırasıyla psikolojik sağlık sonra manevi iyi oluş ve son olarak psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik elde edilen bulgular alan yazınla tartışılacaktır.

Yaşlılık döneminde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgular cinsiyet, yaş, eğitim, gelir ve dindarlık düzeyleriyle karşılaştırılmış olup 60 yaş ve üzeri bireylerin psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş düzeylerinin ilişkisi incelenmiştir. Türkiye örnekleminde yaşlı bireylerde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada Aydın vd., (2020: 833-835) huzurevinde kalan ve toplu konutlarda yaşayan yaşlıların manevi iyi oluş, yaşamın anlamı ve psikolojik sağlık semptomları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Söz konusu çalışmada örneklemin huzurevi ve toplu konutta kalan yaşlıları kapsamaması, karşılaştırma çalışması olması ve yaşamın anlamını çalışmaya dâhil etmesi açısından bu çalışmadan farklılaşmaktadır. Bu çalışmada ise herhangi bir yer seçimi olmadan, toplum içinde yaşayan kişilerin araştırmaya dâhil edilip kıyaslamaya gidilmeden manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık ilişkisine odaklanılması açısından alan yazına katkı sunacaktır.

4.1. Psikolojik Sağlığa İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu başlıkta demografik değişkenler ile psikolojik sağlık alt boyutlarının kıyaslanmasıyla elde edilen veriler alan yazınla tartışılacaktır.

İlk olarak cinsiyet ve psikolojik sağlık ilişkisine yönelik yapılan analizlerde cinsiyet ile depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutlarıyla psikolojik sağlık toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alan yazına bakıldığında Özen Çınar ve Kartal'ın (2008: 400-402) yaşlılarda depresif belirtilerle demografik özelliklerin kıyaslandığı çalışmasında yaşlıların %53'ünün depresif belirti gösterdiğini ve kadınların depresif belirtilerinin erkeklerden daha fazla olduğunu bulmuştur. Zubaroğlu Yanardağ ve Say Şahin'in (2019: 45-49) 65 yaş üzeri kişilerle yaptığı çalışmada ise yaşlı kadın ve erkeklerin, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu ve kadınların sürekli kaygı ve sürekli depresyon durumlarının erkeklerden fazla olduğunu tespit etmiştir. Psikolojik sağlık alt boyutlarından olumsuz benlik veya öz saygı konusunda yaşlı örnekleme yapılan bir çalışmada benlik saygısının cinsiyet açısından farklılaşmadığı bulunmuştur (Terakye, 1989: 18-21). Benzer şekilde Yılmaz'ın (2018: 565-569) çalışmasında da huzurevinde kalan yaşlı bireylerin

benlik saygısı cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Yaşlılarda somatizasyonla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Bland vd.'nin huzurevinde kalan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada kadınlarda somataform bozuklukların daha yüksek olduğu görülmüştür (Bland vd.'den akt: Şenol-Durak ve Durak, 2018: 494). Wongpakaran ve Wongpakaran'ın (2014: 160-162) çalışmasında ise cinsiyet ve somatizasyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türkiye'de ise somatizasyon daha çok teorik olarak araştırılmıştır (Can ve Kaymak Ulusoy, 2016: 9-13; Deveci, 2013: 60-68). Babacan Gümüş vd. (2012: 299-303) tarafından yapılan saha çalışmasında ise yaşlılarda ağrı durumunun depresyon, anksiyete ve somatizasyonla nasıl farklılaştığı araştırılmış ancak demografik veriler açısından değerlendirilmemiştir. Yaşlılarda öfke, düşmanlık, saldırganlıkla ilgili çalışmalara bakıldığında Morales-Vives ve Vigil-Colet'in (2010: 660-661) çalışmasında cinsiyet açısından saldırgan davranışların farklılaştığı, erkeklerin daha saldırgan davrandığı, kadınların ise daha fazla öfke duygusu yaşadığı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise müzik dinleme uygulamasının öfkeyle ilişkisi araştırılmış ancak sürekli öfke duygusunun cinsiyet açısından farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Sarı, 2019: 39-55). Genel olarak cinsiyet ve psikolojik sağlık ilişkisine bakıldığında alt boyutlarda anlamlı farkın bulunmadığı çalışmalar mevcuttur. Bu açıdan bu araştırmanın sonuçlarıyla benzer sonuçlar mevcuttur. Psikolojik sağlığın cinsiyet açısından farklılaşmasının kadın ve erkeğin toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkisinden kaynaklandığını ileri süren çalışmalar mevcuttur (Cengiz, 2013: 69-71). Yaşlılık döneminde ise bu farklılaşmanın cinsiyet rollerinden ziyade bedensel yeterliliğe, fiziksel ve duygusal kırılganlığa bağlı olarak ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Yaş değişkeni ile psikolojik sağlık ilişkisine bakıldığında bu çalışmada yaş gruplarına göre somatizasyon, anksiyete ve hostilite alt boyutlarında anlamlı farklılığın olduğu olumsuz benlik ve depresyon boyutunda ve psikolojik sağlık toplam puanında ise anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Alan yazına bakıldığında yaşlılarda depresif belirtilerin araştırıldığı Keskinoglu vd.'nin (2006: 23-25) çalışmasında 65-79 ile 80+ yaş grubunda depresif belirti açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Zubaroglu Yanardağ ve Say Şahin'in (2019:45-49) çalışmasında genç yaşlı (65-74), orta yaşlı (75-84) ve ileri yaşlı (85+) bireylerde sürekli depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Yaşlılarda benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada çoğunluğun (%49) orta düzeyde benlik saygısına sahip olduğu ve yaştan benlik saygısı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur (Terakye, 1989: 18-21). Yaşlılarda saldırganlığa, öfkeye ve düşmanlığa yönelik yapılan bir çalışmada yaştan fiziksel ile sözel saldırganlıkta ve düşmanlık düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür. Farklı örneklerde yapılan bir çalışmada yaşlıların

yetişkinlerden daha yüksek; ergenlerden ise daha düşük saldırganlık gösterdiği bulunmuştur. Ek olarak yaş arttıkça fiziksel güçteki azalmaya bağlı olarak fiziksel saldırganlığın azaldığı bildirilmiştir (Vigil-Colet vd., 2008: 483-485; Morales-Vives ve Vigil-Colet, 2010: 660-661). Yaşlılarda somatizasyonla ilgili çalışmalara bakıldığında Wongpakaran ve Wongpakaran'ın (2014: 160-162) çalışmasında yaş ve somatizasyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilirken Schneider vd.'nin (2003: 94-95) çalışmasında yaşla somatizasyonun göstergesi olan öznel bedensel belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Yaş ile psikolojik sağlık alt boyutlarının ilişkisi genel olarak değerlendirildiğinde yaşın etkisinin daha çok kişilerin yaşlanmayla geçirdiği değişimlere bağlı olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Şöyle ki kronolojik yaş artışı doğrudan depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikolojik sorunlara neden olmaktan ziyade bireylerin fiziksel ve psiko-sosyal yönden farklılaşması üzerinden dolaylı olarak psikolojik sağlığı etkileyebilmektedir. Örneğin, yaşla beraber fiziksel güçteki azalma ve sağlık sorunları somatoform belirtilerin artmasına neden olurken yaşla beraber kazanılan deneyim ve bilgi birikimi yaşlı bireyin hayata bakışını pozitif etkileyerek psikolojik sorunlarla başa çıkmasını kolaylaştırabilir. Bu durumda önemli olan yaşın matematiksel artışı değil süreç içindeki değişimlerdir. Bu yüzden yaş ve psikolojik sağlık ilişkisindeki farkın kökeninin daha çok yaşam koşullarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Eğitim durumu ile psikolojik sağlık ilişkisine bakıldığında eğitim düzeyi ile depresyon ve psikolojik sağlık toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlarla eğitim düzeyi arasında fark bulunmamıştır. Alan yazına bakıldığında eğitim düzeyinin depresyon ve kaygı düzeyinde anlamlı fark oluşturduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça depresif belirtiler, sürekli depresyon ve sürekli kaygı düzeyi azalmaktadır. Okur yazar olmayanların daha yüksek depresyon ve kaygı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Keskinoglu, vd., 2006: 23-25; Zubaroğlu Yanardağ ve Say Şahin, 2019: 45-49). Yaşlılarda benlik algısıyla ilgili yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile benlik algısı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yaşlı bireyler kendilerini daha olumlu değerlendirmektedir (Gökler-Danışman ve Aydın, 2011: 74-79). Başka bir çalışmada ise yaşlıların benlik saygısıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Yılmaz, 2018: 565-569). Hostilitenin duygusal boyutu olarak ele alınan öfkeyle ilgili çalışmalara bakıldığında; yaşlıların öfke durumunu inceleyen bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sürekli öfke düzeylerinin arttığı bulunmuştur (Sarı, 2019: 39-55). Başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi ile öfke arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tel, 2013: 110-111). Yaşlılarda eğitim düzeyi ile somatizasyon ilişkisine bakıldığında Wongpakaran ve Wongpakaran'ın (2014: 160-162) çalışmasında eğitim ve somatizasyon arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Eğitim

seviyesi düşük olan kişilerin somatizasyon düzeyleri daha yüksektir. Almanya’da yaşayan Türk göçmenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça somatizasyon puanlarının azaldığı ancak eğitim düzeyinin somatizasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur (Morawa, vd., 2017: 1-8). Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen veriler alan yazınla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin psikolojik sağlıkla ilişkisi genel olarak değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça bilgi ve farkındalık seviyesinin artmasına bağlı olarak bireyler mevcut durumlarıyla ilgili daha çok sorgulayıcı olmakta ve buna bağlı olarak psikolojik sağlık problemleriyle daha sık karşılaşmaktadır. Aynı zamanda düşük eğitim düzeyi yaşlılarda psikolojik sağlık sorunlarıyla ilgili bilgi ve farkındalığın az olmasına neden olarak daha fazla somatik ve depresif belirtilere yol açabilir. Bu durumda eğitim düzeyi psikolojik sağlık açısından hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

Gelir durumunun psikolojik sağlıkla ilişkisine bakıldığında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarıyla psikolojik sağlık toplam puanı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Alan yazındaki çalışmalar incelendiğinde huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada gelir durumu olanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (Bahar vd., 2005: 227). Diğer çalışmalara bakıldığında gelir durumu düşük olan yaşlılarda depresyon düzeyinin 3.5 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde gelir durumu düşük olan yaşlıların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve gelir arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Balcı vd., 2012: 40-41; Coşkun, 1998:44). Yaşlılarda benlik saygısıyla ilgili yapılan bir çalışmada gelir düzeyinin benlik saygısında anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (Terakye, 1989: 18-21). Huzurevinde kalan yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise gelir düzeyi ile benlik algısı arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların gelir düzeyi arttıkça benlik algısı olumlu düzeyde artmakta ve yaşlılar kendilerini daha olumlu değerlendirmektedirler (Gökler-Danışman ve Aydın, 2011: 74-79). Yaşlılarda somatizasyonla ilgili altı farklı ülkeden (İtalya, İsviçre, İspanya, İsrail, Almanya ve Birleşik Krallık) 3142 yaşlının katıldığı çalışmada yaşlı kişilerde gelir düzeyi ile somatizasyon arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonucuna göre gelir durumunu düşük olarak algılayan yaşlıların somatizasyon düzeyi gelirini yüksek olarak algılayanlardan yaklaşık beş kat daha fazladır (Dehoust, vd., 2017: 6-8). Yaşlılarda öfkeyle ilgili yapılan araştırmalarda bakıldığında gelir durumu düşük olan yaşlıların sürekli öfke düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sarı, 2019: 39-55). Başka bir çalışmada ise çalışan ve çalışmayan yaşlılar karşılaştırılmış ve çalışan yaşlıların daha fazla öfkeli olduğu bulunmuştur (Tel, 2013: 110-111). Yaşlılarda gelir durumu ve psikolojik sağlık ilişkisi genel olarak değerlendirildiğinde konuyla ilgili alan

yazındaki çalışmalarda gelir ve psikolojik sağlık arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bu durumda bu çalışmaya benzer sonuçlar yer almaktadır. Alan yazında gelir ve psikolojik sağlık ilişkisine yönelik eğilimin ise gelir arttıkça, psikolojik sağlık alt boyutlarından alınan puanların azaldığı dolayısıyla gelirin psikolojik sağlığı iyileştirdiği görülmektedir. Ancak bu çalışmada geliri yüksek olan grubun psikolojik sağlık alt boyutlarından aldıkları puanlar daha fazladır. Bu durumda yaşlı örneklemde gelirin her zaman pozitif etkisinin olmadığı negatif etkisinin de olabileceği anlaşılmıştır. Bu durum yaşlılık döneminde maddi olarak elde edilen kazancın psikolojik sağlığı iyileştirecek faktörler arasında her zaman yer almadığını göstermektedir.

Dindarlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiye bakıldığında yaşlılarda dindarlığın depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite alt boyutlarında ve psikolojik sağlık toplam puanında anlamlı bir farklılığa neden olduğu bulunmuştur. Ancak dindarlık ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Alan yazına bakıldığında yaşlılarda depresyon ve dindarlık ilişkisini araştıran bir çalışmada dindarlık düzeyinin depresif belirtileri ve yaşlıların endişe düzeylerini anlamlı olarak yordamadığı bulunmuştur (Pokorski ve Warzecha, 2011: 402-404). Bangladeş'te müslüman yaşlı örneklemde yapılan bir çalışmada ise yaşlıların dindarlık ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve dindarlık ile depresyon arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir (Uddin, 2017: 108-110). Yaşlılık döneminde dindarlık ile kaygı ilişkisine bakıldığında yapılan çalışmaların geneli yaşlılarda ölüm kaygısı üzerine yapılmıştır. Müslüman bir örneklemde yapılan çalışmaya göre hem evlerinde yaşayan hem de huzurevinde kalan yaşlılarda dindarlık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Azaiza vd., 2010: 357-360). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlı kişilerde dindarlık ile ölüm kaygısı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Dindarlık düzeyi yüksek olanların ölüm kaygılarında yüksek olmaktadır (Dağlı, 2010: 102-107). Genç, yetişkin ve yaşlı örneklemde dindarlık ve anksiyete ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada dindarlık ve anksiyete düzeyi genç örneklemde anlamlı farklılık oluştururken yaşlı örneklemde dindarlık ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Koenig vd., 1993: 333). Yaşlılarda öz saygıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında yüksek düzeyde örgütsel dindarlığın erkeklerde daha yüksek öz saygıya neden olduğu bulunurken kadınlarda dindarlığın öz saygı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (McFarland, 2010: 625-627). Dindarlık ve benlik saygısı ilişkisiyle ilgili alanyazında çelişkili veriler olduğundan bahseden Krause bu çelişkiyi test etmek için yaşlılar üzerinde yaptığı bir çalışmada dindarlık ve benlik saygısı ilişkisinin "U" şeklinde olduğunu bulmuştur. Buna göre yüksek düzeyde dindar olanlar ve hiç dindar olmayanların öz saygısı yüksek bulunurken orta düzeyde dindar olan yaşlıların öz saygı düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Krause, 1995: 236). Yaşlılarda somatizasyon

ve dindarlık ilişkisine yönelik mülteciler üzerinde yapılan bir çalışmada dindarlık düzeyi yüksek olan yaşlıların genel psikolojik sıkıntıları ve somatizasyon düzeyleri daha düşük olarak bulunmuştur (Mölsa vd., 2017: 829). Yaşlılarda öfke ve dindarlık ilişkisine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında yaşlılarda sağlıklı öfke yönetiminde dindarlık ve maneviyatın bazı alt boyutları anlamı farklılık oluşturmaktadır. Buna göre günlük manevi deneyimler, bağışlama, dini başa çıkma ve dindarlık öfke yönetiminde anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Ancak devamında yapılan regresyon analizinde bu boyutlardan sadece bağışlamanın öfke yönetimini yordadığı bulunmuştur. Yaşlılarda bağışlama düzeyi arttıkça öfke kontrolü de artmaktadır (Mefford vd., 2014: 285-288). Dindarlık ve psikolojik sağlık ilişkisi değerlendirildiğinde yaşlılarda dindarlığın hem olumlu hem de olumsuz etkilerinin olabildiği görülmektedir. Bu durumun yaşlıların din ve tanrı tasavvurlarına, dini bilgi düzeyine ve dini pratiklerin içselleştirilmesine ve uygulanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

4.2. Manevi İyi Oluşa İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu başlıkta manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanının demografik değişkenlerle ilişkisine yönelik elde edilen veriler alan yazınla tartışılmıştır. Manevi iyi oluş ve yaşlılıkla ilgili çalışmalar sınırlı olduğundan dolayı bu bölümde manevi iyi oluş konusunun çalışıldığı farklı örneklemelerden elde edilen verilerden de yararlanılmıştır.

Cinsiyet ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında yaşlı bireylerde manevi iyi oluşun sadece aşkınlık alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Doğayla uyum ve anomi alt boyutlarıyla manevi iyi oluş toplam puanı cinsiyet açısından farklılaşmamaktadır. Alan yazına bakıldığında Kardaş (2017: 119)'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada cinsiyetle aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı fark olduğunu bulmuştur. Yılmaz'ın (2019: 36-41) öğretmenlerden oluşan bir örneklemde yaptığı çalışmada aşkınlık ve manevi iyi oluş toplam puanının cinsiyete göre farklılaştığı ancak doğayla uyum ve anomi alt boyutunda cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermediğini tespit etmiştir. Yaşlılar üzerinde Gürsu ve Ay'ın (2018: 1184-1185) 60 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada manevi iyi oluş alt boyutları analiz edilmemiştir. Ancak manevi iyi oluş toplam puanının cinsiyet açısından farklılaşmadığı bulunmuştur. Yine yaşlı Fransız örneklemde yapılan çalışmada cinsiyet ve manevi iyi oluşun boyutları olan dinsel iyilik ve varoluşsal iyilik arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Velasco-Gonzalez ve Rioux, 2014: 1132). Cinsiyet ve manevi iyi oluş ilişkisi değerlendirilirken maneviyatın kökenine bakmakta yarar vardır. Maneviyat, 'anlam'dan türeyen, maddi olmayan ve tüm insanlarda bulunan evrensel bir değerdir. Manevi iyi oluş durumu ise kişinin kendisi, çevresi ve kutsal kabul ettiği varlıkla

ilişkilisini anlamlandırma şekline bağlı olarak ortaya çıkan bir iyi oluş durumudur. Bu durumda manevi iyi oluş durumu biyolojik cinsiyetten ziyade kişinin ruh dünyasıyla ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle cinsiyetin manevi iyi oluş üzerinde fark oluşturmaması doğal bir sonuç olarak kabul edilebilir. Sonuç itibarıyla bu çalışmaya benzer sonuçlar alan yazında yer almaktadır. Ancak alan yazındaki çalışmalarda bu konuda farklı sonuçlar da yer almaktadır.

Yaş ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında yaş gruplarıyla anomi alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutları yaş ile anlamlı farklılık göstermemektedir. Yaş ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik alan yazına bakıldığında Kardaş'ın (2017: 125) çalışmasında 16-25 yaş arasını kapsayan üniversite öğrencilerinde yaş ile yalnızca manevi iyi oluşun doğayla uyum alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Aşkınlık ve anomi boyutları yaşla farklılaşmamaktadır. Yılmaz'ın (2019:38-39) yaş aralığı 30 ile 50 arasında değişen kişiler üzerinde yürüttüğü çalışmasında yaş ile manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur. 60 yaş üzeri örnekleme yapılan Gürsu ve Ay'ın (2018:1184-1186) çalışmasında ise genç yaşlı, orta yaşlı ve ileri yaşlı grup arasında manevi iyi oluş toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı katılımcıların çoğunluğunun (%56) yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğu bulunmuştur. Yaşları 60 ile 99 arasında değişen hemodiyaliz hastası 169 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada yaş değişkeni ile manevi iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Pilger vd., 2017: 692). Fransız örnekleme yapılan bir çalışmada ise yaşlı bireylerin manevi iyi oluşun varoluşsal iyilik ve dinsel iyilik boyutlarının yaşla anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Velasco-Gonzalez ve Rioux, 2014: 1132). Yaş ve manevi iyi oluş ilişkisi değerlendirildiğinde yaşla birlikte dini-manevi eğilimin arttığı görüşü alan yazında yaygın bir görüş olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak yaştan dindarlık ve maneviyatla ilişkisinde kesitsel çalışmalar artışa yönelik bulgular elde edilirken boylamsal çalışmalarda dindarlık ve maneviyatın sabitliğini gösteren bulgular elde edilmiştir (Kılavuz, 2005: 104-111). Bunun dışında yaş ile dindarlık ve maneviyat ilişkisini inceleyen çalışmalar dini/manevi pratikler ile dini/manevi tutum ve inançlardaki değişimler olarak iki boyutu içermektedir. Yapılan çalışmalarda yaştan artmasıyla beraber bireylerde dini-manevi katılımı gerileme olurken, inanç ve maneviyatında artma olduğu yönünde bulgular elde edilmektedir (Argyle ve Beit-Hallahmi, 1992: 331). Bu durumda yaş ve maneviyat ilişkisi daha çok kişilerin yaşam koşullarına bağlı olarak şekillenmektedir. Fiziksel sağlığı bozulmaya başlayan yaşlıların dini-manevi katılımı azalırken zorlu yaşam olayları karşısında gelişen düşünce biçiminin, manevi inanç ve tutumların gelişmesini sağladığı söylenebilir.

Eğitim düzeyi ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında manevi iyi oluş alt boyutları ve toplam puanı eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Eğitim ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik alan yazına bakıldığında ilkokuldan lisansüstü eğitime kadar eğitim düzeyine sahip ve sağlık problemleri, kaza ölüm gibi çeşitli travmalar geçiren bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. İlkokul mezunlarının aşkınlık ve doğayla uyum düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Anomi düzeyi ise eğitime göre farklılaşmamaktadır (Uğurluoğlu ve Erdem, 2019: 848-851). Yine ilkokuldan lisansüstü eğitim seviyesine kadar eğitim düzeylerine sahip evli çiftler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyi ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak anomi alt boyutu eğitime göre farklılaşmakta ve ilkokul mezunlarının anomi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Şirin, 2019: 401-402). 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Gürsu ve Ay, 2018: 1184-1186). Hemodiyaliz hastası yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş toplam puanı ve manevi iyi oluşun boyutları olan varoluşsal iyilik ve dinsel iyilik boyutlarının eğitim seviyesi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (Pilger vd., 2017: 692). İran’da 117 yaşlının katıldığı yaşam kalitesi ve manevi iyi oluş ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada eğitim düzeyi ile manevi iyi oluş toplam puanı, varoluşsal iyilik ve dinsel iyilik boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%94) orta veya yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğu bulunurken manevi iyi oluş ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (Seraji vd., 2016: 84-87). Yine İran’da yaşam kalitesi ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin manevi iyi oluş durumları eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak manevi iyi oluş düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinde artmaktadır (Jafaripoor, vd., 2018: 148-149). Eğitim düzeyi ve manevi iyi oluş ilişkisi değerlendirildiğinde bu çalışmada elde edilen veriler alan yazınla benzerlik göstermektedir. Eğitimin manevi iyi oluş açısından önemli bir faktördür. Eğitim düzeyi bireylerin farkındalığını artırması dinin ve yaşamın amacına yönelik sorgulamalara kapı açması yönünden manevi iyi oluşu oluşturan varoluşsal ve dinsel iyilikle yakından ilişkilidir. Ancak eğitim düzeyi varoluşsal ve dinsel sorgulamalara nitelikli ve kapsamlı cevaplar bulmaya imkan vererek manevi iyi oluşu artıracak gibi dini ve varoluşsal konularda aşırı şüpheli davranarak varoluşsal boşluğa ve anomiye de sebep olabilir. Bu durumda eğitimin maneviyata etkisinin iki yönlü olacağı göz önünde bulundurularak değerlendirmeler yapılmalıdır.

Gelir durumu ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında sadece anomi alt boyutunun gelir durumuyla anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve manevi iyi oluş toplam puanı gelir düzeyi ile anlamlı şekilde farklılık göstermemektedir. Gelir düzeyi manevi iyi oluş ilişkisine yönelik alan yazındaki çalışmalara bakıldığında evli çiftlerde yapılan bir çalışmada ekonomik durum ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Şirin, 2019: 399-402). 60 yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada gelir durumu ve manevi iyi oluş toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ve gelir arttıkça manevi iyi oluş düzeyinin arttığı bulunmuştur (Gürsu ve Ay, 2018: 1184-1186). İran’da yapılan bir çalışmada ise manevi iyi oluş ile gelir arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Sadrollahi ve Khalili, 2015: 104). 60-95 yaş arası kişilerden oluşan Fransız örnekleme yapılan bir çalışmada ise gelir durumu finansal güvenlik olarak ele alınmıştır. Buna göre finansal güvenlik durumu manevi iyi oluşun varoluşsal iyilik ve dinsel iyilik boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki içerisindedir (Velasco-Gonzalez ve Rioux, 2014: 1130-1133). Hemodiyaliz hastası yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada gelir durumunun varoluşsal iyilik, dinsel iyilik ve manevi iyi oluş toplam puanıyla anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Pilger vd., 2017: 691-693). İran’da yapılan bir çalışmada ise finansal koşullar ile manevi iyi oluş durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Jafaripoor vd., 2018: 148-149). Alan yazına bakıldığında gelir durumu ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik çalışmalar çeşitlilik arz etmektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara benzer bulgular yer almaktadır. Gelir durumunun manevi iyi oluş üzerinde anlamlı fark oluşturmamasını Gürsu ve Ay (2018: 1185-1188) maneviyatın kökeniyle ilişkilendirmişlerdir. Buna göre içsel süreçlere bağlı olarak gelişen maneviyat kişinin hayatında neye önem verdiği ve neyi amaçladığına göre değişebilmektedir. Bu durumda kişilerin hayatının merkezinde bulunan anlam atfettikleri şeyler maddi şeylerle ilişkiliyse gelir durumu manevi iyi oluş üzerinde belirleyici olabilmektedir. Ancak kişilerin kutsal kabul ettikleri şeyler manevi alana aitse bu durumda gelir durumunun manevi iyi oluş üzerinde anlamlı bir etki oluşturmaması doğal olarak kabul edilebilir.

Dindarlık ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında aşkınlık alt boyutu ve manevi iyi oluş toplam puanı dindarlık düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Ancak doğayla uyum ve anomi alt boyutları dindarlıkla anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Alan yazındaki çalışmalara bakıldığında Gürsu ve Ay’ın (2018: 1183-1186) 60 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmada dindarlık ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya göre dindar olan bireylerin manevi iyi oluş düzeyleri daha yüksektir. Aynı zamanda katılımcılara kendilerini dindar ve maneviyat sahibi olmak açısından kendilerini nasıl algıladıkları sorulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu (%73) kendilerini hem dindar ve hem de

maneviyat sahibi olarak tanımlamıştır. Kansere hastası yaşlı kişilerle yapılan bir çalışmada ise içsel dindarlık ile manevi iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Fehring vd. 1997: 663). İran’da yapılan deneysel bir çalışmada kalp hastası yaşlı bireylerden oluşan 66 kişi üzerinde art arda üç gün 60 ve 90 dakikalık ihtiyaca yönelik dini danışmanlık uygulaması yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda kontrol grubunun manevi iyi oluş durumunda anlamlı bir farklılık olmazken deney grubunun manevi iyi oluş düzeyi anlamlı düzeyde artmıştır (Elham vd., 2015: 139-141). Yine İran’da yapılan bir çalışmaya göre ise yaşlı bireylerde dini tutum ile manevi iyi oluş arasında her iki cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak dini tutum ve manevi iyi oluş düzeyi yaşam doyumunu olumlu yönde etkilemektedir (RezaieShahsavarloo vd.,2016: 47). Hemodiyaliz hastası yaşlı kişilerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların çoğunluğu (%81) kendilerini dindar olarak tanımlamasına rağmen dindarlık durumunun manevi iyi oluş toplam puanı, varoluşsal iyilik boyutu ve dinsel iyilik boyutu ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (Pilger vd., 2017: 690-693). Dindarlık ve manevi iyi oluş ilişkisi değerlendirildiğinde bu çalışmadaki bulgulara benzer sonuçlar alan yazında yer almaktadır. Kavramsal çerçevede değinilen dindarlık ve maneviyat ilişkisine yönelik alan yazında kişilerin din ve maneviyat anlayışının çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Bu yaklaşımlardan yaygın olan yaklaşımda maneviyat dinden daha kapsamlı olarak ele alınmakta ve din/maneviyat ayrımı yapılmaktadır. Ancak yine de dindarlık manevi iyi oluşu etkileme potansiyeline sahiptir. Manevi iyi oluşun dinsel iyilik boyutu bireylerin din ve tanrı tasavvurlarıyla doğrudan ilgilidir. Aynı zamanda dinin insanın varlığına ve hayatın anlamına yönelik ortaya koyduğu argümanlar varoluşsal iyilik boyutunu etkileyerek manevi iyi oluş üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda dindarlıkla manevi iyi oluşun farklılaşması olağan bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

4.3. Psikolojik Sağlık Manevi İyi Oluş İlişkisinin Değerlendirilmesi

Psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş arasındaki ilişki bu çalışmanın temel konusudur. Psikolojik sağlığın göstergeleri olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik/öz saygı, somatizasyon ve hostilite boyutlarının manevi iyi oluşla ilişkisini tespit etmek için fark testleri ve korelasyon analizi yapılmıştır.

İlk olarak anksiyete ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında anksiyete ve manevi iyi oluş arasında anlamlı bir fark ve ilişki bulunamamıştır. Alan yazındaki çalışmalara bakıldığında yaşları 18 ile 87 arasında değişen 237 kişiyle yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş ile hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya göre manevi iyi oluşun bir boyutu olan varoluşsal iyilik hem durumluk kaygıyı

hem de sürekli kaygıyı negatif yönde etkilerken, dinsel iyilik boyutu ile durumluk kaygı arasında pozitif ilişki olduğu, dinsel iyilikle sürekli kaygı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre yaşamın anlamına ve amacına yönelik unsurlardan oluşan varoluşsal iyilik düzeyinin kaygının temelinde yatan belirsizliği etkileyerek kaygıyı azalttığı dinsel iyilik düzeyinin her zaman kaygıyı azaltmadığı düşünülmektedir (Steiner vd., 2017: 1943-1947). Aydın vd.'nin (2020: 841) Türkiye'de huzurevinde kalan ve toplu konutlarda kalan yaşlılarda yaptığı çalışmada anksiyete ile manevi iyi oluş toplam puanı ve doğayla uyum alt boyutları arasında negatif, anomi alt boyutu arasında ise pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aşkınlık ile anksiyete arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmamıştır. İran'da hastanede tedavi gören 66 yaşlı hasta üzerinde uygulanan manevi destek programının yaşlı kişilerin manevi iyi oluş düzeylerini artırdığı ve kişilerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini anlamlı bir şekilde azalttığı bulunmuştur (Elham vd., 2015: 139-141). Koroner bakım ünitesinde yatan kalp hastası yaşlılarda yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş ile durumluk ve sürekli kaygı arasında negatif ilişki tespit edilirken manevi iyi oluş ile sürekli kaygı arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu bulunmuştur (Hedayati vd., 2016: 432). Yaşlı örnekleme yapılan manevi iyi oluş ve anksiyete arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların ölüm anksiyetesi üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kore'de yaşlı örnekleme yapılan çalışmada yaşlıların manevi iyi oluş ve kendini aşma düzeyleri ile ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Kim ve Lee, 2013: 480). Yine Kore'de huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde kalan 358 kişi ile yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş ile ölüm kaygısı arasında negatif ilişki tespit edilmiştir (Kwon ve Kim, 2003: 132). COVID-19 Pandemisi sırasında yaşlı kişilerde dini başa çıkma ve manevi iyi oluş durumunun ölüm kaygısıyla ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise yaşlı bireylerin düşük düzeyde dini başa çıkma ve manevi iyi oluşa sahip olduğu buna karşılık yüksek düzeyde ölüm kaygısı taşıdıkları bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde dini başa çıkma ve manevi iyi oluş düzeyi ölüm kaygısının sadece % 2,3'ünü açıklayabilmiştir (Rababa vd., 2021: 55-57). İran'da yapılan bir çalışmada ise yaşlı bireylerde manevi iyi oluş ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Dadfar vd., 2016: 284-285).

Depresyon ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında manevi iyi oluş ile depresyon arasında anlamlı bir fark ve pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Manevi iyi oluş ve depresyon ilişkisine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında Aydın vd.'nin (2020:841) çalışmasında yaşlı bireylerde depresyon ile manevi iyi oluş toplam puanı ve doğayla uyum alt boyutu arasında negatif, anomi alt boyutu arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Aşkınlık ile depresyon arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmamıştır. Tayvan'da çoğunluğu Budist ve Hristiyan olan 377 yaşlı ile yapılan bir çalışmada manevi iyi oluşun fizyopsikososyal faktörlerle ilişkisi

incelenmiştir. Araştırmaya göre günlük yaşam aktivitelerini (yeme-içme, lavabo, banyo vb.) içeren işlevsel yeterlikler, algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyi doğrudan manevi iyi oluşu etkilemektedir ve depresyon ile manevi iyi oluş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Chen vd., 2017: 487-489). Yaşlı sağlığı ve refahına dini aktivite ve maneviyatın katkısını araştıran bir çalışmada manevi iyi oluş toplam puanı, varoluşsal iyilik ve dinsel iyilik boyutlarının depresyonla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak araştırmada varoluşsal iyiliğin yaşlı sağlığıyla yüksek derecede ilişkili olduğu dini katılım, dua ve sosyal desteğin manevi iyi oluşu, fiziksel belirtileri ve depresyonu anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur (Lawler-Row ve Elliott, 2009: 46-50). Güney Kore’de yapılan çalışmada kahvehane gibi ortak kullanıma sahip bir mekânı tercih eden yaşlı bireylerde manevi iyi oluş ve sosyal desteğin yaşlıların depresyon durumu ve yaşam memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca varoluşsal iyiliğin yaşlıların yaşam memnuniyeti ve iyi oluşunu artırdığı bulunmuştur (Kim ve Lee, 2013: 186). Tayvanlı yaşlılarda yapılan bir çalışmada ise manevi iyi oluş ve manevi pratiklerin kişilerin algılanan sağlık düzeylerini artırdığı ve depresyon düzeylerini azalttığı bulunmuştur (Salman ve Lee, 2019: 70-72). Kanseri hastası yaşlılarla yapılan bir çalışmada ise içsel dindarlık ve manevi iyi oluşun umudu artırdığı, depresyon ve diğer olumsuz ruh hallerini azalttığı, dindarlığı ve manevi iyi oluşu yüksek olan yaşlıların daha umutlu ve olumlu ruh haline sahip oldukları bulunmuştur (Fehring vd., 1997: 663).

Olumsuz benlik/öz saygı ile manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında olumsuz benlik ve manevi iyi oluş arasında anlamlı bir fark ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında İran’da maneviyat üzerine üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada maneviyat, manevi katılım, inançlar ve manevi anlam ölçeği kullanılarak analiz edilmiş ve öz saygıyla ilişkisine bakılmıştır. Araştırmaya göre maneviyatla ilgili her iki ölçümün ve toplam maneviyat puanının öz saygıyla pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu, maneviyatın öz saygının %31,3’ünü açıklayabildiği ve maneviyatın öz saygı aracılığıyla öznel iyi oluş üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Joshi ve Daemi, 2015: 117-118). Yine İran’da kronik böbrek rahatsızlığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada dua ve manevi iyi oluşun öz saygıyı artırdığı varoluşsal iyiliğin öz saygıyla güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Marashi ve Mehrabiyan, 2016: 220). Yaşları 20 ile 60 arasında değişen hemodiyaliz hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise hastalara manevi terapi uygulanmış ve bu terapi sonunda hastaların manevi iyi oluş düzeyleri ve benlik saygıları anlamlı derecede artmıştır (Darvishi vd., 2020: 280-283). Yaşları 49 ile 89 arasında değişen 171 kişiyle yapılan çalışmada doğrudan manevi iyi oluş olmasa da günlük manevi deneyimlerin öz saygı ile pozitif

yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ve maneviyatın yaşam memnuniyeti ile iyi oluşu artırdığı bulunmuştur (Gupta ve Chadha, 2014: 172-175). Doğrudan yaşlı örnekleme yapılan çalışmalara bakıldığında Aydın vd.'nin (2020:841) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerde olumsuz benlik ile manevi iyi oluş toplam puanı ve doğayla uyum alt boyutları arasında negatif; anomi alt boyutu arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Aşkınlık ile olumsuz benlik arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmamıştır. Kibret ve Tareke'nin (2017: 3-5) çalışmasında dini katılım, maneviyat ve yaşamdaki kişisel anlam duygusunun yaşlı bireylerin öz saygısıyla pozitif yönde ilişkili olduğu yaşamdaki kişisel anlamın öz saygıyla ilişkisinin diğerlerinden daha güçlü olduğu bulunmuştur. Netice itibarıyla maneviyat, dini katılım ve kişisel anlamın depresyonu azaltıp, öz saygı ve özerkliği artırarak, yaşlıların psikolojik iyi oluşları üzerinde olumlu yönde etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise Endonezya'da huzurevinde kalan yaşlılarda uygulanan manevi terapinin öz saygılarını artırdığı bulunmuştur (Nurmayunita, 2021: 57). Pakistanda yapılan bir başka çalışmada ise aile ilişkileri ve sosyal destek ağlarının maneviyatı artırdığı, maneviyatın ise öz saygı ve ego bütünlüğünü sağlayarak, fiziksel ve psikolojik iyi oluşu artırdığı bulunmuştur (İlyas vd., 2020: 2722-2723).

Somatizasyon ile manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında yaşlı bireylerin somatizasyon durumları ile manevi iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Somatizasyon ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş ile somatik semptom arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak manevi iyi oluşun dinsel iyilik boyutu ile somatik semptom arasındaki ilişki anlamlı değilken varoluşsal iyilik ile somatik semptom arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlıdır (Jafari vd., 2010: 1477-1480). Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise manevi inançların, manevi anlamda kendini gerçekleştirmenin ve dini pratik boyutlarının birleştirilmesiyle elde edilen genel maneviyat düzeyinin psikolojik sağlık semptomlarıyla ilişkisi incelenmiştir. Buna göre maneviyat boyutları ve toplam puanının fiziksel semptomlarla negatif ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur (Davoodi vd., 2015: 299). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise manevi iyi oluşun varoluşsal iyilik boyutunun somatizasyonla negatif yönde anlamlı bir ilişkisi varken dinsel iyilik boyutunun somatizasyonla ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Jafari, 2015: 684). Yaşlı örnekleme yapılan çalışmalara bakıldığında ise Aydın vd.'nin (2020: 841) yaptığı çalışmada manevi iyi oluş toplam puanı ile somatizasyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilirken somatizasyon manevi iyi oluş alt boyutlarından anomi ile pozitif; doğayla uyumla negatif yönde anlamlı ilişkiye sahiptir. Aşkınlık alt boyutu ile anlamlı bir ilişkisi tespit edilmemiştir. Jafari vd.,(2013: 440)'nin İran'da huzurevinde kalan yaşlılarda manevi iyi oluş, dayanıklılık ve psikolojik sağlık ilişkisini

araştırdıkları çalışmada varoluşsal iyilik durumu somatizasyonla negatif yönde ilişkiliyken manevi iyi oluş toplamının somatizasyonla ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Ancak manevi iyi oluş dayanıklılıkla pozitif yönde ilişkiliyken dayanıklılık ise somatizasyonla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak manevi iyi oluş ve varoluşsal iyilik durumu depresyon, anksiyete gibi diğer psikolojik sağlık semptomlarıyla da negatif yönde anlamlı ilişki içerisinde. Yaşlılarda dini-manevi iyi oluş ile umut, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık ilişkisini araştıran bir çalışmada dini-manevi iyi oluşun toplam puanı ile içkin umut alt boyutu fiziksel sağlık arasında arasında negatif bir ilişki tespit edilmiş ve dini-manevi iyi oluş puanı yaşlılarda fiziksel sağlığın %32'sini açıklayabilmektedir (Abdolahrezaee vd., 2020: 932-933).

Düşmanlık olarak tercüme edilen hostilete saldırganlık ve öfkeyle yakından ilişkilidir. Hostilite ile manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında, hostilete ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ancak aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Alorani ve Alradaydeh'in (2017: 273-275) yaptığı çalışmada çoğunluğu (%51,3) saldırgan davranışlar sergileyen üniversite öğrencilerinde saldırganlık ile manevi iyi oluş ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada manevi iyi oluş anlam ve inanç olarak iki alt boyutta ele alınmış saldırganlık ise fiziksel saldırganlık, sözlü saldırganlık, hostilete ve öfke şeklinde alt boyutlara ayrılmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre manevi iyi oluşun anlam ve inanç boyutlarının saldırganlığın tüm alt boyutlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada maneviyat ile saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak yapılan yol analizinde maneviyatın sonuçları dolaylı yoldan saldırganlığı azaltıp psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır (Sadeghifard vd., 2020: 43-50). Ergenlerde öfke ve maneviyat ilişkisini araştıran bir çalışmada ise dışsal maneviyat ve varoluşsal maneviyat alt boyutlarıyla maneviyat toplam puanının öfkeyle pozitif yönde ilişkili olduğu ve maneviyatı yüksek ergenlerin durumluk öfke, öfke dışı vurumunda yüksek olduğu ve öfke kontrolünde düşük olduğu bulunmuştur (Carlozzi vd., 2010: 452-454). Hostilite ve manevi iyi oluş ilişkisine yönelik yaşlı örneklemde iki tane çalışmaya rastlanmıştır. Bunlardan biri Aydın vd.'nin (2020: 841) çalışmasıdır. Bu çalışmada yaşlı bireylerin hostilete düzeyleri manevi iyi oluşun doğayla uyum alt boyutuyla negatif yönde, anomi boyutuyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Aşkınlık alt boyutu ile manevi iyi oluş toplam puanı ise hostilete ile ilişkili değildir. Diğer çalışmada ise yaşlı bireylerde öfke yönetimi ve maneviyat ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada affetme, günlük manevi deneyimler, başa çıkma olarak maneviyat gibi çeşitli alt boyutlardan oluşan çok boyutlu maneviyat ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analizlerde yüksek düzeyde affetme, günlük manevi deneyimler, manevi başa çıkma ve toplam maneviyatın sağlıklı öfke yönetimiyle ilişkili olduğu bulunurken yapılan

regresyon analizinde sadece affetme boyutunun öfke yönetimini yordadığı bulunmuştur (Mefford vd., 2014: 285-288).

Psikolojik sağlık toplam puanı ve manevi iyi oluş ilişkisine bakıldığında manevi iyi oluş ile psikolojik sağlık arasında anlamlı bir fark ve pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Alan yazında maneviyat ve psikolojik sağlığa ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında Sodagar ve Sobhi'nin (2018: 2) çalışmasında yaşlılarda maneviyatın psikolojik sağlığı anlamlı şekilde yordadığı ve psikolojik sağlığın %40'ının maneviyat tarafından açıklanabildiği bulunmuştur. Sharma vd.'nin (2019: 245-248) yaşları 60 ve 80 arasında değişen 160 yaşlı ile yaptığı çalışmada maneviyat ve psikolojik sağlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı zamanda maneviyat ve psikolojik sağlığın yaşlılarda ölüm kaygısını azalttığı bulunmuştur. Yaşlılarda manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık ilişkisini araştıran başka bir çalışmada ise manevi iyi oluşun kaygı, depresyon, somatizasyon, sosyal işlev bozukluğu gibi psikolojik sağlık göstergeleriyle negatif yönde ilişkili olduğu, genel olarak manevi iyi oluşun psikolojik sağlığı iyileştirdiği ve yaşlılarda psikolojik dayanıklılığı arttırdığı bulunmuştur (Jafari vd., 2013: 440). Yaşlılarda maneviyat ve sağlık ilişkisini araştıran bir çalışmada ise maneviyat tutum ve davranışsal olarak inanç, dua sıklığı ve dini başa çıkma şeklinde ele alınarak fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık göstergeleriyle karşılaştırılmıştır. Buna göre inancın, duanın ve dini başa çıkmanın psikolojik sağlığı iyileştirdiği ancak fiziksel sağlıkta anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Meisenhelder ve Chandler, 2002: 246-249).

Alan yazındaki çalışmalar incelendiğinde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarıyla toplam psikolojik sağlık puanı ile maneviyat ve manevi iyi oluş arasında genellikle negatif ilişkinin olduğu ve maneviyatın psikolojik sağlığı iyileştirdiği yönünde bulgular yer almaktadır (Koenig, 2004: 1194-2000). Bu çalışmada ise anksiyete ve hostilite boyutlarının manevi iyi oluşla ilişkisi anlamlı değilken depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon boyutları ve psikolojik sağlık toplam puanının manevi iyi oluşla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durumda elde edilen veriler alan yazında uyumamaktadır. Bu durumun muhtemel sebeplerine geçmeden önce maneviyat ve psikolojik sağlık ilişkisinin nasıl şekillendiğine değinmek yerinde olacaktır.

Din ve maneviyat birkaç farklı şekilde psikolojik sağlığı olumlu veya olumsuz etkileme gücüne sahip bir olgudur. Bunlardan ilki dini/manevi inançlardır. Kişinin tanrı ile kurduğu bağ onun psikolojik sağlığı üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir. Her şeye gücü yeten, bağışlayıcı, fedakar ve sevecen bir tanrı inancı daha az kaygı ve depresif belirtiyeye sahip olmayı sağlarken cezalandırıcı tanrı inancı kaygı, depresyon ve obsesyon gibi psikolojik sorunları arttırabilmektedir. İkinci olarak dini/manevi topluluklara katılım ve manevi pratikler bireylerin

sosyal destek ağlarını geliştirmekte ve umutsuzluk, yalnızlık, depresyon, intihar gibi çeşitli psikolojik sorunlara karşı önleyici olabilmektedir. Konuyla ilgili alanyazında çalışmalar mevcuttur (Kızılgeçit, 2017: 536-548). Son olarak manevi inançlar ve manevi katılımı beraber bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları problemlere karşı tanrıya sığınma, manevi topluluklardan destek alma, dua, meditasyon gibi dini/manevi başa çıkma yöntemlerini uygulamaları kişilerin depresyon, kaygı, intihar, bağımlılık gibi sorunların üstesinden gelmelerini kolaylaştırmaktadır. Aynı şekilde olumsuz dini başa çıkma yöntemleri de kişilerin depresyon, kaygı, öfke, düşmanlık gibi psikolojik problemlerin artmasına da neden olabilmektedir (Weber ve Pargament, 2014: 358-360; Murat ve Kızılgeçit, 2017: 117-118; Kızılgeçit vd., 2021:94-122).

Bu çalışmada manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık ilişkisinin beklenenin aksine pozitif bulunması genel olarak kişisel faktörler ve yöntemsel faktörler olmak üzere iki şekilde açıklanabilir. Kişisel faktörlerden kastedilen araştırmaya katılan bireylerin tutum ve davranışlarıyla ilgilidir. Alan yazında belirtildiği gibi din ve maneviyat psikolojik sağlığı olumsuz etkileme potansiyeline sahip bir unsurdur. Araştırmaya katılan kişilerin olumsuz tanrı tasavvurları, dini/manevi pratikleri yapma sıklığı, olumsuz inançları ve olumsuz dini/manevi başa çıkma tarzları kişilerin depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon gibi psikolojik sağlık sorunlarının artmasına neden olmuş olabilir. Burada kişilerin maneviyatı nasıl algıladıkları, yaşamlarında nasıl tezahür ettiği ve içselleştirme düzeyleri de manevi iyi oluşun psikolojik sağlık üzerindeki iyileştirici etkisini tersine çevirmiş olabileceği söylenebilir. Kişisel faktörlerle ilgili yapılabilircek başka bir yorumda, manevi iyi oluş durumunun psikolojik sağlık sorunlarını iyileştirme potansiyeli bulunmasına rağmen araştırmaya katılan bireyler psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmede maneviyata başvurmamış olabilirler. Bu durumda kişilerin manevi iyi oluş durumları yüksek olsada psikolojik sağlık üzerinde beklenen etkiyi oluşturmuyor olabilir. Yöntemsel faktörler açısından bakıldığında maneviyat ile psikolojik sağlık kavramlarının kapsam ve içeriğinin kesin olarak belirlenmesinin zor olması ve katılımcıların bu konudaki bilgi birikimi ile farkındalık düzeyi etkili olmuş olabilir. Çünkü din-maneviyat ayrımı daha çok batı toplumunda ön plana çıkmaktadır. Doğu toplumları ve ülkemizde maneviyattan ve manevi iyi oluştan anlaşılan genellikle dinsel içerikler olmaktadır. Yine depresyon, anksiyete gibi psikolojik sağlık sorunları bilhassa yaşlı bireyler tarafından daha çok bedensel şikayetlerle kendini gösterebilmektedir. Bu iki durumun katılımcılarının anket sorularına verdikleri cevapları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda kısa semptom envanteri ve manevi iyi oluş ölçeğinin ölçme kapasitesi ve sınırlılıkları göz önüne alındığında konunun anlaşılmasının zorlaşması nedeniyle ilişkinin beklenenin aksine pozitif yönde çıkmış

olabileceği düşünölmektedir. Nitekim maneviyat ve psikolojik sağlık ilişkisindeki olumsuz sonuçların yönelik benzer tartışmalar alan yazında yer almaktadır (Carlozzi vd., 2010: 454-456; Horozcu, 2010: 231-236; Murat ve Kızılgeçit, 2017: 135-146; Yapıcı ve Koçak, 2017: 65-75).



hostilite olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca bakarak yaşlılık döneminde depresyon ve somatizasyonun yoğun olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Bu durum yaşlılık dönemi özellikleriyle ilişkilidir. Yaşlanma sürecinde meydana gelen fiziksel kayıplar ve sağlık sorunları; aile ve arkadaş ilişkilerindeki değişimler; emeklilik ve ekonomik durumdaki değişimler; hafıza, dikkat ve algılama gibi bilişsel yeterliklerdeki azalmalar yaşlı bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak etki edebilir. Bunun neticesinde de yaşlı bireylerde depresyonun sık görülmesi olası bir sonuçtur. Yaşlı bireylerde psikolojik sorunların bedensel belirtilerle ortaya çıkması ise yaşlı bireylerin bilgi ve farkındalık düzeyi ve kültürel yapının psikolojik sorunları algılama biçimiyle ilişkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların manevi iyi oluş durumlarına bakıldığında çoğunluğun (%3 çok yüksek+ %53 yüksek = %56) yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olduğu bulunmuştur. Orta düzeyde manevi iyi oluşa sahip olanlar ise örneklemin %40'ını oluştururken örneklemin %4'ü ise düşük düzeyde manevi iyi oluşa sahiptir. Buradan hareketle yaşlı bireylerin yüksek ve orta düzeyde manevi iyi oluş düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Manevi iyi oluş durumu kişilerin hem dini inançlarıyla hem de varoluşsal sorulara verdikleri cevaplara bağlı olarak şekillenmektedir. Katılımcıların yaşlanma sürecinde elde ettikleri bilgiler ve tecrübeler onların düşünce yapısını olgunlaştırarak dinsel ve varoluşsal sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir. Dolayısıyla yaşlanma sürecinde elde edilen deneyimler neticesinde yaşlı bireylerin yüksek düzeyde manevi iyi oluşa ulaştığı söylenebilir.

İkinci kısımda ise demografik değişkenlerin psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş üzerindeki etkisine yönelik sonuçlara bakılmıştır. Demografik değişkenlerin psikolojik sağlık boyutlarıyla ilişkisine yönelik sonuçları değerlendirildiğinde cinsiyetin psikolojik sağlık boyutlarında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmektedir. Yaş değişkeni ise anksiyete, somatizasyon ve hostilite boyutunda anlamlı farklılık ortaya çıkarmıştır. Elde edilen bulgulara göre orta yaşlıların anksiyete ve somatizasyon düzeyleri genç yaşlılardan fazlayken hostilite düzeyleri genç yaşlılardan düşüktür. Eğitim durumu ise depresyon ve toplam psikolojik sağlık üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur. Lise ve üniversite mezunu yaşlılar ortaokul mezunlarında daha fazla depresyona sahipken ilkökul mezunlarının ise toplam psikolojik sağlık düzeyleri ortaokul düzeyinde eğitime sahip yaşlılardan daha yüksektir. Gelir durumuna bakıldığında psikolojik sağlık toplam puanı ve alt boyutlarının hepsinin gelir düzeyi ile anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Geliri yüksek olan bireylerde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite durumlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine algılanan dindarlık düzeyi de psikolojik sağlık toplam puanı ve alt boyutlarıyla anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Genel olarak dindarlık düzeyi arttıkça anksiyete, depresyon, somatizasyon,

olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre dindarlık düzeyi yüksek, geliri ortalamadan fazla, düşük eğitilmiş ve orta yaşlıların psikolojik sağlık sorunlarının daha çok olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar beklenenin dışında ortaya çıkmıştır. Bu durumda yaşlılık döneminde psikolojik sağlık konusunda farklılaşmanın olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle konuyla ilgili araştırmaların artması ve yaşlılık dönemine özgü psikolojik sağlık belirleyicilerinin yeniden tespit edilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Demografik değişkenlerin manevi iyi oluş durumuyla ilişkisine bakıldığında cinsiyet değişkeni sadece aşkınlık üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Kadınların aşkınlık düzeyleri erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Yaş değişkeni ise anomi boyutunda ve toplam manevi iyi oluş düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Orta yaşlı bireylerde manevi iyi oluş ve anomi düzeylerinin genç yaşlı bireylerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumuna bakıldığında manevi iyi oluş üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Gelir durumu ise sadece anomi düzeyinde anlamlı farklılık oluşturmakta ve gelir arttıkça anomi düzeyi azalmaktadır. Dindarlık durumuna bakıldığında dindarlığın aşkınlık ve manevi iyi oluş üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Dindarlık arttıkça aşkınlık ve manevi iyi oluş toplam puanı artmaktadır. Sonuç itibarıyla katılımcıların yaş ve dindarlık düzeyleri arttıkça manevi iyi oluş düzeyleri artmaktadır. Cinsiyet, eğitim ve gelir durumu manevi iyi oluş üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Maneviyatın içkin bir unsur olması göz önünde bulundurulduğunda demografik değişkenlerle anlamlı farklılık göstermemesi olağan kabul edilebilir. Yine içkin olma özelliğine sahip dindarlık durumu ise manevi iyi oluşu artırma potansiyeline sahiptir. Yaşlı bireylerde manevi iyi oluşu etkileyen değişkenler çeşitlilik göstermekte ve farklı örneklemelerden elde edilen sonuçlarla her zaman uyuşmamaktadır. Bu durum manevi iyi oluşu etkileyen yaşlılara özgü koşullar üzerinde çalışılması gerektiğini akla getirmektedir.

Son kısımda ise manevi iyi oluş ile psikolojik sağlık ilişkisine yönelik sonuçlar incelenmiştir. Psikolojik sağlık durumunun manevi iyi oluşa göre nasıl farklılaştığına yönelik bulgulara bakıldığında yaşlı bireylerde depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarıyla psikolojik sağlık toplam puanı manevi iyi oluşa göre farklılaşmaktadır. Manevi iyi oluş düzeyi arttıkça depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon artarken hostilite düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete ise manevi iyi oluşla farklılaşmamaktadır. Manevi iyi oluş ve psikolojik sağlık ilişkisine bakıldığında manevi iyi oluş ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve toplam psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hostilite ve anksiyete ise manevi iyi oluşla ilişkili değildir.

Sonuç olarak alan yazında genellikle maneviyat ve psikolojik sağlık arasında negatif ilişki tespit edilirken bu çalışmada pozitif ilişki tespit edilmiştir. Bu durumun katılımcıların maneviyata yönelik olumlu veya olumsuz tutumları ile psikolojik sorunlarına karşı maneviyatı etkin kullanıp kullanmadıklarına göre değişebileceği düşünülmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında pozitif ilişki tespit edilmesinin nedeni psikolojik sağlık ve maneviyat kavramının çok boyutlu ve karmaşık yapısı nedeniyle ölçümünün zor olmasıdır. Bu durum yaşlı bireylerin anket sorularına verdiği cevapları etkilediği ve yaşlı bireylerin anketleri cevapladıkları koşullardan etkilendikleri düşünülmektedir.

Genellikle maneviyatın psikolojik sağlığı iyileştirdiği düşünülse de bu çalışmada tersi sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedenle yaşlılık döneminde manevi iyi oluş ve psikolojik ilişkisine yönelik çalışmaların artırılması ve bu dönemin özellikleri göz önünde bulundurularak, çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Konuyla ilgili yapılacak çalışmalar neticesinde sağlıklı ve huzurlu bir yaşlılık döneminin geçirilmesine katkı sağlayabilir.

Araştırma verilerinden elde edilen sonuçlara bağlı olarak gelece araştırmalar için şu öneriler sunulmaktadır;

Yaşlılık döneminde psikolojik sağlık sorunları ve bunun etkilendiği koşullar çeşitlenmektedir. Bu nedenle yapılacak araştırmalarda yaşlılık dönemi koşulları göz önünde bulundurularak psikolojik sağlık sorunları yeniden ele alınmalı ve yaşlılara özgü yeni yaklaşımlar geliştirilerek yaşlılığa duyarlı yeni ölçme araçları geliştirilmelidir.

Manevi iyilik hali bireylerin hayatının bütün alanlarını etkileyebilen bir olgudur. Yaşlılık döneminin getirdiği fiziksel kayıplar, hastalıklar gibi etkenler yaşlılık döneminde manevi iyilik halini daha fazla önemli kılmaktadır. Ancak Türkiye’deki yaşlılık alan yazınında dindarlık üzerine çalışmalar olmakla birlikte maneviyat çalışmalarının sınırlı olması konunun göz ardı edildiğini göstermektedir. Bu sebeple gelecek araştırmalar için yaşlılık döneminde maneviyata ilişkin çalışmaların artırılması ve yaşlılara özgü yeni ölçme araçlarının da geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdollahrezaee, N., Khanmohammadi, A., Dadfar, M., Rashedi, V. ve Behnam, L. (2020). "Prediction of Hope, Physical Health, and Mental Health By Mediating Variable of Religious Spiritual Well-Being in Elderly". *Mental Health, Religion and Culture*, 23(10): 928-940.
- Acar, H. (2014). "Manevi İyi Oluş İle Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme". *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(2): 391-412.
- Ağar, A. (2020). "Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler". *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2): 75-80.
- Ai, A. (2000). "Spiritual Well-Being, Spiritual Growth and Spiritual Care for The Aged: A Cross Faith and Interdisciplinary Effort". *Journal of Religious Gerontology*, 11(2): 1-28.
- Akalın, E. (2012). "Yaşlıda Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Yaklaşım". *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 60-63.
- Akan, H. (2012). "Yaşlı ve İşitme Kaybı." *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 49-54.
- Akçay, C. (2015). *Yaşlılık ve Emeklilik-Kavramlar, Kuramlar ve Sorunlar*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Akdeniz, M., Kavukçu, E., ve Teksan, A. (2019). "Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları". G. İzbirak (Ed.). *Birinci Basamakta Basamakta Yaşlı Sağlığı*. Türkiye Klinikleri, Ankara, 1-15.
- Alçı, D., Aydın, O. ve Aydemir, Ö. (2019). "DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirliği". *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(4): 389-395.
- Alorani, İ. O., ve Alradaydeh, M. F. (2017). "Depression, Aggression and Spiritual Well-Being Among The University Students in Jordan". *European Scientific Journal*, 13(2): 269-280.
- Altındiş, M. (2013). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Altıntaş, H. (2018). *Psikoloji Sözlüğü*. Akçağ Yayınları, Ankara.
- Anlı, G. (2017). *Boyun Eğici Davranışları Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Psiko-Eğitim Programının Kişilerarası Duyarlılık, Öfke ve Düşmanlık (Hostilite) Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

- Aranson, E., Wilson, T. ve Akert, R. (2012). *Sosyal Psikoloji*. (Çev. O. Gündüz), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Argyle, M. ve Beit-Hallahmi, B. (1992). "Yaş ve Din". (Çev. A. Kurt). *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(Bn.): 319-331.
- Arun, Ö. ve Pamuk, D. (2014). "Kurumsal Bakım Sektöründe Ageizm: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Önerileri". *Mediterranean Journal of Humanities*, 4(2): 19-33.
- Aslan, M. ve Hocaoglu, Ç. (2017). "Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 53-62.
- Aslan Yılmaz, H. (2016). "Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar ve Tanımlamalar". *Sosyal Bilimler Dergisi*, Bn.(48): 79-88.
- Aslan, E. (1992). "Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri". *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(4): 7-14.
- Atmaca, M. (2012). "Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4): 274-280.
- Ay, M. (2005). "Tanrı Tasavvurlarının Politik Tasarımlara Yansıması". *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 46(2): 107-130.
- Aydın, B. (1996). "Benlik Kavramı ve Ben Şemaları". *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8(8): 41-47.
- Aydın, A., Işık, A. ve Kahraman, N. (2020). "Mental Health Symptoms, Spiritual Well-Being and Meaning in Life Among Older Adults Living in Nursing Homes and Community Dwellings". *Journal of The Japanese Psychogeriatric Society*, 20(6): 8833-843.
- Aydiner Boylu, A. (2018). "Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi". *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(2): 1351-1363.
- Ayten, A. (2014). *Erdeme Dönüş: Psikoloji ve Mutluluk Yolu*. İz Yayınları, İstanbul.
- Ayten, A. ve Uysal, V. (2009). "Ruhsallık Umutsuzluğu Azaltır mı? Ruhsallık-Umutsuzluk İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma". *16. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Kitabı*. 1-4 Temmuz 2009, Safranbolu, Karabük, 318-330.
- Ayverdi, İ. (2005). *Misalli Büyük Türkçe Sözlük*. Kubbealtı Yayınları, İstanbul.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M. ve Gigini, İ. (2010). "Death and Dying Anxiety Among Elderly Arab Muslims in Israel". *Death Studies*, 34(4): 351-364.
- Babacan Gümüş, A., Keskin, G. ve Orgun, F. (2012). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı ve Yaşam Aktiviteleri: Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon Yönünden Bir İnceleme". *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3): 299-305.

- Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(Bn.): 227-239.
- Bakırcıoğlu, R. (2012). *Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü*. Anı yayıncılık, Ankara.
- Balcıoğlu, İ. (1999). Depresyonun Etyopatogenezi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 19-28.
- Balcı, E., Şenol, V., Eşel, E., Elmalı, F. ve Günay, O. (2012). "65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki". *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1): 37-43.
- Baldwin, D. C. (2003). *Spiritual Identity: Evaluating A Seminar On Spiritual Identity On Spiritual Wellness*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Southern Christian University, Oklahoma.
- Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (2018). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Baran, A. (2005). *Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara Örneği*. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü yayınları, Ankara.
- Başer Baykal, N. (2017). "Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Türkiye'deki Yaygınlığı, Ek Tanıları ve Tedavisinin İncelenmesi". *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(54): 539-548.
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2017). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler*. (Çev. V. Öztürk), Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Bedel, G. (2009). *The Validity and Reliability Study of The Turkish Version of The Spirituality Scale*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Beğer, T. (2003). "Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler". 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 2003, Antalya, Bn.
- Belzen, J. (2004). "Spirituality, Culture and Mental Health: Prospects and Risks For Contemporary Psychology of Religion". *Journal of Religion and Health*, 43(4): 291-316.
- Benner, D. G. (1989). "Toward A Psychology of Spirituality: Implications For Personality and Psychotherapy". *Journal of Psychology and Christianity*, 8(Bn.): 19-30.
- Bican, M. (2011). *Yaşlı Hastalarda Dürtü Kontrol Bozukluklarının Özellikleri*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.
- Bölüktaş, P. (2019). *Temel Gerontoloji*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul.

- Budak, S. (2017). *Psikoloji Sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Bulduk, E. Ö. (2014). "Yaşlılık ve Toplumsal Değişim". *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 18(2): 53-60.
- Burger, J. M. (2016). *Kişilik: Psikolojinin İnsan Doğasına İlişkin Söyledikleri*. (Çev. İ. D. Erguvan Sarıoğlu), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Butcher, J., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2016). *Anormal Psikoloji: Temel Kavramlar* (Çev. O. Gündüz), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Can, G. (1990). "Emeklili ve Yaşlılık Dönemi Uyum Sorunları". *Kurgu Dergisi*, 8(2): 633-637.
- Cangöz, B. (2009). "Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim". *Türk Geriatri Dergisi*, Bn.: 99-104.
- Carlozzi, B. L., Winterowd, C., Harrist, S. R., Thomason, N., Bratkovich, K. ve Worth, S. (2010). "Spirituality, Anger, and Stress in Early Adolescents". *Journal of Religion and Health*, 49(4): 445-459.
- Carr, A. (2016). *Pozitif Psikoloji*. (Çev. Ü. Şendilek), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Cengiz, A. (2013). *Kadın Ruh Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet; Antalya İlinde Bir Klinikte Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Ceylan, H. (2015). "Sosyal Değerden Sosyal Soruna Yaşlılık: Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Değişen Yaşlılık Algısı". H. Ceylan (Ed.), *Modern Hayat ve Yaşlılık*. Nobel Akademik Yayınları, Ankara, 25-54.
- Chandler, C. K., Holden, J. M. ve Kolander, C. (1992). "Counseling For Spiritual Wellness: Theory and Practice". *Journal of Counseling Development*, 71(2): 168-175.
- Chen, Y.H., Lin, L.C., Chuang, L.L. ve Chen, M.L. (2017). "The Relationship of Physiopsychosocial Factors and Spiritual Well-Being in Elderly Residents: Implications For Evidence-Based Practice". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6): 484-491.
- Cheristensen, L. B., Johnson, B. R. ve Turner, L. A. (2015). *Araştırma Yöntemleri: Desen ve Analiz*. (Çev. A. Aypay), Anı Yayıncılık, Ankara.
- Cohen, A. B., ve Koenig, H. G. (2016). "Din ve Ruh Sağlığı". (Çev. M. Koç). *Journal of Balikesir University Faculty of Theology*, 2(1): 153-160.
- Cohen, L. J. (2019). *A' dan Z' ye Psikoloji*. (Çev. M. Doğan), Say Yayınları, İstanbul.
- Cornah, D. (2006). *The Impact of Spirituality on Mental Health A Review of The Literature*. The Mental Health Foundation, London.

- Coşkun, M. (1998). *Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, Samsun.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı*. Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Cüceloğlu, D. (2019). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çam, O. M. ve Uğuryol, M. (2019). "From Mental Disorder To Recovery: Cultural Effect". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 1(1): 55-64.
- Can, S. S. ve Kaymak Ulusoy, S. (2016). "Yaşlılarda Anksiyete ve Somatik Belirti Bozukluğu". *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 9(4): 9-13.
- Çetin, Ş. (2018). *Bedensel Belirti Bozukluğu Olan Hastalarda Epigenetik Değişiklikler, Duygu Tanıma ve İfade Becerisi İle Travmatik Yaşantıların İlişkisi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli.
- Çiflik Bolluk, A. ve Özçakar, N. (2019). "Yaşlılarda Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarına Yaklaşım". G. İzbirak (Ed.), *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. Türkiye Klinikleri, Ankara, 69-75.
- Dadfar, M., Bahrami, F., Noghabi, F. S. ve Askari, M. (2016). "Relationship Between Religious Spiritual Well-Being and Death Anxiety In Iranian Elders". *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(6): 283-287.
- Dağlı, E. N. (2010). *Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dalgish, G. M. (1997). *The Random House American Everyday Dictionary*. Random House, New York.
- Danış, Z. ve Günay, G. (2019). "Yaşlılık Döneminde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar". M. Yanardağ ve U. Yanardağ (Ed.), *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Nika Yayınevi, Ankara, 43-66.
- Darvishi, A., Otaghi, M. ve Mami, S. (2020). "The Effectiveness of Spiritual Therapy On Spiritual Well-Being, Self-Esteem and Self-Efficacy In Patients On Hemodialysis". *Journal of Religion and Health Volume*, 59(1): 277-288.
- Davoodi, Z., Mirzasafi, A. ve Heidari, H. (2015). "The Relationship Between Mental Health and Spiritual Attitudes of High School Students In The Shahreza". *Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(4): 298-300.

- Dehoust, M. C., Schulz, H., Harter, M., Volkert, J., Sehner, S., Drabik, A., . . . ve Andreas, S. (2017). "Prevalence and Correlates of Somatoform Disorders İn The Elderly: Results of A European Study". *International Journal of Methods İn Psychiatric Research*, 26(1): 1-12.
- Deveci, E. (2013). "Yaşlılarda Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar". *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 3(Bn.): 60-68.
- Dilek, H., ve Aksoy, A. B. (2013). "Ergenlerin Benlik Saygısı İle Anne-Babalarının Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3): 95-109.
- Dirik, G. ve Şahin, G. (2008). "Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi". *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15): 249-266.
- Doğan, T. ve Eryılmaz, A. (2013). "İki Boyutlu Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi". *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(1): 107-117.
- Doyle, D. (1992). "Have We Looked Beyond The Physical and Psychosocial?". *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(5): 302-311.
- Düzgüner, S. (2013). *Maneviyat Algısı ve Diğerkamılıkla İlişkisi (Kan Bağıışı Örneğinde Türkiye ve Amerika Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma)*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Düzgüner, S. ve Telek, S. (2020). *Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri*. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Eckhardt, C., Norlander, B. ve Deffenbacher, J. (2004). "The Assessment of Anger and Hostility: A Critical Review". *Aggression and Violent Behavior*, 9(1): 17-43.
- Eker, E. ve Noyan, A. (2004). "Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi". *Klinik Psikiyatri*, 2(Bn.): 75-83.
- Ekşi, H. ve Kardaş, S. (2017). "Spiritual Well-Being: Scale Development and Validation". *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1): 73-88.
- Elham, H., Hazrati, M., Momennasab, M. ve Sareh, K. (2015). "The Effect of Need-Based Spiritual/Religious Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety of Elderly People". *Holistic Nursing Practice*, 29(3): 136-143.

- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A. ve Saunders, C. (1988). "Toward A Humanistic-Phenomenological Spirituality: Definition, Description, and Measurement". *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4): 5-18.
- Ellison, C. W. (1983). "Spiritual Well-Being Conceptualization and Measurement." *Journal of Psychology and Theology*, 11(4): 330-338.
- Erebak, S. (2019). "Demans Hastalarının Bakım Verenlerine Karşı Saldırgan Davranışları Üzerine Nitel Bir Araştırma". *Sosyal Çalışma Dergisi*, 3(1): 81-91.
- Eren Bozdağ, K. (2012). "Yaşlıda Dermatolojik Sorunlara Yaklaşım". *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 55-59.
- Ergene, E. (1989). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Agresyon ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Ergül, Ş. (2010). "Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramları Nerede? Ne Zaman? Nasıl?". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(1): 65-75.
- Erikson, E. H. ve Erikson, J. M. (2018). *İnsanın 8 Evresi*. (Çev. G. Akkaya), Okuyan Us Yayınevi, İstanbul.
- Eroğlu, Y. (2015). "Benlik Kurgusu". A. Akın ve Ü. Akın (Ed.), *Psikolojide Güncel Kavramlar-2- Benlik*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 243-260.
- Eyüboğlu, C., Şişli, Z. ve Kartal, M. (2012). Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. *Turkish Family Physician*, 3(1), 18-22.
- Fehring, R. J., Miller, J. F. ve Shaw, C. (1997). "Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood States In Elderly People Coping With Cancer". *Oncology Nursing Forum*, 24(4): 663-671.
- Gomez, R. and Fisher, J. W. (2003). "Domains of Spiritual Well-Being and Development and Validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire". *Personality and Individual Differences*, 35(8): 1975-1991.
- Gökçe, B. (1988). *Toplumsal Bilimlerde Araştırma*. Savaş Yayınları, Ankara.
- Gökler-Danışman, I. ve Aydın, G. (2011). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasında Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü". *Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi*, 7(24): 69-81.
- Grof, S. (2014). *Geleceğin Psikolojisi*. (Çev. S. Soner), Ray Yayıncılık, İstanbul.
- Gupta, V. ve Chadha, N. K. (2014). "From Correlation To Causation: Understanding The Effect of Spirituality on Well Being". *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(2): 172-175.
- Guralnik, D. (1990). *Webster's New World Dictionary*. Simon and Schuster Publishing, Bn.

- Güleç, C. (2016). *Pozitif Ruh Sağlığı*. Arkadaş Yayınevi, Ankara.
- Gürsu, O. (2011). *Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Gürsu, O. ve Ay, Y. (2018). "Din, Manevi İyi Oluş ve Yaşlılık". *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(61): 1176-1190.
- Hedayati, E., Hazrati, M., Nasab, M. M., Shokoohi, H. ve Afkari, F. (2016). "The Relationship Between Spiritual Well-Being and Anxiety of Aged People Admitted In Coronary Care Units". *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 11(3): 432-439.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough Jr, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., ve Zinnbauer, B. J. (2013). "Din ve Maneviyatı Kavramlaştırma: Birleşme ve Ayrılma Noktaları". (Çev. N. Kimter). *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(Bn.): 85-118.
- Horozcu, Ü. (2010). "Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat İle Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki". *Milel ve Nihal: İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*, 7(1): 209-240.
- Hull, J. (2003). "Manevi Gelişim: Yorumlar ve Uygulamalar". (Çev. İ. Kapaklıkaya). *Değerler Eğitimi Dergisi*, 1(2): 10-124.
- İlgar, L. (2008). "Yaşlılık Dönemi Sosyal Özellikleri ve Serbest Zaman Etkinlikleri". K. Ersanlı ve M. Kalkan (Ed.), *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara, 63-97.
- İlyas, Z., Shahed, S. ve Hussain, S. (2020). "An Impact of Perceived Social Support on Old Age Well-Being Mediated By Spirituality, Self-Esteem and Ego Integrity". *Journal of Religion and Health*, 59(6): 2715-2732.
- İnce, A. (2012). *Yaşlanma Sürecinde Dini Hayat*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Jafari, E. (2015). "Spiritual Predictors of Mental Health In Nurses: The Meaning In Life, Religious Well-Being and Existential Well-Being". *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 13(8): 676-684.
- Jafari, E., Dehshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R. ve Hoseinifar, J. (2010). "Spiritual Well-Being and Mental Health in University Students". *Procedia Social and Behavioral Sciences*, Bn.: 1477-1481.
- Jafari, E., Hajloo, N., Faghani, R. ve Khazan, K. (2013). "The Relationship Between Spiritual Well-Being, Hardiness, and Mental Health In The Elderly". *Journal of Research in Behavioural Science*, 10(6): 431-440.

- Jafaripoor, H., Safarabadi, M., Pourandish, Y., Khanmohammadi, A., Aghaiepoor, S. M., Rahbarian, A., . . . ve Jadidi, A. (2018). "The Elders' Spiritual Well-Being and Their Quality of Life: A Cross-Sectional Study". *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 4(3): 145-154.
- Joshanloo, M. ve Daemi, F. (2015). "Self-Esteem Mediates The Relationship Between Spirituality and Subjective Well-Being In Iran". *International Journal of Psychology*, 50(2): 115-120.
- Kağıtçıbaşı, Ç. ve Cemalcılar, Z. (2018). *Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar: Sosyal Psikolojiye Giriş*. Evrim Yayınevi, İstanbul.
- Kalınkara, V. (2016). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*. Nobel Akademik Yayınları, Ankara.
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
- Karademir, T., Türkçapar, Ü., Ulucan, H. ve Bahadır, Z. (2013). "Haltercilerde Benlik Saygısı İle Yaşam Doyum ve Vücut Benlik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3): 285-294.
- Karadeniz, G. ve Dedeli, Ö. (2008). "Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri". K. Ersanlı ve M. Kalkan (Ed.), *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara, 19-38.
- Kardaş, S. (2017). *Sanal Kimlik ve Spiritüel İyi Oluşun Üniversite Öğrencilerinin Narsistik Eğilimlerini Yordayıcılığı*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Karşlı, N. (2012). "Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma". *Ekev Akademi Dergisi*, 16(50): 57-70.
- Kartal, M. (2012). "Yaşlıda Görme Kaybı". *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 44-48.
- Kasapoğlu, F. (2015). "Manevi Yönelim Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(3): 51-68.
- Kaya, B. (2007). "Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış". *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(6):11-20.
- Kesebir, S. (2004). "Depresyon ve Somatizasyon". *Klinik Psikiyatri*, 1(Bn.): 14-19.
- Keskinoğlu, M. Ş., Ekşi, F. ve Ekşi, H. (2019). "İyi Oluşun Maneviyat Endeksi Ölçeğinin Uyarlanması". *Turkish Studies - Social Sciences*, 14(3): 723-737.
- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Uçku, R. ve Tunca, Z. (2006). "Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri". *Genel Tıp Dergisi*, 16(1): 21-26.
- Khalili, F., Sum, S. ve Asayesh, H. (2013). "Spiritual health among Isfahanian elderly people". *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 8(1): 16-23.

- Khorshid, L. K. (1992). "Yaşlılıkta Ruhsal Değişiklikler ve Sorunlar." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1): 97-102.
- Kibret, B. T. ve Tareke, G. (2017). "Psychological Wellbeing of Elders As A Function of Religious Involvement, Spirituality and Personal Meaning In Life". *Clinical and Experimental Psychology*, 3(2): 1-8.
- Kılavuz, M. A. (2005). "Yaşlanma Sürecinin Dinî Gelişime Etkileri". *Uludağ Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi*, 14(2): 97-112.
- Kıraç, F. (2013). *Eşcinsellik ile İlgili Dini-Psikolojik Algılar ve Maneviyat*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kim, S. N. ve Lee, S. B. (2013). "Spiritual Well-Being, Social Support, Life Satisfaction and Depression In The Community Dwelling Elderly". *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2): 186-194.
- Kim, S. Y. ve Lee, J. I. (2013). "Self-Transcendence, Spiritual Well-Being, and Death Anxiety of The Elderly". *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(3): 480-489.
- Kırpınar, İ. (2013). "Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar: Uygulamaya Yansıyan Anlam Karmaşası". *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 3(1): 1-17.
- Kızılgeçit, M. (2017). "Yalnızlık Dindarlık İlişkisi". H. Hökelekli (Ed.). *Din, Değerler ve Sağlık*. Dem Yayınları, İstanbul, 517-555.
- Kızılgeçit, M. (2020). "Ruh ve Beden Sağlığını Korumada Din: Bir Model Önerisi". 4. *Uluslararası Ahmeed-i Hani Sempozyumu: İslamda Sağlık ve Koruyucu Hekimlik Programı*. Ağrı, 85-86.
- Kızılgeçit, M., Seçer, İ., Yıldırım, M., Karabulut, F., Dağcı, A., Angın, Y.N., Vural, E.M., Bayam, N.N., Çinici, M. (2021). *Covid-19 ve Dini Başa çıkma: Yalnızlık, Umutsuzluk, Hayatın Anlamı ve Kader Algısı*. Atatürk Üniversitesi Yayınları, Erzurum.
- Kızılırmak, Ö. (2015). *Genç Yetişkinlerde Yaşamda Anlamanın Maneviyat ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Klavuz, M. A. ve Klavuz, E. (2016). "Yaşlanma Döneminde Kayıplarla Başa Çıkma Manevi Danışmanlık Hizmetlerinin Önemi". A. Ayten, M. Koç ve N. Tınaz (Ed.), *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik*. Dem Yayınları, İstanbul, 17-38.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). "Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış". *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu*. İstanbul, 175-184.

- Koenig, H. G. (2004). "Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications For Clinical Practice". *South Med Journal*, 97(12): 1194-2000.
- Koenig, H. G., Ford, S. M., George, L. K., Blazer, D. G. ve Meador, K. G. (1993). "Religion And Anxiety Disorder: An Examination and Comparison of Associations İn Young, Middle-Aged, and Elderly Adults". *Journal of Anxiety Disorders*, 7(4): 321-342.
- Koptagel-İlal, G. (1999). "Hekimlik Açısından Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar". 8. *Anadolu Psikiyatri Günleri: Somatizasyon Paneli*. Diyarbakır, 50-54.
- Köylü, M. (2010). "Ruh ve Beden Sağlığı İle Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi". *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 28(28): 5-36.
- Krause, N. (1995). "Religiosity and Self-Esteem Among Older Adults". *The Journals of Gerontology: Series B*, 50(5): 236-246.
- Kwon, Y.S. ve Kim, C.N. (2003). "A Correlation Study On Spiritual Well-Being and Death Anxiety of The Elderly". *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 14(1): 132-143.
- Lawler-Row, K. A. ve Elliott, J. (2009). "The Role of Religious Activity and Spirituality İn The Health and Well-Being of Older Adults". *Journal of Health Psychology*, 14(1): 43-52.
- Loo, H. ve Loo, P. (1993). *Depresyon*. (Çev. A. Öz), İletişim Yayınları, İstanbul.
- Lynn, P. (2012). "Do Spirituality and Religiosity Increase With Age". D. O. Moberg (Ed.). *Aging and Spirituality Spiritual Dimensions of Aging Theory Research, Practice, and Policy*. Routledge, New York and London, 85-99.
- Mackinlay, E. (2001). *The Spiritual Dimension of Ageing*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Mackinlay, E. (2004). "The Spiritual Dimension of Ageing". A. Jewell (Ed.), *Ageing, Spirituality and Well-Being*. Jessica Kingsley Publishers, London and New York, 72-86.
- Madhi, S. ve Najafi, M. (2019). "The Relationship Between Spiritual Well-Being and Hope With Quality of Life and Happiness in Older Adults". *Journal of Psychological Science*, 17(65): 94-78.
- Marashi, S. A. ve Mehrabiyan, T. (2016). "The Relationship of Prayer and Spiritual Health With Self-Esteem of Patients Treated With Hemodialysis İn Ilam". *Journal of Military Caring Science*, 2(4): 214-220.
- Mcfarland, M. J. (2010). "Religion and Mental Health Among Older Adults: Do The Effects of Religious Involvement Vary By Gender?" *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 65(5): 621-630.

- Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri: Yaşlı Psikolojisi*. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınevi, Ankara.
- Mefford, L., Thomas, S. P., Callen, B. ve Groer, M. (2014). "Religiousness/Spirituality and Anger Management In Community-Dwelling Older Persons". *Issues In Mental Health Nursing*, 35(4): 283-291.
- Meisenhelder, J. B. ve Chandler, E. N. (2002). "Spirituality and Health Outcomes In The Elderly". *Journal of Religion and Health*, 41(3): 243-252.
- Miller, L. ve Kelley, B. S. (2013). "Dindarlık ve Maneviyatın Ruh Sağlığı ve Psikopatoloji İle İlişkisi". R. Paloutzian ve C. Park (Ed.), *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Yeni Yaklaşımlar ve Uygulama Alanları*. (Çev. Ö. Güler Aydın). Phoenix, Ankara, 343-376
- Moberg, D. O. (1971). "Spiritual Well-Being Background". *White House Conference On Aging*. Washington, 1-70.
- Moberg, D. O. (1984). "Measures of Spiritual Well-Being". *Review of Religious Research*, 25(4): 351-364.
- Morales-Vives, F. ve Vigil-Colet, A. (2010). "Are There Sex Differences in Physical Aggression In The Elderly?". *Personality and Individual Differences*, 49(6): 659-662.
- Morawa, E., Dragano, N., Jöckel, K. H., Moebus, S., Brand, T. ve Erim, Y. (2017). "Somatization Among Persons With Turkish Origin: Results of The Pretest of The German National Cohort Study". *Journal of Psychosomatic Research*, 96(Bn.): 1-9.
- Morrison, J. (2016). *Dsm-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi*. (Çev. H. Uğur Kural), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Mowat, H. (2004). "Successful Ageing and The Spiritual Journey". A. Jewell (Ed.), *Ageing, Spirituality and Well-Being*. Jessica Kingsley Publishers, London and New York, 42-58.
- Mölsa, M., Kuittinen, S., Tiilikainen, M., Honkasalo, M. L. ve Punamaki, R. L. (2017). "Mental Health Among Older Refugees: The Role Of Trauma, Discrimination, and Religiousness". *Aging & Mental Health*, 21(8): 829-837.
- Murat, A. ve Kızılgeçit, M. (2017). "Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize örneği)". *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6(11): 111-151.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J. ve Witmer, M. J. (2000). "The Wheel of Wellness Counseling For Wellness: A Holistic Model For Treatment Planning". *Journal of Counseling and Development*, 78(3): 251-266.
- Nalbant, S. (2008). "Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler". *Nobel Medicus*, 4 (2): 04-11.

- Nasel, D. D. (2004). *Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic Spirituality*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. The University of South Australia, Division of Education, Arts and Social Sciences, Australia.
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*. Springer Science and Business Media, New York.
- Nurmayunita, H. (2021). "The The Effect of Spiritual Therapy (Dzikır) Administration Against Self-Esteem of Elderly in Nursing Home". *Jurnal Keperawatan Malang*, 6(1): 57-66.
- Oğuzhanoğlu, N., Çulha, F. ve Ülkeröglü, F. (1995). "Somatoform Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon". *Düşünen Adam*, 8(Bn.): 37-42.
- Onur, B. (2017). *Gelişim Psikolojisi*. İmge Yayınevi, Ankara.
- Opatz, J. P. (1986). "Stevens Point: A Longstanding Program for Students At A Midwestern University". *American Journal of Health Promotion*, 1(1): 60-67.
- Öksüz, M. M., Eryiğit, S. Ç., Ögüt Düzen, K., Erdoğan Mergen, B., Sökmen, Ü. N. ve Ögüt, S. (2016). "Biyolojik Yaşlanma Nedenleri ve Etkileri". *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1): 34-41.
- Öz, F. ve Hiçdurmaz, D. (2012). "Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüalite". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1): 50-56.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul.
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Nisan Kitabevi, Eskişehir.
- Özden, S. Y. (2018). *Yaşlanmanın Psikolojisi ve Psikopatolojisi*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Özen Çınar, İ. ve Kartal, A. (2008). "Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5): 399-404.
- Özen, Y. ve Gülaçtı, F. (2010). "Benlik Kavramı ve Benliğin Gelişimi: Bilen Benliğe Gereksinim Var mı?". *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2): 21-37.
- Özmen, M. (1999). "Depresyon Psikoterapisi". *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 121-131.
- Özmen, M. (2009). Bedenselleştiren Hastaya Yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4): 34-38.
- Özmete, E. (2019). "Yeni Yüzyılda Yaşlanma İçin Gündem: Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar". U. Yanardağ ve M. Yanardağ (Ed.), *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Nika Yayınevi, Ankara, 11-29.

- Öztürk, O. M. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara.
- Paloutzian, R. F. ve Ellison, C. W. (1982). "Loneliness, Spiritual Well-Being and The Quality of Life. Letitia" A. Peplau ve D. Perlman (Ed.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory Research and Therapy*. John Wiley and Sons, New York, 224-237.
- Pargament, K. I. (2015). "Din Psikolojisi mi, Din ve Maneviyat Psikolojisi mi?". (Çev. A.R. Geçioğlu). *Bilimname*, 29(2): 365-382.
- Pargament, K. I. ve Hill, P. C. (2015). "Din ve Maneviyatın Kavramlaştırılması ve Ölçülmesindeki Gelişmeler: Beden ve Ruh Sağlığı Araştırmaları İçin Olası Bulgular". *Bilimname*, 28(1): 343-368.
- Patneude, A. B. (2006). *Spiritual Wellness Among Undergraduate College Students*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Colorado State University, Colorado.
- Pehlivan, S. ve Karadakovan, A. (2013). "Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3): 385-395.
- Peker, H. (2017). *Din Psikolojisi*. Çamlıca Yayınları, İstanbul.
- Pilger, C., Santos, O. P., Lentsck, H., Marques, S. ve Kusumota, L. (2017). "Spiritual Well-Being and Quality of Life of Older Adults in Hemodialysis". *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(4): 689-696.
- Pokorski, M. ve Warzecha, A. (2011). "Depression and Religiosity in Older Age. *European Journal of Medical Research*, 16(9): 401-406.
- Rababa, M., Hayajneh, A. A. ve Bani-Iss, W. (2021). "Association of Death Anxiety With Spiritual Well-Being and Religious Coping In Older Adults During The Covid-19 Pandemic". *Journal of Religion and Health*, 60(1): 50-63.
- Rezaieshahsavarloo, Z., Taghadosi, M., Mousavi, M. S., Lotfi, M. S. ve Harati, K. (2016). "The Relationship Between Spiritual Well-Being and Religious Attitudes With Life Satisfaction In Elderly Cancer Patients". *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1): 47-55.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). "Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1): 60-77.
- Sadeghifard, Y. Z., Veisani, Y., Mohamadian, F., Azizifar, A., Naghipour, S. ve Aibod, S. (2020). "Relationship Between Aggression and Individual Resilience With The Mediating Role of Spirituality In Academic Students – A Path Analysis". *Journal of Educational And Health Promotion*, 9(2): 43-51.

- Sadrollahi, A. ve Khalili, Z. (2015). "Spiritual Well-Being and Associated Factors Among The Elderly Population İn Kashan". *Journal of Geriatric Nursing*, 1(2): 94-104.
- Salman, A. ve Lee, Y.H. (2019). "Spiritual Practices and Effects of Spiritual Well-Being and Depression On Elders' Self-Perceived Health". *Applied Nursing Research*, 48(Bn.): 68-74.
- Sargın, N. (2012). *Çocuklarda Ruh Sağlığı*. Eğitim Yayınevi, Konya.
- Sarı, T. (2019). *Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Müzik Dinleme Uygulamasının Stresle Baş Etme ve Öfke Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Savrun, M. (1999). "Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi". *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 11-17.
- Schneider, G., Wachter, M., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G. ve Heuft, G. (2003). "Subjective Body Complaints As An Indicator of Somatization İn Elderly Patients". *Psychosomatics*, 44(2): 91-99.
- Seaward, B. L. (1991). "Spiritual Well-Being: A Health Education Model". *Journal of Health Education*, 22(3):166-169.
- Senreich, E. (2013). "An Inclusive Definition of Spirituality For Social Work Education and Practice". *Journal of Social Work Education*, 49(4): 548-563.
- Seraji, M., Shojaezade, D. ve Rakhshani, F. (2016). "The Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life Among The Elderly People Residing in Zahedan City (South-East Of Iran)". *Elderly Health Journal*, 2(2): 84-88.
- Serani, D. (2017). *İleri Yaşlarda Depresyon*. (Çev. M. Öztürk), Mevsimler Kitap Yayıncılık, İstanbul.
- Seven, S. (2015). *Çocuk Ruh Sağlığı*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Seyyar, A. (2010). *Tıbbi Soayal Hizmetlerde Manevi Bakım*. Rağbet Yayınları, İstanbul.
- Sharma, P., Asthana, H. S., Gambhir, I. S. ve Ranjan, J. K. (2019). "Death Anxiety Among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health". *Indian Journal of Gerontology*, 33(3): 240-254.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. ve Zechmeister, J. S. (2018). *Psikolojide Araştırma Yöntemleri*. (Çev. İlyas Göz), Nobel akademik Yayıncılık, Ankara.
- Sodagar, S. ve Sobhi, N. (2018). "The Distinctive Role of Spirituality and Social Support in Mental Health and Death Anxiety in The Elderly". *Quarterly Social Psychology Research*, 8(29): 1-22.
- Softa, H. (2015). "Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal

- Yönden İncelenmesi". *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(2): 63-76.
- Softa, H., Uçukoğlu, H., Karaahmetoğlu, G. ve Esen, D. (2011). "Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi". *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2): 67-79.
- Soydan, M., Altıparmak, S. ve Karadeniz, G. (2005). "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Anksiyete Durumu ve İlişkili Risk Faktörleri (Bir Huzurevi Örneği)". *Aile ve Toplum*, 7(2): 111-114.
- Soykan, Ç. (2003). "Öfke ve Öfke Yönetimi". *Kriz Dergisi*, 11(2): 19-27.
- Söyük, S. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul.
- Stanard, R. P., Sandhu, D. S. ve Painter, L. (2000). "Assessment of Spirituality in Counseling". *Journal of Counseling and Development*, 78(2): 204-210.
- Steiner, L., Sarah, Z., Durand, S., Molloy, M. ve Arteta, R. (2017). "Spiritual Factors Predict State and Trait Anxiety". *J Relig Health*, 56(6): 1937-1955.
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and Mental Health Care Rediscovering A 'Forgotten' Dimension*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Şahin, A. (2005). "Ergenlerde Dindarlık-Benlik Saygısı İlişkisi". *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(19): 187-198.
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10): 117-135.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Brief Symptom Inventory. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(Bn.): 44-56.
- Şahin, S. (2012). "Yaşlıda Ev Kazaları ve Düşmeler". *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 64-68.
- Şenol-Durak, E. ve Durak, M. (2018). "İleri Yaş Yetişkinlerde Psikopatoloji". İ. Tufan ve M. Durak (Ed.), *Gerontolo 2*. Nobel Akademik Yayınları, Ankara, 461-507.
- Şensoy, S. (2003). *Mana*. Türkiye Diyanet Vakfı, Ankara.
- Şentepe, A. (2016). *Ruh Sağlığı Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Affetme ve Dindarlık İlişkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Şirin, T. (2019). "Evli Çiftlerin Spiritüel İyi Oluşları İle Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki". *Ekev Akademi Dergisi*, 23(77): 389-410.
- Şirvanlı Özen, D. ve Temizsu, E. (2010). "Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1): 1-14.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Ruh Sağlığı Modülleri*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tan, O. (2019). *Depresyon: Vaka Örnekleri ve Çıkış Yolları*. Timaş Yayınları, İstanbul.
- Tel, H. (2013). "Anger and Depression Among The Elderly People With Hypertension". *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 19(3): 109-113.
- Terakye, G. (1989). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Saygısının İncelenmesi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(3): 15-24.
- Topuz, C. (2013). *Üniversite Öğrencilerinde Özgeciliğin Öznel İyi Oluş ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fatih Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. Springer Publishing, New York.
- Tuna , M. ve Tenlik , Ö. (2017). "Türkiye'de ve Dünyada Yaşlanma". İ. Tufan ve M. Durak (Ed.), *Gerontoloji 1*. Nobel Akademik Yayınları, Ankara, 3-26.
- Tunçer, Ö. (1999). "Acil Psikiyatride Somatoform Bozukluklar". *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 135-138.
- Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çavuşoğlu, Ş. (2006). "Evlilik Uyumu, Bağlanma Biçimleri, Yüklemeler ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler". *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 9(9): 61-68.
- TÜİK. (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2020*. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
- Tümerdem, Y. (2006). "Gerçek Yaş". *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 195-196.
- Türkçapar, H. (2004). "Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri". *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(Bn.): 12-16.
- Uddin, M. A. (2017). "Relationship Between Religiosity and Depression of Older Persons in Bangladesh". *MOJ Gerontology and Geriatrics*, 2(5): 108-110.
- Uğurluoğlu, D. ve Erdem, R. (2019). "Travma Geçiren Bireylerin Spiritüel İyi Oluşlarının Travma Sonrası Büyümeleri Üzerine Etkisi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(3): 833-858.
- Üçbilek, E., Oğuz, D. ve Sezgin, O. (2015). "Yaşlıda Gastrointestinal Sorunlar". *Güncel Gastroenteroloji*, 19(1):11-19.
- Vaughan, F. (1991). "Spiritual Issues in Psychotherapy". *Journal of Transpersonal Psychology*, 23(2): 105-119.

- Velasco-Gonzalez, L. ve Rioux, L. (2014). "The Spiritual Well-Being of Elderly People: A Study of A French Sample". *Journal of Religion And Health*, 53(4): 1123-1137.
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. ve Tous, J. (2008). "The Relationships Between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression Across Different Samples". *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2): 480-487.
- Weber, S. ve Pargament, K. I. (2014). "The Role of Religion and Spirituality İn Mental Health". *Current Opinion İn Psychiatry*, 27(5): 358-363.
- WHO., (2014). *Basic Documents*. World Health Organization, Geneva.
- WHO., (2004). *Promoting Mental Healt: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report*. World Health Organization, Geneva.
- Wongpakaran, T. ve Wongpakaran, N. (2014). "Personality Traits İnfluencing Somatization Symptoms and Social İnhibition İn The Elderly". *Clinical Interventions İn Aging*, 9(Bn.):157-164.
- Yapıcı, A. ve Koçak, A. (2017). "Türkiye'de Ruh Sağlığı, Maneviyat ve Dindarlık: Meta-Analitik Bir Değerlendirme". H. Hökelekli (Ed.), *Din, Değerler ve Sağlık*. Dem Yayınları, İstanbul, 65-117.
- Yapıcı, A. (2013). *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*. Karahan Kitapevi, Adana.
- Yerli, G. (2017). "Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler". *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(52): 1278-1287.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. ve Ersoy, S. (2012). "Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 19-23.
- Yıldız, M. (2006). "Benlik Kavramı ve Benliğin Gelişiminde Dinin Rolü". *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Bn.(23): 87-127.
- Yıldız, M. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımıyla Ruh Sağlığı Koruma, Önleme ve Psikoterapi Kılavuzu*. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
- Yılmaz, E. (2018). "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon ve Benlik Saygısı İlişkisi". *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(15): 553-578.
- Yılmaz, Ö. (2019). *Farklı Okul Türlerinde Görev Yapan Öğretmenlerin Spiritüel İyi Oluş Düzeyleri İle Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yöyen, E. (2017). "Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi". *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 25(6): 2185-2198.

- Yusupu, R. (2017). "Yaşlılık Sorunlarıyla Baş Etmede Maneviyat ve Manevi Danışmanlık". H. Ekşi (Ed.), *Psikoterapi ve Psikolojik Danışmada Maneviyat*. Kaknüs Yayınları, İstanbul, 353-375.
- Zengin Eroğlu, M., Annagür, B. B. ve İçbay, E. (2012). "Yaşlılarda Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Değerlendirilmesi". *Gaziantep Tıp Dergisi*, 18(3): 43-147.
- Zinnbauer, B. J. ve Pargament, K. I. (2013). "Dindarlık ve Maneviyat". R. F. Paloutzian, ve C. L. Park (Ed.), *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Temel Yaklaşımlar ve İlgi Alanları*. Phoenix Yayınları, Ankara, 61-103.
- Zubaroğlu Yanardağ, M. ve Say Şahin, D. (2019). "Yaşlı Bireylerde Sürekli Kaygı ve Sürekli Depresyon Üzerine Bir İnceleme". *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1): 37-55.

İnternet Kaynakları

- TDK, (2006). "Maneviyat". <https://sozluk.gov.tr/> (erişim tarihi: 15.04.2021).
- WHO. (2020). "Mental Health: Strengthening Our Response". World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (erişim Tarihi: 26.12.2020).

EKLER

Ek 1. Katılımcı Onam Formu

Değerli Katılımcı;

Yaşlılık döneminde psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş ilişkisini araştıran bu çalışma yaşlı bireylerin psikolojik sağlık ve manevi iyi oluş durumları hakkında bilgi edinmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde anket ve ölçek formunda yer alan sorulara verdiğiniz cevaplar bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır. Yapılan anketlerde ses ve görüntü kaydı alınmayacak anketlerdeki veriler sadece bu araştırma için kullanacak hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

Araştırmanın güvenilirliği ve muhtemel sonuçları vereceğiniz cevaplara bağlıdır. O nedenle soruları dikkatli okumanızı size en uygun olan cevabı işaretlemenizi bekliyoruz. Sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. İçtenlikle cevap verebilirsiniz.

Araştırmacı:

Akdeniz Üniversitesi Din Psikolojisi ABD

Yüksek Lisans öğrencisi

Yaşar AY

Katılımınız için teşekkürler.

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Aşağıdaki Soruları Size Uygun Olan Bölümlere Herhangi Bir İşaret Koyarak Cevaplayınız					
1.Cinsiyetiniz	Kadın		Erkek		
2.Yaşınız?					
3.Eğitim düzeyiniz	Okuryazar değil	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu
4.Aylık geliriniz ne kadar (rakamla belirtilecek)					
Aşağıdaki sorularda sizin için uygun olan bölümü işaretleyiniz					
5.Kendinizi ne kadar dindar hissediyorsunuz?	Çok az	Az	Ne az ne çok	Fazla	Çok fazla

Ek 3. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz ve tamamını işaretleyiniz. Bu belirtiler son bir hafta içinde sizde ne kadar var?	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça	Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2.Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11.İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23.Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27.Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30.Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4

32.Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36.Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük	0	1	2	3	4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma	0	1	2	3	4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45.Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46.Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52.Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Ek 4. Manevi İyi Oluş Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.		Bana hiç uygun	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	1	2	3	4	5
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim.	1	2	3	4	5
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissedirim.	1	2	3	4	5
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	1	2	3	4	5
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	1	2	3	4	5
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	1	2	3	4	5
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseddiğine inanırım.	1	2	3	4	5
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	1	2	3	4	5
11.	Hayattan zevk almam.	1	2	3	4	5
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	1	2	3	4	5
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	1	2	3	4	5
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	1	2	3	4	5
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	1	2	3	4	5
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekür ederim).	1	2	3	4	5
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	1	2	3	4	5
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	1	2	3	4	5
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	1	2	3	4	5
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	1	2	3	4	5
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	1	2	3	4	5
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	1	2	3	4	5
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Yaşar AY
Doğum Yeri - Tarihi	
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Nevşehir Merkez 2000 Evler Anadolu Lisesi
Lisans Diploması	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Yüksek Lisans Diploması	Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı
Tez Konusu	Yaşlılık Döneminde Psikolojik Sağlık ve Manevi İyi Oluş İlişkisinin Araştırılması
Yabancı Dil / Diller	İngilizce (B1)
BİLİMSEL FAALİYETLER	
Gürsu, O. ve Ay, Y. (2018). “Manevi İyi Oluş ve Yaşlılık”. <i>Türk Akademik Araştırmalar Dergisi Uluslararası Multidisipliner Kongresi</i>. 12-14 Ekim 2018 Antalya, 198-207. Gürsu, O. ve Ay, Y. (2018). “Din, Manevi İyi Oluş ve Yaşlılık”. <i>Journal of International Social Research</i>, 11(61): 1176-1190. Gürsu, O. ve Ay, Y. (2020). “Pozitif Psikoloji: Mutluluğun ve İnsanın Güçlü Yönlerinin Bilimi”. <i>Turkish Academic Research Review</i>, 4(4): 655-660.	
İŞ DENEYİMİ	
Stajlar	Gerontoloji (2017-2018) Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kepez Sosyal Hizmet Merkezi Evde Bakım Birimi Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Yaşlı ve Engelli Dairesi, Yatılı Bakım Birimi Antalya Büyükşehir Belediyesi Halil Akyüz Huzurevi Antalya Büyükşehir Belediyesi, Alzheimer Hasta ve Yakınları Buluşma Merkezi -Mavi Ev- Konyaaltı Belediyesi, İrfan Bileydi Yaşlı Kreşi
Projeler	Expo 2016 Antalya Gönüllülük Projesi
Çalıştığı Kurumlar	Sorumlu Müdür, Özel Hayat Ağacı Yaşlı Bakım Merkezi, Antalya, 25.09.2021-Devam Ediyor. Sosyal Çalışmacı, Özel Dört Mevsim Engelli Bakım Merkezi, Antalya, 04.02.2021-21.09.2021. Sosyal Çalışmacı, Özel Tutku Yaşlı Bakım Merkezi, Antalya, 01.11.2020-30.01.2021.
E-Posta	